

Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica

Accidents in childhood and adolescence: a bibliographic review

Accidentes en la infancia y adolescencia: una revisión bibliográfica

Christine Baccarat de Godoy Martins

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - PR. – Área Saúde da Criança e do Adolescente.

RESUMO

O estudo objetivou apresentar uma revisão bibliográfica dos acidentes entre menores de 15 anos. Em todo o Brasil, as lesões e envenenamentos são responsáveis por 5 a 6% do total das internações conveniadas pelo Sistema Único de Saúde, gerando gastos hospitalares de 8% do total de gastos com as internações. Os países com menores taxas de mortalidade por causas externas em menores de 15 anos são a Suécia e Itália. A Dinamarca, a Alemanha e o Japão são considerados países com taxas intermediárias. A França, a Bélgica, a Áustria e o Canadá são considerados países com taxas altas de mortalidade por causas externas em menores de 15 anos. O Brasil está, junto com os Estados Unidos da América, Portugal, México e Coreia, entre os países com taxas muito altas de óbitos por acidentes em menores de 15 anos. A literatura aponta para a magnitude dos acidentes infantis, necessitando-se de ações preventivas. Os estudos enfatizam, ainda, a importância de se conhecer a natureza e a realidade acerca dos acidentes na infância a fim de se formar um diagnóstico que auxilie na elaboração e implantação de estratégias específicas de prevenção.

Descritores: Acidentes; Prevenção de acidentes; Epidemiologia; Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

This study aims at reviewing the literature on accidents among young under the age of 15. Throughout Brazil, lesions and poisonings are responsible for 5 to 6 percent of total internments by the National Health System (SUS), generating 8 percent of the total hospital internment expenses. Sweden and Italy are the countries that have the lowest mortality rates related to external causes among youngsters under the age of 15. The rates of Denmark, Germany and Japan are regarded as intermediate. France, Belgium, Austria and Canada are regarded as countries with high mortality rates related to external causes among youngsters under the age of 15. Brazil together with the United States, Portugal, Mexico and Korea are considered countries with very high mortality rates related to childhood accidents, needing preventive actions. Furthermore, studies reinforce the importance of recognizing the nature and reality of childhood accidents in order to form a diagnosis that helps elaborate and accomplish specific prevention policies.

Descriptors: Accident; Accident prevention; Epidemiology; Pediatric nursing.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo presentar una revisión bibliográfica de los accidentes entre menores de 15 años. En todo Brasil, las lesiones y envenenamientos son responsables por el 5 a 6% del total de las internaciones por convenio del Sistema Único de Salud, generando gastos de hospital de un 8% del total de gastos con las internaciones. Los países con menores tasas de mortalidad por causas externas en menores de 15 años son Suecia e Italia. Dinamarca, Alemania y Japón son considerados países con tasas intermedias. Francia, Bélgica, Austria y Canadá son considerados países con tasas altas de mortalidad por causas externas en menores de 15 años. Los Estados Unidos de América, Portugal, México y Corea son países con tasas muy altas de óbitos por accidentes en menores de 15 años. La literatura apunta para la magnitud de los accidentes infantiles, haciéndose necesarias acciones preventivas. Los estudios enfatizan, aún, la importancia de conocer la naturaleza y la realidad acerca de los accidentes en la infancia a fin de formar un diagnóstico que dé auxilio en la elaboración e implantación de estrategias específicas de prevención.

Descritores: Accidentes; Prevención de accidentes; Epidemiología; Enfermería pediátrica.

Martins CBG. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3): 344-8.

1. INTRODUÇÃO

Os acidentes, classificados atualmente como causas externas⁽¹⁾ são definidos, culturalmente, como situações inevitáveis⁽²⁾. No entanto, um novo conceito tem considerado o acidente como um

evento previsível, resultando em uma transmissão rápida de um tipo de energia dinâmica, térmica ou química de um corpo a outro ocasionando danos e até a morte⁽³⁾. Neste sentido, os pesquisadores têm apontado os acidentes como passíveis de serem controlados e evitados através de cuidados físicos, materiais, emocionais e sociais, colocando em discussão a "acidentalidade" dessas ocorrências e destacando a necessidade de prevenção⁽²⁻⁷⁾.

