



UFRGS

SABi



05186783

MANUAL DE ACIDENTES E INTOXICAÇÕES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

COMITÊ DE ACIDENTES

Coordenador:
DANILO BLANK



DE SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

APOIO:



Schering-Plough

21474

MANUAL DE ACIDENTES E
INTOXICAÇÕES NA INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA
WS205
M294
1994

MED
1999/243824-1
1999/11/09

M251 Manual de acidentes e intoxicações na infância
e adolescência / coordenação de Danilo Blank.
— Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de
Pediatria [Comitê de Acidentes]; Schering-
Plough, 1994.
114p.

I. Sociedade Brasileira de Pediatria
II. Título

CDD-618.9200202
616-90025

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA
Rua Visconde de Silva, 52 - Conj. 503/504
Rio de Janeiro (RJ) - CEP 22271-090

DIRETORIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA Gestão 92/93

Presidente:	Pedro Celiny Ramos Garcia (RS)
1º Vice-Presidente:	Nicola Albano (RJ)
2º Vice-Presidente:	Nelson Barros (BA)
Secretário-Geral:	Sérgio Augusto Cabral (RJ)
1º Secretário:	Antonio Celso Calçado (RJ)
2º Secretário:	José Roberto Garrido (RJ)
3º Secretário:	Paulo Roberto A. Carvalho (RS)
1º Tesoureiro:	Cléa Maria Pires Ruffier (RJ)
2º Tesoureiro:	Roberto Rezende (RJ)
3º Tesoureiro:	Paulo Roberto Einloft (RS)
Bibliotecário:	Ricardo Lopes Pontes (RJ)
Diretor de Publicações:	Claudio Leone (SP)
Diretor de Cursos:	Jefferson Pedro Piva (RS)
Diretor de Defesa Profissional:	Arnaldo Coutinho (RJ)
Coordenador de Comitês:	Conceição Segre (SP)
Coordenador do CEXTEP:	Mario Novais (RJ)
Comissão de Sindicância:	Enio Gastaldo (RS)
	Antonio Spolidoro (RS)
	Nilo Galvão (RS)
	Álvaro Machado Neto (AL)
	Antonio Marcio J. Lisboa (DF)
	Ibsen Coutinho (GO)
	Denise Correia de P. Nunes (AM)
	Leonice Tobias (SC)

Conselho Fiscal:

COMITÊ DE ACIDENTES Gestão 92/93

Presidente:	Danilo Blank (RS)
Secretário:	Carlos Augusto Mello da Silva (RS)
	Austregésilo da Silva (SC)
	Claudio Schvartsman (SP)
	Divino Martins Costa (MG)
	Geraldo de Alencar Serra (BA)
	José Américo de Campos (MG)
	Paulo Pinheiro (RJ)
	Samuel Schvartsman (SP)
	Ulysses Dória Filho (SP)

Miguel Couto. É necessário ressaltar a importância dos dados aqui apresentados na avaliação da situação da infância em nosso país, principalmente porque estamos refletindo sobre dados de uma única instituição e relativos apenas aos primeiros semestres de uma série de quatro anos. Os maus tratos à criança nem sempre chegam aos hospitais, como por exemplo a agressão psicológica. No caso do suicídio dependendo da classe social, omite-se a verdadeira causa da internação ou morte nas clínicas particulares.

As chacinas de "meninos e meninas de rua" têm comovido a população, mas não houver uma decisão política de controle das variáveis que contribuem para aumentar a violência urbana, como o estado de indigência e miséria em que vivem mais de 32 milhões de brasileiros, vamos continuar assistindo pequenos brasileiros sendo exterminados.

Os efeitos da violência sobre a saúde física e mental da população podem ser observados nas relações sociais que hoje se estabelecem. Os custos para o sistema de saúde são enormes e seriam ainda mais elevados se os serviços de saúde pudessem absorver o universo da demanda potencial decorrente dos efeitos da violência sobre os níveis de saúde da população.

As causas externas de morbi-mortalidade estão tomando a dianteira das outras causas características do quadro mórbido dos países em desenvolvimento. A sociedade precisa pensar seriamente que a geração atual de menores está sendo impedida de sonhar. Aqueles que não foram assassinados ou aqueles que ainda não foram vítimas de um trânsito caótico e sem respeito à vida, do estupro, do espancamento ou do assalto vivem na expectativa de quando será a sua vez.

