

Diagnóstico em Pediatria

Luciana Rodrigues Silva



GUANABARA  KOOGAN

NOTA DA EDITORA: A área da saúde é um campo em constante mudança. As normas de segurança padronizadas precisam ser obedecidas; contudo, à medida que as novas pesquisas ampliam nossos conhecimentos, tornam-se necessárias e adequadas modificações terapêuticas e medicamentosas. A autora desta obra verificou cuidadosamente os nomes genéricos e comerciais dos medicamentos mencionados, bem como conferiu os dados referentes à posologia, de modo que as informações fossem acuradas e de acordo com os padrões aceitos por ocasião da publicação. Todavia, os leitores devem prestar atenção às informações fornecidas pelos fabricantes, a fim de se certificarem de que as doses preconizadas ou as contra-indicações não sofreram modificações. Isso é importante, sobretudo, em relação a substâncias novas ou prescritas com pouca frequência. A autora e a editora não podem ser responsabilizadas pelo uso impróprio ou pela aplicação incorreta dos produtos apresentados nesta obra.

A autora e a editora empenharam-se para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores dos direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos caso, inadvertidamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

Direitos exclusivos para a língua portuguesa

Copyright © 2009 by

EDITORA GUANABARA KOOGAN S.A.

Uma editora integrante do GEN | Grupo Editorial Nacional

Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na internet ou outros), sem permissão expressa da Editora.

Travessa do Ouvidor, 11
Rio de Janeiro, RJ — CEP 20040-040
Tel.: 21-3543-0770 / 11-5080-0770
Fax: 21-3543-0896
gbk@grupogen.com.br
www.editoraguanabara.com.br

Editoração Eletrônica:  ANTHARES

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

S581d

Silva, Luciana Rodrigues
Diagnóstico em pediatria / Luciana Rodrigues Silva. - Rio de Janeiro : Guanabara
Koogan, 2009.
il.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-277-1552-2

1. Crianças - Doenças - Diagnóstico. 2. Pediatria. I. Título.

11080.

CDD: 618.920075
CDU: 616-053.2-071

16.02.09

18.02.09

011080

Diagnóstico e Orientação Sobre Segurança na Consulta Pediátrica

Renata Dejtiar Waksman
Danilo Blank

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NA CONSULTA PEDIÁTRICA

O pediatra deve incorporar a orientação sistemática sobre segurança, de modo personalizado e repetitivo, da mesma forma que faz orientações sobre alimentação e imunizações, com início precoce, conscientizando os pais sobre a importância de tornar o ambiente seguro para a criança.

A promoção da segurança, componente substancial da promoção da saúde, é parte integrante obrigatória da consulta pediátrica, em vista da grande sobrecarga imposta pelas lesões físicas – conseqüências dos chamados acidentes e violências – no âmbito da patologia de crianças e jovens.^{1,2}

Considerando que cerca de 21.500 crianças e jovens brasileiros menores de 19 anos (29,5/100.000 habitantes) morrem a cada ano em virtude de lesões físicas, enquanto um número 10 vezes maior sofre traumas não-fatais,³ é mais do que evidente que tal epidemia tem que ser vista como as demais doenças.

Nessa linha de raciocínio, o conceito de segurança se integra ao de saúde: se esta é um grau elevado de estado funcional e qualidade de vida, cujos domínios incluem a resiliência e a vulnerabilidade,⁴ aquela significa a habilidade de resistir ao estresse imposto pelo trauma – seja de natureza física, mental ou social – de modo a não deixar que se reduza o tempo de vida, a função ou o bem-estar do indivíduo.

Assim, a promoção da segurança, tal como a promoção da saúde, pressupõe a mesma concepção semiológica da consulta pediátrica, que inclui o diagnóstico do paciente, de sua família e de seu ambiente, seguido de intervenções voltadas a minimizar os desfechos desfavoráveis, amparadas por evidências científicas e aplicadas segundo técnicas de efetividade comprovada.

Alguns pontos básicos desse processo merecem destaque: os tipos de risco extremamente variados a que se expõem as crianças e adolescentes nos dias de hoje exigem que a promoção da segurança assumam um espectro cada vez mais abrangente. Assim, o pediatra deve extrapolar o controle de lesões ou injúrias não-intencionais no âmbito doméstico e mesclá-lo com estratégias de proteção contra várias formas de violência, como o *bullying*, o suicídio e até a poluição ambiental (por cigarro, produtos tóxicos domiciliares, chumbo, etc.).

Vale frisar que o modelo atual de controle do trauma prescreve que suas conseqüências sejam aplacadas por meio da integração da prevenção primária com o atendimento efetivo das emergências e a reabilitação, todos no âmbito de atuação do pediatra.⁵

O pediatra já conta com apreciável embasamento científico para aplicar os princípios de controle das injúrias físicas na sua prática clínica diária, e no campo da prevenção primária seu trabalho educativo continua sendo preponderante e valorizado pelas famílias.¹ Mesmo que ainda hoje haja evidências conflitantes acerca da real efetividade do aconselhamento no âmbito clínico na redução de eventos traumáticos,^{6,7} revisões sistemáticas recentes evidenciam um número razoável de estudos controlados que demonstram que as ações no atendimento primário são factíveis e eficazes na melhora do conhecimento sobre a segurança e na mudança do comportamento para um estilo de vida mais seguro.^{8,9,10}

O pediatra deve, em sua formação, aprimorar suas habilidades em comunicação, ponto de fundamental importância. Recentemente, um grupo de trabalho norte-americano, inspirado no interessante projeto Bright Futures,² formulou estratégias práticas para facilitar a interação entre médicos, pacientes e famílias nas consultas de puericultura.¹¹

Entre suas principais recomendações estão:

- aplicar medidas básicas de comunicação (chamar as pessoas pelos seus nomes, demonstrar empatia, incorporar conversa social à consulta, evitar jargão médico, valorizar as preocupações do paciente e da família, dar informações claras, treinar habilidades verbais e não-verbais de ouvir as pessoas);
- criar uma parceria efetiva com a família (reconhecendo capacidades e dividindo as tarefas com os pais e outros membros da família);
- aprimorar o uso de momentos próprios para ações educativas (por exemplo: fragmentos de informação associados ao exame físico);
- prestar ajuda objetiva no uso de recursos externos (ajudar a encontrar uma escola especial para uma criança com deficiência, contactar especialistas, indicar produtos seguros);
- personalizar a orientação preventiva (utilizando perguntas diretas e sugestões com foco nas condições reais da família);
- gerenciar o tempo de forma eficaz (revisão do prontuário antes da consulta, uso de formulários na sala de espera, treinamento dos auxiliares para esclarecer dúvidas menores).^{12,13}

É interessante lembrar a consulta em grupo, estratégia em que o pediatra atua como facilitador da discussão da segurança entre famílias com filhos de idades similares e que só recentemente foi alvo de um escrutínio maior, mostrando-se tão efetiva em conferir conhecimento quanto o atendimento individual.¹² Tem a vantagem de mesclar a orientação preventiva com a troca de experiências entre os pais, com resultados positivos em termos de aquisição de conhecimentos, satisfação e índice de retorno.¹⁴ Trata-se de uma técnica particularmente apropriada para famílias de condição socioeconômica mais baixa, que precisa ser mais explorada no Brasil.

