

© Grupo A Educação S.A., 2022.

Gerente editorial: *Leticia Bispo de Lima*

**Colaboraram nesta edição:**

Preparação de originais: *Caroline Castilhos Melo, Sandra da Câmara Godoy, Heloisa Stefan*

Leitura final: *Caroline Castilhos Melo, Sandra da Câmara Godoy, Giovana Roza*

Capa e projeto gráfico do miolo: *Paola Manica | Brand&Book*

Editoração: *Clic Editoração Eletrônica Ltda.*

Tradução: *André Garcia Islabão (Figura 44.5, Figura 101.1, Figura 173.2, Figura 183.7, Apêndice 2)*

Ilustrações: *Gilnei Cunha (Figura 82.1, Figuras 83.1 a 6, Figura 84.1, Figura 84.3, Figura 87.2, Figura 182.2, Figuras 183.3, 4, 6 e 7, Figuras 190.2-6 e 8-10, Figuras 189.1-3 e 5-15, Figuras 191.1, 3-5, 7, 8 e 10-12)*

Produção digital: *Loope Editora | [www.loope.com.br](http://www.loope.com.br)*



---

M489      Medicina ambulatorial : condutas de atenção primária baseadas em evidências [recurso eletrônico] / Organizadores, Bruce B. Duncan ... [et al.]. – 5. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2022.

E-pub.

Editado também como livro impresso em 2022.  
ISBN 978-65-5882-043-7

1. Medicina. 2. Medicina de família e comunidade. 3. Saúde pública. 4. Atenção primária à saúde. I. Duncan, Bruce B. II. Schmidt, Maria Inês. III. Giugliani, Elsa R. J. IV. Duncan, Michael Schmidt. V. Giugliani, Camila.

CDU 616-083.98CDU 614

---

Catálogo na publicação: Karin Lorien Menoncin – CRB 10/2147

Reservados todos os direitos de publicação ao GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.  
(Artmed é um selo editorial do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.)  
Rua Ernesto Alves, 150 – Bairro Floresta  
90220-190 – Porto Alegre – RS  
Fone: (51) 3027-7000

SAC 0800 703-3444 – [www.grupoa.com.br](http://www.grupoa.com.br)

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 Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;203:292-331.

77. Fallon V, Groves R, Halford JC, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes. *J Hum Lact.* 2016;32(4):740-58.
78. Schofield CA, Battle CL, Howard M, Ortiz-Hernandez S. Symptoms of the anxiety disorders in a perinatal psychiatric sample: a chart review. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(2):154-60.
79. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev.* 2018;51:24-32.
80. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48(1):143-58.
81. Mezzacappa ES, Katlin ES. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychol.* 2002;21(2):187-93.
82. Franceschini R, Venturini PL, Cataldi A, Barreca T, Ragni N, Rolandi E. Plasma beta-endorphin concentrations during suckling in lactating women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1989;96(6):711-3.
83. Zavaschi MLS, Kuchenbecker R. Aspectos psicológicos do aleitamento materno. *Rev Psiquiatr.* 1991;13(2):77-82.
84. Oddy WH, Kendall GE, Li J, Jacoby P, Robinson M, de Klerk NH, et al. The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *J Pediatr.* 2010;156(4):568-74.
85. Poton WL, Soares ALG, Oliveira ERA, Gonçalves H. Breastfeeding and behavior disorders among children and adolescents: a systematic review. *Rev Saude Publica.* 2018;52:1-17.
86. Vitolo MR, Benetti SPC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML. Depression and its implications in breast feeding. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2007;29(1):28-34.
87. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr (Rio J).* 2003;79(5):385-90.
88. Eizirik CL, Bassols AM, organizadores. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
89. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* 2015;1(1):40-3.

## LEITURAS RECOMENDADAS

Bowlby J. *Apego: a natureza do vínculo.* 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.

*O autor descreve o desenvolvimento do comportamento de apego nos primeiros anos de vida.*

Brazelton TB. *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil.* 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.

*Trata-se de um livro que contém uma explicação detalhada dos estágios básicos do desenvolvimento desde a visita pré-natal ao pediatra até o sexto ano de vida.*

Gordon MF. Normal child development. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry.* 9th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. v. 2, p. 2534-50.

*O autor relata o desenvolvimento da criança em seus aspectos normais, partindo das condições genéticas, incluindo teorias do desenvolvimento e ilustrando aspectos do processo maturacional, do ponto de vista motor, perceptivo, temperamental e sociocultural.*

Martin A, Volkmar FR, editors. *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook.* 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2007.

*Este livro apresenta capítulos enfocando de forma abrangente o desenvolvimento infantil.*

# Capítulo 96 PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

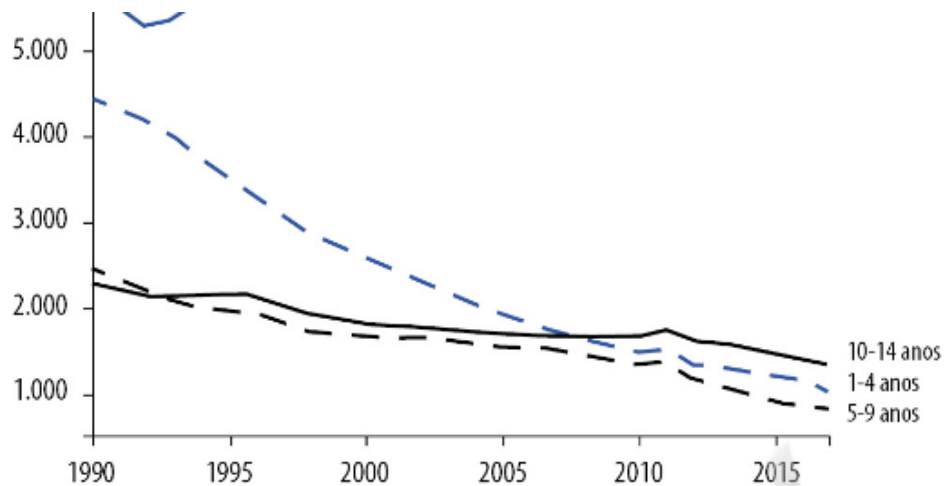
Danilo Blank

## UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA AVASSALADOR E PERSISTENTE

As causas externas de morbimortalidade, que englobam os chamados acidentes e as violências, respondem por 8% das mortes e por cerca de 10% da sobrecarga global de doenças, considerando-se os anos perdidos de vida saudável.<sup>1,2</sup> Afligem principalmente a população jovem: ocasionam, a cada ano no mundo, cerca de 1 milhão de mortes de indivíduos com idade < 18 anos e um número muito maior de deficiências permanentes.<sup>3</sup>

Essas injúrias<sup>5</sup> à integridade são um exemplo da iniquidade em saúde, pois, embora o mundo esteja se tornando um lugar mais seguro para viver – já que no último quarto de século houve um declínio marcante de cerca de 31% da sobrecarga à saúde devido aos agravos por causas externas, segundo estudo recente da iniciativa Global Burden of Disease –,<sup>4</sup> essa evolução se dá com padrões inaceitavelmente desarmônicos nas diferentes regiões do mundo e até mesmo dentro de comunidades, levando em conta os compassos heterogêneos das ações preventivas e suas interações com os riscos, mecanismos de trauma, faixas etárias, sexo e, sobretudo, níveis de desenvolvimento sociodemográfico.<sup>5,6</sup> Uma amostra típica desse descompasso é a persistência das taxas dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY, do inglês *disability-adjusted life years*) em virtude de injúrias por causas externas entre adolescentes brasileiros, como se vê na **FIGURA 96.1**,<sup>7</sup> na contramão do que ocorre com outras idades dentro da mesma população.





