

PUERICULTURA

Conquista da Saúde da Criança e do Adolescente



Editor

JOSÉ HUGO DE LINS PESSOA

Médico Pediatra. Doutor em Pediatria pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Mestre em Pediatria pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professor Titular Emérito de Pediatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Membro do Departamento de Pediatria Ambulatorial da Sociedade Brasileira de Pediatria. Presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (2007-2009).

 **Atheneu**

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Jesuíno Pascoal, 30
Tels.: (11) 2858-8750
Fax: (11) 2858-8766
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
Fax: (21) 3094-1284
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — Conj. 1.104

CAPA: Paulo Verardo

PRODUÇÃO EDITORIAL/DIAGRAMAÇÃO: Fernando Palermo

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

Puericultura : conquista da saúde da criança e do adolescente/
editor José Hugo de Lins Pessoa. -- 1. ed. -- São Paulo: Editora
Atheneu, 2013.

Bibliografia
Vários colaboradores
ISBN 978-85-388-0359-1

1. Adolescentes - Saúde 2. Crianças - Saúde 3. Pediatria
4. Prática pediátrica 5. Puericultura I. Pessoa, José Hugo de Lins.

13-02360

CDD-618.92
NLM-WS-200

Índices para catálogo sistemático:

1. Pediatria : Práticas : Medicina 618.92
2. Práticas pediátricas : Medicina 618.92

PESSOA, J. H. L.

Puericultura – Conquista da Saúde da Criança e do Adolescente.

Direitos reservados à EDITORA ATHENEU — São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2013.

Médico I
Departa.

Médica Ass
Universidade de
Medicina Espor
Pesquisa do L

Faculdade de

Professor da Esc
Coordenador do
Pesquisador do

Especialista em
Professor de

Professor Titulo
Pública da Unive
Livre-Docente
Faculdade d

Doutor em Orto,
Sênior d
Professor Adju

Claudio Schwartsman

Vice-Presidente de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein. Médico Chefe do Pronto-Socorro do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Doutor pela FMUSP.

Conceição A. M. Segre

Livre-Docente em Pediatria Neonatal pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Professora do Curso de Especialização em Perinatologia do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Orientadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público do Estado de São Paulo.

Danilo Blank

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor-Associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS. Membro do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Editor Associado da Revista Injury Prevention.

Decio Brunoni

Médico Geneticista Clínico. Coordenador do Centro de Genética Médica da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Eliane Maria Garcez Oliveira da Fonseca

Mestre e Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF-Fiocruz). Professora Adjunta de Pediatria da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da Escola de Medicina Souza Marques. Coordenadora da Disciplina de Pós-Graduação Emurese e Disfunção das Eliminações na Infância Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PGCM) da UERJ. Chefe do Setor de Distúrbios da Micção e Urodinâmica Pediátrica do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Board Member e Representante na América Latina da Sociedade Internacional de Continência em Crianças (ICCS). Presidente do Comitê de Pediatria Ambulatorial da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ). Membro do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Elisandra Girardelli Godoi

Pedagoga e Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (FE-Unicamp). Diretora Educacional da Rede Municipal de Campinas. Professora no Ensino Superior.

Flávia Cristina Brisque Neiva

Especialista em Saúde Coletiva, Mestre e Doutora e Pós-Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FMUSP-FAPESP).

Coord.
Força de
Coorden.
Hospital d

Mestre em
Albert Ei

Doutor
(UFPE). Ti
Pós-Grad

Professor
Divinópo
Mineiri
Pediatr
Brasile

Profes

Especialis
e Associaç
pela Facul
e Chefe da i

Mestre em
Escola Pe

Psicólog



Promoção da Segurança

Renata Dejtjar Waksman
Danilo Blank

Introdução

As causas externas de morbimortalidade, que englobam as injúrias físicas não intencionais – os chamados acidentes – e as intencionais – as violências –, configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que responde por 10% das mortes e cerca de 12% da sobrecarga global de doenças, considerando-se os anos perdidos de vida saudável^{1,2,3}. Têm maior impacto na população jovem; provocam quase um milhão de mortes em menores de 18 anos a cada ano no mundo, levando frequentemente a deficiências permanentes. Nos países menos ricos das Américas, segundo dados da OMS e do Unicef, as causas externas respondem por mais de 90% do total de mortes e determinam metade da sobrecarga total das dez principais doenças entre indivíduos de 5 a 14 anos^{4,5,6}.