O DIAGNÓSTICO DA SEGURANÇA

O termo diagnóstico costuma ser associado a doença; logo, o diagnóstico de segurança lembra primariamente a identificação de fatores de risco. Contudo, a promoção da segurança se faz por meio de intervenções médicas, educativas e psicossociais aplicadas a partir de um diagnóstico de saúde, que inclui não só os riscos, mas todos os fatores de resiliência. Mais do que isso, quanto mais abrangente e preciso tal diagnóstico, mais efetivas serão as intervenções.

Um ponto-chave desse processo é considerar que a segurança da criança ou adolescente depende de uma interação complexa entre as características pessoais, os hábitos familiares, as normas culturais, o entorno socioeconômico e as tendências seculares.

O diagnóstico de segurança passa pela observação seqüencial das aquisições (em termos de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor), trunfos e problemas do indivíduo, da família e de seu ambiente. A Fig. 112.1 integra o modelo socioecológico ao epidemiológico clássico de injúrias físicas, evidenciando como as trocas de energia entre o meio e a criança, capazes de ferir essa última, são influenciadas por fatores de cada nível da estrutura socioambiental.^{13,14}

Os fatores envolvidos em tal dinâmica são: intrapessoais (o comportamento explorador ingênuo da criança pequena e a tomada de riscos consciente do adolescente), interpessoais (a interação entre pai e filho, que tanto pode protegê-lo como expô-lo a riscos), institucionais (instâncias em que os indivíduos interagem com a comunidade, tais como escola e trabalho) e culturais (valores e normas sociais, políticas governamentais e legislação).

Os principais componentes do diagnóstico de segurança são a entrevista, a observação das interações pais-filhos, o exa-

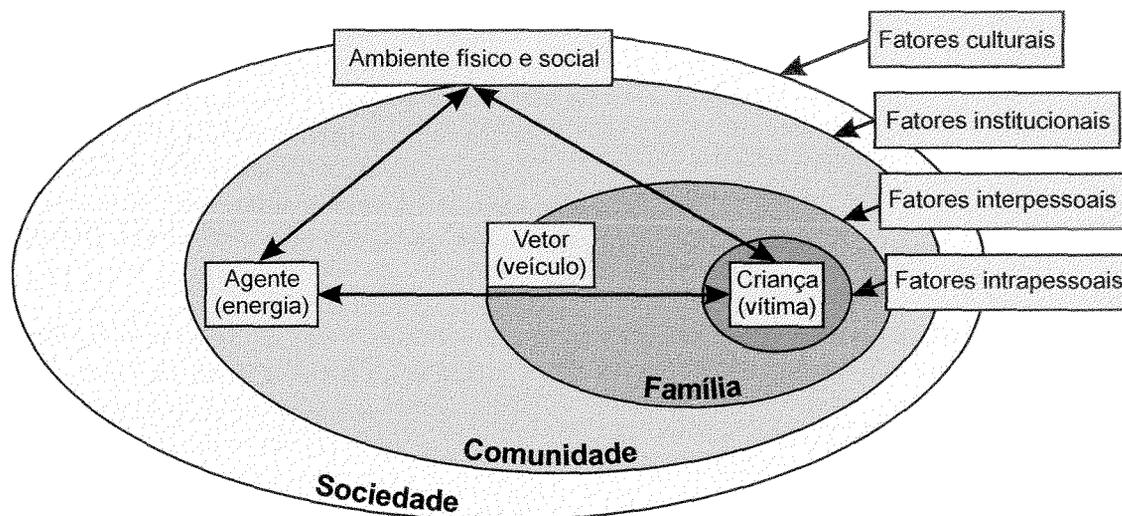


FIG. 112.1 Modelo socioecológico da segurança infantil. (Adaptado de: Saluja G, Brenner R, Morrongiello BA, Haynie D, Rivera M, Cheng TL. The role of supervision in child injury risk: definition, conceptual and measurement issues. *Inj Control Saf Promot* 2004;11:17-22.)

me físico e a avaliação do desenvolvimento (neuropsicomotor, emocional e social), integrados pelo objetivo de identificar fatores de resiliência e risco. Além disso, é essencial conhecer o microambiente (contatos domiciliares, saúde dos pais e irmãos, comportamentos seguros, uso de automóvel, uso de álcool e tabaco, situação de trabalho, mudanças recentes) e o macroambiente (recursos comunitários de cuidados infantis, pronto-socorros, áreas de lazer, programas comunitários de promoção da segurança).

ACONSELHAMENTO EM SEGURANÇA NO CONSULTÓRIO

A entrevista voltada para o diagnóstico de segurança possui dois constituintes básicos: a escuta ativa e as perguntas-gatilho. A escuta ativa é especialmente importante, pois preocupações ou problemas podem não ser revelados ou demonstrados de início, mas às vezes têm que ser percebidos por sinais indiretos ao longo da consulta.

Considerando que os pais são modelos relevantes para os filhos, a entrevista também serve para avaliar a interação entre eles e captar os sinais de comportamentos não-seguros, tais como o uso de tabaco ou álcool e o não-uso de cinto de segurança.

É evidente que tal processo depende de uma parceria efetiva com a família, respeitando a participação da criança ou do jovem, segundo o seu estágio de desenvolvimento.¹¹ A comunicação aberta entre o pediatra e a família é um dos componentes fundamentais do diagnóstico e, sobretudo, das ações de promoção da segurança que dele advêm. Nesse sentido, são bastante úteis os instrumentos como os questionários dirigidos e as listas de checagem apropriadas para a idade da criança. Outra estratégia útil é orientar os familiares e as crianças maiores a trazer para as consultas as perguntas ou as preocupações sobre a sua segurança.