O aumento de internações por causas externas, de crianças e adolescentes no Hospital Municipal Miguel Couto, assim como os dados constantemente divulgados pela imprensa, instituições e pesquisadores, não deixam dúvidas de que estamos frente a um dos maiores problemas de saúde pública e não podemos ficar de braços cruzados discutindo apenas teoricamente. Como diz M.C. de S. Minayo, "é muito difícil enfrentar teoricamente uma questão tão polêmica e tão existencial", como a violência. É preciso entender, é preciso fazer para mudar.

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES

JOÃO LUIZ DE MELLO
CARLOS AUGUSTO MELLO DA SILVA
DANILO BLANK

- ⌘ Da estratégia global "Saúde para Todos no Ano 2000" da OMS: "...envolver a comunidade em geral nas questões relativas à saúde individual e coletiva, estabelecendo mecanismos para informar e motivar as comunidades para que assumam maior responsabilidade pela sua saúde."
- ⌘ Década de 1980: Divulgação dos "Projetos de Comunidades Seguras" bem sucedidos
- ⌘ Década de 1990: Implementação do conceito de "Comunidade Segura" em âmbito mundial

1. INTRODUÇÃO

Qual a estratégia capaz de reduzir a curto prazo, em 30% a incidência anual de uma doença grave, que seja aplicável com pequenas modificações a cidades grandes ou pequenas, comunidades rurais ou urbanas, tenha custo inferior a qualquer campanha tradicional em rádio ou televisão e seja reproduzível em qualquer lugar do mundo? Não se trata da Panacéia, o remédio mitológico para todos os males, mas de uma nova abordagem para redução das injúrias físicas não intencionais, também chamadas "acidentes" - o programa de Comunidades Seguras.

Os precursores deste programa, Leif Svanström, na Suécia, e Sriwongse Havanonda, na Tailândia, desenvolveram de maneira independente, programas de prevenção de acidentes cujas características principais eram absolutamente idênticas, embora implantados em comunidades totalmente diversas cultural e economicamente. As soluções encontradas no vilarejo agrícola tailandês foram obviamente diferentes daquelas da cidade sueca, mas os princípios básicos e os resultados dos programas foram virtualmente os mesmos. Mais do que um projeto para prevenção, ele deve ser visto como uma oportunidade de controle dos acidentes, onde a redução da gravidade também passa a ser um objetivo a ser conseguido.

Programas deste tipo funcionam quando cidadãos, organizações locais e entidades governamentais envolvem-se de maneira cooperativa nos mesmos. Os esforços da comunidade devem ser apoiados pelo governo com aconselhamento técnico, treinamento de pessoal, assistência financeira e avaliação. Deve ser levado em conta, no entanto, que o programa tem que ser elaborado com a participação dos membros da comunidade (que de preferência devem "adotá-lo"), atender às suas necessidades e utilizar os recursos disponíveis na mesma. Os grupos vulneráveis como as crianças, os velhos e os deficientes físicos devem ser abordados em primeiro lugar.

2. FUNDAMENTOS DO PROJETO DE COMUNIDADES SEGURAS

2.1. VALORES FUNDAMENTAIS

- Os cidadãos têm o direito de viver em comunidade com segurança.
- Os cidadãos têm o direito de participar nas decisões relacionadas à segurança do ambiente.
- A comunidade tem o direito de decidir quais são as prioridades de ação e que recursos deverão ser alocados às intervenções.
- Os cidadãos têm o direito de saber quais são os riscos à sua segurança e quais são os produtos potencialmente lesivos. Logo, governo e indústria têm o dever de informar sobre tais riscos e produtos.
- A comunidade tem o direito de receber treinamento em controle de injúrias físicas.

2.2. PRINCÍPIOS BÁSICOS

2.2.1. ORGANIZAÇÃO DA COMUNIDADE:

- O controle de injúrias físicas na comunidade deve ser baseado no envolvimento de todas as suas organizações relevantes.
- O programa de controle de injúrias físicas deve estar intimamente relacionado com todos os setores de atividades, especialmente o de atenção primária à saúde.
- A estrutura usada na promoção do programa de comunidade segura pode variar de acordo com os diversos locais de implantação, mas sempre fará o melhor uso possível dos processos decisórios eficientes já existentes e suplementará os ineficientes.
- A comunidade deve tomar parte ativa na solução dos problemas e prover parte dos recursos necessários, caso os benefícios sejam relevantes.

