

Rita Aparecida de Oliveira

ANEXO AO PROCESSO Nº 514/2002 - CM

DEFESA DE DISSERTAÇÃO/MESTRADO EM: 11/12/2003

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**Educação Infantil e Acidentes: Opiniões dos
Profissionais e Caracterização dos Riscos do Ambiente
Educativo**

**Marília
2003**



RITA APARECIDA DE OLIVEIRA

**EDUCAÇÃO INFANTIL E ACIDENTES: opiniões dos
profissionais e caracterização dos riscos do ambiente
educativo**

**Marília – SP
2003**



RITA APARECIDA DE OLIVEIRA

**EDUCAÇÃO INFANTIL E ACIDENTES: opiniões dos
profissionais e caracterização dos riscos do ambiente
educativo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências
da Universidade Estadual Paulista, para a
obtenção do título de Mestre em Educação. Área
de concentração: Ensino na Educação Brasileira.

Orientadora: Sandra Regina Gimenez-Paschoal

1410001644



**Marília – SP
2003**



UN001138739

70807060

Nº cham 372.21
0482e

Nº Tombo 1644

Aquisição D

Preço cr\$ 8.00

Data 10/11/07

Proced. autor

- Educar de crianças - Acidentes
- acidentes infantis
- acidentes escolares
- Promoção da saúde

177p, anexo

Oliveira, Rita Aparecida de.

O48e Educação infantil e acidentes: opiniões dos profissionais e caracterização dos riscos do ambiente/ Rita Aparecida de Oliveira. – Marília, 2003.
177 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2003.

Bibliografia: f 140-157

Orientadora: Prof. Dra. Sandra Regina Gimenez Paschoal

1. Educação Infantil. 2. Acidentes Infantis. I. Autor.

II. Título.

CDD 372.21

RITA APARECIDA DE OLIVEIRA

**EDUCAÇÃO INFANTIL E ACIDENTES: opiniões dos
profissionais e caracterização dos riscos do ambiente educativo**

Banca Examinadora:

Presidente e orientador: _____

Dra. Sandra Regina Gimenez-Paschoal
Universidade Estadual Paulista – Campus de Marília

2º Examinador: _____

Dra. Roseli Ferreira da Silva
FAMEMA- Faculdade de Medicina de Marília

3º Examinador: _____

Dra. Tânia Moron Saes Braga
Universidade Estadual Paulista – Campus de Marília

Marília, 10 de dezembro de 2003.



Dedico este trabalho às duas pessoas
especiais da minha vida:

À minha mãe Dorinha, que mesmo sem
ter sentado nos bancos escolares, foi a
minha Mestra. Com a sua simplicidade me
ensinou o valor da Educação e a
importância de lutar pelos meus ideais.

Ao Eduardo, símbolo de amor,
companheiro e amigo nas horas difíceis,
sempre com a certeza de que "Tudo vai
dar certo, você vai ver".

AGRADECIMENTOS

À minha amiga e orientadora Sandra Regina Gimeniz-Paschoal, exemplo de profissional e de ser humano, meu agradecimento especial, pela dedicação, apoio, compreensão e incentivo nos momentos mais difíceis de minha vida e por me conduzir na realização do trabalho com extrema sabedoria.

Às doutoras Roseli Ferreira da Silva e Tânia Moron Saes Braga, pela disponibilidade de lerem este trabalho e me ajudarem nessa fase de conclusão.

Ao Prof. Dr. Katsumasa Hoshino, pelas valiosas contribuições na elaboração desse trabalho.

À amiga Rosicler Moreno Castanho pelo apoio dado durante a pós-graduação, pela paciência em ouvir-me nos momentos difíceis e pelos nossos almoços semanais.

Às amigas de mestrado Helen Alves Luz, Laura C. Munhoz e Renata Aparecida Belei pela amizade, carinho, incentivo e atenção.

Às amigas Cristine Faccio Gomes e Edinalva Neves Nascimento pelo carinho, compreensão e por acompanharem-me nessa caminhada.

Aos profissionais das escolas municipais e particulares que concordaram em participar desta pesquisa.

Às funcionárias da Pós-Graduação, e em especial à Iara pela paciência.

Ao CNPq, pela concessão da bolsa de estudo, nos anos de 2002 e 2003.

Foram meus estudos no curso de mestrado a oportunidade para uma compreensão mais profunda da importância da educação para o desenvolvimento humano e social. Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente às minhas amigas e colegas de curso, que sempre estiveram ao meu lado, e aos meus pais, que sempre me incentivaram a estudar e a buscar conhecimento.

(Moraes, 2003)

Dar mais atenção ao que se quer é importante para não acumularmos interiormente um monte de necessidades desconstradas que geram empecilhos em nossa vida. Eliminá-las requer de nós a mesma energia gasta para a seleção de nossas escolhas, bastando decidir o que queremos.

(Mara Mell).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com as categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Para você, o que são acidentes infantis?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).....	79
Tabela 2:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “No seu entender, quais são os principais riscos de ocorrência de acidentes infantis no ambiente escolar?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).....	84
Tabela 3:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais ambientes ou situações que você considera mais propícios para a ocorrência de acidentes infantis na escola?” pelos profissionais de escolas municipais (N=15) e particulares (N=16).....	88
Tabela 4:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais eventos ocorridos na escola que você considerou um acidente infantil?” pelos profissionais de escolas municipais (N=17) e particulares (N=15).....	93
Tabela 5:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas às questões “Em que situações a criança é socorrida na própria escola?” e “Em que situações a criança é encaminhada a um atendimento especializado (UBS, hospital, etc.) após um acidente?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).....	95
Tabela 6:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitida à questão “Qual(is) profissional(is) atendem as crianças quando ocorre um acidente infantil?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).....	98

Tabela 7:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais procedimentos são realizados com a criança frente a um acidente infantil na escola?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).....	100
Tabela 8:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais são os profissionais que realizam os programas de prevenção de acidentes escola?” pelos profissionais de escolas municipais (N=7) e particulares (N=11).....	104
Tabela 9:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “O que é tratado nos programas de prevenção de acidentes?” pelos profissionais de escolas municipais (N=7) e particulares (N=11).....	105
Tabela 10:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “O que é tratado nos programas não específicos de prevenção de acidentes?” pelos profissionais de escolas municipais (N=5) e particulares (N=4).....	107
Tabela 11:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais medidas preventivas que poderiam ser implementadas na escola?” pelos profissionais de escolas municipais (N=12) e particulares (N=16).....	109
Tabela 12:	Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Qual(is) assunto(s) é(são) tratado(s) em relação aos acidentes infantis nas reuniões formais e informais? pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=16).....	115