A Consulta com Escuta Ativa

O pediatra, como figura central na orientação das famílias sobre a segurança, pode, ao longo das consultas, lançar mão de conhecimentos de crescimento e desenvolvimento, divididos por faixas etárias, e associar as principais situações de risco próprias da fase que a criança se encontra.

Para tanto, ao trabalhar em atividade ambulatorial, deve aconselhar de forma efetiva as famílias no sentido da adoção de comportamentos voltados para a prevenção de injúrias físicas não-intencionais e violências em crianças e jovens. Na Tabela 112.1 encontram-se, divididas por faixas etárias, as principais situações de risco, além das medidas de proteção, com frases curtas e objetivas, que servirão de apoio à necessária ação educativa verbal desenvolvida pelo pediatra no ambulatório.

No início do acompanhamento de uma criança (o ideal é que as informações sejam passadas ainda no período pré-natal), o pediatra explica aos pais a extrema relevância da questão da segurança da criança e do adolescente e fornece as principais informações dos riscos e de prevenção. Esse procedimento deve ser repetido em todas as consultas, ao longo da infância e da adolescência.

Perguntas-gatilho

Quanto às perguntas-gatilho, são usualmente colocadas de modo casual e indireto e servem para estimular a discussão da segurança e dos comportamentos de risco.

Esse modelo foi introduzido pelo projeto Bright Futures (material completo desse projeto encontra-se disponível gratuitamente na Internet -<http://brightfutures.aap.org/index.html>), que apresenta roteiros detalhados de consultas de supervisão de saúde, do pré-natal ao final da adolescência,² e enfatiza o diagnóstico de saúde e a orientação antecipatória dirigida à família, com recomendações sobre hábitos de vida saudáveis e destaque à prevenção de injúrias físicas. A Tabela 112.2 mostra exemplos de perguntas-gatilho voltadas para a discussão da segurança em duas idades distintas.

FATORES ENVOLVIDOS NO DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA

O diagnóstico de segurança do paciente precisa considerar as suas várias características inerentes, que podem aumentar ou diminuir seus riscos de sofrer injúria física.¹⁵

Fatores envolvidos:

- **Idade:** assim como as injúrias específicas acontecem em idades definidas, a gravidade das eventuais lesões também é influenciada pela faixa etária. Por exemplo, crianças **menores de 2 anos** têm maior tendência a sofrer danos neurológicos em caso de traumatismo craniano do que as crianças maiores e estão sujeitas a riscos impostos por terceiros, sofrendo mais queimaduras, intoxicações, injúrias por colisão de automóvel e quedas. O **pré-escolar** sofre mais atropelamentos, quedas de lugares altos, ferimentos com brinquedos e lacerações. Na **idade escolar**, predominam os atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, traumatismos dentários, ferimentos com armas de fogo e lacerações. Os riscos principais para o **adolescente** são as violências, desastres de automóvel e motocicleta, atropelamento, quedas de bicicleta, fraturas associadas a práticas esportivas e afogamento.
- **Sexo:** os meninos têm o dobro de chance de sofrer injúrias do que as meninas, e, como tal diferença aumenta com a idade, os meninos adolescentes chegam a ter um risco 10 vezes maior do que as meninas.

TABELA 112.1 A Escuta Ativa e o Aconselhamento Durante a Consulta

	Consulta	Recomendações
Pré-natal ou RN	Transporte do bebê	Desde a maternidade, assento infantil, Grupo 0+, banco de trás, de costas para o painel.
	Berço	Grades com distância de até 6 cm e sempre elevadas, colchão firme, não usar travesseiro, cobertas bem presas por baixo do colchão nas laterais e na parte inferior.
	Banho	Testar a temperatura da água com cotovelo.
	Hora de dormir	Posição de costas, no quarto dos pais.
	Temperatura ambiente	Agradável, sem exageros, não agasalhar demais o bebê.
	Não fumar	Em casa e no carro.
	Curso pré-natal e de futuros pais	Devem ser feitos e guardar as anotações e informações importantes.
	Curso de suporte básico de vida e de primeiros socorros	Fazer o curso BLS. Ter um estojo com itens recomendados pelo pediatra.
1 a 6 meses	Quedas	Proteja o berço e o cercado com grades altas e estreitas. Nunca deixe o bebê sozinho sobre o trocador, sofá ou cama – mantenha sempre uma mão sobre o bebê.
	Automóvel	Jamais leve a criança no colo. Utilize assento infantil, sempre no banco traseiro e voltado para trás.
	Banho	Verifique a temperatura da água (ideal 37°C). Não deixe a criança sozinha na banheira.
	Queimaduras	Não tome líquidos quentes, não cozinhe ou fume com a criança no colo.
	Objetos pequenos/brinquedos	Longe do alcance do bebê, podem ser engolidos ou aspirados. Utilize brinquedos grandes e inquebráveis, evitando sufocação.
	Sacudir/chacoalhar para fazer dormir ou parar de chorar	NUNCA faça isso, pode causar a morte do bebê!
6 meses a 1 ano	Irmãos maiores ou bichinhos de estimação	Nunca deixar o bebê sozinho com eles.
	Quedas	Proteja escadas e arestas pontiagudas dos móveis. Baixar estrado e colchão, retirar protetores e não deixar nada solto no berço. Andador: Não deve ser utilizado em momento algum.
	Automóvel	Use assento especial para crianças; coloque-a no banco traseiro, sempre voltado para trás.
	Asfixia/sufocação	Evite cobertores pesados e travesseiros fofos. Afaste fios, cordões e sacos plásticos.
	Objetos/brinquedos	Não deixe ao alcance de crianças objetos cortantes, pequenos ou pontiagudos. Use brinquedos fortes e inquebráveis; evite os brinquedos com partes pequenas, pelo risco de sufocação.
	Ferimentos e riscos em geral	Deite no chão e procure por riscos que estejam à altura dos olhos do bebê. Coloque portões nas escadas, grades e travas nas janelas e protetores nas tomadas.
	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. Mantenha o contato do Centro de Controle de Intoxicações de sua cidade perto do telefone ou preso na geladeira, para situações de emergência. Não transfira as embalagens dos produtos químicos e de limpeza.
	Afogamento	Esvazie baldes, bacias, banheira e tanque após o uso. A piscina deve estar cercada por grades (ou cerca), ter portão de acesso, cobertura de lona e alarme.
	Queimaduras	A criança não deve entrar na cozinha; recomenda-se colocar grade na porta. Painéis devem estar nos queimadores de trás, cabos virados para dentro, forno com proteção dupla de vidro.
1 a 3 anos	Quedas	Coloque proteção nas escadas e janelas. Proteja os cantos dos móveis.
	Objetos	Não deixe ao alcance das crianças grãos, objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos.
	Segurança em casa	Agache no chão e procure por novos perigos. A criança já anda nessa fase. Coloque obstáculo na porta da cozinha e mantenha fechada a porta do banheiro. Não deixe outras crianças tomando conta dos menores.
	Produtos domésticos e medicamentos	Tranque produtos de limpeza e medicamentos em armários e coloque-os em lugares altos.
	Automóvel	No banco de trás, em assento modelo reversível, Grupo I, virado de frente para o painel.
	Animais domésticos	Mantenha os pratos de alimentação em lugar seguro e não permita que a criança se aproxime enquanto se alimentam.
	Parques e playgrounds	Assegure-se de que os brinquedos são seguros, estão separados por idade e recebem manutenção adequada. Verifique o piso e a distância entre os brinquedos.
	Punição corporal	Não deve ser permitida em hipótese alguma.