2.2.2. EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO:

- A prevenção de injúrias físicas na comunidade deve basear-se em dados epidemiológicos suficientes para documentar o tamanho e a natureza do problema "acidente/injúria" em todos os ambientes, incluindo lares, trabalho, lazer e deslocamento.
- A comunidade deve ser conscientizada sobre a natureza dos problemas de segurança na área e das possibilidades de prevenir e controlar as injúrias físicas. Para isso deve ser empregada toda a mídia ou qualquer forma local de divulgação.
- A informação deve ser feita sempre com dados relevantes, apresentados de forma simples e com ênfase nos fatores locais.
- A informação sobre como prevenir e controlar as injúrias físicas deve ser sempre adaptada àquelas com importância local.

2.3. INTERVENÇÃO:

- A comunidade deve participar de todas as intervenções que forem de seu interesse.
- As intervenções devem ser, tanto quanto possível, aceitáveis e benéficas à maioria.
- A curto prazo, as soluções devem ser aplicáveis ao ambiente social, econômico e político existente.
- A longo prazo, as soluções devem envolver o desenvolvimento de processos sociais, econômicos e políticos através de pesquisa e educação.
- As intervenções devem se basear em uma abordagem intersetorial.
- Para cada intervenção, deve ser estabelecido um alvo e dados de base, a fim de possibilitar a avaliação do processo e resultado.

3. EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS

As experiências do vilarejo de Wang Khoi, na Tailândia, e da cidade de Lidköping, na Suécia, mostram que há pontos comuns quando se trata de criar uma comunidade segura e também importantes diferenças entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, ambos relativos à gravidade dos problemas e às soluções aplicadas.

Wang Khoi é um pequeno e pobre vilarejo na região central do Norte da Tailândia. Em 1985, um projeto regional de desenvolvimento e pesquisa alcançou o vilarejo e a participação comunitária em um comitê local foi estimulada com o objetivo de mobilizar recursos disponíveis na comunidade. No mesmo ano, um levantamento sobre os principais problemas de saúde de Wang Khoi mostrou uma situação de entrelaçamento entre doenças transmissíveis e não transmissíveis. E, no momento em que foram classificados por prioridade, os acidentes foram considerados a primeira.

Foi iniciado um programa intenso de prevenção. O próximo passo foi tentar solucionar os problemas de tráfego, pois uma nova estrada havia sido construída, atravessando o vilarejo e aumentando a velocidade dos veículos. Voluntários coletavam todas as informações no local e reportavam ao centro de saúde. O comitê local, que utilizava as informações para planejar seus objetivos, decidiu, então, iniciar um programa de mudanças no tráfego com uma campanha de conscientização e medidas simples (instalação de refletores tipo "olho-de-gato" em todos os veículos pequenos como bicicletas, pequenos tratores com reboques usados pelos camponeses e modificação dos hábitos dos pedestres como travessia da estrada em grupos de crianças à saída da escola, controlada por voluntários portando bandeiras sinalizadoras).

Lidköping, uma cidade desenvolvida com cerca de 35.000 habitantes, é tida como uma "comunidade segura" na Suécia. O trabalho nesse sentido iniciou-se quando a cidade serviu como grupo de controle ao programa de prevenção de acidentes da

cidade vizinha de Falköping (final dos anos 70). Os dados coletados preocuparam a comunidade e estimularam a implantação de um programa de prevenção. Os resultados mostraram uma redução substancial nas injúrias físicas quando comparados dados anteriores e posteriores à intervenção. A redução foi, em média, de 28% nos ambientes domésticos e de trabalho, assim como nos acidentes de trânsito. Este bom resultado obtido passados apenas dois anos do início do programa. Os métodos de prevenção aplicados em Lidköping podem ser divididos em quatro grupos fundamentais: informação, treinamento, supervisão e mudanças no ambiente. Uma campanha de informação sobre o uso de capacetes para ciclistas foi, provavelmente, a mais ativa em todo o país. Para as medidas de segurança entre idosos, grupos de funcionários do serviço municipal de assistência social providenciaram educação para a segurança. Um sistema moderno de controle estatístico baseado na codificação de acidentes da Escandinávia (chamada NOMESCO) foi posto em prática. Foram feitas modificações em playgrounds, criadas ciclovias para as escolas e o transporte público para crianças foi implantado.

Na América Latina, embora a assimilação do conceito de comunidade segura encontra-se em expansão rápida, principalmente entre os responsáveis pela atenção à saúde de crianças e jovens, a implantação efetiva de programas ainda é incipiente. O programa mais adiantado é provavelmente o de Campana, uma cidade argentina com cerca de 73000 habitantes, onde há cerca de dois anos foi iniciado um processo de mobilização da comunidade baseado em atividades educativas, que tem tido resultados favoráveis em termos de conscientização da população. A avaliação dos resultados palpáveis em termos de redução real das injúrias físicas ainda está em andamento. Na Argentina, tem-se alastrado de forma consistente a filosofia de uma grande rede de comunidades seguras, promovida pelo COFEPAC, uma associação civil liderada por pediatras e que conta com apoio de várias entidades públicas e do setor privado.