Tabela 13: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nas escolas municipais (N=3) e particulares (N=3)..... 122

Tabela 14: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nas áreas externas das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3)..... 123

Tabela 15: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados no(s) *playground(s)* das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3)..... 125

Tabela 16: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nos corredores das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3)..... 128

Tabela 17: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nas salas de aula das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3)..... 130

Tabela 18: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nos banheiros das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3)..... 131

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1:	Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nos corredores e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).....	169
QUADRO 2:	Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nas salas de aula e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).....	170
QUADRO 3:	Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados no(s) <i>playground(s)</i> e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).....	171
QUADRO 4:	Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nos banheiros e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).....	172
QUADRO 5:	Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados na(s) piscina(s) e as escolas particulares (N=3).....	172
QUADRO 6:	Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nas escadas e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).....	173



QUADRO 7:	Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nos berçários e as escolas municipais (N=3).....	174
QUADRO 8:	Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nas áreas externas e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).....	175
QUADRO 9:	Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados quanto aos equipamentos e produtos de limpeza e medicamentos e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).....	176

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT= Associação Brasileira de Normas Técnicas

CE= Causas Externas

CID 10= Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão

EEPC= Embalagens Especiais de Proteção à Criança

MS= Ministério da Saúde

OMS= Organização Mundial da Saúde

ONU= Organização das Nações Unidas

OPAS= Organização Panamericana de Saúde

SEADE= Sistema Estadual de Análise de Dados

SINITOX= Sistema Nacional de Informações Tóxico- Farmacológicas

UNICAMP= Universidade de Campinas

UNICEF= *United Nations Children's Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

WHO= *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
	2.1 Promoção da Saúde e as Escolas Promotoras de Saúde.....	24
	2.2 Formação dos profissionais da área de saúde e atuação na promoção da saúde.....	36
	2.3 Os acidentes infantis.....	40
	2.3.1 Fatores de ocorrência e morbi-mortalidade dos acidentes na infância...	43
	2.3.2 Prevenção e controle de acidentes infantis e promoção da segurança.....	54
3	JUSTIFICATIVA.....	59
4	OBJETIVOS.....	62
5	MÉTODO.....	64
	5.1 Ambiente.....	64
	5.2 Participantes.....	65
	5.3 Materiais.....	65
	5.4 Procedimentos.....	66
	5.4.1 Apreciação do projeto pelo Comitê de Ética.....	66
	5.4.2 Entrevistas com profissionais.....	67
	5.4.2.1 Elaboração dos roteiros de entrevista.....	67
	5.4.2.2 Estudo piloto dos roteiros de entrevista.....	67
	5.4.2.3 Elaboração final dos roteiros de entrevista.....	68
	5.4.2.4 Aplicação dos roteiros de entrevista.....	69
	5.4.2.5 Organização dos dados obtidos com as entrevistas.....	70
	5.4.2.6 Análise dos dados obtidos com as entrevistas por juízes.....	70
	5.4.3 Documentos referentes à notificação de acidentes nas escolas.....	71
	5.4.3.1 Elaboração do roteiro de entrevista complementar.....	71
	5.4.3.2 Reprodução dos documentos.....	71
	5.4.3.3 Elaboração do roteiro para análise dos documentos.....	72
	5.4.3.4 Análise dos documentos.....	72
	5.4.4 Filmagens dos espaços escolares.....	72
	5.4.4.1 Elaboração do roteiro de filmagem.....	72
	5.4.4.2 Aplicação do roteiro de filmagem.....	73

5.4.4.3	Organização dos dados obtidos nas filmagens.....	74
5.4.4.4	Análise das filmagens por juízes.....	74
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	77
6.1	Opiniões e práticas dos profissionais de educação infantil.....	77
6.1.1	Opiniões sobre acidentes infantis.....	77
6.1.2	Riscos de ocorrência de acidentes infantis na escola.....	83
6.1.3	Ocorrência de acidentes na escola.....	91
6.1.3.1	Acidentes em que a criança é socorrida na escola ou externamente.....	94
6.1.3.2	Procedimentos realizados com a criança após um acidente.....	99
6.1.4	Programas de prevenção de acidentes na escola.....	102
6.1.5	Possibilidade de implementação de medidas preventivas na escola.....	108
6.1.6	Abordagem do tema acidente infantil em reuniões formais e informais.....	113
6.2	Características dos documentos de notificação de acidentes infantis.....	117
6.3	Características dos espaços escolares.....	122
7	CONCLUSÕES.....	134
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	

OLIVEIRA, R.A. **Educação infantil e acidentes: opiniões dos profissionais e caracterização dos riscos do ambiente educativo**. Marília, 2003. 176f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

RESUMO

Os acidentes infantis representam uma importante causa de morbi-mortalidade e um sério problema de saúde pública mundial, cuja solução requer ações educativas e multidisciplinares, especialmente entre profissionais da saúde e da educação. Nas escolas de educação infantil ocorrem acidentes que implicam em prejuízos ao aluno, mas paralelamente é possível os profissionais destas instituições atuarem prevenindo estes acidentes, promovendo a segurança no ambiente e trabalhando a formação dos alunos neste tema, de forma integrada aos profissionais da saúde, configurando escolas promotoras de saúde. Entretanto, não foram encontrados em nosso meio estudos nessa área, os quais forneceriam subsídios para reflexões e futuras ações educativas. Assim, o objetivo desse estudo exploratório foi investigar o posicionamento dos profissionais de escolas de educação infantil diante de aspectos teóricos e práticos relativos aos acidentes infantis e caracterizar os riscos do ambiente educativo para tais acidentes. A pesquisa foi realizada em seis escolas de educação infantil de uma cidade do interior do Estado de São Paulo (três escolas municipais e três particulares) com 36 profissionais (18 de escolas municipais e 18 de particulares), sendo diretores, coordenadores pedagógicos, professores e funcionários. Utilizou-se gravador, filmadora, roteiros de investigação pré-testados e documentos escolares de notificação de acidentes. Foram realizadas entrevistas individuais gravadas, análise de documentos de notificação de acidentes e filmagens de espaços escolares. As transcrições das fitas foram categorizadas por juízes. Os resultados predominantes das entrevistas indicaram que os profissionais: têm representações variadas sobre o tema; sinalizam os riscos, as ocorrências e os procedimentos diante dos acidentes (ainda que estes careçam de critérios e de formação específica); abordam o assunto entre eles em reuniões formais e informais e entre as crianças os bombeiros o fazem assistemáticamente; adotam algumas medidas de segurança no ambiente e não incluem o tema regularmente na formação dos alunos. Pela análise dos documentos constatou-se que ocorrem acidentes nas escolas e eles são notificados, mas apenas as escolas municipais arquivam tais informações, sem padronização. As filmagens permitiram identificar alguns riscos para a ocorrência de acidentes nos espaços escolares, ainda não sinalizados pelos profissionais, como brinquedos sem manutenção e sob superfícies duras e tomadas sem protetores ao alcance das crianças. Concluiu-se que os profissionais têm informações variadas e procedimentos pertinentes aos acidentes, os quais poderiam ser enriquecidos com uma atuação integrada com profissionais da saúde e direcionados para a formação dos alunos. A adoção de uma forma padronizada de notificação de acidentes seria importante para uma análise das características destas ocorrências nas escolas e para a implementação e acompanhamento dos resultados de ações educativas envolvendo o tema. Os riscos identificados nas filmagens e ainda não percebidos pelos profissionais poderiam se tornar elementos para ações educativas acerca dos acidentes, inseridas no contexto de educação formal dos alunos. Além disso, diversas investigações foram apontadas como sendo necessárias para ampliar e generalizar os resultados da pesquisa, bem como para contribuir com ações educativas de promoção da segurança do ambiente escolar e prevenção de acidentes infantis, cumprindo os objetivos de um estudo exploratório.