(continua)

TABELA 112.1 A Escuta Ativa e o Aconselhamento Durante a Consulta (continuação)

Consulta	Recomendações
Quedas	Coloque grades ou redes de proteção nas janelas. Coloque portões nas escadas. Cuidados especiais com bicicletas; não permita pedalar nas ruas. Cerque o local onde a criança brinca. Não deixe as crianças sozinhas em parques ou <i>playgrounds</i> .
Segurança em casa	Cozinha e banheiro não são lugares para crianças. Use obstáculo na porta da cozinha.
Queimaduras	Não permita a aproximação da criança de fogão, ferro elétrico e aquecedores. Criança não deve brincar com fogo; evite álcool, fósforos, isqueiros e acendedores.
3 a 5 anos	
Intoxicações	Mantenha produtos de limpeza e remédios trancados em armário ou em locais de difícil acesso.
Afogamento	Criança não deve nadar sozinha, e deve ser ensinada a nadar.
Automóvel	Lugar de criança é no banco traseiro. Use assento próprio para criança (a partir de 18 kg de peso pode utilizar o assento elevatório (<i>booster</i>) - Grupo 2.
Atropelamento	Não permita que a criança brinque na rua. Na rua, andar pelo lado da calçada, e ao atravessar a rua segure-a de forma firme pelo punho.
Educação	Estabelecimento de limites e disciplina sem punição corporal. Os pais são o principal exemplo para os filhos. Regras claras, firmes e consistentes de comportamento seguro.
Atropelamento	Ensine hábitos de segurança ao atravessar a rua. Acompanhe a criança na rua. Não permita brincadeiras nas ruas.
Bicicleta	Criança deve usar capacete de proteção. Andar somente em locais apropriados ou em parques.
Automóvel	Lugar de criança é no banco traseiro e utilizando o assento elevatório (<i>booster</i>) - Grupo 3, com cinto de segurança.
Afogamento	Não permita que a criança entre na água sem a supervisão de um adulto.
6 a 10 anos	
Fogos de artifício	Evite brincadeiras com foguetes e "bombinhas", pois são perigosos e você está sujeito a queimaduras.
Armas de fogo	Armas de fogo não são brinquedos; evite-as dentro de casa. Se for necessário manter em casa, guardá-la fora do alcance das crianças, travada e descarregada.
Educação	Limites e disciplina sem punição corporal, ensinar a respeitar a si mesmo e ao outro. Os pais são o modelo para os filhos. Continue a enfatizar a importância da segurança; nessa faixa etária, tendem a cometer erros de julgamento por tentarem imitar seus pais. Se mostrar maturidade para os pais, a supervisão pode ser diminuída. Deve fazer curso de Suporte Básico de Vida e ter noções de primeiros socorros.
Atropelamentos	Atravesse a rua na faixa de segurança. Observe o farol (sinal). Olhe para os dois lados antes de atravessar a rua.
Automóvel	Até alcançar a altura de 1,45 m, permaneça no banco traseiro, use o assento elevatório (<i>booster</i>) em conjunto com o cinto de segurança.
Bicicleta	Ande com capacete de proteção. Observe os sinais de trânsito. Não corra ladeira abaixo. Não ande de bicicleta à noite.
10 a 15 anos	
Afogamento	Não mergulhe em local desconhecido. Não nade sozinho ou sem presença de salva-vidas. Não mergulhe de cabeça. Nade perto da margem.
Esportes	Pratique esporte com segurança e sob supervisão; utilize equipamentos de proteção.
Riscos de sons e ruídos muito altos	Ensine seu filho a evitar tais riscos, especialmente ao ouvir música com fones de ouvido.
Armas de fogo	Não manuseie armas e não deixe seu filho fazê-lo, pois são perigosas e não são brinquedos.
Educação	Ensine-o a desenvolver habilidades em resolver conflitos, negociar e lidar com a raiva de forma construtiva. Deve também confiar nos pais e saber se proteger de abusos físicos, emocionais e sexuais. Evitar uso de álcool e sexo sem proteção.
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.
Automóvel	Use sempre o cinto de segurança. Não dirija sem habilitação. Não dirija ou ande com motorista alcoolizado. Não coma, beba ou use o telefone celular enquanto dirige.
15 anos em diante	
Afogamentos	Não mergulhe em locais desconhecidos. Nade próximo à margem. Não nade sozinho.
Esportes	Pratique esportes sob supervisão e em locais adequados. Use equipamentos de proteção durante a prática esportiva (capacete, joelheira, cotoveleira, luvas, e para andar de bicicleta, <i>roller</i> , patins, <i>skate</i> etc.
Álcool e drogas	Não pegue carona com quem bebeu e está dirigindo. Tomar bebida alcoólica não é legal. Não fale com estranhos. Evite as turmas que usam álcool e/ou drogas. Não aceite objetos, bebidas ou alimentos de estranhos.
Gestação indesejada, DSTs	Anticoncepção, prevenção de DSTs.

(continua)

TABELA 112.1 A Escuta Ativa e o Aconselhamento Durante a Consulta (continuação)

Consulta	Recomendações
Armas de fogo	Não use armas; são perigosas e não aumentam sua segurança.
15 anos em diante	Educação Ensine-o a desenvolver habilidades em resolver conflitos, negociar e lidar com a raiva de forma construtiva. Deve também confiar nos pais e saber se proteger de abusos físicos, emocionais e sexuais. Evitar uso de álcool e sexo sem proteção. Deve saber o que fazer em caso de fogo ou outras emergências e ter feito o curso de Suporte Básico de Vida.

Adaptado de:

1. Comitês de Segurança e Pediatria Ambulatorial – Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul. Projeto “Promoção da Segurança no Ambulatório de Pediatria”.
2. Calendário de Desenvolvimento e Segurança – Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).
3. Gardner HG; American Academy of Pediatrics Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Office-based counseling for unintentional injury prevention. *Pediatrics* 2007 Jan;119(1):202-6.
4. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM (eds.). *Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008. [Chapter], Promoting safety and injury prevention; p. 177-91. <http://brightfutures.aap.org/pdfs/>

TABELA 112.2 Perguntas-gatilho Voltadas para Estimular a Discussão da Segurança

Consulta de 1 ano de idade:

- Como estão as coisas na família?
- O que o Pedrinho faz de novo?
- Como o pai do Pedrinho ajuda a cuidar dele?
- A quem vocês pedem ajuda para cuidar do Pedrinho?
- O Pedrinho precisa ir à creche? Como vocês se sentem a esse respeito?
- O Pedrinho continua viajando sempre no banco traseiro, na cadeirinha de segurança?
- A cadeirinha do automóvel já foi virada para a frente? Vocês têm que adquirir uma nova?
- Vocês se mudaram de endereço?
- Quais os cuidados de segurança da casa? Protetores de tomadas? Produtos de limpeza? Grades na janelas?
- Existe alguém que vocês temam que possa fazer mal ao Pedrinho?
- Vocês têm arma de fogo em casa? Algum amigo ou vizinho? Onde é guardada? E a munição? Vocês já consideraram se livrar da arma?

Consulta de adolescente:

- (Perguntas à jovem)
- Como estão as coisas com você?
- O que você gosta de fazer para se divertir?
- Me diga alguma coisa em que você é boa.
- Você pratica esportes? Quais? Alguma coisa radical?
- Você curte bebida alcoólica? E cigarro?
- Você se preocupa com o quanto seus amigos bebem? E outras drogas?
- Você tem namorado? Ele tem carro? Ele bebe? Quais os cuidados que ele tem ao dirigir?
- Você sempre usa o cinto de segurança quando anda de carro?
- Você faz com que seus amigos usem o cinto também?
- Você já andou de carro com alguém que tivesse bebido?
- Você usa capacete de ciclista?
- Alguma vez você já sofreu pressão para fazer algo que não tivesse vontade?
- Você já se meteu em brigas na escola? E em confusão com a polícia?
- Você tem acesso a armas de fogo? Algum amigo seu tem?
- Você já assistiu a alguma cena de violência?

(Perguntas aos pais)

- Alguma diferença desde que a Aninha se tornou adolescente?
- Algum estresse importante desde a última consulta?
- O que vocês fazem juntos em família?
- O que a Aninha faz depois da aula?
- O que vocês acham das escolhas da Aninha para amigos?
- Vocês discutem com ela sobre álcool, cigarro e outras drogas?
- Vocês sempre cobram da Aninha o uso do cinto de segurança e de capacete de ciclista?
- Vocês têm arma de fogo em casa? Algum amigo ou vizinho? Onde é guardada? E a munição? Vocês já consideraram se livrar da arma?

Adaptado de: Haggerty RJ. Risks and protective factors in childhood illness. In: Green M, Haggerty RJ, Weitzman M (eds.). *Ambulatory Pediatrics*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999. p. 6-8.

A noção de que determinados indivíduos têm maior propensão a sofrer traumatismos é um mito da cultura leiga, sem base científica. Ainda que haja certa relação entre ocorrência de injúrias e número de eventos traumáticos prévios, assim como em casos de crianças com temperamentos ditos mais difíceis, a tentativa de reconhecer crianças potencialmente “repetidoras de acidentes” não é útil na prática e desvia o foco central dos cuidados com o ambiente.

- **Socioambientais:** evidências demonstram que a repetição de eventos traumáticos está associada a pelo menos um fator de risco socioambiental, como abuso de drogas, mãe adolescente, cuidador solteiro, cuidador com doença mental e história de violência intrafamiliar. Há uma relação inversa estabelecida entre as expectativas educacionais e a agressividade entre os adolescentes, o que abre um campo de ação a mais para o pediatra como orientador.
- **Variáveis Familiares:** o diagnóstico de segurança da família entende que ela pode ao mesmo tempo proteger a criança e expô-la a uma série de riscos. Os adultos tendem a apresentar um comportamento incongruente com seu grau de educação e conhecimento específico sobre as normas de segurança infantil, permitindo ou estimulando a criança a assumir responsabilidades para as quais ela não está suficientemente madura, como atravessar a rua sozinha.

As principais variáveis familiares associadas a risco aumentado de injúria são: pobreza, superpopulação do domicílio, mudanças de endereço e pais mais jovens, com dificuldade de leitura e desempregados.

- **Fatores de Resiliência:** a presença de certos utensílios no interior da casa pode constituir fator de resiliência (portão em escada, grade em janela e em piscina, protetores de tomada e alarme de fumaça) ou de risco (por exemplo: andador). Também há correlação de certos hábitos de segurança no lar, como guardar objetos afiados, com a diminuição efetiva de hospitalização por injúrias físicas.
- **Segurança do Entorno:** o diagnóstico de segurança do entorno, no nível de vizinhança ou bairro, envolve vários

fatores de risco (pobreza, baixo nível educacional e privação material) e provoca, independentemente, maior impacto negativo do que os fatores pessoais ou familiares. O grau de urbanização também tem um papel importante: há maior risco de morte por injúrias físicas no campo do que na cidade, com exceção daquelas resultantes de violência. Na cidade, os riscos são maiores nas áreas centrais, mais populosas, do que nas zonas residenciais.

Os riscos do trânsito constituem um capítulo à parte na questão da segurança do entorno. Se, por um lado, tem havido grandes progressos na proteção de ocupantes de veículos, por meio da aplicação efetiva de leis que obrigam ao uso de dispositivos restritivos, como assentos infantis e cintos de segurança, o mesmo não ocorre com a segurança do pedestre, o que exige uma atenção especial à indagação sobre os hábitos de deslocamento da família.

INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE SEGURANÇA

São todas as estratégias utilizadas na consulta pediátrica que visam a capacitar as famílias – e, a partir de uma determinada idade, a própria criança ou jovem – ao controle mais efetivo dos fatores determinantes de injúrias físicas e ao atendimento de emergências.

Muitos estudos demonstram que as famílias vêem o pediatra como a primeira fonte de conhecimento sobre a prevenção e que efetivamente aprendem melhor com ele.¹⁶ Há evidências científicas de que a orientação das famílias sobre os riscos de injúria inerentes a cada etapa do desenvolvimento pode aumentar o conhecimento, bem como a adoção de medidas efetivas de segurança.^{17,18} Assim, autoridades no campo da segurança recomendam enfaticamente que o aconselhamento específico para os riscos próprios de cada faixa de idade seja parte integrante dos cuidados de rotina de crianças e adolescentes saudáveis.^{1,2} Cabe ressaltar, entretanto, que só ocorre um impacto positivo no comportamento das pessoas quando se facilita o acesso a produtos – tais como proteção para janelas, assentos de segurança, trancas para armários e portas – por meio de programas comunitários.¹⁰

ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO

Estratégias de **proteção ativa** são as que exigem uma determinada ação sempre que a vítima em potencial esteja em situação de risco (por exemplo: afivelar o cinto de segurança ao andar de carro). São intrinsecamente falhas, pois dependem de atitudes socioculturais e dos níveis de persistência, comprometimento e responsabilidade dos indivíduos ou dos responsáveis.

Já estratégias de **proteção passiva** são as que protegem automaticamente, prescindindo de qualquer ação, conhecimento ou colaboração das pessoas envolvidas (por exemplo:

medicamentos embalados em recipientes com tampas de segurança). São muito mais efetivas, pois independem dos fatores individuais. Tais medidas costumam ser implementadas por meio de leis que normatizam as condições de segurança dos produtos ou que obrigam as pessoas a modificar certos tipos de comportamento (por exemplo: 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.

Se o ambiente que a criança vive (físico e afetivo) estiver preparado de forma adequada, com medidas de proteção efetivas, o “estar por perto” (supervisionar), olhar e falar com ela serão suficientes em termos de segurança. A criança, ao explorar com segurança o mundo em que vive, desenvolve autoconfiança, aprende a conhecer seus limites e, progressivamente, os próprios atos e os riscos que a cercam.

É responsabilidade do pediatra orientar sobre as medidas gerais e específicas de proteção domiciliar, com foco definido e pautado por ações simples e não-repetitivas. As orientações para a segurança devem sempre dar ênfase às medidas de proteção passivas, capazes de tornar a casa “à prova de acidentes”. A aplicação do princípio da proteção passiva no âmbito domiciliar precisa ser bem compreendida pelas famílias.

Em relação ao conteúdo do aconselhamento, especialistas sugerem que sejam utilizadas listas de tópicos de segurança por faixa de idade, com processo e conteúdo bem explicitados.¹⁹ Em vista de evidências de que a entrega de material escrito aumenta a efetividade do aconselhamento, recomendam que as preleções integrantes das consultas sejam reforçadas rotineiramente por impressos ou outros meios, que mais modernamente podem incluir o *e-mail* e a Internet.^{20,21}

Considerando que bons materiais impressos de apoio não são acessíveis de modo regular ao pediatra brasileiro, é recomendável que todo profissional interessado em melhorar a efetividade das suas ações promotoras de segurança busque alternativas que ele próprio possa reproduzir com facilidade. O protótipo desse tipo de ferramenta é The Injury Prevention Program (TIPP), da American Academy of Pediatrics, projeto histórico e de vanguarda que continua muito atual e funcional; porém, só está disponível em inglês.²² Pode ser acessado livremente no endereço <http://www.aap.org/family/tippmain.htm>.

Um tópico que merece destaque é a orientação sobre segurança no trânsito, pelo caráter epidêmico e crescente de mortes de crianças e jovens pedestres e ocupantes de veículos. Há boas evidências científicas de que o pediatra pode 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 preventi-

TABELA 112.3 Recomendações para Tornar a Casa mais Segura**Princípios gerais:**

Crianças crescem rápido e adquirem habilidades novas a cada dia. É essencial verificar as condições de segurança da casa a cada 6 meses.

- 1) Todas as escadas são acarpetadas e protegidas por portões nas duas extremidades?
- 2) Todas as peças da casa estão livres de objetos com partes pequenas (menores de 2 cm de diâmetro), brinquedos, balões, sacos plásticos, que podem constituir risco de sufocação?
- 3) Sua família tem um plano definido de fuga em caso de incêndio?
- 4) O andador foi banido da casa?
- 5) Todos os produtos tóxicos (medicamentos, produtos de limpeza, tintas, detergentes) são guardados nos recipientes originais, em armários trancados?
- 6) Os números dos telefones do SAMU (192) e do Centro de Controle de Intoxicações estão afixados em todos os telefones da casa e na porta da geladeira?
- 7) Se o bebê tem um cercado, a malha é bem apertada, com buracos menores de 2 cm?
- 8) Os sacos plásticos estão acessíveis às crianças?
- 9) Alguma janela apresenta vidros quebrados ou rachados?
- 10) As janelas basculantes que abrem para fora deixam espaço suficiente para a passagem do corpo de uma criança?
- 11) As janelas dispõem de grades de proteção?
- 12) Os pisos apresentam áreas defeituosas, como tacos quebrados, soltos ou empenados?
- 13) O piso é escorregadio?
- 14) Há tapetes enrugados ou com as bordas reviradas?
- 15) Há fios elétricos com revestimento descascado ou rachado?
- 16) A chave elétrica geral está em local de fácil acesso? É fácil de desligar?
- 17) As tomadas elétricas dispõem de alguma forma de proteção?
- 18) Os fios dos aparelhos eletroeletrônicos possuem dimensões apenas suficientes para alcançar as tomadas e são de difícil acesso?
- 19) Você costuma ligar dois ou mais aparelhos numa mesma tomada?
- 20) Você mantém algum móvel (mesa, cadeira, sofá, banco) embaixo da janela?
- 21) As escadas possuem iluminação suficiente?
- 22) As escadas possuem corrimão?
- 23) Há em casa algum tipo de arma?
- 24) Existe um extintor de incêndio sempre pronto para uso e em local acessível?
- 25) Você está preparado(a) para agir rapidamente em caso de incêndio?

A cozinha:

É o lugar mais perigoso da casa para bebês, que não devem ter acesso a ela.

