

O pediatra e as causas externas de morbimortalidade

Pediatricians and the external causes of morbidity and mortality



Danilo Blank¹



Edson Ferreira Liberal²

Que atitude e que papel terá o pediatra (e, por extensão, todo profissional da saúde) frente aos “não tão novos” indicadores de morbidade e mortalidade na criança e no adolescente?

Nos dias atuais, o imaginário brasileiro incorpora cada vez mais a noção exata de que crianças e jovens são mortos em larga escala por ação das chamadas causas externas e – mais importante – que isso não acontece por acaso, ou seja, não se trata de acidentes. Os meios de comunicação comprovam esse fato sobejamente. Em artigo recente da revista *Veja*, um jornalista relata com grande acuidade e pertinência o que há de exemplar na história de um menino que caiu em um bueiro e foi tragado pelas águas, no coração de São Paulo, comentando que o triste fato estava longe de ser um acidente, pois havia uma cadeia grande demais de fatores típicos da nossa sociedade contemporânea conspirando contra a sorte do garoto: pobreza, crescimento urbano sem planejamento e defeituoso, imprevidência e debilidade do poder público¹. No mesmo dia, o jornal diário dava destaque ao atropelamento e morte de dois garais enquanto trabalhavam, ressaltando que o excesso de velocidade – conjugado ou não à ingestão de bebida alcoólica, ao desrespeito à sinalização e à imperícia – está na origem dessa tragédia brasileira². Dimensões diferentes do mesmo problema, os riscos de injúrias (no âmbito físico, psicoló-

gico e moral) eram abordados na mesma edição do jornal, em reportagens sobre o *bullying* virtual³ e sobre o controle das armas de fogo na sociedade⁴. Como se vê, basta abrir qualquer publicação leiga para constatar a percepção popular clara de que as injúrias – não intencionais ou intencionais – constituem, na atualidade, um grave problema social, derivado de certos comportamentos associados a riscos ambientais determinados.

Para o pediatra, não deveria ser novidade o fato de que a morbimortalidade por causas externas seja responsável pela maior sobrecarga de agravos à saúde de crianças e jovens no Brasil, assim como no resto do mundo. Porém, sempre vale lembrar que, nos países menos ricos das Américas, as causas externas respondem por 53% da sobrecarga total (medida em perda de anos de vida ajustados para invalidez) das 10 principais doenças, entre 5 e 14 anos⁵. Na Tabela 1, que mostra as principais causas de morte de brasileiros de 0 a 19 anos, vê-se que o predomínio das injúrias é notório a partir do segundo ano de vida, causando de um quinto até três quartos das mortes de crianças e adolescentes. Portanto, um problema seriíssimo de saúde pública.

Contudo, a produção científica nacional nessa área ainda é muito tímida. Uma busca realizada nos arquivos do *Jornal de Pediatria* disponíveis *on-line* (utilizando os termos injúria, trauma, traumatismo, acidente, violência, maus-

1. Professor adjunto, Departamento de Pediatria e Puericultura, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Regente da disciplina Promoção e Proteção da Saúde da Criança e do Adolescente.

2. Doutor. Professor adjunto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ.

Como citar este artigo: Blank D, Liberal EF. O pediatra e as causas externas de morbimortalidade. *J Pediatr* (Rio J). 2005;81(5 Supl):S119-S122.

Tabela 1 - Principais causas de morte, nascimento até os 19 anos, Brasil, 2002, mortes/100.000 habitantes