**FIGURA 96.1** → Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs) devido a causas externas, a cada 100.000 habitantes, em ambos os sexos, no Brasil. Fonte: Health Metrics and Evaluation.<sup>7</sup>

No Brasil, causas externas determinam a morte de cerca de 23 mil indivíduos com idade < 19 anos a cada ano (cerca de 30 a cada 100 mil habitantes) e, dependendo da faixa de idade, matam mais do que a soma de todas as outras principais causas – doenças infecciosas, respiratórias e neoplasias.<sup>11</sup> Além disso, segundo o modelo moderno da chamada “pirâmide da injúria”, essas mais de 20 mil crianças brasileiras são uma pequena fração dos milhões de feridos atendidos em hospitais, serviços de emergência, unidades básicas ou fora dos cuidados formais de saúde.<sup>12,13</sup>

Mas é além desses dados mais explícitos de morbimortalidade que as injúrias configuram-se como um problema avassalador de saúde pública, pois causam um impacto prejudicial marcante no bem-estar dos sobreviventes, estendendo-se à família, aos amigos, aos colegas de trabalho, aos empregadores e a toda a comunidade – em virtude de altos custos médicos, perda de produtividade e saúde mental comprometida no longo prazo –, trazendo sérios dilemas éticos acerca de intervenções preventivas com base em princípios de equidade.<sup>6,14-16</sup>

A moderna ciência do controle das injúrias tem tido avanços significativos no conhecimento dos riscos e mecanismos dos traumas, bem como das estratégias de implementação de programas efetivos de prevenção, da primária à terciária.<sup>17-21</sup> Se, por um lado, ainda há muitas lacunas na base de evidências para o controle dos riscos e desfechos, particularmente em países de baixa e média renda – onde ocorrem 95% das injúrias em crianças e jovens<sup>3</sup> – as medidas preventivas que funcionam já foram suficientemente divulgadas para que não mais se justifique a inércia em qualquer lugar do mundo.<sup>22-25</sup>

Os 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.<sup>19,21</sup> Estima-se que a adaptação e a implementação global de um conjunto de estratégias efetivas testadas em países de alto índice sociodemográfico – cobrindo segurança viária (p. ex., controle da velocidade e direção sob efeito de álcool), afogamentos (p. ex., aulas de natação para indivíduos com idade < 14 anos), queimaduras e envenenamentos (p. ex., supervisão de crianças pequenas em creches) – poderiam salvar mais de mil vidas de crianças por dia.<sup>26,27</sup> 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 comunidade, ainda que recomendações costumem advir de consensos de especialistas, de modo que toda estimativa de efeito é incerta.<sup>28-33</sup> **C/D**

## FATORES DE RISCO E RESILIÊNCIA PARA INJÚRIAS POR CAUSAS EXTERNAS

### Condições socioambientais

A pobreza é o fator de risco mais relevante para injúrias por causas externas. As taxas de mortalidade por causas externas são mais altas em regiões mais pobres em todo o mundo, tanto nas comparações quanto dentro de países.<sup>13,22,34-37</sup> Por exemplo, estudos mostram que as taxas de homicídio no Rio de Janeiro são três vezes maiores em áreas pobres do que em áreas ricas, enquanto no Reino Unido crianças de classes sociais inferiores têm 16 vezes mais probabilidade de morrer em um incêndio do que as mais afluentes.<sup>13</sup>

O meio ambiente é desfavorável aos pobres por estarem mais expostos a vias de tráfego intenso e vizinhanças mais violentas, terem que trabalhar e deslocar-se em condições menos seguras, além de terem menos acesso aos meios de socorro. 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 e mais populosas do que nas zonas residenciais.<sup>20</sup>

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 pais.<sup>38</sup>

Idade



## Idade

Injúrias específicas acontecem em idades definidas; representam janelas de vulnerabilidade em que a criança ou jovem encontra ameaças à sua integridade física, que exigem certas ações defensivas para as quais essa pessoa ainda não é madura o suficiente. A idade também influencia a gravidade da injúria: traumatismos cranianos, por exemplo, causam danos neurológicos maiores em lactentes com idade < 2 anos do que em crianças maiores.<sup>20,39</sup>

Nos primeiros meses de vida, o lactente praticamente só reage ao que vê e tem capacidades motoras limitadas. Está completamente sujeito a riscos impostos por terceiros: pode ser deixado cair no chão, queimado por líquidos que sejam derramados sobre ele, intoxicado por substâncias que lhe sejam inapropriadamente administradas ou colocado em um automóvel sem um dispositivo de retenção adequado. Dotado de motivação forte e constante a explorar o ambiente, com o tempo se torna capaz de buscar objetos perigosos que estejam escondidos; porém, tem má coordenação motora e não reconhece riscos. As principais injúrias são quedas, aspiração de corpo estranho, queimaduras, traumatismos de ocupantes de veículos, afogamentos e intoxicações. Os pais podem inadvertidamente acentuar o desacerto entre o grau de desenvolvimento e os riscos, por exemplo, colocando um bebê em um andador.<sup>39,40</sup>

O pré-escolar tende a ter um tipo de pensamento mágico, com percepção egocêntrica e ilógica do seu ambiente. Falta-lhe maturidade para aprender noções de segurança, pois pode se achar capaz de voar, como os super-heróis, ou de cair de uma certa altura sem se ferir, como nos desenhos animados. Tem dificuldade de fazer generalizações a partir de experiências concretas – por exemplo, um infortúnio como cair de uma cerca não implica ter medo de subir em árvores. Nessa fase, têm importância crescente as queimaduras, as intoxicações, os atropelamentos, as quedas de lugares altos, os ferimentos com brinquedos e as lacerações.<sup>28,39</sup>

O escolar é capaz de aprender noções de segurança, mas ainda não tem o pensamento operacional concreto organizado e não faz julgamentos acurados sobre velocidade e distância. Suas habilidades motoras, como acender fogo ou ligar um automóvel, estão bem além do seu julgamento crítico. Por outro lado, seu comportamento e os riscos a que se expõe começam a ser fortemente influenciados por seus pares, gerando atitudes de desafio a regras. Além disso, ele frequentemente sai só, sem a supervisão de adultos, tendo que lidar com situações complexas como o trânsito. Atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, ferimentos com armas de fogo e lacerações são riscos com importância crescente. Na escola, predominam quedas, lacerações e traumatismos dentários causados em brincadeiras agressivas durante o recreio.<sup>15,20,28,39,41</sup>

O adolescente já tem o pensamento organizado, mas as pressões sociais somadas a uma certa onipotência podem levar à tomada de riscos conscientes.<sup>42</sup> Por outro lado, os jovens ganham mais liberdade e passam mais tempo sem supervisão de adultos e mais longe de casa. O uso de bebidas alcoólicas passa a ser um fator adicional como condicionante de situações de perda de controle. Os riscos principais para o adolescente são desastres de automóvel e motocicleta, atropelamento, quedas de bicicleta e afogamento. Ademais, o homicídio e a intoxicação por abuso de drogas tomam-se uma realidade palpável. Na escola, predominam lacerações e fraturas associadas a práticas esportivas.<sup>15,20,28,39,41</sup>

## Sexo

Apartir do final do primeiro ano de vida, os meninos têm o dobro de chance de sofrer injúrias do que as meninas.<sup>3,20</sup> Isso não parece dever-se a diferenças de desenvolvimento, coordenação ou força muscular, mas a variações na exposição. Por exemplo, embora meninos apresentem taxas maiores de traumatismos relacionados a bicicletas, não há diferença quando se faz um ajuste considerando a exposição. Por outro lado, isso não acontece em relação aos atropelamentos, que aparentemente se devem mais a diferenças de comportamento. Rapazes adolescentes sofrem muito mais injúrias no trânsito do que meninas, por uma combinação de uso de álcool e comportamento de risco.