No Brasil, a análise da mortalidade geral nos últimos anos revela uma tendência decrescente em todas as faixas etárias – principalmente no primeiro ano de vida – em decorrência do empenho do governo e da sociedade na promoção de ações básicas de saúde (amamentação, hidratação oral, monitorização do crescimento, imunização), assistência à saúde, saneamento básico, fatores socioeconômicos e demográficos⁷, enquanto as mortes proporcionais por injúrias físicas, cujo controle tem sido relegado a um segundo plano, aumentaram cerca de 40% na última década⁸ e hoje causam cerca de metade das mortes de escolares e mais de dois terços das de adolescentes de 15 a 19 anos⁸.

Além disso, segundo o modelo moderno da chamada “pirâmide da injúria”, os mais de 20.000 brasileiros menores de 19 anos que morrem anualmente por causas externas representam uma fração mínima dos milhões de feridos atendidos em hospitais, serviços de emergência, unidades básicas ou fora dos cuidados formais de saúde^{2,9}. A cada ano, uma em cada dez crianças saudáveis necessita atendimento no sistema de saúde em virtude de injúrias físicas, levando à ocupação de 10 a 30% dos leitos hospitalares e gerando cerca de três casos de incapacitação permanente por cada 1000 habitantes^{7,10}.

Dimensão Epidemiológica

A concepção errônea das lesões não intencionais, como eventos incontroláveis do destino, inesperados e casuais, pode dificultar a instalação de medidas de controle. Uma vez reformulado o conceito e interpretados como eventos previsíveis, torna-se possível a identificação dos grupos de risco e das principais estratégias de prevenção^{7,11}.

A aplicação de um modelo epidemiológico às estratégias de controle de injúrias começou com os trabalhos de William Haddon Jr¹², que desenvolveu os primeiros métodos sistemáticos de identificação de uma gama completa de opções para reduzir os efeitos do trauma. De acordo com a matriz de fases e fatores de Haddon¹², as injúrias podem ser estudadas da mesma forma organizada que as doenças infecciosas: o hospedeiro é a vítima; o agente patogênico é a energia (mecânica, cinética); os vetores são todos os objetos (automóvel, moto, bicicleta), que possibilitam a liberação de energia sobre a vítima. Os vetores e o hospedeiro interagem dentro de um meio ambiente permissivo, sujeito a fatores biossocioeconômicos que podem tanto manter um equilíbrio quanto quebrá-lo. A quebra do equilíbrio – perda de controle – leva ao evento potencialmente causador de injúria física, o tipo e o grau de injúria infligida à vítima dependem das características do evento e das medidas de proteção adotadas previamente ou no período pós-evento^{11,13}.

A Figura 16.1 integra o modelo epidemiológico clássico de Haddon com o modelo socioecológico de Urie Bronfenbrenner¹⁴, mostrando como as trocas de energia entre o meio e a criança, capazes de ferir esta última, são influenciadas por fatores de cada nível da estrutura socioambiental.

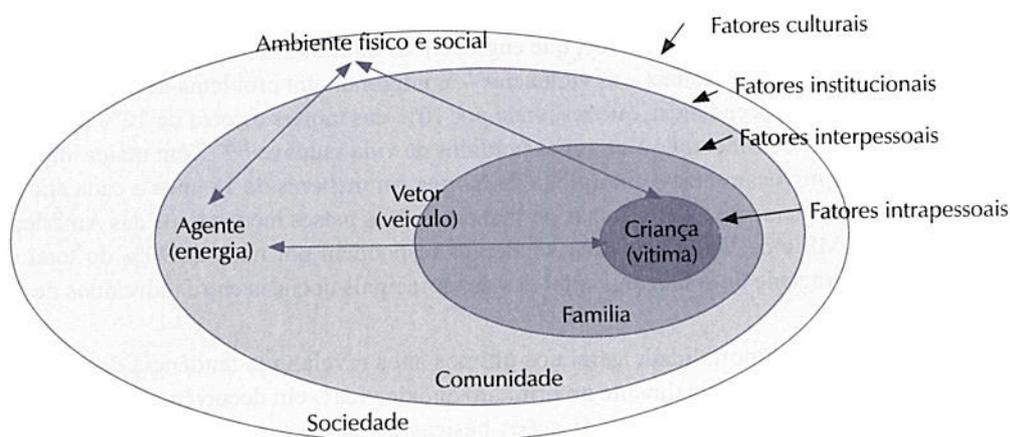


FIGURA 16.1 – Modelo de Urie Bronfenbrenner integrado ao contexto das injúrias físicas.

Além da matriz de fases e fatores, Haddon também introduziu um modelo de redução de danos com base em dez estratégias básicas que, associadas de diversas maneiras, podem ser aplicadas a qualquer tipo de evento traumático¹⁵. Essas estratégias são: prevenir agentes potencialmente causadores de lesões físicas, reduzir a quantidade do agente, prevenir a liberação de energia potencialmente causadora de lesão pelo agente, modificar a liberação do agente ou da energia por ele produzida, separar agente e vítima no tempo e/ou espaço, separar agente e vítima com barreiras físicas, modificar qualidades básicas do agente, aumentar a resistência da vítima, reduzir a lesão física causada e/ou suas consequências e estabilizar, reparar e reabilitar a vítima.

A práti
comportan
crianças, a
à transferê
do compor
de injúrias
científicas,
evento trau
ma, atendi

Diagnó

O diag
te, assim co

- *Fato*
asso
os pr
desei
- O m
inten
segu
- *Varic*
temp
cuidã
ção a
com
perm
sufici
traun
uma
do cu
- *Idade*
tamb
tendê
lhas.
como
o and
são m
madu
Nos a
afoga
- *Sexo:*
ferenç
risco
- A idei
da cul
de inji

A prática da prevenção deve ter como alicerce o conhecimento da epidemiologia, biomecânica e comportamento^{11,16}. A epidemiologia provê a distribuição do risco de acidentes entre populações de crianças, a biomecânica avalia a vulnerabilidade e capacidade de recuperação humana consequentes à transferência de energia, de modo que esta possa ser limitada a quantidades toleráveis. A ciência do comportamento busca os caminhos efetivos para uma vida mais segura. A ciência do controle de injúrias tem sido incorporada à atividade pediátrica, trazendo uma visão apoiada em evidências científicas, segundo a qual a injúria é passível de controle, por meio de ações como impedir que o evento traumático aconteça, bloquear a transmissão de energia, além do limite de tolerância da vítima, atendimento de urgência e cuidados hospitalares eficientes e pela reabilitação mais efetiva^{13,15}.

Diagnóstico de Segurança

O diagnóstico de segurança precisa considerar características inerentes à criança ou adolescente, assim como as ambientais, que podem aumentar ou diminuir os riscos de sofrer injúria física.

- *Fatores socioambientais*: evidências demonstram que a repetição de eventos traumáticos está associada a pelo menos um fator de risco socioambiental, como pobreza e, no âmbito familiar, os principais fatores relacionados são mãe solteira e jovem, baixo nível de educação materna, desemprego, habitações pobres, famílias numerosas e uso de álcool e drogas pelos pais¹⁷.
- O meio ambiente é desfavorável aos pobres por estarem mais expostos a vias de tráfego intenso e vizinhanças mais violentas, terem de trabalhar e se deslocar em condições menos seguras além de terem menor acesso aos meios de socorro.
- *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. A supervisão deficiente por parte dos cuidadores sabidamente é fator de risco para injúrias físicas, também de adolescentes – e atenção aos perigos do ambiente¹⁸. 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 madura, como atravessar a rua sozinha. Entretanto, a ocorrência de eventos traumáticos pode ser reduzida por ações de educação dos pais, principalmente promovendo uma atitude de mais compromisso com a segurança, proximidade das crianças e continuidade do cuidado¹⁹.
- *Idade*: muitos tipos específicos de trauma são próprios de faixas etárias em particular, que também determinam a gravidade²⁰. Por exemplo, crianças *menores de dois anos* têm maior tendência a sofrer danos neurológicos por traumatismo craniano do que crianças mais velhas. Lactentes sofrem mais quedas, aspiração de corpo estranho, queimaduras, traumatismos como ocupantes de veículos, afogamentos e intoxicações. Nessa fase, alguns utensílios, como o andador, representam risco significativo e devem ser proibidos²¹. Pré-escolares e escolares são mais propícios a lacerações, ferimentos com brinquedos, quedas de lugares altos, queimaduras, intoxicações, atropelamentos e traumatismos dentários por brincadeiras agressivas. Nos adolescentes, os maiores riscos são lacerações e fraturas associadas a práticas esportivas, afogamento e traumas no trânsito²².
- *Sexo*: meninos sofrem o dobro de traumatismos do que as meninas, provavelmente por diferenças no comportamento e exposição aos riscos^{4,20}. A superposição de comportamento de risco com a ingestão de álcool determina o predomínio masculino nas injúrias no trânsito²².
- A ideia de que determinados indivíduos têm maior propensão a sofrer traumatismos é um mito da cultura leiga, sem base científica. Ainda que possa haver certa relação entre a 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.

- *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 baseado no nível de vizinhança ou bairro envolve vários fatores de risco (pobreza, baixo nível educacional e privação material) e provocam, independentemente, maior impacto negativo do que os fatores pessoais ou familiares. A urbanização também tem um papel importante: há maior risco de morte por injúrias no campo do que na cidade, com exceção daquelas resultantes de violência intencional. Nas áreas metropolitanas, os índices de injúrias são maiores nas áreas centrais, mais populosas, do que nas zonas residenciais²³.
- 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

O pediatra é fonte de conhecimento sobre prevenção e segurança; conhece a natureza da relação entre desenvolvimento e riscos e as famílias efetivamente aprendem com ele. Evidências científicas mostram que a inclusão de orientação sobre os riscos de injúria inerentes a cada etapa do desenvolvimento é capaz de melhorar o conhecimento dos pais e a adoção de medidas efetivas de segurança^{24,25}. Também é de responsabilidade do pediatra orientar sobre medidas gerais e específicas de proteção domiciliar. Embora a orientação específica para os riscos próprios de cada idade seja parte integrante dos cuidados de puericultura, só se promove uma mudança real no comportamento das pessoas quando se facilita o acesso a produtos de segurança – como redes de proteção para janelas, assentos de segurança, trancas para porta e armários –, por meio de programas comunitários²⁶⁻²⁸. No Anexo 16.1 encontra-se um *check list* para todos os ambientes da casa, que pode ser entregue aos pais, para que o apliquem e verifiquem se, por meio, sobretudo, de medidas de proteção passivas, são capazes de tornar a casa “à prova de acidentes”.

O Relatório Mundial de Prevenção de Acidentes OMS-Unicef⁹, disponível a partir de 2008, tornou possível, a partir de estatísticas globais das principais causas não intencionais de morte entre crianças e adolescentes, estabelecer 24 estratégias de prevenção, baseadas em evidências científicas, que podem ser adotadas no mundo todo.

As cinco principais causas de morte não intencionais, entre crianças e adolescentes, segundo o relatório e por ordem decrescente de frequência são: trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas e intoxicações. A seguir, constam as principais estratégias de prevenção comprovadas para cada uma das modalidades de eventos não intencionais:

- Trânsito
 - Leis – idade mínima para ingestão de álcool.
 - Tolerância zero e limites de velocidade menores para motoristas jovens.
 - Sistemas graduados de obtenção de Carteira Nacional de Habilitação (CNH).

- Uso c
- Cade
- Redu
- Sepa
- Farói
- Afogam
- Remo
- Cerca
- Uso d
- Asseg
- Queimac
- Estab
- Deser
- Educa
- Tratar
- Quedas
- Redes
- Estabe
- Legisl
- Impler
- Intoxicaç
- Remov
- Legisl
- Embal
- Estabe

Comentário

Reproduzir
vem ser multidisc

Programas e
modificação dos
sistemas apropri

Países que
uma combinação
injúrias não evit
de 12 estratégias
queimaduras e er
lado, há embasa
na sua rotina clí
ou na comunidac

- Uso obrigatório de capacetes.
- Cadeirinhas e cinto de segurança.
- Redutores de velocidade.
- Separar usuários de vias públicas.
- Faróis acesos durante o dia para motocicletas.
- Afogamentos
 - Remover (ou cobrir) reservatórios de água.
 - Cercas de isolamento (4 lados) ao redor de piscinas.
 - Uso de dispositivos individuais para flutuação.
 - Assegurar medidas de ressuscitação imediatas.
- Queimaduras
 - Estabelecer e reforçar leis de detectores de fumaça.
 - Desenvolver e implementar padrão de acendedores e queimadores.
 - Educar, estabelecer e reforçar leis de controle de temperatura de água quente.
 - Tratamento de pacientes em centros especializados.
- Quedas
 - Redesenhar móveis e outros produtos.
 - Estabelecer padrões para *playground*: profundidade e altura dos equipamentos e manutenção.
 - Legislação para grades em janelas.
 - Implementar programas comunitários, como o “crianças não podem voar”.
- Intoxicações
 - Remover o agente tóxico.
 - Legislar para (e reforçar) o armazenamento de remédios e venenos.
 - Embalar remédios em quantidades não letais / tampas de segurança.
 - Estabelecer centros de controle de intoxicações.

Comentários Finais

Reproduzir estratégias seguras para adultos não protege crianças; programas de prevenção devem ser multidisciplinares e levar em consideração a vulnerabilidade das crianças.

Programas e projetos mais bem-sucedidos combinam a aplicação de leis e regulamentação, a modificação dos produtos e do ambiente, o desenvolvimento de educação e de habilidades e, por fim, sistemas apropriados de atendimento de emergência^{1,7,11,14}.