	< 1 ano n (%)	1 a 4 anos n (%)	5 a 9 anos n (%)	10 a 14 anos n (%)	15 a 19 anos n (%)
Doenças infectoparasitárias	139,5 (7,6)	11,5 (14,8)	2,6 (8,0)	2,1 (5,9)	2,7 (2,5)
Neoplasias	5,3 (0,3)	5,1 (6,6)	4,4 (13,5)	3,8 (10,7)	4,8 (4,5)
Doenças respiratórias	117,1 (6,4)	13,1 (16,9)	2,5 (7,7)	2,2 (6,2)	3,5 (3,3)
Afecções do período perinatal	1.022,9 (56,0)	0,6 (0,8)	0	0	0
Malformações congênitas	237,8 (13,0)	5,8 (7,5)	1,1 (3,4)	0,9 (2,5)	0,6 (0,6)
Causas externas	34,9 (1,9)	14,8 (19,1)	12,2 (37,4)	16,5 (46,3)	76,8 (72,2)
Transporte	3,2 (0,2)	4,0 (5,2)	5,7 (17,5)	5,5 (15,4)	16,0 (15,0)
Quedas	1,4 (<0,1)	0,7 (0,9)	0,5 (1,5)	0,5 (1,4)	0,8 (0,8)
Submersões	1,1 (<0,1)	3,9 (5,0)	2,8 (8,6)	3,5 (9,8)	5,5 (5,2)
Queimaduras	1,3 (<0,1)	0,9 (1,2)	0,4 (1,2)	0,1 (0,3)	0,2 (0,2)
Intoxicações	0,2 (<0,1)	0,2 (0,3)	0	0	0,1 (0,1)
Suicídios	0	0	0	0,6 (1,7)	3,4 (3,2)
Homicídios	2,8 (0,1)	0,8 (1,0)	0,7 (2,1)	3,4 (9,6)	42,2 (39,7)
Intenção indeterminada	4,6 (0,3)	1,4 (1,8)	0,8 (2,5)	1,1 (3,1)	5,4 (5,0)
Total	1.823,6 (100)	77,6 (100)	32,6 (100)	35,6 (100)	106,4 (100)

tratados, abuso, intoxicação, queimadura, queda, afogamento, asfixia, sufocação e ressuscitação) revelou somente 10 estudos originais⁶⁻¹⁵, nove artigos de revisão¹⁶⁻²⁴, um relato de caso²⁵ e quatro editoriais²⁶⁻²⁹. Para um total de 1.230 publicados durante o período em questão, 24 artigos não chegam a 2%, uma porcentagem muito pequena, tendo em vista a enorme relevância das injúrias por causas externas em pediatria.

Por outro lado, uma busca no arquivo da revista *Injury Prevention*, a publicação científica mais importante nessa área de estudo, também mostrou a pífia participação brasileira: dois artigos originais publicados ao longo de 10 anos³⁰. E não se pode nem dizer que isso se deva à dificuldade dos autores brasileiros de publicar em inglês, em um periódico do primeiro mundo, pois uma busca nos bancos de dados latino-americanos SciELO e LILACS (utilizando os termos criança, injúria e acidente) revelou somente 13 artigos brasileiros nos últimos 2 anos. Além disso, quando não eram editoriais ou revisões, todos os artigos relatavam estudos descritivos; não havia uma só avaliação de intervenção³⁰.

A criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001, resultado de um profundo debate entre as maiores autoridades acadêmicas brasileiras do campo do controle de injúrias, propôs – dentro de um amplo conjunto de ações preventivas nos âmbitos primário a terciário – a capacitação de recursos humanos, por meio de apoio ao desenvolvimento da pesquisa³¹. Espera-se que o apoio institucional efetivo e a vontade política dos pesquisadores sejam capazes de mudar o triste quadro da pesquisa nessa área tão relevante para a saúde das crianças e jovens.

Nesse sentido, será interessante verificar o impacto causado nos leitores do *Jornal de Pediatria* – essencialmente pediatras gerais brasileiros – por este primeiro

suplemento temático inteiramente dedicado às injúrias por causas externas. Sim, porque o rumo tomado pelas publicações científicas é determinado, entre outros fatores, pela resposta do público leitor. O objetivo primordial do suplemento é fortalecer a discussão em torno deste tema atual – as causas externas de morbimortalidade –, além de fornecer subsídios que possam ajudar a desenvolver trabalhos científicos na área e que facilitem a prática do pediatra no seu cotidiano.

Os 12 artigos de revisão, para os quais foram convidados autores de destaque em nosso meio, abordam, em sua maioria, a temática da segurança, considerando os locais onde crianças e adolescentes podem encontrar desde uma alta proteção até uma enorme vulnerabilidade, tendo em vista os aspectos sociais e culturais: a casa, a escola, a rua, o meio ambiente. Os textos mais genéricos e abrangentes, que tratam da pediatria contextual e da comunidade segura, apresentam um arcabouço teórico sólido para a fundamentação dos outros ensaios, mais enfocados em temas específicos, contribuindo para a reflexão sobre a prática profissional. Como se trata de um campo de estudos multifacetado, que permite vários olhares distintos, não houve preocupação em harmonizar excessivamente a linguagem dos autores, sob o ponto de vista de estilo ou concepção terminológica. Assim, respeitando a diversidade, formou-se uma colcha de retalhos muito rica, da qual o leitor saberá filtrar o que melhor lhe convier.