Palavras-chave: Educação Infantil - Acidentes Infantis – Promoção da Saúde.

OLIVEIRA, R.A. Child's education and accidents: the professionals' opinions and the risks description of the educational atmosphere. Marília, 2003. 176f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

ABSTRACT

The child accidents represent an important cause of morbid mortality and a serious problem of the world public health, whose solution requests educational and multicultural actions, especially among the health and the education professionals. In the schools of child's education some accidents imply in damages to the student, but it is possible that the safety at school and working the student's formation in this theme, in an integrated way with the professionals of the health, representing schools promoters of health. However, studies about it were not found in this area, which would supply subsidies for many reflections and future educational actions. So, the goal of that study was investigate the positioning of these professionals faced with some theoretical and practical aspects to the child accidents and describe the risk of the educational atmosphere for such accidents. The research was accomplished in six schools in an interior city of the State of São Paulo (three public and three private schools) with 36 professionals (18 of public and 18 of private schools), being managing, pedagogic coordinators, teachers and employees. It was used tape recorder, camcorder, routes of pre tested investigation and school documents of notification of these accidents. Recorded individual interviews, analysis of documents of notification of these accidents and some filming were accomplished. The transcriptions of these tapes were classified by judges. The predominant results of these interviews indicated that the professionals: have varied representations about the theme; they present the risks, the occurrences and the procedures according to the accidents (although they need some approaches and specific formation to the accidents); they approach the subject among them in formal and informal meetings and among the children the firemen make it themselves; they adopt some ways of safety in the school atmosphere and do not include the theme in the student's formation. According the analysis of the documents it was verified that some accidents in these schools are notified, but only the public schools file such information, without standardize them. The filming allowed to identify some risks for the occurrence of these accidents, not yet signaled by the professionals, as toys without maintenance, hard surfaces and plug holes without protectors. In conclusion the professionals have many information and procedures to the theme, which could be enriched with an integrated work with professionals of health and addressed to the student's formation. The adoption in a standardized way of notification of these accidents would be important for an analysis of the characteristics of these accidents that happen at schools and for the accompaniment of the educational actions results involving the theme. The risk identified in the filming and not yet noticed by the professionals could become in elements for educational actions about accidents, inserted in the context of the students' education. Besides, several investigations were pointed as being necessary to broaden and to generalize the results of this research, as well as to contribute with many educational actions to promote the safety of the school atmosphere and to prevent these accidents, executing the objectives of an exploratory study.

Key words: Child's Education, Child's Accidents, The Health Promotion

INTRODUÇÃO



http://anne_geddes.vila.bol.com

1 INTRODUÇÃO

O interesse da autora pelo tema prevenção de acidentes surgiu no segundo ano de graduação do curso de Fonoaudiologia, quando teve o primeiro contato com o assunto, ao participar como auxiliar de pesquisa em uma tese sobre prevenção de quedas acidentais de bebês menores de um ano. No final do terceiro e início do quarto ano de graduação do curso, durante o estágio de Fonoaudiologia Educacional em Unidades Básicas de Saúde e Escolas Municipais de Educação Infantil, constatou que a prevenção de distúrbios fonoaudiológicos era abordada com diversos temas, porém, não havia nenhum relacionado à prevenção de acidentes. Também no quarto ano do curso ao realizar os demais estágios curriculares terapêuticos e perceber o grande número de pacientes que permaneciam em fila de espera de até dois anos, sendo que muitos dos problemas poderiam ter sido evitados com ações educativas e preventivas, participou de um projeto de extensão, realizando orientações em uma maternidade sobre aleitamento materno, visando à prevenção de diversos distúrbios da comunicação e à promoção da saúde da criança. Após tais orientações, em conversas informais, as mães tiravam dúvidas de seus demais filhos, e em alguns casos, relatavam algum tipo de acidente ocorrido com eles, os quais aumentaram o interesse da autora sobre o assunto. Assim, nesse período, começou a dedicar-se diretamente ao estudo do tema, participando também como auxiliar de uma pesquisa mais ampla sobre dados epidemiológicos dos óbitos por causas acidentais, bem como sobre a estreita ligação entre acidentes e distúrbios fonoaudiológicos, buscando subsídios nestes dados para o delineamento de ações educativas preventivas dos acidentes que poderiam ser realizadas em instituições de ensino.

As experiências curriculares e extracurriculares, especialmente a participação em pesquisas que versavam sobre acidentes e a realização de investigações nesta área, tornou mais nítida, para a autora, a importância de ações educativas para prevenção dos acidentes



infantis envolvendo profissionais da saúde, já que todos estes atuam no tratamento das seqüelas ocasionadas pelos acidentes e convivem com os custos psicossociais, que não se limitam ao paciente, mas atinge também familiares e amigos, além dos consideráveis custos econômicos. Além disso, tornou mais clara a importância de se atuar em escolas de ensino infantil, visto que não observou a realização de ações preventivas de acidentes nas escolas nos períodos dos estágios curriculares, e partindo da concepção de que a instituição escolar constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento dessas ações, tanto para a criança, tornando parte da sua formação a promoção da saúde, quanto para os profissionais da saúde, que têm a escola como um local de formação e posterior atuação profissional.