Até o momento, não existe implantação efetiva de programas de comunidades seguras em grandes centros urbanos, que, de certo modo, centralizam o problema das injúrias físicas na América do Sul, pois todos os projetos ainda se fundamentam nos princípios consagrados nas pequenas comunidades européias pioneiras nesta questão. Criou-se recentemente o conceito de "bairros seguros", que transporia a tais setores geográficos definidos de uma cidade grande - mas que sem dúvida possuem identidade social própria - a responsabilidade de implantar programas com a mesma orientação das comunidades seguras. Mar del Plata, cidade argentina de cerca de 600 000 habitantes, e Porto Alegre, com mais de 1 milhão, iniciam projetos com a filosofia de "bairros seguros", cujos resultados provavelmente ajudarão a nortear a metodologia para a América Latina.

Em julho de 1993, realizou-se em Caxias do Sul a IV Jornada Gaúcha de Acidentes na Infância, que teve o mérito de ser, no Brasil, provavelmente o primeiro encontro pediátrico de natureza científica a contar com uma participação maciça e interessada da comunidade. Deste evento, saiu uma "Carta de Caxias à Comunidade" propondo, entre outras coisas, "a organização e oficialização do comitê de acidentes

na infância onde haja a participação efetiva da comunidade, não somente para a prevenção, mas também para a educação e a reabilitação."

Todos esses movimentos citados de promoção da segurança, com características locais e imediatas, estão em sintonia com a orientação atual da OMS. Segundo as Anzola Pérez, Assessor Regional para as Américas do Programa de Prevenção de Injúrias da OMS, a avaliação dos "acidentes" já é considerada como parte integrante da caracterização epidemiológica de uma comunidade e provavelmente, sob a ótica de uma política de saúde pública, o conceito de comunidade segura passa a substituir o de prevenção de acidentes.

CRITÉRIOS PARA CONSIDERAR UMA COMUNIDADE SEGURA

De acordo com o Centro Colaborativo da OMS para a Promoção de Comunidades Seguras, em Estocolmo, Suécia, há critérios mínimos para que uma comunidade seja considerada segura e receba um certificado desse "status".

1. CRITÉRIOS PRINCIPAIS:

- Grupo multisetorial responsável pela prevenção de injúrias físicas
- Envolvimento da comunidade
- Programa cobrindo todas as idades, ambientes e situações
- Atenção especial a grupos e ambientes de alto risco
- Documentação da freqüência e causas das injúrias físicas
- Programa planejado para um período longo

2. CRITÉRIOS SECUNDÁRIOS:

- Avaliação das mudanças na comunidade (processo e efeitos) através de indicadores apropriados
- Avaliação das organizações da comunidade
- Envolvimento do sistema de saúde
- Envolvimento de todos os níveis da comunidade
- Divulgação da experiência em nível nacional e internacional
- Preparação para contribuir para uma rede de "Comunidades Seguras"

BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

- Björas, G. The Role of Community Development in Accident Prevention Program for a Large Urban Area. Sundbyberg; Karolinska Institute, Department of Social Medicine; 1991.
- Havanonda, S. Safe Community. Bangkok, Tailândia; Unity Publication Press; 1991.
- Johnston, M. Development of a Community Health Programme. Scand J Prim Health Care Suppl. 1988;1:119-129.

4. Moller, J. Formulating Guidelines for Safe Communities. Sundbyberg; Karolinska Department of Social Medicine; 1989.
5. Micik, S. & Miclette, M. Injury Prevention in the Community: A Systems Approach. North Am. 1985;32(1):251-265.
6. Olcese, J.M. & Stefani, L. Comunidad Segura - Conceptos Basicos. Buenos Aires; COFEPAC; 1993.
7. Romer, C.J. WHO Injury Prevention Programme - How to Implement the Safe Community Concept Worldwide. In: Proceedings of the Conference on National Programmes on Injury Prevention. Stockholm; Swedish National Board of Health and Welfare; 1989.
8. Svanström, K. & Svanström, L. A Safe Community - How to prevent accidents at the level. Sundbyberg, Suécia; 1989.
9. Tucker, A. The First International Conference on Safe Communities. Falköping; 1991.

II. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA