



Prevenção de Acidentes

Luiz Antonio Del Ciampo
Carlos Alberto Nogueira de Almeida
Rubens Garcia Ricco

INTRODUÇÃO

A incidência de acidentes de modo geral e na infância, em particular, tem sido objeto de muitos estudos em diversas partes do mundo. Destaca-se como um problema universal que ocorre tanto em países desenvolvidos (tecnologia avançada, industrialização, urbanização e mecanização) quanto em subdesenvolvidos (falta de serviços especializados, explosão urbana, industrialização obsoleta e ambiente hostil). Embora sua prevalência seja tão antiga quanto o aparecimento do próprio homem e sua repetição ocorra incessantemente através de milhares de anos, os acidentes apenas passaram a ser considerados como um problema para a saúde humana a partir de 1830, com a publicação de uma obra chamada *O Livro dos Acidentes*, que se destinava principalmente às crianças, visto que antes do século XX pouquíssimas referências faziam menção ao assunto. A então chamada "epidemia do século XX" começava a ganhar destaque entre as publicações científicas em todo o mundo, culminando com a VIII Assembléia Mundial de Saúde, realizada em Genebra, em 1955, quando o governo sueco propôs, pela primeira vez, que a luta contra os acidentes fosse considerada como problema de saúde pública.

Enquanto a Medicina evolui e vai avançando no conhecimento sobre o tratamento e a pre-

venção das doenças infecto-contagiosas e degenerativas, aperfeiçoando técnicas diagnósticas e descobrindo novas fórmulas terapêuticas, os acidentes permanecem como uma importante e pouco estudada causa de morbidade, incapacidade permanente e morte entre as crianças, devendo ser entendidos como um fato inesperado que pode ou não ser previsível.

Embora muito já tenha sido publicado sobre o tema, a investigação em acidentes é um campo de trabalho muito amplo, pouco definido e multidisciplinar por princípio, que requer investigadores preparados e experientes, com formação científica suficiente para entender os diferentes fenômenos aí envolvidos. O conhecimento epidemiológico dos acidentes na infância ainda é incompleto e parcial, e predominam as estatísticas de mortalidade ou os casos de maior gravidade que necessitam de hospitalização e tratamento especializado e cujos registros geralmente são mais fáceis de ser encontrados. Por outro lado, os dados relativos à morbidade, que permanecem de certa forma "ocultos" no âmbito da comunidade, demandam maiores esforços para sua obtenção.

São necessários trabalhos e pesquisas adicionais, principalmente no campo da epidemiologia, a fim de definir precisamente todos os

riscos de incapacidade temporária ou permanente e de morte advindos dos diversos tipos de acidentes na faixa etária pediátrica. Tem-se, também, por objetivo envidar esforços no sentido de aliar as pesquisas médicas sobre prevenção de acidentes com a melhoria de técnicas de engenharia e a promoção de programas educativos, administrativos e legislativos necessários para que se consiga a redução dos altos índices de acidentes na infância.

EPIDEMIOLOGIA

Anualmente, nos Estados Unidos, ocorrem cerca de 1.000.000 de acidentes na faixa etária pediátrica, ocasionando 40.000 internações e cerca de 200 óbitos, embora tenha ocorrido uma redução de mais de 45% na incidência de acidentes nos últimos 20 anos. Na França, nos últimos 45 anos, houve uma redução de 50% na mortalidade, caindo de 20/100.000 para 10,3/100.000.

No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Pediatria (1998), as causas externas constituíam a terceira causa mais importante de mortalidade geral, com 114.887 óbitos no ano de 1995; cerca de 19% destes ocorrem na faixa etária até 19 anos. Dentre as causas externas, destacam-se os acidentes com veículos automotores, quedas, intoxicações, agressões e queimaduras. Cerca de 57% das mortes de crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, no ano de 1995, foram em decorrência de causas externas. Ainda no período entre 1981 e 1991, a mortalidade por causas externas na faixa etária entre 0 e 1 ano aumentou em 160%. Portanto, em nosso meio, as causas externas representam a principal causa de mortalidade na população de 5 a 39 anos, com uma tendência a acometer as faixas etárias mais jovens.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população mundial são portadores de algum tipo de seqüela devido a acidentes, e a maioria encontra-se em plena idade produtiva. No Brasil, em 1991, 17 em cada 1.000 pessoas eram portadoras de alguma seqüela, principalmente devido a acidentes de trânsito.

DEFINIÇÃO

Segundo a OMS (1958), um acidente pode ser definido como "um acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior que atua rapidamente sobre o indivíduo e que se manifesta por um dano corpo-

ral e/ou mental". Torna-se importante dissociar o acidente da imagem sensacionalista e violenta criada através da mídia e que nos chega a todo momento, quando são destacados os eventos mais graves e com maiores consequências, esquecendo-se de que, dependendo das circunstâncias, o acidente pode passar despercebido ou até ser entendido como um acontecimento normal.

Os acidentes, assim como as doenças, resultam de uma interação desfavorável entre um agente etiológico e um hospedeiro suscetível, ocorrendo em um determinado ambiente e em um instante definido. Desse modo, eles não são distribuídos ao acaso entre as populações, onde a interação entre esses fatores determina a probabilidade e a natureza do acidente, considerando-se ainda que os eventos concomitantes ao acidente são tão importantes quanto o próprio acidente.

PATOLOGIA

Vários fatores são reconhecidos como desencadeantes de acidentes, como as condições ambientais físicas, sociais e culturais, o amadurecimento físico e psíquico, além do imperfeito controle dos impulsos e emoções. Em relação aos elementos do hospedeiro, podemos ressaltar que as crianças possuem características próprias que as tornam mais propensas aos acidentes. Assim, dentro do conhecimento de suas várias etapas de desenvolvimento neuropsicomotor, temos a destacar a sua imaturidade física e mental, a inexperiência e a incapacidade para prever e evitar situações de perigo, a grande curiosidade e a motivação em realizar tarefas, as tendências a imitar e repetir comportamentos, a falta de preocupação corporal, a ignorância, a impaciência, a falta de coordenação motora, além de particularidades orgânicas ou anatômicas como a desproporção crânio-corporal e as pequenas dimensões das vias aéreas superiores, que podem predispor a acidentes mais específicos.

Além disso, as crianças, muitas vezes, vivem em meios sociais desfavoráveis, principalmente em níveis socioeconômicos inferiores. Isso ocorre devido à superpopulação, à miséria, à educação e à vigilância insuficientes, necessitando adaptar-se ao mundo dos adultos, que lhes é hostil e desconhecido, tendo frequentemente de adquirir conhecimentos pelo método de tentativa e erro. A Tabela 17.1 apresenta os fatores diretamente relacionados com a incidência de acidentes na infância.

Tabela 17.1

Fatores Relacionados com a Incidência de Acidentes na Infância

Condições sociais e culturais

- Superpopulação
- Miséria

Educação insuficiente

- Vigilância inadequada
- Adaptação ao mundo do adulto
- Hábitos familiares
- Casa pequena
- Condições físicas e psíquicas
- Imaturidade mental e física
- Inexperiência
- Curiosidade
- Incapacidade de prever e evitar situações de risco
- Motivação em realizar tarefas
- Imitação de comportamentos
- Ignorância
- Impaciência
- Desproporção crânio-corporal
- Pequenas dimensões das vias aéreas superiores
- Imperfeito controle dos impulsos e emoções

- *Pais mais idosos:* o distanciamento temporal entre as gerações surge como um fator dificultador em relação aos cuidados com a segurança e a educação das crianças.
- *Família numerosa:* principalmente quando outras crianças coabitam e dividem o mesmo espaço físico e a mesma atenção dos adultos ou crianças menores são cuidadas por outras crianças pouco mais velhas.
- *Fadiga física e/ou mental:* crianças com sobrecarga de atividades escolares, físicas ou socialmente muito exigidas, podem apresentar estresse físico ou emocional. Esse estresse as predispõem mais facilmente aos acidentes devido à desatenção e às menores possibilidades de cuidados por parte dos adultos.
- *Doenças orgânicas ou emocionais:* quaisquer fatores que possam alterar o equilíbrio dinâmico da criança estão diretamente relacionados com a ocorrência de acidentes em todas as idades.

FATORES SOCIOAMBIENTAIS

- *Baixo nível socioeconômico:* moradias pequenas, redução do espaço físico por morador, miséria, desemprego ou trabalho sem qualificação compõem parte do perfil das populações de países subdesenvolvidos que apresentam grande incidência de acidentes em todas as faixas etárias.
- *Baixo nível educacional familiar:* denotando dificuldades em receber e transmitir informações sobre acidentes e como preveni-los.
- *Dificuldade de acesso aos serviços de saúde:* embora, infelizmente, em nosso meio, poucos serviços de saúde estejam oferecendo orientação quanto à prevenção de acidentes, mesmo os que prestam atendimento em programas de Puericultura.

A Tabela 17.2 apresenta as principais características que compõem o perfil das crianças mais propensas aos acidentes.

PRINCIPAIS TIPOS DE ACIDENTES

Embora possamos encontrar variações de acordo com as populações e as regiões estudadas, os principais tipos de acidentes na infância podem ser classificados em:

- quedas de todos os tipos (de altura, do mesmo nível, com a criança parada ou em movimento) que chegam a representar cerca de 40% dos acidentes com crianças);

A CRIANÇA COMO HOSPEDEIRO

Através de muitos estudos epidemiológicos, foi possível identificar diversas características que possibilitam traçar um perfil da criança que se encontra mais predisposta aos acidentes. Esse conhecimento é fundamental para a implantação de ações preventivas e educativas. As principais características podem ser classificadas como exposto a seguir.

FATORES HUMANOS

- *Sexo masculino:* devido ao próprio estilo de vida dos meninos em desenvolver atividades mais extrovertidas, vigorosas e menos controladas pelos adultos, com maiores exigências sociais e, portanto, maior exposição aos riscos.
- *Idade > 1 ano:* nessa fase, embora a criança ainda esteja desenvolvendo suas habilidades físicas e psíquicas, já consegue se deslocar sozinha, engatinhando ou andando e correndo; assim, amplia o seu espaço social e escapa da vigilância do adulto.

- queimaduras (fogo, substâncias químicas);
- cortes;
- perfurações;
- intoxicações (medicamentosas, produtos agrícolas, de limpeza etc.);
- asfixias.

Tabela 17.2

Perfil da Criança Acidentada

Fatores humanos

- Sexo masculino
- Maior de 1 ano de idade
- Filho de pais mais idosos
- Família numerosa
- Fadiga física e/ou mental
- Doenças orgânicas ou emocionais
- Fatores socioambientais
- Baixo nível socioeconômico
- Baixo nível educacional
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde

LOCAIS DE OCORRÊNCIA

Segundo a OMS, cerca de 45% dos acidentes com a população mundial ocorrem no domicílio; 30%, em locais públicos; 14%, no ambiente de trabalho e 10%, nas auto-estradas. Outros estudos mostram que a maior parte dos acidentes está relacionada com transportes, trabalho e vida doméstica. Na Inglaterra, quase metade dos acidentes fatais ocorre no lar, ao passo que nos Estados Unidos o ambiente doméstico é responsável por cerca de 1/3 de todas as lesões acidentais e quase 25% de todas as mortes por acidentes.

Dentro do ambiente doméstico, as dependências de maior risco são: a. o quintal/jardim, onde geralmente se desenvolvem as práticas esportivas, atividades de lazer, criação de animais de estimação e/ou servem como oficina de trabalho para a família; b. a cozinha, que concentra um grande número de objetos cortantes e pontiagudos, além do fogão, do gás, de eletrodomésticos e diversos produtos de limpeza; e 3. a sala, que é o local que reúne a família para as refeições, o lazer noturno e o recebimento de visitas, e que pode conter muitos móveis, objetos e até bebidas alcoólicas.

Portanto, o ambiente doméstico, cada vez mais atingido pelo desenvolvimento tecnológico, torna-se, em algumas situações, altamente perigoso para as crianças. Afinal, o progresso conseguido para o conforto do ser humano nem sempre vem acompanhado das medidas de segurança necessárias.

Fora do lar, a rua e a escola, principalmente, contribuem muito para os elevados índices de acidentes, predominando nas crianças com idade superior a 5 anos. Isso porque são locais em que a criança tem campo social ampliado, atividades diversificadas e mais sujeitas às influências externas.

TEMPORALIDADE

Diversos estudos encontraram resultados variáveis quanto à temporalidade dos acidentes, sendo mais prevalentes nos finais de semana ou em períodos de férias escolares (principalmente, verão europeu e norte-americano), quando o clima mais quente e alegre estimula bastante o desenvolvimento de atividades físicas e lazer, competições, passeios etc. Nos períodos de inverno, o recolhimento ao lar e aos ambientes fechados, com aglomerado de pessoas, também predispõe aos acidentes. No Brasil, durante as festividades juninas, esses índices são elevados devido aos acidentes específicos com fogos de artifício, principalmente.

Devemos entender, portanto, que, por ser um acontecimento inesperado, é preciso ficar atento para a possibilidade de ocorrência de acidentes em qualquer época ou situação. Esse fato justifica todos os esforços desenvolvidos com o espírito preventivo.

IDADE DA CRIANÇA

Sob o ponto de vista epidemiológico, a criança como hospedeiro deve ser reconhecida como um ser com características próprias e que evolui dentro de um padrão neuropsicomotor bem definido. Partindo de uma completa imaturidade física e mental, adquire, ao longo dos anos, conhecimentos e habilidades que a levam a adotar atitudes de proteção e conforto. Entendidos esses aspectos, podemos identificar, de acordo com a fase de desenvolvimento neuropsicomotor, quais as principais características e como elas atuam na gênese dos acidentes.

De acordo com a faixa etária, podemos classificar a criança em:

- *recem-nascido (RN)*: tem como principais características a completa dependência do

adulto para sua sobrevivência (alimentação, aquecimento, higiene, transporte, segurança etc.), a imaturidade e a incapacidade de controlar impulsos e emoções, tornando-o predisposto a alguns tipos de acidentes como:

- afogamento em água de banho;
 - intoxicações medicamentosas;
 - queimaduras com água de banho, cigarro, mamadeira, banho de sol prolongado;
 - asfixia por leite, talco ou pequenos objetos levados até ele por crianças um pouco maiores ou adultos;
 - traumatismos em geral, principalmente quedas de carrinho, do colo e durante o banho.
- *lactente*: conforme o crescimento e o desenvolvimento se processam, a criança vai adquirindo, principalmente, maior movimentação voluntária (rola no leito, senta, engatinha, anda) e entra na fase oral do desenvolvimento da personalidade, sentindo-se mais estimulada pelo ambiente. A partir de 1 ano de idade, os acidentes aparecem como a principal causa de mortalidade, persistindo, assim, até a vida adulta. Os principais acidentes que ocorrem com o lactente são:
 - afogamento em banheira, piscina ou praia;
 - aspiração de corpo estranho como pedaços de brinquedos, alimentos e diversos objetos pequenos que possam lhe chegar às mãos;
 - ingestão de corpo estranho;
 - intoxicações medicamentosas, por defensivos agrícolas, produtos de limpeza, plantas etc.
 - choque elétrico;
 - queimaduras por fogo ou produtos químicos;
 - quedas;
 - agressão por animais peçonhentos;
 - mordeduras caninas;
 - atropelamento;
 - ferimentos em geral.
 - *pré-escolar*: o desenvolvimento neuromotor vai se especializando, aumenta o seu ambiente social e tem menor dependência dos adultos que também, naturalmente, vão reduzindo a vigilância sobre a criança. Apresenta grande curiosidade, desconhecimento do perigo, tem pequena capacidade de perceber riscos e imita comportamentos diversos,

o que a torna exposta a um grande número de riscos. Desse modo, podemos encontrar os seguintes acidentes:

- afogamento em piscina, praia, rio;
 - atropelamentos no trânsito;
 - intoxicações por medicamentos, plantas, produtos de limpeza e defensivos agrícolas;
 - choque elétrico;
 - mordeduras;
 - ferimentos em geral;
 - agressão por animais peçonhentos;
 - queimaduras diversas.
- *escolar*: embora apresente maior desenvolvimento e, portanto, maior capacidade de aprendizado e de se proteger, ainda sofre grandes influências externas e insuficiente e inadequada vigilância por parte dos adultos. Os tipos principais de acidentes nessa faixa etária são:
 - afogamentos;
 - atropelamentos;
 - ferimentos em geral;
 - agressão por animais peçonhentos;
 - mordeduras.
 - *adolescente*: encontra-se em uma fase diferenciada da vida, caracterizada por espírito aventureiro e desafiador, inexperiência e necessidade de auto-afirmação. Tudo isso leva o adolescente, muitas vezes, a se envolver com álcool e drogas, tornando-se sujeito a alguns tipos diferenciados de acidentes como:
 - traumatismos de trânsito;
 - lesões por armas de fogo;
 - traumas em competições esportivas.

CRIANÇA REPETIDORA DE ACIDENTES

A literatura médica tem reconhecido uma parcela da população infantil que apresenta tendência a sofrer acidentes com uma frequência mais elevada que a população em geral. Essas crianças são chamadas de "repetidoras de acidentes", pois apresentam três ou mais episódios/ano e, geralmente, requerem atendimento médico. É possível identificar nesses casos que tais crianças pertencem a famílias com algum tipo de comportamento social desajustado, como filhos de pais separados, pai desconhecido ou agrupamentos familiares com grande número de pessoas sem estabilidade econômica. Todos esses eventos interferem com a estabilidade

emocional das crianças e atuam como fatores que contribuem para a ocorrência dos acidentes.

TRATAMENTO

O estágio atual de desenvolvimento técnico-científico da medicina permite que o atendimento aos pacientes acidentados, embora dispendioso, seja eficiente e, muitas vezes, decisivo para o seu prognóstico de sobrevivência. Porém, ainda se observa que as taxas de mortalidade por acidentes continuam elevadas e os custos sociais e financeiros envolvidos na terapêutica são considerados muito altos e, algumas vezes, inacessíveis a uma parcela da população. Particularmente para as crianças, o significado dos anos potenciais de vida perdidos devido a acidentes torna o problema dramático, o que requer soluções em curto prazo. Afinal exercem um importante papel econômico e social sobre os custos da assistência à saúde, quando são

apreciadas a perda de atividades escolares, a perda de produtividade no trabalho dos pais, além dos elevados gastos com a manutenção e a reabilitação daqueles que se tornaram incapacitados.

PREVENÇÃO

Acidente deve ser entendido como um problema endêmico que requer um plano de ação preventiva permanente. A predisposição aos acidentes na criança somente pode ser neutralizada pelos adultos responsáveis por sua educação e segurança. Através de estudos epidemiológicos bem fundamentados, é possível identificar a situação dos acidentes nos seus diferentes aspectos e definir a dimensão do problema. Desse modo, podem-se elaborar programas educacionais preventivos enfocando as diversas características do acidente, aplicáveis às diferentes faixas etárias.

Tabela 17.3

Principais Tipos de Acidentes por Faixa Etária

	Neonato	Lactente	Pré-escolar	Escolar	Adolescente
Afogamento	Banho	Banho, piscina, praia, rio	Piscina, praia, rio	Piscina, praia, rio	Piscina, praia, rio
Intoxicação	Medicamento	Medicamento, produtos de limpeza, defensivos agrícolas, plantas	Medicamento, produtos de limpeza, defensivos agrícolas, plantas, álcool	Medicamento, álcool	Álcool, drogas de abuso
Queimadura	Banho, sol, cigarro, mamadeira	Fogo, produtos químicos	Fogo, produtos químicos	Fogo, produtos químicos	Fogo, produtos químicos
Asfixia	Leite, talco, brinquedos	Alimentos, brinquedos	Menos freqüentes	Menos freqüentes	Menos freqüentes
Traumatismos em geral	Quedas do colo, carrinho, cama	Quedas, cortes, contusões	Quedas, cortes, contusões	Quedas, cortes, contusões	Por armas de fogo ou brancas. Quedas, cortes, contusões
Mordeduras animais	Menos freqüentes	Cão doméstico	Cão doméstico ou errante	Cão doméstico ou errante	Cão doméstico ou errante
Animais peçonhentos	Menos freqüentes	Mais comuns em zona rural	Mais comuns em zona rural	Mais comuns em zona rural	Mais comuns em zona rural
Choque elétrico	Raro	Eletrodomésticos, tomadas	Eletrodomésticos, tomadas	Eletrodomésticos, tomadas	Menos freqüentes
Trânsito	Ocupante do veículo	Ocupante do veículo ou pedestre	Ocupante do veículo ou pedestre	Ocupante do veículo ou pedestre	Ocupante do veículo, pedestre ou motorista

O pediatra, cuja formação e prática levam ao conhecimento de particularidades do desenvolvimento da criança, de seu ambiente familiar, de seus hábitos e atitudes, encontra-se em uma posição privilegiada para exercer a medicina preventiva, bastando incorporar à sua conduta habitual os princípios básicos de segurança domiciliar e prevenção de acidentes. Esses princípios deverão ser transmitidos sob a forma de orientações e conselhos durante as consultas médicas realizadas, principalmente, ao longo de um seguimento rotineiro de Puericultura, que também aqui demonstra sua importância como ação básica em programas de saúde infantil.

É possível estabelecer orientações diferenciadas para cada faixa etária com base no estágio de desenvolvimento neuropsicomotor e no conhecimento da realidade social em que está inserida a criança. Deve-se utilizar sempre o bom senso e a lógica como referenciais para o estabelecimento de um ambiente seguro e saudável para a criança. Na Tabela 17.3, encontram-se apresentados os principais tipos de acidentes, que acometem as diferentes faixas etárias. Com o esforço e a participação de toda a comunidade, principalmente de suas lideranças e de seus segmentos mais diferenciados, atuando decisivamente no sentido de conseguir modificar ambientes e/ou comportamentos, será possível corrigir as situações mais críticas e atenuar os danos causados pelos acidentes à saúde da criança.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Alix D, Furet E, Blovet JH, Leduc-RO Giez A. Accidents domestiques chez l'enfant. Évaluation, prévention et collaboration interinstitutionnelle. *Ann Pédiatr (Paris)* 1998; 45(1):48-53.
2. Ankers L, Mead P. Preventing Childhood Accidents. *Community Nurse* 1997; 3(10):55.
3. Badran IG. Accidents in the developing world. *World Health* 1993; 1:14-15.
4. Balbani APS, Kii MA, Angélica FV Jr, Sandez TG, Vorgels RL, Butugan O, Câmara J. Atendimento para retirada de corpos estranhos de ouvido, nariz e faringe em crianças. *Pediatria, S. Paulo*, 1998; 20(1):8-14.
5. Blank D. Epidemiologia das injúrias intencionais (violência) e não-intencionais. In: *Tratado de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri: Editora Manole, 2006.
6. Blank D. Kids in the back seat: Brazil's studies in enforcing its new traffic law. *Inj Prev* 1999; 5(1):77.
7. Cone Jr TE. *The Book of Accidents: designed for young children*. Published in New Heaven, 1830.
8. Del Ciampo LA, Ricco RG. Acidentes na Infância. *Pediatria, S. Paulo* 1996; 18(4):193-97.
9. Del Ciampo LA, Ricco RG, Muccillo G. Acidentes domésticos na infância na área de Vila Lobato, Ribeirão Preto-SP. *Pediatria, S. Paulo*, 1997; 19(1):38-42.
10. Del Ciampo LA, Ricco RG, Muccillo G. Acidentes: sabemos preveni-los? *Pediatria, S. Paulo*, 1997; 19(4):263-66.
11. Del Ciampo LA. *Estudo dos Acidentes na Infância na área de Vila Lobato – Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado. FMRPUSP, 1994.
12. Durkin MS, Laraque D, Lubman I, Barlow B. Epidemiology and prevention of traffic injuries to urban children and adolescents. *Pediatrics* 1999; 103-6:e74.
13. Floret D. Protection of children in cars: integrating the specifics. *Arch Pediatr* 1999; 6(3):247-50.
14. Gikas RMC et al. *Promoção da Segurança Infantil. O Pediatra no Centro de Saúde*. São Paulo: Editora Sarvier, 2000.
15. Gofin R, Lison M, Morag C. Injuries in primary care practices. *Arch Dis Child* 1993; 68:223-26.
16. Green J, Hart L. Children's views of accident risks and prevention: a qualitative study. *Inj Prev* 1998; 4(1):14-21.
17. Grossman DC. The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries. *Future Child* 2000; 10(1):23-52.
18. Harada MJ, Pedroso GC, Ventura RN. Safe Community. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(5 suppl):137-45.
19. Haycock-Stuart E. Reducing Child Accidents: lessons from down under. *Prof Care Mother Child* 1998; 8(6):161-3.
20. Hergenroeder AC. Prevention of sports injuries. *Pediatrics* 1998; 101(6):1057-63.
21. Hajar-Medina MC, Tapia-Yañez JR, Lozano-Ascencio R, López-López MV. Home accidents in children less than 10 years of age: causes and consequences. *Salud Publica Mex* 1992; 34(6):615-20.
22. Hu X, Wesson D, Kenney B. Home injuries to children. *Can J Pub Health* 1993; 84(3):155-58.
23. Johnston BD, Rivara FP. Injury control: new challenges. *Pediatr Rev* 2003; 24:111-8.
24. Jorge MHPH, Laurenti R. Acidentes e violência no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31(4 supl.):1-4.
25. Jorge MHPM, Gawryszewski VP, Latorre MRDO. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública* 1997; 31 (4 supl.):5-25.
26. Kemp A, Sibert J. Childhood accidents: epidemiology, trends and prevention. *J Accid Emerg Med* 1997; 14(5):316-20.
27. Kendrick D, Marsh P. Preventing injuries in children: cluster randomised controlled trial in a primary care. *BMJ* 1999; 318(7189):980-3.
28. Laffoy M. Childhood accidents at home. *Ir Med J* 1997; 90(1):26-27.
29. Lamberg L. Preventing school violence: no easy answers. *JAMA* 1998.
30. Liberal EF, Aires RT, Aires MT, Osorio AC. Safe School. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(5suppl):S155-63.