Este trabalho iniciou, portanto, inserido neste panorama, tendo o intuito de investigar a realidade dos acidentes infantis em escolas públicas e particulares de educação infantil. Na revisão de literatura se tratará sobre a prevenção dos acidentes infantis, o papel da escola e a formação de profissionais da saúde para trabalharem com o tema em parceria com os profissionais da educação, dividindo tais assuntos em quatro partes.

A primeira parte do trabalho trata da “Promoção da Saúde”, como um processo de reformulação de políticas públicas, com apoio da comunidade, visando o fortalecimento dos indivíduos. Se o indivíduo for capaz de desenvolver, e posteriormente generalizar, habilidades e práticas saudáveis visando melhorar os padrões de saúde, pressupõe-se que ele também possa ampliar o controle sobre sua vida, refletir sobre o seu cotidiano, conservação do espaço físico em seu entorno e, assim discernir situações de perigo, ajudando assim a prevenir comportamentos de risco, que possam levar à ocorrência de acidentes.

No cenário escolar, uma importante estratégia utilizada, em nível mundial, para se implementar políticas de promoção da saúde, é a proposta político-pedagógica das Escolas Promotoras da Saúde, que tem como meta transformar as escolas em espaços/ambientes favoráveis à saúde, inserindo no processo pedagógico questões relevantes à situação de vida e

do cotidiano dos alunos, tornando-os críticos e reflexivos para mudanças de valores e comportamentos inadequados e prejudiciais à saúde.

Os cursos de Fonoaudiologia e outros da área da saúde, geralmente não oferecem uma formação que contemple efetivamente a prevenção de acidentes, assim, a segunda parte deste trabalho trata da formação dos profissionais da saúde e a dicotomia entre formação e prática profissional. Segundo as novas diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde, a formação acadêmica deve estar vinculada às necessidades da população. No entanto, percebe-se ainda que os futuros profissionais da saúde vêm sendo formados sem que exista um diagnóstico preciso em relação a essas carências, o que ocasiona um descompasso entre as ações educacionais e as necessidades da sociedade.

A terceira parte do trabalho traz dados epidemiológicos dos acidentes infantis, coletados em salas de emergências, ambulatórios e outras fontes hospitalares, que possibilitam a identificação de fatores de risco para a ocorrência de acidentes e talvez contribuam com a sensibilização de profissionais de diferentes áreas para que medidas preventivas e educativas sejam valorizadas e implementadas junto à população.

A quarta parte deste trabalho trata de programas educacionais de prevenção e controle dos acidentes infantis e promoção da segurança, em todos os locais, principalmente nas escolas. Trata ainda das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, que garante a instalação, manutenção e segurança dos brinquedos em parques infantis, mas que, no entanto é pouco divulgada.

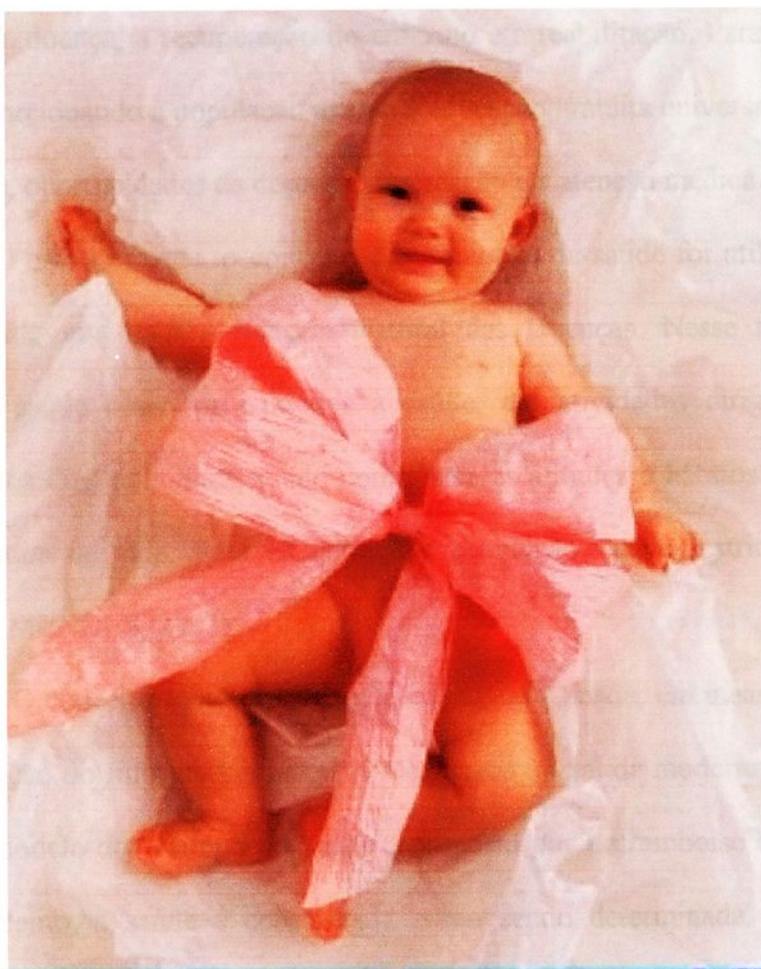
Na parte referente ao método, serão apresentados detalhes sobre o ambiente onde o estudo foi realizado, os participantes, os materiais utilizados, bem como os procedimentos adotados, que incluiu diferentes formas de investigação: a entrevista com os profissionais das escolas, a análise de registros de acidentes e a filmagem dos espaços

escolares, o que possibilitou a obtenção de um conjunto diversificado de informações, que serão apresentados e discutidos na sessão seguinte.

Espera-se, com este trabalho, contribuir com reflexões a respeito do tema e com possíveis ações para a prevenção dos acidentes infantis e a promoção da segurança nos ambientes escolares, favorecendo a formação mais integral e o desenvolvimento saudável das crianças, bem como o enriquecimento de formação e de atuação integrada de profissionais da saúde e da educação.



REVISÃO DE LITERATURA



http://anne_geddes.vila.bol.com

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Promoção da saúde e as Escolas Promotoras de Saúde

Um dos primeiros autores a utilizar a expressão “promoção da saúde” foi Sigerist, em 1946, ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. Para Sigerist, a saúde se promove proporcionando à população acesso à educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho, oportunidades de descanso, recreação e a atenção médica (TERRIS, 1996).

Posteriormente, o conceito de promoção da saúde foi utilizado no modelo de Leavell e Clark, em 1965 - História Natural das Doenças. Nesse modelo definiu-se a promoção da saúde como os cuidados à saúde, em atividades dirigidas à mudança de comportamentos dos indivíduos, tendo como base as atitudes e hábitos que caracterizam os diferentes modos de vida. Para os autores a promoção ficava restrita ao nível primário (SUCUPIRA; MENDES, 2003).

O conceito tomou impulso, a seguir, no Canadá, em meados da década de 70, com a divulgação do Informe Lalonde (1974), marco inicial da moderna promoção da saúde, utilizando o modelo do “Campo de Saúde”, proposto por Laframboise em 1973. De acordo com o documento, a saúde é considerada como sendo determinada por um conjunto de fatores, agrupados em quatro grandes categorias: (1) biológicas humanas, compreendendo além da herança genética, a maturidade e o envelhecimento; (2) ambiente, compreendido em suas dimensões física, social e psicológica; (3) estilos de vida ou os fatores comportamentais; e (4) organização da atenção à saúde, dividido em serviços preventivos, curativos e de recuperação (LALONDE, 1996). Universalmente, então, a idéia de promoção da saúde passou a associar-se às medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, visando a

promoção da saúde física e mental dos indivíduos, considerando a sua realidade sócio-econômica e cultural, e a complexa problemática dos assuntos sociais que afetam a saúde humana, o desemprego, a falta de moradia, a exclusão e a violência, entre outros, que levam a situações e comportamentos prejudiciais à saúde (PELICIONI, 2000).

Lefèvre e Lefèvre (2000) concordaram que a promoção da saúde devesse ser vista como uma intervenção no meio ambiente, nas cidades, nas instituições, na mente (nos comportamentos, hábitos, representações, atitudes e crenças), e que implica em

[...] medidas ou conjunto de medidas, ou processos ou conjunto de processos, adotados antes do surgimento de uma dada ou de um conjunto de condições mórbidas com vistas a que tal condição não ocorra (ou que tenha diminuída a probabilidade de ocorrência) ou ocorra de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos ou coletividades (...) visa à eliminação permanente ou pelo menos duradoura da doença porque busca atingir as causas e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos.

Lefèvre e Lefèvre (2000) também chamaram atenção para a diferença conceitual em relação à prevenção e promoção, conceitos muitas vezes utilizados como sinônimos ou equivalentes. Para os autores, a promoção da saúde adquire um caráter permanente, enquanto que a prevenção se configura como sendo provisória e tendo um caráter de intervenção frente a alguns agravos que podem acometer os indivíduos, e que deve ser sempre repetida para que não ocorra a doença.

Nas últimas décadas, a Organização Mundial da Saúde tem estimulado agências nacionais e internacionais, comunidades, organizações governamentais e não governamentais e o setor privado a investirem na criação de ambientes saudáveis à saúde, tais como as Cidades Saudáveis, as Escolas Promotoras de Saúde, a articulação intersetorial pela saúde, vigilância à saúde e diversas práticas de reorientação de serviços (FERRAZ, 1996; BUSS et al., 1998).

Tal preocupação, no campo da saúde, teve início na Declaração de Alma-Ata, em 1978. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com a finalidade de corrigir injustiças, diferenças e iniciar o processo de mudanças no sentido de minimizar as desigualdades sociais existentes, organizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em que lançou o desafio de “saúde para todos” como meta a ser atingida até o ano 2000. Nesta conferência conclamou-se a participação da comunidade, do governo e outros setores, com divisão de responsabilidades e custos financeiros. Também teceu-se críticas à distribuição da riqueza mundial e estabeleceu-se estratégias com o intuito de viabilizar o acesso de todos, inclusive das populações mais carentes em países subdesenvolvidos, a uma atenção primária que pudesse suprir as necessidades básicas de saúde.

Após a Conferência de Alma-Ata, a OMS promoveu quatro conferências internacionais sobre promoção de saúde (Ottawa em 1986; Adelaide em 1988; Sundsvall em 1991; Santafé de Bogotá, em 1992; Jacarta em 1997).

A primeira Conferência Internacional sobre promoção de saúde, realizada em Ottawa, em 21 de Novembro de 1986, foi essencialmente, uma primeira resposta às crescentes expectativas no sentido de se conseguir um novo movimento de Saúde Pública, a nível mundial. A Carta de Ottawa, resultante dessa Conferência, continha orientações para atingir a “Saúde para Todos no ano de 2000”, reconhecendo como pré-requisitos fundamentais para a saúde: “a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, conservação dos recursos naturais e a equidade”. As discussões de Ottawa tiveram como parâmetros os progressos decorrentes da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (1978) e o documento “As Metas da Saúde para Todos da Organização Mundial de Saúde”. As estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa foram: (1) construção e implementação de Políticas Públicas Saudáveis; (2) criação de ambientes favoráveis à saúde;

(3) reforço da ação comunitária; (4) desenvolvimento de habilidades pessoais; (5) reorientação dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A promoção da saúde foi identificada como o “Novo Paradigma Mundial da Saúde Pública”. A Carta de Ottawa sinalizou que a promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle dos fatores determinantes de sua saúde, na modificação das condições sanitárias e na maneira de viver. Foi recomendado, ainda, que deveriam ser criados ambientes favoráveis, uma vez que não se pode dissociar sujeito e meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Para Ferraz (1996, p.11), a Carta de Ottawa “significou a ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Houve um reconhecimento de que a promoção de saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde, mas ao contrário, ela se constitui numa atividade essencialmente intersetorial”.

A Conferência de Adelaide, a II Conferência Internacional, realizada na Austrália em 1988, além de reafirmar a Conferência de Ottawa, teve como tema central as políticas públicas saudáveis, para a viabilização de ambientes favoráveis à saúde, que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população (Ministério da Saúde, 2001). Ressaltou a intersetorialidade e enfatizou quatro áreas prioritárias para a sua introdução imediata: (1) apoio à saúde da mulher, com acesso à informação e aos recursos do setor; (2) acesso universal a quantidades suficientes de alimentos de boa qualidade e nutrientes saudáveis; (3) desenvolvimento de políticas públicas voltadas à redução da produção de tabaco e distribuição de álcool, e (4) criação de ambientes

saudáveis, por meio de administração e gestão ambiental para proteger a saúde humana dos efeitos adversos diretos e indiretos de fatores biológicos, químicos e físicos.