Países que mais avançaram no controle do trauma e de suas consequências têm promovido uma combinação de ações multissetoriais capazes de prever o risco de eventos adversos, atenuar as injúrias não evitadas e reabilitar os deficientes. Estima-se que a adaptação e implementação global de 12 estratégias efetivas testadas em países de alta renda – cobrindo segurança viária, afogamentos, queimaduras e envenenamentos – poderiam salvar mais de mil vidas de crianças por dia²⁹. Por outro lado, há embasamento científico razoável para justificar que os profissionais de saúde incorporem na sua rotina clínica a orientação para a segurança, seja no ambulatório, no serviço de emergência ou na comunidade²⁹⁻³².

Referências Bibliográficas

1. Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Rev Saude Publica. 2000;34(4):427-30. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n4/2545.pdf>. Acessado em 9 de fevereiro de 2012. (http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violencias2.htm#politica). Acessado em janeiro de 2009.
2. World Health Organization. Injuries and violence: the facts. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/key_facts/en/index.html.
3. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.
4. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AF, et al. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2008. Fontes: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/en/ e http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/en/index.html
5. Peden M, McGee K, Krug E. Injury: A leading cause of the global burden of disease, 2000. Geneva: World Health Organization; 2002.
6. Unicef. A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No 2. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2001. www.unicef-icdc.org. Acessado em dezembro de 2009.
7. Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. Organizadores: Fabio Ancona Lopez e Dioclécio Campos Junior. Barueri: Manole, 2007. [Capítulo], Seção 3; p59-144.
8. Óbitos por causas externas – Brasil. Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. 2009. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acessado em julho de 2011.
9. Lee LK, Fleegler EW, Forbes PW, Olson KL, Mooney DP. The modern paediatric injury pyramid: injuries in Massachusetts children and adolescents. Inj Prev. 2010;16(2):123-126.
10. Gawryszewski VP, Rodrigues EM. The burden of injury in Brazil, 2003. Sao Paulo Med J 2006;124(4):208-213.
11. Segurança na Infância e Adolescência – coordenadores: Renata Dejtiar Waksman e Regina Maria Catucci Gikas. São Paulo: Atheneu, 2003 – (Atualizações Pediátricas: SPSP).
12. Runyan CW. Introduction: back to the future - revisiting Haddon's conceptualization of injury epidemiology and prevention. Epidemiol Rev. 2003;25:60-64.
13. Rivara FP. Introduction: the scientific basis for injury control. Epidemiol Rev. 2003;25:20-23.
14. Blank D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. J Pediatr 2005;81(5 Suppl):S123-36.
15. 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.
16. Widome M. Injury prevention and control for children and youth. 3 ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 1997.
17. Haggerty RJ. Child Health 2000: New Pediatrics in the Changing Environment of Children's Needs in the 21st Century. Pediatrics 1995; 96(4):804-812.
18. Schwebel DC, Kendrick D. Caregiver supervision and injury risk for young children: time to re-examine the issue. Inj Prev. 2009;15(4):217-219.
19. Morrongiello BA, Schell SL. Child Injury: The Role of Supervision in Prevention. Am J Lifestyle Med. 2010;4:65-74.
20. National Center for Injury Prevention and Control. Injury fact book 2001-2002. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2001.
21. Sabir H, Mayatepek E, Schaper J, Tibussek D. Baby-walkers: an avoidable source of hazard. The Lancet 2008; 372(9654):2000.
22. Sleet DA, Ballesteros MF, Borse NN. A review of unintentional injuries in adolescents. Annu Rev Public Health. 2010;31(1):195-212.
23. Brown RL. Epidemiology of injury and the impact of health disparities. Curr Opin Pediatr 2010;22(3):321-325.
24. 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;7:161-164.
25. Waksman RD, Blank D. Diagnóstico e Orientação sobre Segurança na Consulta Pediátrica. In:Silva Luciana Rodrigues. Diagnóstico em Pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 1098-1107.
26. Gardner HG, American Academy of Pediatrics Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Office-based counseling for unintentional injury prevention. Pediatrics. 2007;119(1):202-206.
27. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM. Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3rd edition. 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]. Acessado em 18 de maio 2008.
28. 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>]. Acessado em 18 de maio 2008.
29. Schnitzer PG. Prevention of unintentional childhood injuries. Am Fam Physician. 2006;74(11):1864-1969.
30. Stone DH, Pearson J. Unintentional injury prevention: what can paediatricians do? Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2009;94(4):102-107.
31. Huitric MA, Borse NN, Sleet DA. Empowering Parents to Prevent Unintentional Childhood Injuries. Am J Lifestyle Med. 2010;4:100-101.
32. Ballesteros MF, Gielen AC. Patient counseling for unintentional injury prevention. Am J Lifestyle Med. 2010;4(1):38-41.