## Supervisão

A supervisão deficiente por parte de cuidadores é mencionada incontáveis vezes na literatura como fator de risco para injúrias, sobretudo não intencionais, mas há raros programas preventivos especificamente focados em melhorá-la.<sup>43,44</sup> Contudo, já existem evidências de que a ocorrência de eventos traumáticos pode ser reduzida por ações de educação dos pais, principalmente sensibilizando-os para assumir uma atitude mais comprometida com a segurança, com melhor controle de aspectos como continuidade do cuidado, proximidade das crianças – e também dos adolescentes – e atenção aos perigos do ambiente.<sup>45</sup>

## Álcool

A ingestão de bebidas alcoólicas é o principal fator que contribui para a mortalidade de adolescentes por causas externas, principalmente por trânsito, homicídios e suicídios, mas também implicada em afogamentos e quedas.<sup>42,46</sup> Recentemente, tem havido implicação da associação do álcool com bebidas energéticas cafeinadas como fator adicional de risco.<sup>47</sup>

Até o momento, as estratégias apoiadas em evidências mais bem sucedidas no controle do uso do álcool por jovens são aquelas que envolvem medidas passivas, como elevação de preços e impostos, restrição de pontos de venda, leis efetivas quanto ao limite de idade para consumo e punição do ato de dirigir sob o efeito de álcool.<sup>42,46</sup>

## Temas emergentes como risco de iniúrias por causas externas

Printed by: 00001091@UFRGS.edu.br. Printing is for personal, private use only. No part of this book may be reproduced or transmitted without publisher's prior permission. Violators will be prosecuted.

A literatura médica tem enfatizado a pesquisa e a monitoração de fatores potenciais de risco para injúrias por causas externas, reconhecidos como de importância crescente, como questões de iniquidades em saúde e globalização da economia, *bullying*, traumas em atividades de esporte e recreação e telefones celulares como elementos de distração no trânsito. O impacto desses fatores na morbimortalidade ainda deve ser mais bem definido, mas certamente eles exigirão estratégias preventivas em contextos diversos do mundo atual.<sup>14,23,48,49</sup>

## CONTROLE DE INJÚRIAS POR CAUSAS EXTERNAS

### Princípios fundamentais

Na literatura científica, a clássica expressão “prevenção de acidentes” tende a ser substituída por “controle de injúrias físicas”, em parte pela conotação errônea que o termo “acidente” sugere: ocorrência ao acaso, sem previsibilidade.<sup>8,50</sup> Além disso, o termo “controle” enfatiza a ideia de pesquisa científica e intervenções desde antes e durante o evento traumático, passando pelo atendimento pré-hospitalar até a reabilitação.<sup>20,51</sup>

Sob a perspectiva acadêmica corrente, o “acidente” dá lugar ao “evento potencialmente causador de injúria”, que não é um, mas uma cadeia de eventos que: ocorre em um período relativamente curto (geralmente segundos ou minutos); não foi desejada conscientemente; começa com a perda de controle do equilíbrio entre um indivíduo (vítima) e seu sistema (ambiente); e termina com a transferência de energia – cinética, química, térmica, elétrica ou radiação ionizante – do sistema ao indivíduo, ou bloqueio dos seus mecanismos de utilização dessa energia. A injúria é o dano corporal impingido à vítima quando essa transmissão de energia excede, em natureza e quantidade, determinados limites de resistência. Exemplos relevantes, na infância e na adolescência, dos chamados “acidentes” e as respectivas injúrias consequentes são: queda, atropelamento, desastre com veículo de transporte e disparo de arma de fogo, causando trauma mecânico; afogamento e aspiração de corpo estranho, causando asfixia; contato com líquido fervente ou chama, causando queimadura; e ingestão de substâncias tóxicas, causando intoxicação ou envenenamento.

A injúria não é uma doença congênita ou hereditária. Como um agente externo ao indivíduo – a energia – sempre está envolvido, a prevenção é factível. Não tendo sido possível impedir uma injúria física, a prioridade é minimizar suas consequências por meio de cuidados médicos prontos e adequados.

Um dos primeiros fatores a considerar é a já citada influência das condições desfavoráveis do ambiente na ocorrência de eventos traumáticos. O foco na questão ambiental desvia a atenção de elementos de abordagem difícil, como a dinâmica familiar, e leva à concentração de esforços para a intervenção comunitária, mais factível e efetiva.<sup>19,52</sup> No controle de injúrias por causas externas, a modificação ambiental deve receber toda a ênfase.

A compreensão dos conceitos de proteção ativa e passiva é básica para um plano preventivo. Estratégias de proteção ativa são as que exigem uma determinada ação sempre que a vítima em potencial esteja em situação de risco (p. ex., afivelar o cinto de segurança ao andar de carro). São intrinsecamente falhas, pois dependem de atitudes socioculturais e dos níveis de persistência, comprometimento e responsabilidade dos indivíduos. Já estratégias de proteção passiva são as que protegem automaticamente, prescindindo de qualquer ação, conhecimento ou colaboração das pessoas envolvidas (p. ex., medicamentos embalados em recipientes com tampas de segurança, ou tampas “à prova de crianças”). São muito mais efetivas, pois não dependem dos fatores individuais. Logo, sempre que possível, devem ser tomadas medidas de proteção passiva na prevenção de injúrias. Essas 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 (p. ex., obrigatoriedade legal do uso do cinto de segurança). Por outro lado, a prevenção de muitos tipos de injúrias exige a aplicação de estratégias preventivas que não se enquadram exatamente como ativas ou passivas – são as estratégias mistas de proteção. Por exemplo, as quedas de andares altos podem ser efetivamente prevenidas com a instalação de grades nas janelas; a grade instalada constitui proteção passiva, mas o ato e as despesas de instalação representam medidas ativas.<sup>20</sup>

A adoção de estratégias de proteção passiva tem sua efetividade máxima quando é feita na comunidade, por ação do governo, legislação ou entidades normatizadoras da própria sociedade, liberando a responsabilidade dos indivíduos e protegendo-os independentemente de suas ações. Infelizmente, equipar a comunidade com medidas de proteção passiva em número condizente com todos os riscos potenciais depende de um amadurecimento social e de um grau de progresso econômico consideráveis, o que demanda tempo. No âmbito familiar, muitas estratégias de proteção passiva (p. ex., colocar grades em janelas, escadas e piscinas, chavear armários para medicamentos, cobrir tomadas elétricas, eliminar objetos passíveis de aspiração, brinquedos inseguros e plantas tóxicas do ambiente) podem ser instaladas dentro de casa, mediante a orientação e o incentivo de agentes de saúde ou, mais raramente, da mídia. Os responsáveis pela orientação familiar na área da saúde, em especial o pediatra ou médico de família, devem sempre enfatizar a adoção dessas estratégias.<sup>33</sup> Quando não existirem formas passivas de proteção para certos riscos (p. ex., não deixar a criança desassistida sobre o trocador, traumatismos durante brincadeiras no recreio), as melhores técnicas disponíveis de educação para a adoção de medidas de proteção ativa precisam ser empregadas.<sup>53</sup>

Estratégias de controle de injúrias podem ser agrupadas de acordo com a sua relação temporal com o evento traumático: algumas evitam que ele ocorra (p. ex., não dirigir sob o efeito de álcool), outras diminuem o potencial de ferimento (p. ex., usar cinto de segurança) e outras reduzem as consequências (p. ex., sistema efetivo de atendimento aos feridos). Uma abordagem completa exige atenção a todas as fases.<sup>20</sup>

Uma estratégia preventiva será mais efetiva se demandar uma ação única em vez de repetida, se for de fácil implementação, a mais barata possível e a mais confortável possível e se tiver prioridade dentre outras opções



familiares. Além disso, uma determinada estratégia que não se enquadre bem nesses critérios pode ser promovida por incentivos socioeconômicos (p. ex., multas severas para os pais que não conduzem as crianças no automóvel em assentos apropriados e redução no valor do imposto sobre a propriedade de veículos automotores [IPVA] para aqueles que cumprem essa determinação).