Vários autores apontam o trauma resultante das causas externas como o principal mal dos últimos 60 anos, em todas as partes do mundo, ocorrendo tanto em países desenvolvidos, devido à industrialização, urbanização e motorização, como também em países subdesenvolvidos, onde o ambiente hostil, a explosão urbana, a superpopulação, a miséria e a educação e vigilância insuficientes contribuem para a incidência das causas externas⁽⁸⁻¹⁰⁾. Mundialmente, os acidentes estão entre as cinco principais causas de mortalidade, ocupando em quase todos os países a segunda ou terceira colocação⁽¹¹⁾.

Em todo o Brasil, as lesões e envenenamentos são responsáveis por 5 a 6% do total das internações conveniadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gerando gastos hospitalares de 8% do total de gastos com as internações^(12,13).

Um recente artigo de Blank⁽¹⁴⁾ discute a gritante desproporção entre a importância das causas externas como causa de morbi-mortalidade de crianças e jovens e a escassez de estudos sobre o assunto. O autor destaca que nos países ricos das Américas as causas externas são responsáveis por 53% da sobrecarga total das dez principais doenças entre cinco e 14 anos de idade e que 98% das mortes de crianças e jovens por causas externas ocorrem nos países em desenvolvimento, apontando como fatores de risco a pobreza, mãe solteira e jovem, baixo nível de educação materna, habitações pobres, famílias numerosas e uso de álcool e drogas pelos pais. Blank ainda chama a atenção para um aumento desses eventos nos próximos vinte anos e para a necessidade de tratarmos a questão sem menosprezá-la.

Diante deste contexto, o objetivo do presente trabalho foi conhecer e divulgar os dados epidemiológicos acerca dos acidentes infantis, bem como os fatores relacionados a esses eventos, além de identificar os estudos brasileiros a respeito e as políticas e estratégias desenvolvidas na atenção aos acidentes infantis.

2. METODOLOGIA

O estudo constituiu-se em estudo bibliográfico acerca dos acidentes infantis e foi desenvolvido no período de janeiro de 2002 a janeiro de 2004, durante o desenvolvimento de dissertação para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, mediante pesquisa bibliográfica e em base de dados LILACS e MEDLINE, usando como descritores as palavras acidentes, crianças, epidemiologia, prevenção de acidentes, pediatria e enfermagem, não se fazendo restrição aos idiomas espanhol, inglês e francês.

3. RESULTADOS

3.1. Alguns dados epidemiológicos

Em relatório apresentado pela UNICEF⁽¹⁵⁾, em 2001, os países com menor taxa de mortalidade por causas externas em menores de 15 anos são a Suécia e Itália, com taxas de 5,2 e 6,1 por cem mil crianças, respectivamente. A Dinamarca, com coeficiente de 8,1 (por 100.000 crianças), a Alemanha, com coeficiente igual a 8,3, e o Japão, com coeficiente de 8,4, são considerados países com taxas intermediárias. A França, com coeficiente de 9,1 (por 100.000 crianças), a Bélgica (coeficiente de 9,2), a Áustria (coeficiente igual a 9,3) e o Canadá, com coeficiente de 9,7, são considerados países com taxas altas de mortalidade por causas externas em menores de 15 anos. São países

com taxas muito altas de óbitos por acidentes em menores de 15 anos, os Estados Unidos da América (14,1 por 100.000 crianças), Portugal (17,8 por 100.000 crianças), México (19,8 por 100.000 crianças) e Coreia com 25,6 óbitos por 100.000 crianças.

Além dos custos sociais, econômicos e emocionais, os acidentes na infância são responsáveis não só por grande parte das mortes, mas também por traumatismos não fatais, como encefalopatia anóxia por quase afogamento, cicatrizes e desfiguração devidos a queimaduras, bem como déficits neurológicos persistentes devidos a traumatismos cranianos, que exercem um grande impacto a longo prazo, repercutindo na família e na sociedade e penalizando nossas crianças e adolescentes em plena fase de crescimento e desenvolvimento^(2,3,13,16).

Segundo Harada et al⁽¹⁰⁾, as causas externas ocupam de 10 a 30% dos leitos hospitalares no Brasil e estima-se que, para cada 10 crianças, uma necessita de atendimento no sistema de saúde e, para cada morte, haja 15 casos de seqüelas permanentes.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾, em 1996, revela que as colisões de carro, atropelamentos, afogamentos, quedas, queimaduras e intoxicações foram responsáveis por 5843 óbitos de meninos e meninas até 14 anos.

Estatística da Sociedade Brasileira de Pediatria divulgada em 1998⁽¹⁸⁾ demonstra que 80% dos acidentes que ocorrem em casa são devidos a tanque solto, panelas com água fervendo sobre o fogão, ferros de passar roupa ligados, medicamentos, materiais de limpeza e fósforos. Segundo esse levantamento, a asfixia e o sufocamento representam cerca de 40% do total de acidentes em crianças e se deve a balas, uvas, nozes, chupetas pequenas, bolas pequenas, pecinhas de brinquedo e balões. As mortes por incêndio e queimaduras representam quase 10% de todas as mortes traumáticas, sendo que, destas, mais de 20% ocorrem em menores de cinco anos e a grande maioria (85%) se deve a incêndios domésticos, com morte por inalação de fumaça e asfixia e não por queimaduras graves. A queimadura que ocorre em casa, sendo a cozinha o local mais comum (70%), está quase sempre relacionada com líquido fervente (água, café, leite, óleo), gerando sofrimento físico e psicológico, além de desfigurar a vítima e gerar elevado custo econômico e social. Destes acidentes por queimadura, 5% das crianças vão a óbito. As quedas e lesões decorrentes de práticas esportivas, por sua vez, são as principais causas de procura nos pronto-socorros e hospitalizações. Além destes, as intoxicações exógenas estão incluídas nos acidentes domésticos mais comuns.

3.2. Fatores relacionados com os acidentes na infância

Frente à necessidade de um enfoque preventivo, diversos estudos epidemiológicos têm buscado conhecer os fatores de risco para a ocorrência dos acidentes na infância, bem como os processos pelos quais esses eventos ocorrem^(2,19-24).

Esses estudos apontam que a probabilidade e a natureza do acidente resulta da interação entre um agente etiológico (forma de energia que lesa os tecidos orgânicos), o hospedeiro (a criança cujo estágio de desenvolvimento permite identificar o risco) e o ambiente (a situação física e psicossocial na qual ocorre o acidente ou violência).

O conhecimento desta "triade" substitui os aspectos de causalidade dos acidentes, permitindo identificar os grupos de maior risco, bem como estudar a interação desses fatores de acordo com a fase de desenvolvimento da criança⁽²⁾. Desta forma, é possível fornecer subsídios que direcionem ações de prevenção específicas^(20,22).

Para alguns autores, os acidentes guardam relação com uma rede ampla de fatores, tais como as condições ambientais, físicas, culturais e sociais da família: o estilo de vida dos pais, condições de vida e trabalho, urbanização, marginalidade, desemprego, desigualdade social, superpopulação, miséria, educação, estresse, condições impróprias de moradia, vigilância insuficiente, entre outros^(8,23,25).

Outros fatores ainda são relacionados com a ocorrência dos acidentes na infância, tais como o sexo, a idade da criança e sua etapa de desenvolvimento neuro-psico-motor (imaturidade física e mental, inexperiência, incapacidade para prever e evitar situações de perigo, curiosidade, tendência a imitar comportamentos adultos, falta de noção corporal e de espaço, incoordenação motora) e características da personalidade de algumas crianças (hiperatividade, agressividade, impulsividade e distração), além de particularidades orgânicas ou anatômicas, tais como deficiência física e/ou mental^(8,23,26).

Souza e Barroso⁽⁷⁾ ainda classificam os fatores de risco para acidentes na infância em **químicos** (medicamentos, produtos de higiene, produtos de limpeza doméstica), **físicos** (líquidos quentes, locais perigosos como janelas, escadas, elevadores, banheiro, áreas de serviço, jardins, piscinas e cozinha com armários e gavetas contendo objetos cortantes e perfurantes), **biológicos** (plantas venenosas, animais domésticos, animais peçonhentos, insetos, roedores), e **estruturais** (formação da família, fatores culturais, estilo de vida, hábitos e crenças). As mesmas autoras chegam a apontar a falta de cuidado dos responsáveis na proteção e segurança da criança como uma das causas dos acidentes, o que para os pais gera culpa e arrependimento, porém conformismo e resignação na compreensão dos acidentes como fatos pré-destinados.

O entendimento de todos esses fatores relacionados aos acidentes evidencia a necessidade de disponibilizar recursos para a prevenção, com atuação inter-multisetorial e direcionamento das intervenções conforme os fatores específicos da população alvo.

3.3. Os acidentes na infância: alguns estudos brasileiros

No Brasil, relata-se que o primeiro trabalho a descrever o acidente na infância como causa de seqüela e óbito data de 1951, de Orlando V. Orlandi e Elísio de Almeida, publicado na Revista "O Brasil Médico"^(2,8). A partir desse estudo, várias outras publicações passam a enfatizar os acidentes como importante causa de morbi-mortalidade nessa faixa etária.

A classificação e especificação dos acidentes tornam-se mais claras a partir de estudos epidemiológicos como o de Wilson, em 1966, que analisou as características dos acidentes domésticos na Vila Madalena em São Paulo, classificando-os e especificando-os⁽⁸⁾.

Na década de 1970, o tema ganha maior interesse e surgem trabalhos como o de Schvartzman⁽²⁷⁾, que estudou e classificou as intoxicações exógenas em um hospital público do Rio de Janeiro, e de Mello Jorge⁽²⁸⁾, que apontou o acidente de trânsito como a principal causa de morte violenta em São Paulo entre menores de 15 anos.

Apesar de alguns avanços em torno do assunto, um estudo realizado por Blank em 1980, na cidade de Porto-Alegre, revela que os acidentes infantis continuavam sendo subestimados pelas pessoas que deveriam preocupar-se com a saúde da criança⁽²⁾.

A partir da década de 1980, os estudos revelam o crescimento dos acidentes, refletindo num interesse crescente, tanto em nível nacional como internacional, em entender o fenômeno. Desta forma, ampliam-se os estudos e publicações acerca do tema^(2,8).

Na década de 1990, inúmeros estudos passam a discutir os diferentes tipos de acidentes, identificando e classificando as causas externas nas diferentes faixas etárias. Em relação às crianças, Mello Jorge et al⁽²⁸⁾, em 1990, identificam, em São Paulo, as quedas da cama como o tipo de acidente mais comum entre os menores de um ano e as quedas de janelas e em poços a mais comum na idade de um a nove anos. Com a preocupação em interromper e anular a evolução das causas externas como importantes agravos à saúde, Pelicione e Gikas⁽³⁰⁾, em 1992, chamam a atenção para a prevenção, que deveria envolver não só os profissionais de saúde e educação, mas também os responsáveis pela viabilização das estruturas sócio-econômicas. A preocupação em determinar os fatores de risco impulsionou trabalhos como o de Teixeira⁽³¹⁾ que, num estudo realizado em 1994 sobre as queimaduras

em crianças de Fortaleza, identificou como fator de risco para o acidente a exposição a locais perigosos como a cozinha, banheiro, área de serviço, escadas e jardins, sem a vigilância adequada de um adulto responsável.

A década de 1990 é então marcada por uma intensa atividade de pesquisa em relação às causas externas. Vários estudos vêm contribuir para contextualizar a dimensão desses eventos. Um estudo de Souza e Barroso no ano de 1995, em um hospital público do Ceará, revela que, das crianças admitidas na unidade de internação pediátrica do hospital, 30,5% haviam sido acometidas por acidentes domésticos. As mesmas autoras, em outro estudo, em 1996, chamam a atenção para a alta frequência de acidentes por corpo estranho em vias aéreas entre crianças atendidas em um hospital público de Fortaleza, sendo a espinha de peixe, as moedas e o osso de galinha os principais corpos estranhos identificados⁽²⁾.

Em 1996, Del Ciampo e Ricco⁽⁸⁾ chamam a atenção para os acidentes de trabalho na faixa etária de 10 a 14 anos, muitas vezes trabalho ilegal e clandestino, principalmente no meio rural, que expõe as crianças a riscos ocupacionais diversos. Os autores ainda discutem a falta de estudos que possam reconhecer os acidentes infantis mais frequentes a fim de direcionar melhor as ações preventivas, específicas para cada situação identificada.

Neste sentido, Souza, em 1997, através de um estudo realizado no Centro de Assistência Toxicológica do Ceará, consegue identificar os medicamentos, os produtos químico-industriais e os de higiene doméstica como os principais responsáveis por intoxicação em crianças de 0 a 14 anos⁽²⁾.

A partir do ano de 2000, outros estudos contextualizam as causas externas entre crianças e adolescentes em seus diferentes aspectos. Harada et al⁽¹⁰⁾ concluem, num estudo realizado em um hospital municipal de São Paulo, com crianças de 0 a 14 anos, que há predominância de crianças do sexo masculino (59,6%) e na faixa etária de 7 a 12 anos. O estudo aponta, ainda, domínio das quedas (44,9%), seguidas por acidente de trânsito (24,0%), aspiração de corpo estranho (8,7%), queimadura (6,8%) e intoxicações (5,0%), com uma taxa de mortalidade de 1,3%. Os autores ainda chamam a atenção para as lesões de origem intencional, que representaram 5,9% da população de estudo.

Ainda no ano de 2000, Barakat et al⁽²⁰⁾, em um estudo em menores de 15 anos atendidos pelo Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), concluem que 62,1% dos acidentados eram do sexo masculino e 33,4% estavam na faixa etária de 9 a 13 anos, apontando ainda para a alta frequência de traumatismos por queda (74,0%) e para o grande número de atendimentos de baixa complexidade (89,7%), com taxa de 0,6% de encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva e de 0,1% de óbitos.

Em uma série temporal estudada por Barros et al⁽²¹⁾, em Recife, de 1979 a 1995, os autores revelam crescimento dos coeficientes de mortalidade por causas externas na faixa etária de 0 a 19 anos, com destaque para os homicídios entre os adolescentes, dos quais 90,0% são ocasionados por arma de fogo.

Em 2002, Filócomo et al⁽²²⁾ estudam os acidentes infantis em um pronto-socorro pediátrico de São Paulo, identificando a faixa etária mais atingida (7 a 11 anos, com 41,0%) e o sexo mais envolvido (masculino, com 56,1%), o tipo de acidente mais frequente (queda, com 46,9%), a presença dos pais no momento do acidente (43,4% dos pais estavam presentes no momento do acidente) e 4,0% de internação (95,7% receberam alta após o atendimento).

Ainda em 2002(a), Fonseca et al⁽²³⁾ apresentam os principais fatores de risco relacionados à ocorrência de injúrias acidentais, na faixa etária de quatro a cinco anos de idade, apontando um risco maior da ocorrência de acidentes no sexo masculino (30% mais em relação ao sexo feminino), em crianças brancas (70% mais em relação às não-brancas), em crianças

com um ou mais irmãos (30% mais de risco) e em crianças que residem em construção de tijolo (40% mais em relação a outros tipos de construção). O estudo não encontrou associação da ocorrência de injúrias com a renda familiar, escolaridade dos pais e trabalho materno, apesar desta relação ter sido relatada em outros estudos⁽²⁴⁾. Estes resultados refletem a necessidade de novos estudos no Brasil.

Através dos estudos levantados, pode-se concluir que, atualmente, em todo o mundo, a alta incidência dos acidentes na infância, bem como a importância do seu controle e prevenção, continuam despertando o interesse por estudos que possam melhor direcionar e fundamentar a implementação, execução e avaliação de estratégias de prevenção específicas.

3.4. Políticas e estratégias voltadas para as causas externas

Na medida em que os índices de morbi-mortalidade por causas externas vão se destacando, a necessidade de estratégias para minimizar este problema de saúde pública mobiliza sociedades e organizações.

Em 1955, durante a 80ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em Genebra, o governo sueco propõe, pela primeira vez, que os acidentes sejam considerados como um problema de saúde pública⁽⁶⁾. Onze anos mais tarde, em 1966, em nova Assembléia Mundial de Saúde, com todos os representantes membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), torna-se prioridade o encaminhamento de propostas para a prevenção dos acidentes⁽¹⁰⁾. No mesmo ano, a Sociedade Brasileira de Pediatria cria o Comitê de Prevenção de Acidentes na Infância, sob a presidência de Orlando V. Orlandi, autor do primeiro trabalho sobre o tema no Brasil⁽⁹⁾.

Em 1990, a Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 22 de novembro de 1990, normatiza que "deve-se assegurar a todos os setores da sociedade, em especial aos pais e às crianças, o conhecimento dos princípios básicos de saúde e, entre outros, o de ações de prevenção de acidentes, recebendo apoio para a aplicação destes conhecimentos"⁽³²⁾.