Anex

Recor

A. Princ

1. C

2. A

3. A

d

4. C

5. C

6. A

7. H

8. O

to

9. V

10. V

11. A

12. A

13. O

14. A

15. O

16. A

17. O

18. V

19. To

gu

20. To

diá

21. Há

22. Vo

23. Há

24. Su

25. Os

toc

B. Cuidad

Cozinha

1. Os

Anexo 16.1

Recomendações para tornar a casa mais segura

A. Princípios gerais para todos os ambientes:

1. Como as janelas estão protegidas? Dispõem de grades de proteção?
2. Apresentam vidros quebrados ou rachados?
3. As janelas basculantes (que abrem para fora) deixam espaço suficiente para a passagem de uma criança?
4. Os pisos são escorregadios? Apresentam elementos quebrados ou soltos?
5. Os tapetes possuem material antiderrapante? Têm bordas reviradas?
6. As tomadas elétricas dispõem de alguma forma de proteção?
7. Há fios elétricos com revestimento descascado ou rachado?
8. Os fios dos aparelhos eletroeletrônicos têm dimensões apenas suficientes para alcançar as tomadas e são de difícil acesso?
9. Você costuma ligar dois ou mais aparelhos numa mesma tomada?
10. Você mantém algum móvel embaixo da janela?
11. As portas de vidro possuem fitas adesivas que indicam sua presença?
12. As portas de vai-e-vem permitem visão de ambos os lados?
13. Os acessos à escada e à cozinha estão protegidos com portões?
14. As escadas têm corrimão? E piso antiderrapante? São bem iluminadas?
15. Os degraus das escadas possuem vãos?
16. A chave elétrica geral está em local de fácil acesso? É fácil de desligar?
17. Os sacos plásticos estão acessíveis às crianças?
18. Você mantém algum móvel (mesa, cadeira, sofá, banco) embaixo da janela?
19. Todos os produtos tóxicos (medicamentos, produtos de limpeza, tintas, detergentes) são guardados nos recipientes originais, em armários trancados?
20. 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?
21. Há em casa algum tipo de arma? Onde fica guardada? Está carregada?
22. Você está preparado(a) para agir rapidamente e sabe o que fazer em caso de acidente?
23. Há um extintor de incêndio sempre pronto para uso e em local acessível?
24. Sua família tem um plano definido de fuga em caso de incêndio?
25. Os números dos telefones do SAMU (192) e do CIT (0800-721-3000) estão afixados em todos os telefones da casa e na porta da geladeira?

B. Cuidados com os cômodos/peças da casa:

Cozinha

1. Os cabos das panelas estão voltados para dentro ou para o meio do fogão?

2. É regra em sua casa utilizar somente as bocas de trás do fogão para cozinhar?
3. Seu fogão está firmemente preso e numa posição estável?
4. O forno de micro-ondas desliga-se automaticamente ao abrir-se sua porta?
5. Os fios dos equipamentos de cozinha, da geladeira e do *freezer* possuem dimensões apenas suficientes para alcançar a tomada e são de difícil acesso?
6. A geladeira tem porta magnética?
7. A chave geral do gás do fogão funciona bem e fica desligada quando ele não está sendo usado?
8. Os queimadores de gás do fogão estão em bom estado e oferecem uma posição estável para as panelas? Os botões de gás do fogão estão funcionando bem?
9. Todos os produtos de limpeza e inseticidas são mantidos em seus recipientes originais, em armários próprios, altos e fechados à chave?
10. Guarda talheres, copos e pratos em armários altos e fechados?
11. Objetos cortantes (facas, tesouras, garfos, etc.) ficam em gavetas trancadas ou com trava?
12. Toalhas na mesa ficam com as bordas para fora e podem ser puxadas pelas crianças?
13. Há fósforos, isqueiros ou acendedores em local de fácil acesso?
14. Onde é guardado o recipiente de lixo, com sua tampa correspondente?
15. A porta de sua lava-louças está sempre fechada quando em funcionamento?
16. 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?
17. Você instalou portão que impede o acesso da criança à cozinha?
18. Todos os utensílios elétricos são desligados da tomada quando não em uso?
19. As tomadas estão cobertas com protetor adequado e firme?
20. Verifica o prazo de validade dos alimentos, sobretudo aqueles colocados no *freezer*?