O artigo sobre controle de injúrias e pediatria contextual coloca diante do pediatra perspectivas amplas de variabilidade de como abordar, encaminhar, planejar o trabalho individual ou coletivo, levando em consideração, entre outros fatores, os hábitos familiares, normas culturais e entornos³². O texto contempla uma ampla revisão teórica e apresenta “perguntas-gatilho” para facilitar o trabalho do pediatra. Apresenta, também, a matriz de Haddon aplicada

ao problema tão atual de violência com armas de fogo na escola, sugerindo, passo a passo, medidas práticas que devem ser consideradas de acordo com o grau de possibilidade de cada instituição. Apresenta, ainda, uma representação sistematizada dos principais fatos que interferem nas injúrias físicas e que devem sedimentar qualquer trabalho individual ou coletivo de promoção de segurança. Em última análise, amplia e aprofunda a discussão a respeito dos fatores que interferem na gênese das injúrias.

O segundo artigo conceitual, que discute a comunidade segura, traz uma análise crítica quanto à pouca produção teórica qualitativa na área³³. Destaca, porém, o tema como uma política da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a importância de trabalhar com uma visão ampla em injúrias intencionais e não intencionais. Apresenta as bases do projeto comunidade segura: organização da comunidade (envolvimento com a comunidade da forma mais ampla possível), conhecimento epidemiológico, informação, intervenções planejadas e integradas ao desenvolvimento de processos sociais e políticos e avaliação. Considerando tal abordagem, o pediatra – freqüentemente colocado no papel de gestor – deve ter um foco ampliado que lhe permita desenvolver ações participativas.

A casa segura é outro destaque deste suplemento³⁴. Ela é uma estratégia importante e deve estar acoplada ao trabalho diário do pediatra, que deve sempre incluir na anamnese perguntas sobre como é a casa da criança, quem cuida dela e quais os riscos próprios do seu desenvolvimento. Segundo Fred Rivara, as ações preventivas em relação à casa devem ser intervenções pontuais com relação aos tipos de eventos potencialmente traumáticos e faixas etárias, contrapondo, até certo ponto, a noção de casa "à prova de criança"³⁵. Realmente, não há evidência concreta nem a favor nem contra esse tipo de intervenção. Por ora, cuidados já consagrados, incluindo a orientação dos pais para olhar a sua casa sob a ótica da criança, fazendo uma lista e corrigindo situações de risco, continuam aconselháveis, até que evidências mais consistentes possam aclarar a questão.

A violência urbana é multicausal, perpassa aspectos sociais e culturais e forma uma rede complexa, que precisa cada vez mais ser desvelada por meio de estudos da academia junto com toda a sociedade organizada^{36,37}. Esse tema tem como objetivo maior a construção de uma sociedade mais fraterna, com aumento da inclusão, diminuindo o *apartheid* social. A criança e o adolescente são particularmente mais vulneráveis. Portanto, identificar o contexto do território do local de trabalho ajuda a atuação mais integral do pediatra, facilitando e organizando a sua prática nos diversos níveis, como prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das vítimas e suas famílias e, se possível, desenvolvimento de ações junto à comunidade.

A casa é o lugar mais freqüente da violência e, em especial, a sexual; trata-se de um grande desafio para o pediatra³⁸. Por isso, o suplemento traz dois artigos sobre essa questão delicada. A maioria dos casos de violência, incluindo a sexual, ocorre no ambiente doméstico: a chamada violência intrafamiliar. No Brasil, estima-se que 20% das crianças e adolescentes sejam vítimas de violência. Nesses

casos, o pediatra deve trabalhar com equipe multiprofissional, de preferência de forma interdisciplinar. Porém, nos lugares em que não é possível, o pediatra precisa estar apto a desempenhar as funções de acolhimento, tratamento, acompanhamento e tomar procedimentos legais. As dificuldades com o conselho tutelar geralmente são grandes, e freqüentemente não há infra-estrutura suficiente para dar conta da demanda e da complexidade dos casos. Entretanto, é fundamental que continuemos insistindo para que os conselhos possam melhorar, ajudando a pressionar as estruturas do Estado para fornecer melhores condições de trabalho, inclusive investindo na capacitação dos conselheiros. Ao receber uma família que vive caso ou casos de violência, mais do que tudo é importante o acolhimento, sem julgamentos, para melhor ajudar a família e a criança.