- 1) Seu fogão está firmemente preso e numa posição estável?
- 2) O forno de microondas desliga-se automaticamente ao abrir-se sua porta?
- 3) Os fios dos equipamentos de cozinha, da geladeira e do freezer possuem dimensões apenas suficientes para alcançar a tomada e são de difícil acesso?
- 4) Os botões de gás do fogão estão funcionando bem?
- 5) Você guarda talheres, copos e pratos em armários altos e fechados?
- 6) Objetos cortantes (facas, tesouras, garfos etc.) ficam em gavetas trancadas ou com trava?
- 7) Você mantém toalhas grandes na mesa, que podem ser puxadas pelas crianças?
- 8) Você tem um armário na cozinha para guardar o recipiente de lixo, com sua tampa correspondente?
- 9) Você assegura que a porta de sua lava-louças está sempre fechada quando em funcionamento?
- 10) O cadeirão do bebê é firme? Possui cinto de segurança e tira entre as pernas? Fica encostado na parede, longe do fogão e da mesa?
- 11) Você instalou portão que impede o acesso da criança à cozinha?
- 12) Todos os produtos tóxicos (sabão em pó, produtos de limpeza, medicamentos) estão guardados nos recipientes originais, em armários trancados?

13) Todos os utensílios elétricos são desligados da tomada quando não em uso?

14) As tomadas estão cobertas com protetor adequado e firme?

15) Os cabos das panelas estão voltados para dentro ou para o meio do fogão?

16) Você utiliza preferencialmente as bocas de trás para cozinhar?

O banheiro:

O banheiro é a segunda peça mais perigosa da casa para bebês. O ideal é que também tenha uma grade instalada na porta.

- 1) O chão do boxe tem superfície de material antiderrapante?
- 2) Todos os produtos tóxicos (cosméticos, enxaguatórios bucais, medicamentos) estão guardados nos recipientes originais, em armários trancados?
- 3) Todos os utensílios elétricos, como secador de cabelo, são desligados da tomada quando não em uso?
- 4) As tomadas estão cobertas com protetor adequado e firme?
- 5) A água do banho ultrapassa temperatura de 50°C?
- 6) O bebê é deixado sozinho na banheira?
- 7) O material do banho está à mão?
- 8) O piso do banheiro é escorregadio quando molhado?
- 9) Você deixa fósforos ou isqueiros no banheiro? Onde ficam guardados?
- 10) A tampa do vaso sanitário possui trava?
- 11) Você tira a chave da porta do banheiro para evitar que as crianças se tranquem?

O quarto do bebê:

1) Todos os materiais e utensílios necessários para as trocas do bebê estão à mão?

- 2) Você sabia que é recomendável que o trocador tenha um cinto de segurança?
- 3) Você usa talco no bebê?
- 4) Há um tapete antiderrapante sob o trocador?
- 5) Existem cortinas ou cadarços pendentes que possam ser alcançados pelo bebê?
- 6) Você removeu os protetores, travesseiros, almofadas e quaisquer objetos que possam servir de apoio para pular a grade assim que o bebê começou a ficar de pé?
- 7) Retirou também móveis e outros brinquedos pendurados no berço?
- 8) O colchão se encaixa perfeitamente no berço e não deixa espaços livres entre as paredes do berço?
- 9) O berço é verificado periodicamente para detecção de parafusos ou peças mal encaixadas?
- 10) O colchão e o estrado do berço estão com altura apropriada para a idade do bebê?
- 11) Há uma lâmpada para a noite, do tipo que não sofre aquecimento?
- 12) Há protetores em todas as tomadas elétricas do quarto, mesmo as escondidas?
- 13) Você instalou grades ou redes nas janelas do quarto?
- 14) As caixas de brinquedos possuem tampa?
- 15) Os equipamentos destinados a crianças pequenas possuem elementos desmontáveis ou peças pequenas?
- 16) As barras do berço estão suficientemente juntas para o bebê não passar a cabeça, braços e pernas entre elas?
- 17) Há brinquedos, quebrados ou não, com partes pontudas ou cortantes?
- 18) Há algum tipo de saco plástico no quarto do bebê?
- 19) Você utiliza lençóis, cobertores e edredons de tecidos leves? Eles ficam firmemente presos ao colchão?

A sala:

- 1) Os móveis possuem arestas pontiagudas?
- 2) As plantas ornamentais estão fora do alcance do bebê?
- 3) Os aparelhos eletrônicos estão equilibrados sobre móveis sólidos, estáveis e resistentes? Estão fora do alcance das crianças?
- 4) Todos os fios de utensílios elétricos estão presos, nenhum deles está pendente?
- 5) Há protetores em todas as tomadas elétricas?
- 6) A lareira está protegida por grade?
- 7) Há cortinas ou cadarços pendentes?

(continua)

TABELA 112.3 Recomendações para Tornar a Casa mais Segura (continuação)

- 8) As cadeiras são estáveis, com os pés perfeitamente nivelados?
- 9) As bebidas alcoólicas, copos e garrafas em geral são guardados em armários altos e trancados?
- 10) Existem isqueiros ou fósforos ao alcance das crianças?
- 11) A varanda de sua casa possui proteção (grade, rede)? Está bem conservada?

Material adaptado de:

1. American Academy of Pediatrics. Childproofing Checklist. Disponível em http://www.medem.com/medlb/medlib_entry.cfm
2. Crianças e Adolescentes Seguros. Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria, Publifolha, 2006.

va 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 8 anos; e a exibir sempre comportamento seguro, agindo como modelos.

Outra estratégia frequentemente recomendada por especialistas é o uso de listas de checagem sobre a segurança da casa, com ênfase em intervenções com foco específico.²³ A Tabela 112.3 apresenta uma lista de recomendações gerais para tornar a casa mais segura, com as peculiaridades de cada tipo de aposento.

Os pais também precisam ser preparados para os primeiros socorros e o suporte básico de vida. O fato de que nem todas as injúrias físicas podem ser prevenidas deve ser discutido claramente pelo pediatra, que também deve auxiliar na preparação da família para eventos potencialmente traumáticos, incluindo treinamento em primeiros socorros, conhecimento dos canais de acesso aos serviços de emergência e telefones importantes (SAMU, centro de intoxicações, serviços médicos, dentista). É muito importante recomendar que os pais mantenham ao lado do telefone da casa – e preferentemente sob um ímã de geladeira – uma lista atualizada dos números de telefone citados, além do endereço e 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 do prazo de validade.

A CONSULTA PEDIÁTRICA COM JANELAS ABERTAS

O pediatra precisa ter humildade suficiente para perceber que a crescente quantidade de informação apoiada em evidências científicas tende a suplantiar a sua capacidade de atuar sozinho no âmbito da consulta tradicional.