Lavanderia

1. O tanque de roupa está bem fixado à parede?
2. Todos os produtos de limpeza e inseticidas são mantidos em seus recipientes originais e mantidos em armários próprios, altos e fechados à chave?
3. Onde o recipiente de lixo é guardado, com sua tampa correspondente?
4. Os fios da lavadora e da secadora são de difícil acesso? Elas são desligadas após sua utilização?
5. O aquecedor a gás apresenta vazamentos? Está em local ventilado?
6. Há baldes ou bacias, com roupa e/ou água ao alcance da criança?
7. Há em casa substâncias inflamáveis?

Quarto do Casal

1. Costuma fumar na cama?
2. Amamenta ou dá mamadeira para o bebê na cama?

3. C
- d
4. P
5. U
- d
6. D
7. U
- v
8. A
9. E

Quarto a

1. T
2. O
3. T
4. H
5. O
6. A
- br
7. B
8. E
- ap
9. O
10. O
- be
11. O
12. Le
13. A
14. Ex
15. As
16. Há
17. Vo
- ou
18. Ex

Banheiro

1. O l
- ten
2. A c

3. Costuma esvaziar os bolsos e deixar objetos, como isqueiro, moedas e canetas, em cima do criado mudo?
4. Perfumes, cosméticos ficam ao acesso das crianças?
5. Utiliza uma mesma tomada para ligar vários aparelhos eletrônicos, como rádio, TV, vídeo, telefone, abajur?
6. Deixa seu filho sem supervisão em cima da sua cama?
7. Utiliza bolas de naftalina no seu armário? Caso afirmativo, ao colocar a roupa no armário verifica se alguma caiu no chão?
8. A cama apresenta algum defeito, é estável?
9. Em caso de crianças pequenas, há muitas almofadas, babados sobre a cama?

Quarto das Crianças e do Bebê

1. Todos os materiais e utensílios necessários para as trocas do bebê estão à mão?
2. O trocador possui cinto de segurança? É elevado nas bordas?
3. Talco é utilizado no bebê?
4. Há um tapete antiderrapante sob o trocador?
5. Os berços e as camas apresentam algum defeito, são estáveis?
6. As barras do berço estão suficientemente juntas para o bebê não passar a cabeça, os braços e as pernas entre elas?
7. Brinquedos, fraldas, almofadas ficam soltos dentro do berço?
8. Existem protetores, travessieiros, almofadas e quaisquer objetos que possam servir de apoio para pular a grade assim que o bebê começou a ficar de pé?
9. O colchão e o estrado do berço estão com altura apropriada para idade do bebê?
10. O colchão se encaixa perfeitamente no berço e não deixa espaços livres entre as paredes do berço?
11. O berço é verificado periodicamente para detecção de parafusos ou peças mal encaixadas?
12. Lençóis, cobertores e edredons ficam firmemente presos ao colchão?
13. A cama beliche está bem presa? Tem grades?
14. Existe local apropriado para guardar brinquedos?
15. As caixas de brinquedos possuem tampa?
16. Há brinquedos que soltam pequenas partes pontudas ou cortantes?
17. Você verificou o mobiliário, no sentido de comprovar se existe alguma parte com arestas ou que se sobressaia e possa ferir as crianças?
18. Existem cortinas ou cadarços pendentes que podem ser alcançados pelo bebê?

Banheiro

1. O banheiro é a segunda peça mais perigosa da casa para bebês. O ideal é que também tenha uma grade instalada na porta.
2. A chave do chuveiro elétrico está fixada perto dele?

3. O piso do banheiro é escorregadio quando molhado?
4. O aquecedor a gás apresenta vazamentos?
5. Você deixa fósforos ou isqueiros no banheiro ao acesso das crianças?
6. O banheiro tem boa ventilação?
7. A tampa do vaso sanitário possui trava?
8. O chão do *box* tem superfície de material antiderrapante?
9. Todos os produtos tóxicos (cosméticos, enxaguatórios bucais, medicamentos) estão guardados nos recipientes originais, em armários trancados?
10. Todos os utensílios elétricos, como secador de cabelo, são desligados da tomada quando não em uso?
11. As tomadas estão cobertas com protetor adequado e firme?
12. Você controla a temperatura da água do banho antes que o bebê ou as crianças entrem nele?
13. A água do banho ultrapassa a temperatura superior a 50°C?
14. O material do banho está à mão?
15. O bebê é deixado sozinho na banheira?
16. Você vigia as crianças quando estão no banho?
17. Você tira a chave da porta do banheiro para evitar que as crianças se tranquem?
18. Você possui cadeira ou banquinho no banheiro?