Em outubro de 1998, a Sociedade Brasileira de Pediatria lança a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes⁽²²⁾ e em 2001, o Ministério da Saúde (MS) lança a Política Nacional para Redução da Morbi-Mortalidade por Acidentes e Violências, publicada no Diário Oficial da União (DOU) número 96 em 16 de maio de 2001, com propostas de ações específicas para os gestores federal, estaduais e municipais, cujas diretrizes são⁽³³⁾:

- Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- Capacitação de recursos humanos;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Para vários autores^(7,10,20,22), é preciso que os programas de prevenção e controle das causas externas entre crianças tenham como base a identificação de fatores de risco e se efetuem através de:

- Intervenção por meio de legislação apropriada, voltada para os

padrões de segurança e prevenção desses episódios, principalmente em relação à indústria farmacêutica (fabricação de medicamentos com tampa inviolável, produção de álcool gel, etc) e construção civil (com a adoção de medidas de segurança na construção de playgrounds e residências – pisos que diminuam o impacto, tomadas altas, entre outras medidas);

- Programa de educação em saúde segundo a realidade social de cada população alvo, envolvendo a criança, a família, os profissionais das diversas áreas, as associações comunitárias e a sociedade em geral;

- Contato direto com as famílias para elucidar atitudes e práticas na prevenção de acidentes infantis;

- Treinamento de profissionais de saúde e outras categorias que direta ou indiretamente lidam com crianças;

- Adequação dos serviços de nível primário e secundário para um atendimento eficaz e resolutivo, com diminuição das seqüelas, reabilitação e reintegração no contexto familiar e social.

Para tanto, as medidas de prevenção e controle dos acidentes e violências precisam ser compreendidas e praticadas não só pelos órgãos competentes, mas principalmente pela família e sociedade. Desta forma, as ações voltadas para a problemática das causas externas culminarão com o conceito de prevenção, que, para Rouquayrol⁽³⁴⁾, "é a ação antecipada que tem por objetivo interceptar ou anular a evolução dos acontecimentos, evitando que algum dano aconteça mediante o exercício de cuidados físicos, materiais, emocionais e sociais".

Vale destacar que os aspectos determinantes dos acidentes infantis reportam-se às especificidades de cada população. Portanto, é necessário que qualquer reflexão ou proposta de ação baseie-se na realidade local, quer seja do ponto de vista epidemiológico, social ou cultural⁽³⁵⁾, tendo sempre em vista os riscos inerentes ao ambiente e o estágio de desenvolvimento neuro-psico-motor da criança.

4. CONCLUSÕES

A literatura aponta para a abrangência e magnitude dos acidentes infantis, havendo necessidade de ações preventivas junto aos profissionais de saúde, criança, família, comunidade e sociedade em geral, no sentido de alertar para os riscos e para a necessidade de adotar comportamentos seguros em relação ao ambiente doméstico e à fase de desenvolvimento da criança. Pode-se compreender que a prevenção é o caminho mais eficaz para reduzir os altos índices de acidente na infância. Para tanto, é preciso que se desenvolvam programas educacionais desde a pré-escola e junto à comunidade, além do cumprimento de normas e medidas de proteção junto à indústria farmacêutica e engenharia civil.

Os estudos apresentados enfatizam, ainda, a importância de se conhecer a natureza e a realidade acerca dos acidentes na infância a fim de se formar um diagnóstico que auxilie na elaboração e implantação de estratégias específicas de prevenção.

Por fim, compreendemos a relevância de se abordar o tema a fim de que todos possam exercer a sua co-participação na preservação da saúde de nossas crianças, que se encontram em plena fase de crescimento e desenvolvimento.

Sugerimos, ainda, novos estudos que venham complementar lacunas do conhecimento e contribuir para melhorar a qualidade de vida da população infantil.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a

Classificação de Doenças em Português. 8.ed. 10ª revisão - São Paulo (SP): Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP); 2000.