Os artigos referentes ao ambiente escolar tratam da escola segura e do *bullying*^{39,40}. O comportamento agressivo entre estudantes, desde a colocação de apelidos, que muitas vezes é encarado por professores e mesmo por pediatras como normal, pode levar a graves repercussões na auto-estima daqueles que são alvo da violência. Até a agressão física, inclusive com armas de fogo, os autores de *bullying* também devem ser motivo de preocupação. Eles também podem ser alunos com baixa auto-estima e que buscam elevá-la por meio de alguma forma de ser notado. O Programa Escola Promotora de Saúde da OMS trabalha essa e outras questões de forma ampliada, enquanto o programa dos *Centers for Disease Control and Prevention* orienta em relação aos passos necessários para o desenvolvimento da escola segura. A escola é um novo campo de trabalho para o pediatra, seja no seu interior, com ações de assistência, prevenção e promoção, seja trabalhando com grupos de discussão e capacitando professores, sempre com o objetivo de implantação das escolas promotoras de saúde.

A segurança no trânsito não poderia faltar: o artigo enfoca a criança e o adolescente como pedestres, ciclistas e passageiros⁴¹. Enfatiza as normas de segurança com relação à criança pedestre, discutindo por que os meninos escolares são os mais atropelados. O artigo apresenta também uma tabela pormenorizada de transporte adequado em veículo, de acordo com a faixa etária e peso, e tece comentários relevantes a respeito do *airbag*. Nesse sentido, o trabalho da escola e da comunidade seguras são fundamentais para a implementação de políticas que possam ajudar a desenvolver comportamentos saudáveis.

A discussão sobre os riscos químicos, tanto ligados ao ambiente quanto às ingestões agudas de tóxicos, traz a preocupação mundial com o número crescente de substâncias que tornam as crianças mais vulneráveis a tais riscos, pelas características fisiológicas, por sua maior exposição e pela necessidade de proteção visando a impedir o seu contato com os venenos em potencial^{42,43}. Os adolescentes merecem especial atenção no caso de intoxicação medicamentosa, devendo ser afastado o uso intencional. Os riscos químicos ambientais devem ser avaliados no contexto clínico, mas o pediatra também deve estar atento e participativo na defesa do meio ambiente, pois, em última análise, está defendendo a criança.

O artigo sobre avaliação e transporte da criança traumatizada faz uma revisão atual dos procedimentos que podem ser adotados⁴⁴. Apresenta, passo a passo, o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e as diversas formas de transporte. No momento em que o Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) está sendo implantado, ressalta a necessidade de capacitar os profissionais e manter equipes de pediatras treinados como referência para os casos de maior complexidade.

Diante de toda essa informação, o pediatra evidentemente se sente pressionado a dar conta, na sua consulta, da monitoração do crescimento e desenvolvimento, das imunizações, da alimentação e ainda acrescentar orientações sobre prevenção de injúrias, para tanto mantendo sua percepção aguçada quanto aos vínculos familiares, autoestima e sentimentos de pertencimento. Sem dúvida, é um enorme desafio, que certamente exigiria uma consulta com tempo maior. Porém, o primeiro passo é saber da importância dessa nova consulta. A organização, assimilando instrumentos como *checklists* de ações preventivas, pode ajudar, assim como o tempo do exame clínico pode ser empregado na percepção dos vínculos. Outra estratégia que mereceria mais atenção é o grupo de sala de espera. Na sala de espera, o acompanhante da criança ou o adolescente podem também preencher questionários itemizados. Esse tipo de instrumento facilita um início de conversa e orientação na consulta. Portanto, o trabalho do pediatra é amplo e cheio de possibilidades, desde a atuação no consultório/ambulatório, no ambiente escolar, no bairro, ou nas campanhas educativas, ocupando o seu lugar central no planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde.

Assim, o Jornal de Pediatria, com este primeiro suplemento temático integralmente dedicado às injúrias por causas externas, procura ajudar o pediatra a valorizar práticas preventivas que já vêm sendo ou que precisam ser adotadas, assim como fornecer subsídios apoiados em evidências científicas para ampliá-las ou reescrevê-las. O momento atual, cada vez mais cheio de riscos, exige grandes esforços para a criação de uma rede de informações e de construção de conhecimentos sobre a segurança, uma área ainda muito menos explorada do que deveria.