A Conferência de Sundsvall, III Conferência Internacional sobre promoção da saúde, realizada em 1991, na Suécia, ressaltou a interdependência entre os temas saúde, ambiente e desenvolvimento humano, em todos os seus aspectos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Também identificou como uma das estratégias fundamentais para a ação em saúde pública “capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão”. Essa conferência enfatizou quatro dimensões para a criação de ambientes favoráveis e promotores da saúde: (1) *dimensão social*, focalizando as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde; (2) *dimensão política*, requerendo, dos governos, a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades; (3) *dimensão econômica*, requerendo o reescalonamento dos recursos para setores sociais, incluindo a saúde e o desenvolvimento sustentável; (4) a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico.

A Conferência de Jacarta, IV Conferência Internacional sobre promoção da saúde, realizada em 1997, na Indonésia, foi a primeira a se realizar num país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde, com o enfoque em novos atores para uma nova era (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Foram definidas cinco prioridades para a promoção da saúde até o século XXI: (1) promover a responsabilidade social para com a saúde, através de políticas saudáveis e comprometimento dos setores públicos e privados; (2) aumentar os investimentos para fomentar a saúde por meio de um enfoque multisetorial, incluindo recursos adicionais para a educação, habitação e setor da saúde; (3) consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores e em todos

os níveis de governo e da sociedade; (4) aumentar a capacidade das comunidades e dar direito de voz aos indivíduos para promover a saúde, o que requer instrução prática, capacitação para a liderança e acesso a recursos e (5) assegurar ambientes apropriados para apoiar a promoção da saúde (políticos, jurídicos, educacionais, sociais e econômicos).

Em 1992, a Organização Pan-americana de Saúde e o Ministério da Saúde da Colômbia, em Conferência Internacional de Promoção da Saúde, trouxeram formalmente o tema para o contexto da América Latina, para definir o significado da promoção da saúde e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da Região.

A Declaração de Bogotá, documento de lançamento da proposta de promoção da saúde na América Latina, em 1992, afirmou que a promoção da saúde na América Latina deve buscar condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo relação mútua entre saúde e desenvolvimento, destacando a necessidade de solidariedade e equidade para seu alcance (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Três estratégias para a promoção da saúde na América Latina foram estabelecidas neste documento: (1) impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e oportunidades para facilitar opções saudáveis; (2) transformar o setor saúde, pondo em relevo a estratégia de promoção da saúde, o que significa garantir o acesso universal aos serviços de atenção à saúde, modificar os fatores condicionantes que produzem morbimortalidade e levar a processos que conduzam nossos povos a criarem ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto neste campo; (3) convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade. O documento estabeleceu, ainda, compromissos denominados indispensáveis para a implementação da promoção da saúde, tais

como: (1) convocar as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde, colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos, a fim de criar e manter ambientes familiares, físicos, naturais, de trabalho, sociais, econômicos e políticos que tenham a intenção de promover a vida, não degradá-la; (2) incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis; (3) estabelecer mecanismos de concentração e negociação entre os setores sociais e institucionais; (4) consolidar uma ação que se comprometa a reduzir gastos improdutivos, tais como os pressupostos militares, desvio de fundos públicos gerando ganâncias privadas, profusão de burocracias excessivamente centralizadas e outras fontes de ineficiência e desperdício; (5) fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis; (6) eliminar os efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher; (7) estimular o diálogo entre diferentes culturas, de modo que o processo de desenvolvimento da saúde se incorpore ao conjunto do patrimônio cultural da Região; (8) fortalecer a capacidade convocatória do setor de saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde.

Na V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade do México, em junho de 2001, que teve como tema “Promoção da Saúde – a luta por uma maior equidade”, os ministros da Saúde propuseram-se a consolidar as seguintes ações: (a) colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; (b) assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde; (c) apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde, por meio da identificação das prioridades de saúde da comunidade e estabelecimento de políticas e programas públicos

para implantá-las, apoio às pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias e mobilização de recursos financeiros e operacionais que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação dos planos de ações nacionais; (d) estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde; (e) defender a idéia de que os órgãos da Organização das Nações Unidas sejam responsáveis pelo impacto em termos de saúde da sua agenda de desenvolvimento, e (f) informar ao diretor-geral da OMS, para fins do relatório a ser apresentado à 107ª. sessão da Diretoria Executiva, o progresso registrado na execução dessas ações.

Em suma, pode-se dizer que o marco oficial da política de promoção da saúde no mundo foi a Carta de Ottawa (1986), subscrita por 38 países, na qual se apontou os determinantes múltiplos da saúde e para a intersetorialidade, afirmando que os requisitos fundamentais para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Entretanto, faz-se importante salientar, além da Carta de Ottawa, a importância das demais conferências internacionais de promoção da saúde, que chamaram atenção para a necessidade de rever o paradigma orientador das ações de saúde, passando de um modelo assistencial curativo, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, enfatizando a importância das ações de promoção e de proteção, além daquelas propriamente ditas de recuperação. Propuseram, também, uma reordenação na perspectiva de atender ao direito à saúde através de políticas sociais e econômicas justas e equitativas (MENDES; VIANNA, 2000).

No Brasil, a perspectiva da promoção da saúde foi formalmente instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 1998, através do Projeto Promoção da Saúde. De acordo com o documento elaborado pelo MS, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde

(OPAS), em 2001, as ações no campo da promoção de saúde buscam “reorientar o enfoque das ações e serviços de saúde, visando à construção de uma cultura de saúde baseada nos princípios de solidariedade, equidade, ética e cidadania e advogar por uma dinâmica de atuação que esteja sintonizada com a defesa da qualidade de vida do cidadão brasileiro, potencializando as ações desenvolvidas pelo setor saúde e a busca pela realização do homem como sujeito de sua própria história” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Ainda no Brasil, segundo Pelicioni (2000), o debate em torno das questões de promoção da saúde tem passado da teoria à prática e se consolidado com os projetos de descentralização e municipalização, na criação das “Cidades Saudáveis”, “Empresas Saudáveis” e “Escolas Promotoras de Saúde”, que buscam produzir conhecimentos e práticas objetivando a melhoria da qualidade de vida da população e a redução das desigualdades sociais.

O conceito de “Escola Promotora de Saúde”, que surgiu em 1995, com base na Carta de Ottawa, através da Iniciativa Global de Saúde na Escola, ampliou o conceito de “saúde escolar”, definindo-a como “uma escola que está constantemente reforçando sua capacidade como um ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo a OPS (1995, p.40) a educação é vista como

“o processo de transformação do sujeito, que ao transformar-se modifica seu entorno e vice-versa. A transformação dos sistemas sociais só é possível mediante a transformação dos seres humanos que os configuram”.