A supervisão da criança pelos pais ou outros cuidadores, como já visto, precisa ser estimulada com senso crítico. Vários estudos demonstram que a educação é efetiva, mas muitos indicam que os adultos tendem a apresentar um comportamento incongruente com seu grau de educação e conhecimento específico sobre normas de segurança infantil, permitindo ou estimulando a criança a assumir responsabilidades para as quais ela não está suficientemente amadurecida (p. ex., usar um andador, atravessar a rua sozinha).<sup>54</sup>

Criança “acidentável” é um mito da cultura leiga, não encontrado em investigações científicas. Colocar atenção em crianças potencialmente “repetidoras de acidentes” ou com “tendência a acidentes” é perda de tempo e desvia o foco central dos cuidados com o ambiente. Na prática, em termos de estratégia preventiva de injúrias físicas, muito pouco pode ser obtido com a busca de características que poderiam colocar certos indivíduos em situações de risco aumentado.<sup>20</sup>

## Caminhos no controle de injúrias físicas

### Normas e legislação

Leis e normas que visam à proteção dos indivíduos, seja por meio da melhora da segurança de produtos, da modificação ambiental ou do comportamento, constituem uma das formas mais eficazes de proteção passiva. Elas podem ser estabelecidas por órgãos governamentais ou outras entidades que controlam o ambiente e práticas pessoais, como escolas, associações de defesa do consumidor, associações de esportes e associações de normas técnicas. Por outro lado, fornecem um auxílio poderoso às estratégias educativas para a mudança de comportamento das pessoas para estilos de vida mais seguros.<sup>3,14,20</sup>

Um exemplo clássico do efeito da legislação como proteção passiva é o Poison Prevention Packaging Act, que foi aprovado pelo Congresso Norte-Americano em 1970 e obrigou a comercialização de medicamentos com tampas de segurança “à prova de crianças”. Essa lei resultou na diminuição marcante de mortes por intoxicação em um espaço de tempo relativamente curto.<sup>28</sup> Outro exemplo é o aumento da idade mínima legal para a compra de bebidas alcoólicas para 21 anos, que tem sido associado a decréscimos significativos de desastres de automóveis.<sup>42</sup> Um exemplo adicional: a legislação exigiu a acomodação apropriada de crianças em assentos de segurança para automóveis; isso tem um efeito positivo tanto no uso desses dispositivos quanto na redução da morbimortalidade.<sup>33,55</sup>

O sucesso de leis e normas bem planejadas depende da conscientização da comunidade para entender, aceitar e promover a adoção das medidas propostas. Leis sem conscientização comunitária, assim como conhecimento sem mudança de comportamento, não são capazes de reduzir eventos traumáticos.<sup>52</sup>

### O conceito de comunidade segura

A Organização Mundial da Saúde (OMS) dá ênfase à certificação das chamadas comunidades seguras, graças a experiências bem-sucedidas na redução de injúrias, ainda que predominantemente em países desenvolvidos.<sup>56,57</sup> Trata-se do emprego de estratégias de intervenção comunitária para dotar uma determinada comunidade de condições básicas e sensação de segurança, por meio da mobilização de todos os segmentos da população sob a coordenação de peritos. Sua execução deve seguir técnicas bem definidas, que incluem a avaliação criteriosa dos riscos específicos da comunidade, motivação e envolvimento ativo de todos, colaboração efetiva de líderes, autoridades, imprensa e setor técnico e apoio financeiro de fontes capazes de manter o programa por tempo prolongado.<sup>19,56,58-60</sup>

### Educação para a segurança

Estratégias educativas para modificar o estilo de vida das pessoas, estimulando-as a assumir comportamentos compatíveis com uma maior preocupação com a própria segurança, assumem papel relevante no controle de injúrias nas frequentes circunstâncias em que as medidas de proteção passiva, tradicionalmente consideradas mais efetivas, são insuficientes ou simplesmente não existem.<sup>61</sup> Há evidências crescentes de que a aplicação de teorias de mudança de comportamento nas ações de aconselhamento é efetiva na construção de estilos de vida mais seguros, desde que dentro de certos princípios, como a parceria médico-paciente, o reconhecimento e a seleção de riscos, as soluções factíveis e a monitoração conjunta de desfechos.<sup>32</sup>

Revisões sistemáticas da literatura evidenciam que o aconselhamento no âmbito da atenção primária à saúde (APS) é viável e eficaz na melhora do conhecimento sobre segurança e na mudança do comportamento para um estilo mais seguro, principalmente quando associado ao fornecimento de equipamentos de segurança, embora nem sempre haja comprovação da redução efetiva de ocorrências das injúrias.<sup>33,62</sup>

Assim, ainda que sempre sugerindo a necessidade de mais estudos, as maiores autoridades no campo da segurança têm como consenso a recomendação de que o aconselhamento sobre segurança específico para cada faixa etária seja incluído como parte integrante das consultas de puericultura de crianças e adolescentes.<sup>20,28,29,63,64</sup>

A **TABELA 96.1** apresenta o calendário de aconselhamento em segurança elaborado pela Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul, no seu projeto “Promoção da Segurança no Ambulatório de Pediatria”, que resgata a ideia básica do pediatra como figura central na orientação das famílias. Consiste em um instrumento sistematizado a ser aplicado no âmbito da atividade ambulatorial, com 11 folhetos ilustrados – cientificamente planejados, fragmentados em 11 faixas de idade, a fim de obter o máximo de fixação das mensagens – com frases muito curtas e objetivas, que servem de apoio à necessária ação educativa verbal.