Referências

- Toledo RP. Era muita coisa contra o pequeno Fernando. *Veja*. 2005 Set 28;1924:134.
- Opinião ZH: O pedestre desrespeitado. *Zero Hora*. 2005 Set 25;14641:2(col 3).
- Debus MRB. Intimidação virtual. *Zero Hora*. 2005 Set 25;14641:14(col 4).
- Assis Brasil LA. Uma arma. *Zero Hora*. 2005 Set 25;14641:15(col 2).
- Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Assis SG, Souza ER. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *J Pediatr (Rio J)*. 1995;71:303-12.
- Marmo DB, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). *J Pediatr (Rio J)*. 1995;71:313-16.
- Carvalho FM, Neto AM, Peres MF, Gonçalves HR, Guimarães GC, Amorim CJ, et al. Intoxicação pelo chumbo: Zinco protoporfirina no sangue de crianças de Santo Amaro da Purificação e de Salvador, BA. *J Pediatr (Rio J)*. 1996;72:295-8.
- Costa DM, Abrantes MM, Lamounier JA, Lemos AT. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75:181-6.
- Baracat EC, Paraschin K, Nogueira RJ, Reis MC, Fraga AM, Sperotto G. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76:368-74.
- Pascolat G, Santos CF, Campos EC, Busato D, Marinho DH, Valdez LC. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J Pediatr (Rio J)*. 2001;77:35-40.
- Drezett J, Caballero M, Juliano Y, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J Pediatr (Rio J)*. 2001;77:413-9.
- Fonseca SS, Victora CG, Halpern R, Barros AJ, Lima RC, Monteiro LA, Barros F. Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:97-104.
- Taquette SR, Oliveira RG, Meirelles ZV, Ricardo IB, Ruzany MH. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79:349-54.
- Gaspar VL, Lamounier JA, Cunha FM, Gaspar JC. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:447-52.
- Minayo MC, Assis SG. Saúde e violência na infância e na adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 1994;70:263-6.
- Meneghel SN. Violência na infância e na adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 1995;71:294-6.
- Nadkarni V, Hazinski MF, Zideman D, Kattwinkel J, Quan L, Bingham R, et al. Suporte de vida em pediatria: parecer consultivo do Grupo de Trabalho sobre Suporte de Vida em Pediatria do Comitê de Comunicação Internacional sobre Ressuscitação. *J Pediatr (Rio J)*. 1998;74:175-88.
- Reis AG, Vasconcellos MC. Ressuscitação cardiopulmonar pediátrica. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75(Supl 2):S159-67.
- Schvartsman C, Schvartsman S. Intoxicações exógenas agudas. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75(Supl 2):S244-50.
- Oliveira JS, Campos JA, Costa DM. Acidentes por animais peçonhentos na infância. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75(Supl 2):S251-8.
- Abramovici A, Souza RL. Abordagem em criança politraumatizada. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75(Supl 2):S268-78.
- Guerra SD, Jannuzzi MA, Moura AD. Traumatismo cranioencefálico em pediatria. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75(Supl 2):S279-93.
- Junior AL. Conduta frente à criança com trauma craniano. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78(Supl 1):S40-7.
- Oliveira JJ, Silva SR. Hipertensão arterial secundária a intoxicação por mercúrio com síndrome clínico-laboratorial simulando feocromocitoma. *J Pediatr (Rio J)*. 1996;72:40-3.
- Santoro Jr M. Saúde e violência na infância e na adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 1994;70:259-61.
- Schvartsman C. Intoxicação por chumbo: problema pediátrico importante. *J Pediatr (Rio J)*. 1996;72:277-8.
- Blank D. Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20? *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78:84-6.
- Waksman RD. Redução de lesões por causas externas: o pediatra pode intervir? *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:435-6.
- Blank D. Injury control in South America: the art and science of disentanglement. *Inj Prev*. 2004;10:321-4.
- Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev Saude Publica* 2000;34:427-30.
- Blank D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S123-S136.
- Harada MJ, Pedrosa GS, Ventura RN. A comunidade segura. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S137-S145.
- Paes CE, Gaspar VL. As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S146-S154.
- Rivara FP. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:513.
- Phebo L, Moura ATMS. Violência urbana: um desafio para o pediatra. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S189-S196.
- Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S173-S180.
- Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S197-S204.
- Liberal EF, Aires RT, Aires MT, Osório AC. Escola segura. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S155-S163.
- Lopes Neto, AA. Bullying - Comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S164-S172.
- Waksman RD, Pirito RM. O pediatra e a segurança no trânsito. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S181-S188.
- Mello-da-Silva CA, Fruchtagarten L. Riscos químicos ambientais à saúde da criança. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S205-S211.
- Bucaretychi F, Baracat EC. Exposições tóxicas agudas em crianças. Um panorama. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S212-S222.
- Schvartsman C, Carrera R, Abramovici S. Avaliação e transporte da criança traumatizada. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(5 Supl):S223-S229.