2. Souza LJEX, Barroso MGT. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. *Rev Esc Enferm USP* 1999; 33: 107-12.
3. Blank D. Conceitos básicos e aspectos preventivos gerais. In: Comitê de acidentes na infância. Manual de acidentes na infância e adolescência. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Pediatria; 1994.
4. Rodriguez JG, Brown ST. Childhood injuries in the United States: a strategy for reduction of childhood injuries in Massachusetts. *Am J Dis Child* 1990; 144: 625-6.
5. Gofin R, Lison M, Morag C. Injuries in primary care practices. *Arch Dis Child* 1993; 68: 223-6.
6. Serra GA, Doria Filho V. Epidemiologia dos acidentes e demais causas externas. In: Comitê de acidentes na infância. Manual de acidentes na infância e adolescência. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Pediatria; 1994. p. 14-9.
7. Souza LJEX, Barroso MGT. Acidente doméstico em crianças: abordagem conceitual. *Acta Paul Enferm* 1999; 12(1): 70-7.
8. Del Ciampo LA, Ricco RG. Acidentes na infância. *Rev Pediatría* 1996; 18: 193-7.
9. Basso MR. Acidentes de transporte terrestre em Londrina: análise das vítimas menores de 15 anos (dissertação). Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2000.
10. Harada MJCS, Botta MLG, Kobata CM, Szauter IH, Dutra G, Dias EC. Epidemiologia em crianças hospitalizadas por acidentes. *Folha Med* 2000; 119: 43-47.
11. Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRD. Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Pub* 1997; 31(4 supl): 5-25.
12. Lebrão ML, Mello Jorge MHP, Laurenti R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Rev Saúde Pub* 1997; 31(4 supl): 26-37.
13. Mello Jorge MHP, Gottlieb SLD, Laurenti R. A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília (DF): Organização Pan Americana da Saúde; 2001.
14. Blank D. Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20? *J Pediatría* 2002; 78: 84-6.
15. UNICEF. A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card N° 2. Florence: UNICEF. Innocent Research Centre; 2001. [citado em: 25 set 2003]. Disponível em: URL: www.unicef-icdc.org
16. Tursz A, Crost M. Sequelae after unintentional injuries to children: an exploratory study. *Inj Prev* 2000; 6: 209-13.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Estatísticas de mortalidade. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde/CENEPI; 1997.
18. Maciel W. Campanha Nacional de Prevenção de acidentes na infância e adolescência. *Bol Soc Bras Pediatría* 1998; 73: 4-5.
19. Del Ciampo LA, Ricco RG, Muccillo G. Acidentes: sabemos preveni-los? *Rev Pediatría* 1997; 9: 263-6.
20. Baracat ECE, Paraschin K, Nogueira RJN, Reis MC, Fraga AMA, Sperotto G. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP. *J Pediatría* 2000; 76: 368-74.
21. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev Saúde Pub* 2001; 35: 142-9.
22. Filócomo FRF, Harada MJS, Silva CV, Pedreira MLG. Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10: 41-7.
23. Fonseca SS, Victora CG, Halpern R, Barros AJD, Lima RC, Barros FC et al. Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares. *J Pediatría* 2002; 78: 97-104.
24. Hippisley-Cox J, Groom L, Kendrick D, Coupland C, Webber E, Savelyich B. Cross sectional survey of socioeconomic variations in severity and mechanism of childhood injuries in Trent, 1992-1997. *BMJ* 2002; 324: 1132.
25. Lima MLC, Ximenes R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. *Cad Saúde Pub* 1998; 14: 829-40.
26. Larsson J, Aurelius G. Accidents in childhood: relation to psychosocial condition and mental development. *Acta Paediatrica* 1996; 85: 285-91.
27. Schwartsman S. Acidentes na infância. In: Carvalho O. Manual de Pediatría. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 1977. p. 140-1.
28. Mello Jorge MHP. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo. II Mortes Acidentais. *Rev Saúde Pub* 1980; 14: 475-508.
29. Mello Jorge MHP, Marques MB, Meller JL, Stein RJ. Mortes violentas em menores de 15 anos no Brasil. *Bol Ofic Sanit Panam* 1990; 518-602.
30. Pelicioni MCF, Gikas RM. Prevenção de acidentes em escolares: proposta de metodologia de diagnóstico para programa educativo. *Rev Bras Saúde Escolar* 1992; 2: 23-6.
31. Teixeira S. Queimadura: a maioria é provocada por acidente no lar. *Rev Med Soc* 1994; 11: 16-7.
32. Brasil. Convenção sobre os Direitos da criança e adolescente de 1990, Decreto N° 99.710. Diário Oficial da União, 1990 (Nov. 22, 1990).
33. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001 publicada no DOU nº 96, seção 1E, de 18/05/2001 / Ministério da Saúde. - Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
34. Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 1994.
35. Vanzin AS, Nery MÊS. Atenção integral à saúde da criança: um enfoque epidemiológico. Porto Alegre (RS): RM&L; 1998.