TABELA 96.1 → Calendário de aconselhamento em segurança

Idade	Recomendações
<b>Pré-natal ou recém-nascido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Providenciar berço e/ou cercado com grades altas e separação máxima de 6 cm</li> <li>→ Providenciar assento de segurança para automóvel adequado para recém-nascido (bebê-conforto), que será sempre instalado voltado para trás</li> <li>→ Remover armas de fogo do ambiente doméstico</li> </ul>
<b>1 a 6 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ AUTOMÓVEL: jamais levar crianças no colo; utilizar assento infantil do tipo bebê-conforto, sempre no banco traseiro e voltado para trás</li> <li>→ QUEDAS: proteger o berço e o cercado com grades altas e estreitas</li> <li>→ BANHO: verificar a temperatura da água (ideal: 37 °C); jamais deixar a criança sozinha na banheira</li> <li>→ QUEIMADURAS: não tomar líquidos quentes com a criança no colo</li> <li>→ BRINQUEDOS: utilizar brinquedos grandes e inquebráveis, evitando sufocação</li> </ul>
<b>6 meses a 1 ano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ OBJETOS: não deixar objetos cortantes, pequenos ou pontiagudos ao alcance de crianças</li> <li>→ BRINQUEDOS: usar brinquedos grandes e inquebráveis; evitar os brinquedos com partes pequenas, pelo risco de sufocação</li> <li>→ AUTOMÓVEL: manter o uso do bebê-conforto, enquanto permitirem as especificações do fabricante, no banco traseiro, sempre voltado para trás</li> <li>→ ASFIXIA: evitar cobertores pesados e travesseiros fofos; afastar fios, cordões e sacos plásticos</li> <li>→ QUEDAS: instalar grade ou rede nas escadas e janelas; proteger as arestas pontiagudas dos móveis</li> <li>→ ELÉTRICIDADE: evitar fios elétricos soltos e colocar proteção nas tomadas</li> <li>→ PRODUTOS DOMÉSTICOS: não deixar produtos de limpeza e remédios ao alcance das crianças; esses produtos devem ser trancados em armários e colocados em locais de difícil acesso</li> </ul>
<b>1 a 2 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ OBJETOS: não deixar objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos ao alcance das crianças</li> <li>→ QUEDAS: instalar grade ou rede nas escadas e janelas; proteger os cantos dos móveis</li> <li>→ SEGURANÇA EM CASA: colocar obstáculo na porta da cozinha e manter a porta do banheiro fechada</li> <li>→ AUTOMÓVEL: continuar a utilizar dispositivo de retenção para transporte de crianças no banco traseiro, mas o bebê-conforto deve ser trocado pela "cadeirinha", que agora será posicionada voltada para a frente (no sentido da marcha do veículo)</li> <li>→ PRODUTOS DOMÉSTICOS E MEDICAMENTOS: trancar produtos de limpeza e remédios em armários e colocá-los em lugares altos</li> </ul>
<b>2 a 4 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ QUEDAS: deve-se tomar cuidado especial com bicicletas; não permitir que as crianças pedalem nas ruas; instalar grades ou redes de proteção nas janelas; cercar o local onde a criança brinca</li> <li>→ SEGURANÇA EM CASA: cozinha e banheiro não são lugares para crianças; usar obstáculo na porta da cozinha</li> <li>→ AUTOMÓVEL: lugar de criança é no banco traseiro; usar dispositivo de retenção para transporte de crianças no banco traseiro – cadeirinha – posicionado voltado para a frente (no sentido da marcha do veículo)</li> <li>→ QUEIMADURAS: não permitir a aproximação da criança de fogão, ferro elétrico e aquecedores; instalar obstáculo físico</li> <li>→ INTOXICAÇÃO: manter produtos de limpeza e remédios trancados em armário e em locais de difícil acesso</li> <li>→ ATROPELAMENTO: não permitir que a criança brinque na rua; atravesse a rua de mãos dadas com a criança</li> </ul>
<b>4 a 6 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ SEGURANÇA EM CASA: cozinha não é lugar de criança; colocar proteção na porta</li> <li>→ QUEIMADURAS: criança não deve brincar com fogo; evitar álcool e fósforo</li> <li>→ QUEDAS: colocar grades ou redes nas janelas; não deixar as crianças sozinhas nos parques</li> <li>→ SUPER-HERÓIS: super-heróis só existem na televisão; colocar proteção nas janelas e nas escadas</li> </ul>
<b>4 a 6 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ AFOGAMENTO: a criança não deve nadar sozinha; o pai ou a mãe deve ensiná-la a nadar</li> <li>→ AUTOMÓVEL: utilizar o dispositivo de retenção denominado assento de elevação (<i>booster</i>) posicionado voltado para a frente (no sentido da marcha do veículo)</li> <li>→ ATROPELAMENTO: acompanhar a criança ao atravessar a rua, segurando firmemente sua mão</li> </ul>
<b>6 a 8 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ATROPELAMENTO: ensinar comportamentos de segurança ao atravessar a rua; não permitir brincadeiras nas ruas; acompanhar a criança ao atravessar a rua</li> <li>→ BICICLETA: a criança deve usar capacete de proteção; não pedalar nas ruas; utilizar parques ou odovias</li> <li>→ AUTOMÓVEL: até aproximadamente os 7 anos e meio (ou cerca de 36 kg), utilizar o dispositivo de retenção denominado assento de elevação (<i>booster</i>) posicionado voltado para a frente (no sentido da marcha do veículo)</li> <li>→ AFOGAMENTO: não permitir que a criança entre na água sem a supervisão de um adulto</li> <li>→ ARMAS DE FOGO: não manter armas de fogo no ambiente doméstico; armas de fogo não são brinquedos e devem ser evitadas</li> </ul>
<b>8 a 10 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ATROPELAMENTO: acompanhar as crianças ao atravessarem as ruas</li> <li>→ BICICLETA: crianças devem utilizar capacete de proteção ao andar de bicicleta; não pedalar nas ruas; utilizar parques ou odovias</li> <li>→ AUTOMÓVEL: crianças devem ser transportadas somente no banco traseiro; utilizar o dispositivo de retenção denominado assento de elevação (<i>booster</i>) posicionado voltado para a frente (no sentido da marcha do veículo)*</li> <li>→ AFOGAMENTO: não permitir a entrada de crianças na água sem supervisão de adultos</li> <li>→ ARMAS DE FOGO: não manter armas de fogo no ambiente doméstico; armas de fogo não são brinquedos e devem ser evitadas</li> </ul>
<b>10 a 12 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ ATROPELAMENTOS: atravessar a rua na faixa de segurança; observar a sinalização; olhar para os dois lados antes de atravessar a rua</li> <li>→ AUTOMÓVEL: usar sempre o cinto de segurança, se já tiver 1,45 m de altura; senão, continuar a utilizar o assento de elevação; sentar sempre no banco traseiro</li> <li>→ BICICLETA: andar com capacete de proteção; observar os sinais de trânsito; não descer ladeiras; não andar de bicicleta à noite</li> <li>→ ARMAS DE FOGO: não manter armas de fogo no ambiente doméstico; não manusear armas, pois são perigosas e não são brinquedos</li> <li>→ AFOGAMENTO: não mergulhar em local desconhecido; não nadar sozinho; não mergulhar de cabeça; nadar perto da margem</li> <li>→ ACIDENTE ESPORTIVO: praticar esportes com segurança; utilizar equipamento de proteção próprio para cada esporte e para andar de bicicleta, patins, skate, etc.</li> </ul>
<b>12 a 15 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ BICICLETA: usar sempre o capacete de proteção; não andar à noite; não andar e não levar ninguém na ganpa</li> <li>→ ATROPELAMENTOS: atravessar a rua na faixa de segurança; olhar para os dois lados antes de atravessar; parar nos cruzamentos</li> <li>→ AFOGAMENTOS: não nadar sozinho; não mergulhar de cabeça; não nadar longe da margem</li> <li>→ FOGOS DE ARTIFÍCIO: evitar brincadeiras com foguetes e "bombinhas", pois são perigosos e o indivíduo estará sujeito a queimaduras</li> <li>→ AUTOMÓVEL: usar sempre o cinto de segurança, de preferência no banco traseiro; não andar com motorista alcoolizado</li> <li>→ ESPORTES: usar equipamento de proteção próprio para cada esporte e para andar de bicicleta, roller, patins, skate, etc.</li> </ul>

- ESPORTES: usar equipamento de proteção próprio para cada esporte e para andar de bicicleta, roller, patins, skate, etc.
- DROGAS: não falar com estranhos; não aceitar alimentos ou objetos de estranhos

<b>15 anos em diante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ AUTOMÓVEL: andar sempre com cinto de segurança; não dirigir sem habilitação; não andar com motorista alcoolizado</li> <li>→ DROGAS: evitar as tumbas que usam drogas; não aceitar alimentos ou objetos de estranhos</li> <li>→ ESPORTES: praticar esportes em locais adequados; utilizar equipamentos de proteção durante a prática esportiva (capacete, joelheira, cotoveleira, luvas, etc.)</li> </ul>
<b>15 anos em diante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ AFOGAMENTOS: não mergulhar em locais desconhecidos; nadar próximo à margem; não nadar sozinho; jamais ingerir bebidas alcoólicas ao praticar esportes aquáticos</li> <li>→ ÁLCOOL: não pegar carona com quem bebeu e está dirigindo; tomar bebida alcoólica não é legal</li> <li>→ ARMAS DE FOGO: não usar armas – elas são perigosas e não aumentam sua segurança; não manter armas de fogo no ambiente doméstico</li> </ul>

\* A Resolução nº 277 do Contran orienta que crianças de até 7,5 anos utilizem o assento de elevação. A partir dessa idade, a criança pode ser transportada no banco traseiro utilizando apenas o cinto de segurança do veículo. Porém, o uso apenas de cinto de segurança é indicado para crianças que tenham mais de 1,45 m de altura (cerca de 10 anos de idade).

Fonte: Adaptada do Projeto "Promoção da Segurança no Ambulatório de Pediatria – 2010" da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul.