Portanto, é essencial que esteja atento às estratégias e avanços que podem melhorar seu desempenho e se valer de coo-

peração multiprofissional coordenada e parcerias com as famílias e comunidades.^{24,25,26}

Não esquecer que promover a segurança trata, além de tudo, de capacitar as pessoas a assumir estilos de vida mais seguros e manter seus corpos e mentes em condições ótimas pelo maior tempo possível, desde que tenham o poder de fazer escolhas saudáveis.

As ações de promoção da segurança não podem competir com o espaço reservado para o atendimento aos problemas de saúde, sejam agudos ou crônicos. Mas deve-se chamar a atenção e enfatizar a relevância para os temas de segurança, mesmo que não possam ser abordados em todas as ocasiões. O pediatra pode também recomendar outros recursos educativos, como folhetos ou sites na Internet, à qual um número crescente de famílias já tem acesso nos dias de hoje.

A consulta pediátrica, no seu aspecto particular de promoção da segurança, encerra uma responsabilidade subjacente do médico, que transcende sua ação de diagnóstico e orientação de uma ou mais famílias. Trata-se de saber definir os limites que todos os procedimentos contidos no âmbito clínico e do microambiente têm em controlar de modo efetivo as causas e efeitos das injúrias físicas, em vista da grande carga de determinantes socioculturais e econômicos.

É muito importante que a parceria pediatra-família mantenha sempre a perspectiva do macroambiente – a sociedade como um todo – e encontre maneiras de advogar ativamente pela promoção da segurança em instâncias variadas.^{27,28} Advogar pela causa do controle de injúrias é uma arte e uma ciência que envolve, no mínimo, escolher uma estratégia preventiva embasada em evidências acadêmicas, dirigir mensagens claras para os fóruns certos, conseguir o apoio da comunidade, estudar e aplicar princípios de marketing social e das teorias de mudança de comportamento e avaliar os resultados seqüencialmente. Pode parecer muito, mas é tarefa complementar inerente à consulta pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gardner HG; American Academy of Pediatrics Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Office-based counseling for unintentional injury prevention. *Pediatrics* 2007 Jan;119(1):202-6.
2. Hagan JE, Shaw JS, Duncan PM (eds.). *Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008. [Chapter], Promoting safety and injury prevention, p. 177-91. http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/10-Promoting_Safety_and_Injury_Prevention.pdf (acesso: 18/05/2008).
3. Gawryszewski VP, Rodrigues EM. The burden of injury in Brazil, 2003. *São Paulo Med J* 2006 Jul 6;124(4):208-13.
4. Starfield B. Health status measurement: the special case of children and youth. *Inj Prev* 1996 Jun;2(2):86-7.
5. Johnston BD, Rivara FP. Injury control: new challenges. *Pediatr Rev* 2003 Apr;24(4):111-8.
6. Sangvai S, Cipriani L, Colborn DK, Wald ER. Studying injury prevention: practices, problems, and pitfalls in implementation. *Clin Pediatr (Phila)* 2007 Apr;46(3):228-35.

7. Simon TD, Phibbs S, Dickinson LM, Kempe A, Steiner JF, Davidson AJ, Hambidge SJ. Less anticipatory guidance is associated with more subsequent injury visits among infants. *Ambul Pediatr* 2006 Nov-Dec;6(6):318-25.
8. Gielen AC, Sleet DA, DiClemente RJ. *Injury and violence prevention: behavioral science theories, methods and applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006. Chapter 1, Injury prevention and behavior – An evolving field. p. 1-16.
9. Chen J, Kresnow MJ, Simon TR, Dellinger A. Injury-prevention counseling and behavior among US children: results from the second Injury Control and Risk Survey. *Pediatrics* 2007 Apr;119(4):e958-65.
10. Kendrick D, Coupland C, Mulvaney C, Simpson J, Smith SJ, Sutton A, Watson M, Woods A. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD005014. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab005014.html> (acesso: 18/05/2008).
11. Benjamin JT, Cimino SA, Hafler JP, Bernstein HH. The office visit: a time to promote health – but how? *Contemp Pediatr* 2002;19:90-7.
12. Rice RL, Slater CJ. An analysis of group versus individual child health supervision. *Clin Pediatr (Phila)* 1997;36:685-9.
13. Runyan CW. Introduction: back to the future – revisiting Haddon's conceptualization of injury epidemiology and prevention. *Epidemiol Rev* 2003;25:60-4.
14. Saluja G, Brenner R, Morrongiello BA, Haynie D, Rivera M, Cheng TL. The role of supervision in child injury risk: definition, conceptual and measurement issues. *Inj Control Saf Promot* 2004;11:17-22.
15. Blank D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. *J Pediatr (Rio J)* 2005 Nov;81(5 Suppl):S123-36.
16. Bass JL. Effectiveness of injury prevention counseling. *Inj Prev* 1995;1:146.
17. DiGiuseppi C, Roberts IG. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. *Future Child* 2000;10:53-82.
18. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 1. *Inj Prev* 2001;7:161-4.
19. Barrios LC, Runyan CW, Downs SM, Bowling JM. Pediatric injury prevention counseling: an observational study of process and content. *Patient Educ Couns* 2001;44:141-9.
20. Glascoe FP, Oberklaid F, Dworkin PH, Trimm F. Brief approaches to educating patients and parents in primary care. *Pediatrics* 1998;101:E10.
21. Mann MY, Lloyd-Puryear MA, Linzer D. Enhancing communication in the 21st century. *Pediatrics* 2006 May;117(5 Pt 2):S315-9.
22. American Academy of Pediatrics, TIPP Revision Subcommittee, Bass JL (ed.). *The Injury Prevention Program: A Guide to Safety Counseling in Office Practice*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 1994. <http://www.aap.org/family/tippmain.htm> (acesso: 30/05/2008).
23. Rivara FP. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004 Jun;158(6):513.
24. Gabe J, Olumide G, Bury M. 'It takes three to tango': a framework for understanding patient partnership in paediatric clinics. *Soc Sci Med* 2004 Sept;59(5):1071-9.
25. Schor EL. Rethinking well-child care. *Pediatrics* 2004 Jul;114(1):210-6.
26. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)* 2003 May;79 Suppl 1:S13-22.
27. Friedlaender E, Winston F. Evidence based advocacy. *Inj Prev* 2004;10:324-6.
28. Sleet DA, Schieber RA, Gilchrist J. Health promotion policy and politics: lessons from childhood injury prevention. *Health Promot Pract* 2003;4:103-8.