É notório, portanto, o papel fundamental da educação na viabilização da promoção da saúde no âmbito escolar, na medida em que o indivíduo é visto de forma integral, considerando-se seu contexto familiar, comunitário e social. A Educação, enquanto processo de transformação, propicia aos indivíduos desenvolverem conhecimentos, habilidades e destrezas para o auto-cuidado da saúde e a prevenção de condutas de risco em

todas as oportunidades educativas; fomenta uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo aquilo que contribui para melhoria da saúde, da qualidade ambiental e do desenvolvimento humano e facilita a participação de todos os integrantes da comunidade educativa na tomada de decisões (OPS, 1996).

Neste contexto, Buss (1998) afirmou que a escola promotora de saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, no qual: (1) funcionários da saúde e educação, professores, sindicatos de professores, alunos, pais e líderes da comunidade articulam seus esforços para fazer da escola um lugar saudável; (2) políticas, práticas e medidas potencializam a auto-estima, garantindo muitas oportunidades de êxito e reconheçam tanto os bons esforços e intenções quanto os ganhos pessoais; (3) procura-se proporcionar um entorno saudável, educação em saúde no âmbito da saúde escolar, bem como serviços periféricos e projetos de saúde escolar/comunitários, programas de nutrição e vigilância dos alimentos, oportunidades de educação física e recreação e programas de assessoramento, apoio social e fomento à saúde mental; (4) busca-se melhorar a saúde do pessoal da escola, família e demais membros da comunidade, trabalhando com professores, alunos e comunidade em geral, visando ajudar a saúde e a educação.

As Escolas Promotoras da Saúde têm com objetivo proporcionar à população escolar meios de alcançar saúde, qualidade de vida e estilos de vida saudáveis, através do desenvolvimento de ambientes saudáveis que conduzam a população escolar à promoção da saúde. Pelicioni e Torres (1999, p.4-5) apontam três tarefas a serem realizadas por uma escola para se transformar em Escola Promotora da Saúde:

- (1) Desenvolver um plano escolar de Educação e Promoção da Saúde que inclua:
 - o desenho de um currículo especial flexível de forma que os temas sobre saúde e meio ambiente, ensinados transversalmente, respondam às necessidades específicas dos alunos daquela localidade;

- a capacitação dos docentes e demais funcionários da escola nos objetivos, conteúdos e métodos da Educação e da Promoção da Saúde e da Educação Ambiental;
 - o desenvolvimento de um sistema de valores coerentes com o conceito de Escola Promotora da Saúde, de forma a contribuir para a criação e a execução de políticas públicas adequadas;
- (2) Estabelecer uma relação estreita com as famílias, procurando:
- consultar os pais sobre assuntos de particular interesse e relevância, principalmente os relacionados com as áreas de Saúde e Meio Ambiente;
 - informar sobre finalidades e objetivos que a escola pretende atingir;
 - envolver os pais no processo de ensino-aprendizagem de seus filhos, utilizando materiais e estratégias cuidadosamente preparados que possibilitem o diálogo, assim como a realização de atividades conjuntas;
- (3) Integrar a escola com a comunidade, de modo a:
- incluir o pessoal dos serviços de saúde e de meio ambiente locais, no planejamento e na execução de programas escolares para a Promoção e Educação em Saúde e Educação Ambiental, e nas ações preventivas a serem desenvolvidas a partir da escola;
 - divulgar o trabalho escolar na comunidade, contactar pessoas para troca de experiências;
 - mobilizar recursos que existam na comunidade;
 - envolver o pessoal não docente, porteiros, merendeiras, os agentes comunitários e as lideranças locais.

Tratar a promoção de saúde no âmbito escolar significa inserir no processo pedagógico a abordagem de questões relevantes à situação de vida no cotidiano dos alunos, e os fatores que comprometem sua qualidade de vida. Para que isso ocorra, o Ministério da Saúde (2002) afirmou ser necessário criar momentos de debates sobre fatores desfavoráveis à saúde presentes nas realidades dos alunos e da comunidade escolar, mobilizando projetos, ações, com relação à saúde individual e coletiva, considerando a saúde sob seus diferentes aspectos. Isto é possível quando se favorece o desejo de conhecer e utilizar os recursos da própria localidade voltados para a promoção da saúde e para a atenção à doença.

Para Tavares (2002), a materialização da noção de escolas promotoras da saúde exige que se alcance três diretrizes fundamentais, a saber: a) a articulação entre os aspectos preventivos, promocionais e curativos na atenção à saúde; b) a necessidade de uma maior parceria com os professores e o restante do pessoal da educação (merendeiras,

serventes, entre outros) e; c) a relevância da participação efetiva das crianças e seus familiares, integrando seus saberes e práticas com as informações técnicas, que permita compreensão, controle e atuação nos determinantes da saúde.

Pelicioni e Torres (1999) relataram de modo pertinente que não se pode mudar a escola bruscamente, mas é preciso ser constante no trabalho empreendido. As pequenas mudanças vão se somando e aos poucos se transformam em grandes mudanças.

Para que um Plano de Educação e Promoção de Saúde obtenha êxito, segundo Amâncio Filho (1997), se faz necessário promover uma parceria interinstitucional entre os setores da educação (professores, diretores, funcionários) e saúde, além das organizações não governamentais e da comunidade, objetivando o desenvolvimento de ações conjuntas e articuladas para a elaboração e a construção de uma proposta educacional que conjugue os conhecimentos produzidos e acumulados pelas duas áreas.

Sucupira et al. (1989), no entanto, ao realizarem uma análise dos programas de saúde escolar desenvolvidos no Brasil, observaram que, embora preocupados com uma ação ampla, de modo geral eles têm, na prática, uma linha assistencialista com predomínio de subprogramas isolados, como a assistência odontológica, oftalmológica e psicológica. A saúde escolar reproduz o paradigma de caráter assistencialista da atenção em saúde em geral, que prioriza o indivíduo e partes deles, em detrimento da coletividade e do todo.

No campo específico da saúde de crianças e adolescentes em idade escolar, também Tavares (2002) destacou que são tímidos os movimentos de articulação dos serviços de saúde com as escolas de suas áreas de abrangência e as poucas ações desenvolvidas são descentralizadas.