Ainda no contexto da APS, programas comunitários de educação para a segurança podem ter resultados altamente positivos, se houver uma combinação de objetivos muito bem definidos (pouco ambiciosos e de estreita amplitude), população-alvo específica e abordagem multifacetada (mensagem proveniente de várias fontes respeitadas).<sup>52,65,66</sup>

## A interface entre o atendimento primário e os serviços de emergência

Eventos traumáticos que não foram prevenidos, dependendo da gravidade, necessitam de atendimento médico de emergência, que frequentemente é buscado no âmbito da APS.<sup>67</sup> Isso faz dos cuidados de emergência um tema de saúde comunitária, incluído em um *continuum* que começa na prevenção e passa pelos cuidados pré-hospitalares, transporte, hospitalização e reabilitação – isto é, inicia e termina na comunidade.<sup>20</sup> Segundo a American Heart Association, dos cinco elos da cadeia de sobrevivência em pediatria – prevenção, ressuscitação cardiopulmonar inicial, acesso rápido ao serviço de emergência, suporte avançado de vida e cuidado pós-parada cardíaca integrado –, os três primeiros constituem o suporte básico de vida, responsabilidade do médico no âmbito da APS, que assim é visto como membro importante da equipe de atendimento de emergência.<sup>68</sup>

Nesse contexto, a recomendação dos especialistas é que o médico que assiste crianças e a equipe que cuida do chamado domicílio médico de uma determinada comunidade entendam o seu papel dentro do sistema de emergências médicas, promovam ações educativas das famílias, monitorem a adequação material e pessoal dos serviços ambulatoriais para as urgências e se capacitem em manobras básicas de reanimação.<sup>67,69</sup>

## Medidas específicas no controle de injúrias por causas externas

As medidas ou intervenções consideradas eficazes no controle dos diferentes eventos causadores de injúrias em crianças e jovens<sup>3,27,28,30,52,70-75</sup> estão discriminadas na **TABELA 96.2**. Como se trata de um problema complexo, com múltiplas situações de risco, as soluções não são simples nem uniformes. As intervenções mais efetivas não são de natureza educativa, mas se baseiam em normas e leis, em modificação de produtos e em mudanças ecoambientais – promovidas ou não por meio de legislação. Todavia, as estratégias educativas são sempre incluídas por consenso de especialistas, pois, ainda que costumem resultar mais em melhora do comportamento do que em efetivas reduções na incidência de injúrias, constituem componente formal do conjunto de ações preventivas. Todas as demais intervenções incluídas na **TABELA 96.2** se apoiam em evidências científicas.



**TABELA 96.2** → Medidas ou intervenções consideradas eficazes no controle de eventos causadores de injúrias em crianças e jovens

<b>Segurança do pedestre</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Ambiente planejado para a segurança do pedestre</li><li>→ Medidas de engenharia para separar pedestres de veículos</li><li>→ <i>Plygrounds</i> cercados e afastados de ruas movimentadas</li><li>→ Cercas impedindo o cruzamento de vias mais movimentadas</li><li>→ Calçadas limpas e próprias para uso em toda a sua extensão</li><li>→ Tráfego de automóveis desviado da proximidade de escolas*</li><li>→ Ruas com mão única e com estacionamento restrito</li><li>→ Limites de velocidade baixos e controlados efetivamente por leis bem aplicadas</li><li>→ Controladores eletrônicos de velocidade e/ou quebra-molas</li><li>→ Multas mais severas para o ato de dirigir sob o efeito de álcool, tendo tolerância zero como limite legal</li><li>→ Transporte público adequado e acessível</li><li>→ Pedestres com vestimentas mais visíveis</li><li>→ <i>Design</i> de veículos para a proteção do pedestre</li><li>→ Ensino de normas de segurança do pedestre a partir da pré-escola, com reforços de instrução durante a idade escolar, com preferência para o treinamento em situações verdadeiras de tráfego em vez da sala de aula*</li><li>→ Não permissão de crianças desacompanhadas na rua antes dos 12 anos de idade*</li><li>→ Formação de brigadas de estudantes para auxiliar no controle do fluxo de veículos nos locais e horários de entrada e saída das escolas*</li></ul>
<b>Segurança dos passageiros de veículos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Uso de dispositivo restritivo de segurança apropriado para a idade, o peso e a estatura, por todos os ocupantes de veículos, em qualquer situação, promovido por legislação severa e apoiada por educação constante;* a <b>FIGURA 96.2</b> resume as recomendações mais atuais, apoiadas em evidências, para a segurança de crianças ocupantes de veículos automotores<sup>2,3</sup></li><li>→ Promoção da obrigatoriedade de equipar todos os automóveis com dispositivos de proteção passiva, principalmente bolsas de ar autoinfláveis (<i>airbags</i>) nos bancos dianteiros e cintos de segurança automáticos com três pontos de inserção em todas as posições</li><li>→ Multas mais severas para o ato de dirigir sob o efeito de álcool, tendo tolerância zero como limite legal</li><li>→ Cartas de motorista somente para indivíduos com idade &gt; 18 anos, preferencialmente com sistema gradativo de liberação</li><li>→ Aumento da idade mínima para a venda de bebidas alcoólicas para 21 anos</li><li>→ Limitação da velocidade dos veículos, tanto nas estradas como nas cidades, com multas e/ou penalidades severas para os infratores</li><li>→ Uso de faróis durante o dia</li><li>→ Sistema de transporte público adequado e acessível a todos</li></ul>
<b>Segurança de ciclistas e motociclistas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Uso de capacete por qualquer ciclista ou motociclista em todas as circunstâncias*</li><li>→ Cidovias e/ou áreas para ciclismo de lazer separadas das rodovias</li><li>→ Legislação sobre normas de segurança na construção de bicicletas, como pintura amarela ou laranja, obrigatoriedade de faróis e pontos de material refletor de luz</li><li>→ Multas e/ou penalidades severas para motoristas que se envolvam em colisões com bicicletas ou motocicletas e estejam sob efeito de álcool</li><li>→ Sistema de transporte público adequado e acessível a todos</li><li>→ Cursos práticos sobre segurança do ciclista nas escolas</li></ul>
<b>Afogamento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Piscinas com cercas com altura mínima de 1,40 m e portões com mola e trava automática*</li><li>→ Uso de dispositivos pessoais de flutuação (coletes salva-vidas em vez de boias)*</li><li>→ Limitação do uso de bebidas alcoólicas durante recreação ligada à água*</li><li>→ Supervisão de pré-escolares e escolares em piscinas*</li><li>→ Treinamento de adolescentes em ressuscitação cardiopulmonar*</li><li>→ Ensino de natação a partir do segundo ano de vida*</li></ul>
<b>Queimaduras</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Limitação do uso de álcool líquido para fazer fogo (p. ex., em churrasqueiras)*</li><li>→ Proibição da comercialização de álcool líquido</li><li>→ Promoção de legislação que obrigue a fabricação de ogarros autoextinguíveis e recipientes para produtos combustíveis dotados de bico antijato</li><li>→ Legislação e instalação de detectores de fumaça em escolas</li><li>→ Exercícios de evacuação rápida para emergências nas escolas*</li><li>→ Roupas de proteção contra fogo em atividades em laboratórios com produtos inflamáveis</li><li>→ Educação para a redução dos termostatos de aquecimento de água em domicílios*</li><li>→ Tratamento de vítimas em centros específicos para queimados</li></ul>
<b>Armas de fogo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Restrições legais e administrativas à venda de armas de fogo</li><li>→ Armas de fogo descarregadas e trancadas em armário separado da munição*</li></ul>
<b>Intoxicação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Comercialização de medicamentos com embalagens que contenham apenas doses totais subletais, dotados de tampa de segurança</li><li>→ Limitação do uso de tranquilizantes em todas as idades*</li><li>→ Educação para a prevenção do abuso de drogas a partir da idade escolar, com reforços ao longo da adolescência*</li><li>→ Acesso fácil ao número de telefone e site do Centro de Informações Toxicológicas e orientação dos escolares e adolescentes sobre o seu uso* (no Rio Grande do Sul, o telefone é 0800.721.3000, e o site é <a href="http://www.w.cit.rs.gov.br/">http://www.w.cit.rs.gov.br/</a>)</li></ul>
<b>Quedas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <i>Design</i> de móveis e produtos infantis voltado para a segurança</li><li>→ Estabelecimento de padrões de segurança de <i>plygrounds</i>, como material de cobertura do solo, altura e manutenção dos equipamentos</li><li>→ Legislação quanto à instalação de grades ou redes nas janelas</li><li>→ Implementação de programas comunitários multifacetados</li></ul>