Sala e Varanda

1. As cadeiras são estáveis, com seus pés perfeitamente nivelados?
2. Os móveis possuem arestas pontiagudas?
3. Os aparelhos eletrônicos estão equilibrados sobre móveis sólidos, estáveis, resistentes e fora do alcance das crianças?
4. Os fios dos aparelhos eletrônicos possuem dimensões apenas suficientes para alcançar as tomadas e são de difícil acesso?
5. Os controles remotos estão fora do alcance das crianças?
6. Bebidas alcoólicas, copos e garrafas em geral são guardados em armários altos e trancados?
7. Existem isqueiros, fósforos ao alcance das crianças?
8. As crianças têm acesso às plantas? Você sabe o nome das plantas que mantém na sala ou varanda e se são tóxicas?
9. As luminárias com pé estão colocadas em locais onde as crianças não tropeçam ou caíam?
10. As janelas estão protegidas com telas ou grades? A varanda de sua casa possui proteção (grade, rede)? Está bem conservada?
11. Se a varanda é desprotegida, seus filhos costumam brincar ali sem supervisão?
12. Os móveis da varanda localizam-se perto do peitoril? As crianças conseguem arrastá-los, subir neles e olhar para baixo?
13. Os ganchos de fixação da rede de balanço estão em bom estado e bem presos? A rede encosta na parede ou porta quando está em movimento?

14. A
- al
15. A
16. O

Corredor

1. O
2. O
3. O
4. A
5. A
6. A
7. Os
8. Nã
9. Os

Jardim e

1. Vo
2. Vo
3. Vo
- coi
4. Vo
- ças
5. Vo
- gra
6. Co
7. Co
- tur:
8. Vo
9. Vo
- tos
10. Os
- loc:
11. Voc
12. Qu
- saíc
13. Voc
14. As
- enq
15. Voc

14. A churrasqueira da varanda está bem presa? Há produtos inflamáveis, como álcool ao alcance das crianças? Elas ficam afastadas quando se faz churrasco?
15. A porta de comunicação com a varanda possui mecanismo de trava?
16. Os vidros têm marcas de identificação (fitas ou adesivos)?

Corredores Escadas e Elevadores

1. O corredor é largo? Bem iluminado?
2. O corredor tem passagem livre? Não há nada atrapalhando a circulação?
3. O piso é escorregadio? Se tem tapete, este possui material antiderrapante?
4. A escada é bem iluminada?
5. A escada tem corrimão?
6. A escada tem portões de segurança em cima e em baixo?
7. Os degraus têm pelo menos 15 cm de largura?
8. Não existe espaço aberto (vão livre) entre os degraus?
9. Os degraus são atapetados? Se sim, o tapete está bem preso?

Jardim e Garagem

1. Você revisa com frequência os móveis e brinquedos do jardim para comprovar seu estado?
2. Você verifica se o solo do jardim não apresenta desnivelamento?
3. Você verifica a presença de plantas tóxicas e com espinhos? Orienta seus filhos a não comer nenhuma planta?
4. Você lê as instruções dos pesticidas e herbicidas? Toma as precauções de manter as crianças afastadas dos canteiros tratados?
5. Você deixa as crianças permanecerem por perto enquanto está utilizando o cortador de grama?
6. Cobre com tampas os recipientes de lixo?
7. Como você protege a piscina: cerca nos quatro lados e portão trancado? Lona de cobertura? Alarme?
8. Você vigia as crianças enquanto nadam?
9. Você mantém produtos de limpeza, inseticidas, ferramentas, garrafas vazias e instrumentos de jardinagem em armários altos e trancados?
10. Os brinquedos, triciclos, bicicletas, *skates*, patinetes ficam guardados, após seu uso, em locais apropriados?
11. Você instalou na porta da garagem um mecanismo de bloqueio em caso de emergência?
12. Quando os carros estão na garagem as chaves ficam no contato? Ficam em posição de saída?
13. Você guarda na garagem objetos velhos ou fora de uso?
14. As crianças têm conhecimento que não devem se aproximar e não importunar os animais enquanto estão comendo?
15. Você verifica regularmente a presença de animais peçonhentos no quintal ou jardim?

16. Quando você utiliza a churrasqueira, toma precauções como: manter as crianças afastadas, não deixar produtos inflamáveis perto dela (como álcool)?
17. O portão da rua é alto e fica permanentemente trancado?
18. Os muros são altos?
19. O reboco de alguma parede está se soltando?
20. As crianças sabem que não podem subir em árvores sem supervisão?



O a
de ness
novas si
sua con

Ac
e a conta
veis efei

Da
que no
41,67%
produto
total de
faixa et

Tai
Estados
adolesco

Fator

Há
etapa de

Fase:

O a
relacion