31. Lima CR. O bom vínculo mãe-filho e a prevenção de acidentes na infância e na adolescência. *Rev Paul Pediatría* 2001; 19(1):37-40.
32. Logan P, Branche CM, Scks JJ, Ryan G, Peddicord J. Childhood drownings and fencing of outdoor pools in the United States, 1994. *Pediatrics* 1998; 101(6):E3.
33. Macpherson A, Roberts I, Pless IB. Children's exposure to traffic and pedestrian injuries. *Am J Public Health* 1998; 88(12):1840-43.
34. Marcondes E. *Pediatría. Doutrina e Ação*. São Paulo: Editora Sarvier, 1973.
35. Mayr JM. Highchair accidents. *Acta Paediatr* 1999; 88(3):319-322.
36. Murphy JM. Child passenger safety. *J Pediatr Health Care* 1998; 12(3):130-38.
37. Nance ML, Stafford PW, Schwab CW. Firearm injury among urban youth during the last decade: in escalation in violence. *Journal of Pediatric Surgery* 1997; 32(7):949-52.
38. Oliver Banuls A, Civera Clemente P. Epidemiologic study of accidents attended in a non-hospital emergency service. *Aten Primaria* 1998; 21(8):522-26.
39. Orlandi OV, Almeida EP. Acidentes na Infância. *Brasil-Médico* 1951; 65(1):36.
40. Paes CE, Gaspar VL. Unintentional injuries in the home environment: home safety. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(5 suppl):S146-54.
41. Paes CEN, Gaspar VLV. Injúrias não-intencionais (acidentes): riscos no ambiente doméstico. In: *Tratado de Pediatría. Sociedade Brasileira de Pediatría*. Barueri: Editora Manole, 2006.
42. Paes CEN, Gaspar VLV. Injúrias não-intencionais (acidentes): riscos nos ambientes urbano, de lazer e rural. In: *Tratado de Pediatría. Sociedade Brasileira de Pediatría*. Barueri: Editora Manole, 2006.
43. PorDeus AMJ, Fraga MNO, FAÇO TPP. Ações de prevenções dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(4):1202-4.
44. Ramos WS. Prevenção de Acidentes na Adolescência. In: *Crespin J, Reato LFN. Hebeatria. Medicina da Adolescência*. São Paulo: Editora Roca, 2007.
45. Reading R, Langford IH, Haynes R, Lovett A. Accidents to pre-school children: comparing family and neighbourhood risk factors. *Soc Sci Med* 1999; 48(3):321-30.
46. Rivara FP. Injury prevention in practice. *Inj Prev* 1998; 4(1):4-5.
47. Rivara FP. Pediatric Injury Control in 1999: where do we go from here? *Pediatrics* 1999; 103(4):883-88.
48. Rivara FP. Injury prevention and poverty. *Inj Prev* 2005; 11(6):384.
49. Santos HO. *Crianças acidentadas*. Campinas, SP: Papirus Editora, 1988.
50. Schelp L, Ekman R, Fahl I. School Accidents during three school years period in a Swedish Municipality. *Public Health* 1991; 105:113-20.
51. Schnitzer PG. Prevention of unintentional childhood injuries. *Am Fam Physician* 2006; 74(11):1864-9.
52. Schwartsman S. *Acidentes na Infância*. São Paulo: Almed Editora e Livraria Ltda, 1983.
53. Snowdon AW, Polgar J, Patrick L, Stamler I. Parent's knowledge about and use of child safety systems. *Can J Nurs Res* 2006; 38(2):98-114.
54. Sociedade Brasileira de Pediatría. *Manual de Segurança da Criança e do Adolescente*. Belo Horizonte, 2003.
55. Sociedade Brasileira de Pediatría. *Crianças e Adolescentes Seguros*. São Paulo: Publifolha, 2006.
56. Unglert CVS, Siqueira AAF, Carvalho GA. Características epidemiológicas dos acidentes na infância. *Revista de Saúde Pública* 1987; 21(3):234-45.
57. Vendrame AC. *Acidentes Domésticos*. São Paulo: Editora LTR, 2000.
58. Waksman RD, Gikas RMC. *Segurança na Infância e Adolescência*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
59. Wall A. Childhood accidents: a major problem worth tackling. *Prof Care Mother Child* 1998; 8(2):32-33.
60. Weizman Z, Krugliak P. Toys within chocolate eggs in ingestion hazard. *Acta Paediatr* 1998; 87(4):478-79.
61. Wilson D. Contribuição para o conhecimento da Medicina Preventiva dos Acidentes domésticos. Estudo epidemiológico em um subdistrito do município de São Paulo. Tese. FMUSP. 1966.