\*Medidas e intervenções mais factíveis no âmbito clínico, sob responsabilidade precípua do profissional de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736-88.
2. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1859-922.
3. 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 [capturado em 8 out 2020]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf?sequence=1)
4. Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany EC, et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev*. 2016;22(1):3-18.
5. Johnston BD. A safer world. *Inj Prev*. 2016;22(1):1-2.
6. Ameratunga S, Jonas M, Blank D. preventing unintentional injuries: ethical considerations in public health. In: Mastroianni AC, Kahn JP, Kass NE, editors. *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*. New York: Oxford University; 2019.
7. Health Metrics and Evaluation. DALYs (Disability-Adjusted Life Years), Brazil number [Internet]. Seattle: GBD Result Tools; 2017 [capturado em 7 jun 2019]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
8. Blank D, Xiang H. Will the final battle not be between good and evil, but rather injuriologists and accidentologists? *Inj Prev*. 2015;21(3):211-2.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 104, de 25 de janeiro de 2011. Terminologias conforme Regulamento Sanitário Internacional 2005. Brasília: MS; 2011 [capturado em 8 out 2020]. Disponível em: [http://brs.ms.saude.gov.br/brs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://brs.ms.saude.gov.br/brs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html).
10. Blank D. Formação acadêmica e concepções de acidente e injúria em falantes do português: em busca de contrastes entre a língua cotidiana e línguas especializadas selecionadas [Internet]. [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009 [capturado em 8 out 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/17353>.
11. Brasil. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde [Internet]. Brasília: MS; 2019 [capturado em 8 out 2020]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
12. Lee LK, Flegler EW, Forbes PW, Olson KL, Mooney DP. The modern paediatric injury pyramid: injuries in Massachusetts children and adolescents. *Inj Prev*. 2010;16(2):123-6.
13. World Health Organization. Injuries and violence: the facts [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [capturado em 8 out 2020]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/key\\_facts/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/key_facts/en/index.html).
14. US Department of Health & Human Services. Injury and violence prevention [Internet]. Washington: ODPHP; 2019 [capturado em 15 set 2020]. Disponível em: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/injury-and-violence-prevention?topicid=24>.
15. Waksman RD, Blank D. Prevenção de acidentes: um componente essencial da consulta pediátrica. *Resid Pediatr*. 2014;4(3 Supl. 1):S36-S44.
16. Alonge O, Khan UR, Hyder AA. Our shrinking globe: implications for child unintentional injuries. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(1):167-81.
17. Waller JA. Reflections on a half century of injury control. *Am J Public Health*. 1994;84(4):664-70.
18. Johnston BD, Ebel BE. Child injury control: trends, themes, and controversies. *Acad Pediatr*. 2013;13(6):499-507.
19. McClure RJ, Mack K, Wilkins N, Davey TM. Injury prevention as social change. *Inj Prev*. 2015; 22:226-9.
20. Rivara FP, Grossman DC. Injury control. In: Kliegman RM, Stanton BF, St-Geme-III JW, Schor NF, editors. *Nelson textbook of pediatrics*. 20 ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. Cap. 5.1. p. 40-7.
21. Hemenway D. Building the injury field in North America: the perspective of some of the pioneers. *Inj. Epidemiol*. 2018;5(1):47.
22. Brown RL. Epidemiology of injury and the impact of health disparities. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22(3):321-5.
23. Ebel BE, Medina MH, Rahman AK, Appiah NJ, Rivara FP. Child injury around the world: a global research agenda for child injury prevention. *Inj Prev*. 2009;15(3):212.
24. Pless IB. Three basic convictions: a recipe for preventing child injuries. *Bull World Health Organ*. 2009;87(5):395-8.
25. Roberts I. It's all about money. *Bull World Health Organ*. 2009;87(5):400-1.
26. Harvey A, Townner E, Peden M, Soori H, Bartolomeos K. Injury prevention and the attainment of child and adolescent health. *Bull World Health Organ*. 2009;87(5):390-4.
27. Vecino-Ortiz AI, Jafri A, Hyder AA. Effective interventions for unintentional injuries: a systematic review and mortality impact assessment among the poorest billion. *Lancet Global Health*. 2018;6(5):e523-e34.
28. Gardner HG. American Academy of Pediatrics Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Office-based counseling for unintentional injury prevention. *Pediatrics*. 2007;119(1):202-6.
29. Schnitzer PG. Prevention of unintentional childhood injuries. *Am Fam Physician*. 2006;74(11):1864-9.
30. Stone DH, Pearson J. Unintentional injury prevention: what can paediatricians do? *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2009;94(4):102-7.
31. Huitric MA, Borse NN, Sleet DA. Empowering Parents to Prevent Unintentional Childhood Injuries. *Am J Lifestyle Med*. 2010;4(1):100-1.
32. Ballesteros MF, Gielen AC. Patient counseling for unintentional injury prevention. *Am J Lifestyle Med*. 2010;4(1):38-41.
33. Zonfrillo MR, Gittelman MA, Quinlan KP, Pomerantz WJ. Outcomes after injury prevention counselling in a paediatric office setting: a 25-year review. *BMJ Paediatrics Open*. 2018;2(1):e000300.
34. Dowswell T, Townner E. Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: a systematic review. *Health Educ Res*. 2002;17(2):221-37.
35. Birken CS, Macarthur C. Socioeconomic status and injury risk in children. *Paediatr Child Health*. 2004;9(5):323-5.
36. Sengoelge M, Leithaus M, Braubach M, Laflamme L. Are There Changes in Inequalities in Injuries? A review of evidence in the WHO European Region. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(4):653.
37. Campbell M, Lai ETC, Pearce A, Orton E, Kendrick D, Wickham S, et al. Understanding pathways to social inequalities in childhood unintentional injuries: findings from the UK millennium cohort study. *BMC Pediatrics*. 2019;19(1):150.
38. Blank D. Injury control from the perspective of contextual pediatrics. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Suppl):S123-36.
39. Barton BK, Shen J, Stavrinou D, Davis S. Developmental aspects of unintentional injury prevention among youth: implications for practice. *Am J Lifestyle Med*. 2017; 13(6): 565-73.
40. Sabir H, Mayatepek E, Schaper J, Tibussek D. Baby-walkers: an avoidable source of hazard. *Lancet*. 2008;372(9654):2000.
41. Sanders JE, Mogilner L. Child Safety and Injury Prevention. *Pediatr Rev*. 2015;36(6):268-9.
42. Sleet DA, Ballesteros MF, Borse NN. A review of unintentional injuries in adolescents. *Annu Rev Public Health*. 2010;31(1):195-212.
43. Petrass L, Blitvich JD, Finch CF. Parent/Caregiver supervision and child injury: a systematic review of critical dimensions for understanding this relationship. *Fam Community Health*. 2009;32(2):123-35.
44. Morrongiello BA, Schell SL. Child injury: the role of supervision in prevention. *Am J Lifestyle Med*. 2010;4(1):65-74.
45. Schwebel DC, Kendrick D. Caregiver supervision and injury risk for young children: time to re-examine the issue. *Inj Prev*. 2009;15(4):217-9.
46. Quigley J, AAP Committee on Substance Use and Prevention. Alcohol use by youth. *Pediatrics*. 2019;144(1):e20191356.
47. Schneider MB, Benjamin HJ, AAP Committee on Nutrition and Council on Sports Medicine Fitness. Sports drinks and energy drinks for children and adolescents: Are they appropriate? *Pediatrics*. 2011;127(6):1182-9.
48. Roberts I. Injury and globalisation. *Inj Prev*. 2004;10(2):65-6.
49. Giles A, Bauer MEE, Jull J. Equity as the fourth 'E' in the '3 E's' approach to injury prevention. *Inj Prev*. 2020;26:82-4.
50. Davis RM, Pless B. BMJ bans "accidents". *Br Med J*. 2001;322(7298):1320-1.
51. Johnston BD, Rivara FP. Injury control: new challenges. *Pediatr Rev*. 2003;24(4):111-8.
52. Klassen TP, MacKay JM, Moher D, Walker A, Jones AL. Community-based injury prevention interventions. *Future Child*. 2000;10(1):83-110.
53. Ablewhite J, Peel I, McDaid L, Hawkins A, Goodenough T, Deave T, et al. Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015;15:280.
54. Deal LW, Gomby DS, Zippoli L, Behrman RE. Unintentional injuries in childhood: analysis and recommendations. *Future Child*. 2000;10(1):4-22.
55. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [capturado em 8 out 2020]. Disponível em: [http://bit.ly/WHO\\_road\\_safe\\_18](http://bit.ly/WHO_road_safe_18).
56. Hanson D. 30-year Analysis of designated international safe communities. *J Inj. Violence Res*. 2019;11(2).



57. Svanström L, Mohammadi R, Saadati M, Gulburand S, Bazargani HS, Tabrizi JS. A Quantitative analysis of the activities of designated safe communities: the baseline assessment in 2005. *JCRG*. 2016;5(2):1-4.
58. Fandiño-Losada A, Bangdiwala SI, Gutiérrez MI, Svanström L. Las comunidades seguras: una sinopsis. *Salud Publica Mex*. 2008;50(Suppl 1):s78-s85.
59. Nilsen P. The how and why of community-based injury prevention: A conceptual and evaluation model. *Saf Sci*. 2007;45(4):501-21.
60. Johnston BD. Injury prevention in safe communities. *Inj Prev*. 2011;17(1):1-2.
61. Gielen AC, Sleet DA. Injury prevention and behavior: an evolving field. In: Gielen AC, Sleet DA, DiClemente RJ, editors. *Injury and violence prevention: behavioral science theories, methods and applications*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 1-16.
62. Kendrick D, Mulvaney CA, Ye L, Stevens T, Mytton JA, Stewart-Brown S. Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2013;(3):CD006020.
63. Hagan Jr JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. 4th ed. Itasca: American Academy of Pediatrics; 2017.
64. Wilkinson J, Bass C, Diem S, Gravley A, Harvey L, Maciosek M, et al. Preventive services for children and adolescents [Internet]. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement; 2013 [capturado em 8 out 2020]. Disponível em: <https://jesse.ig.org/archives/summary/10044>.
65. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L, Risto O. Evaluation of a child safety program based on the WHO safe community model. *Inj Prev*. 2002;8(1):23-6.
66. Winston FK, Jacobsohn L. A practical approach for applying best practices in behavioural interventions to injury prevention. *Inj Prev*. 2010;16(2):107-12.
67. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, Frush K. Preparation for emergencies in the offices of pediatricians and pediatric primary care providers. *Pediatrics*. 2007;120(1):200-12.
68. Fuchs SM. Advocating for Life Support Training of Children, Parents, Caregivers, School Personnel, and the Public. *Pediatrics*. 2018;141(6):e20180705.
69. Cooley WC, McAllister JW, Sherrieb K, Kuhlthau K. Improved Outcomes Associated With Medical Home Implementation in Pediatric Primary Care. *Pediatrics*. 2009;124(1):358-64.
70. DiGuseppi C, Roberts IG. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. *Future Child*. 2000;10(1):53-82.
71. 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(2):161-4.
72. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence. A systemic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 2. *Inj Prev*. 2001;7(3):249-53.
73. Williams SB, Whitlock EP, Edgerton EA, Smith PR, Beil TL. Counseling about proper use of motor vehicle occupant restraints and avoidance of alcohol use while driving: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2007;147(3):194-206.
74. MacKay JM, Vincenten J, Brussoni M, Towner L, editors. *Child safety good practice guide: good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion* [Internet]. Amsterdam: European Child Safety Alliance, EuroSafe; 2006 [capturado em 8 set 2020]. Disponível em: <https://www.childsafetyeurope.org/publications/goodpracticeguide/info/good-practice-guide.pdf>
75. MacKay JM, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. *Child safety good practice guide: good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion: Addendum 2010* [Internet]. Amsterdam: European Child Safety Alliance, EuroSafe; 2010 [capturado em 8 set 2020]. Disponível em: <https://www.childsafetyeurope.org/publications/goodpracticeguide/info/good-practice-guide-addendum.pdf>
76. Durbin DR, Hoffman BD, Council on Injury Violence Poison Prevention. *Child Passenger Safety – Position Statement*. *Pediatrics*. 2018;142(5):e20182460.
77. US National Highway Traffic Safety Administration. *Car seats and booster seats* [Internet]. Washington: NHTSA;c2020 [capturado em 6 out 2020]. Disponível em: <https://www.nhtsa.gov/equipment/car-seats-and-booster-seats>
78. Blank D. O pediatra e a segurança dos ocupantes de veículos automotores: documento científico n° 3 [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2019 [capturado em 7 out 2020]. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21967b-DC\\_O\\_Pediatra\\_e\\_a\\_seguranca\\_dos\\_occupantes\\_de\\_veiculos.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21967b-DC_O_Pediatra_e_a_seguranca_dos_occupantes_de_veiculos.pdf)

## LEITURAS RECOMENDADAS

Promoting safety and injury prevention. In: Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. *Bright futures – guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* [Internet]. 4th ed. Itasca: American Academy of Pediatrics; 2017 [capturado em 8 out 2020]. Disponível em: [https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4\\_Safety.pdf](https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4_Safety.pdf).

*Um dos temas de promoção da saúde da iniciativa Bright Futures, da Academia Americana de Pediatria; material abrangente, atual e com aplicabilidade prática.*

Alonge O, Khan UR, Hyder AA. Our shrinking globe: implications for child unintentional injuries. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(1):167-81.

*Análise do panorama global das iniquidades em saúde, com foco nas injúrias por causas externas em crianças.*

Keating EM, Price RR, Robison JA. Paediatric trauma epidemic: a call to action. *BMJ Paediatrics Open*. 2019;3(1):e000532.

*Artigo editorial sobre as medidas disponíveis para controle das injúrias por causas externas em crianças e a urgência de sua implementação no âmbito mundial.*

OMS – Violence and Injury Prevention and Disability (VIP) [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/)

*Departamento da OMS dedicado à promoção da segurança, com enfoque na violência e injúrias não intencionais; portal muito completo, com farto material.*

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control

<https://www.cdc.gov/Injury/>

*Centro governamental estadunidense dedicado à prevenção da violência e injúrias não intencionais; portal completo e atual.*

Safe Kids Worldwide

<http://www.safekids.org/worldwide/>

*Organização originalmente estadunidense que promove a adoção de medidas de segurança nas comunidades; material muito prático para leigos.*

5 Controlar um problema de saúde pública com múltiplos agentes, mecanismos patogênicos e interações socioeconômico-culturais exige clareza de conceitos e terminologias, mas as inconsistências linguísticas em diferentes idiomas são inevitáveis.<sup>8</sup>

Na língua inglesa, hegemônica no campo da saúde, predomina a chamada “definição da energia”, segundo a qual *injury* se refere a um dano corporal produzido por trocas de energia entre um indivíduo (vítima) e seu sistema (ambiente), com efeitos relativamente súbitos, que pode apresentar-se como uma lesão física (quando houver exposição à energia – cinética, química, térmica, elétrica ou radiação ionizante – em quantidades que excedam o limite de tolerância fisiológica) ou como um prejuízo de função (quando houver privação de um elemento vital, como o oxigênio). Hoje esse conceito tem sido ampliado, incluindo o prejuízo psicológico e toda forma de privação e deficiência.

Dicionários brasileiros registram os termos injúria, agravo e lesão como quase sinônimos, compatíveis tanto com a definição de dano físico quanto com a de ofensa moral, mas *injúria* tem uma associação mais forte com causas externas e seu uso tende a ser mais corrente na linguagem médica para significar traumatismo. O termo *lesão*, comumente sugerido como equivalente de *injury*, é inadequado porque não abrange o afogamento, a intoxicação e os danos emocionais. O Ministério da Saúde, em portaria que define as terminologias adotadas em legislação nacional, estabeleceu o termo *agravo* como significando “qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões auto ou heteroinfligidas”.<sup>9,10</sup>

Em consonância com a tendência internacional da literatura, este capítulo adota injúria como equivalente a *injury* em língua portuguesa.