Por outro lado, todas essas mudanças na concepção da saúde e nas práticas assistenciais, geraram necessidades de reorientação na formação dos profissionais da saúde e

a necessidade de integrar os sistemas de ensino e de saúde (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

2.2 Formação dos profissionais da área de saúde e atuação na promoção da saúde

Na década de 40, a América do Norte lançou para o mundo um modelo de ensino que passou a ser adotado como a forma mais eficaz de transmissão de conhecimentos, tanto para a área médica como para a formação de profissionais das demais áreas da saúde. No Brasil criaram-se várias escolas de Medicina, Odontologia e Enfermagem, e reformularam as já existentes segundo o modelo norte-americano de ensino, sem muita valorização da promoção da saúde e das ações preventivas em saúde (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

Este modelo, denominado flexneriano, tem-se caracterizado: (a) pela formação em ciências básicas, com pouca ênfase nos aspectos de promoção e prevenção da saúde; (b) pela desarticulação entre as instituições formadoras e de serviços, com a prática centrada na prestação de serviços hospitalares; (c) pelo processo ensino-aprendizagem centrado no professor, com predomínio de aulas teóricas enfocando a doença e o conhecimento fragmentado em disciplinas em ou especialidades e, (d) pelo predomínio e reprodução da disparidade entre a sofisticação tecnológica e os cuidados básicos de saúde de que carece a maior parte da população. (FEUERWERKER; MARSIGLIA, 1996).

O modelo fundamentalmente biologicista da compreensão do fenômeno saúde-doença, no entanto, logo passou a tornar-se insuficiente, na medida em que os resultados analisados indicavam que ele não atendia às necessidades da população, ao voltar-se para áreas restritas do conhecimento, não privilegiando os aspectos psíquicos, sociais, ambientais,

ecológicos e éticos que estão necessariamente implicados nos processos de saúde e doença (MARTINS; CHAVES, 2000).

Faz-se importante citar que, nesse período, outras transformações fundamentais que ocorreram no panorama da saúde, como a Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde, também levaram à necessidade de redirecionar o enfoque da formação de recursos humanos (LIMA, 1994).

Outros determinantes externos apontados por Teixeira e Paim (1996) como responsáveis pela crise da formação de recursos humanos, foram os interesses capitalistas médico-industriais, a organização dos serviços de saúde, o mercado de trabalho e a política de saúde do Estado. Os autores apresentaram ainda outros determinantes internos, como a desintegração básico-profissional e/ou biológico-social, o especialismo, a desarticulação ensino-serviço, entre outros.

Andrade (1996, p.35), ao comentar a formação dos profissionais da saúde, salientou

a necessidade da modificação dos discursos didáticos da área, que freqüentemente priorizam os aspectos curativos em detrimento dos preventivos. A não-adequação do ensino, modificações dos currículos, não incremento de pesquisas nessas áreas (principalmente da insuficiência de pesquisas básicas sobre o período pré-patogênico de muitas enfermidades, da insuficiência de métodos objetivos de avaliação nas várias fases do processo, etc.) e a falta de atenção dos professores das ciências da saúde em sua correlação com o sistema social, ocasionam a capacitação profissional e tecnológica precárias em relação à prevenção.

Almeida et al. (1999) corroboram essa afirmação, ao concordarem que a dicotomia entre o perfil do profissional formado e as necessidades da comunidade foi uma das forças propulsoras na construção de novos modelos alternativos de formação e capacitação de recursos humanos em saúde em contraposição ao modelo hospitalocêntrico. Apontaram, ainda, as práticas a partir das quais são realizados os treinamentos como uma simulação do

trabalho profissional, pois, apesar de envolver personagens reais, desenvolvem-se em condições e cenários muito distintos daqueles encontrados nas situações reais de trabalho.

Segundo a Rede Unida (1999), os currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde, estruturados a partir de um modelo positivista (de conteúdos fechados, acabados, descontextualizados, a-históricos, fragmentados em disciplinas, com a teoria dissociada da prática e ênfase na repetição e memorização de relações), não possibilitou uma formação profissional voltada para responder às demandas sociais atuais de promoção, manutenção e recuperação da saúde da população.

Feuerwerker e Sena (1999) afirmaram que seria indispensável ao movimento de mudança na formação dos profissionais da saúde, a adoção de metodologias de ensino-aprendizagem sustentadas na integração curricular, em modelos pedagógicos mais interativos, metodologias que permitissem a participação ativa dos alunos em diferentes e novos cenários de ensino e do professor como facilitador do processo de construção de conhecimento. As autoras afirmaram, ainda, a necessidade de relações de parceria entre as universidades, os serviços e grupos comunitários, que deveriam visar à garantia do planejamento do processo de ensino-aprendizagem centrado em problemas sanitários prevaletentes e mudanças na estrutura de administração acadêmica.

Campos et al. (2001) corroboraram com a afirmação anterior ao afirmarem que um novo paradigma deve proporcionar aos profissionais da saúde uma formação mais contextualizada, com uma visão integral do ser humano, compreendendo o reflexo das dimensões sociais, econômicas e culturais em seu estado de saúde.

Nessa perspectiva, para que a universidade se torne socialmente relevante no terreno da produção de conhecimentos, da prestação de serviços ou da formação profissional, se faz necessário criar possibilidades para que os outros segmentos e instituições sociais sejam participantes ativos e efetivos de seu processo de identificação de problemas e de

estabelecimentos de prioridades de ação (GERSCHMAN, 1997 apud FEUERWERKER, 1999).

Feuerwerker (2002) apontou como uma estratégia para construir mudanças e transformações efetivas na formação dos profissionais da área de saúde, a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, de trabalho e de investigação, com a busca de interação no nível local, com parceiros existentes no cenário real dos serviços e da população. Para a autora, a “a mudança da formação se faz dentro do espaço local: escolas, serviços e espaços comunitários, com a participação ativa de professores, estudantes, profissionais da saúde e representantes da população”. Assim, gradativamente, as ações deixam de ser iniciativas isoladas e assumem caráter intersetorial.

Uma alternativa intersetorial viável seria o desenvolvimento de programas de promoção de saúde dentro do espaço das escolas, que resultariam na melhoria da qualidade de vida de uma importante parcela da população das cidades.

A atuação dos profissionais da saúde no sistema educacional, no entanto, ainda é pouco explorada. A participação nas instituições escolares geralmente dá-se por meio de serviços de extensão prestados por Universidades e relaciona-se principalmente à realização de diagnósticos das pessoas e situações.

Num levantamento bibliográfico realizado nas principais fontes de referência, não foram encontrados trabalhos que envolvessem a atuação de profissionais da saúde com a prevenção de acidentes infantis na escola. No entanto, segundo Gimeniz-Paschoal (2003), a morbidade decorrente dos acidentes infantis (quedas, engasgos, sufocação, queimaduras, afogamentos, intoxicações, atropelamentos, etc.) requisitará atendimento por parte de diferentes profissionais de saúde.

Vista de forma ampliada, a relação entre saúde e educação pode estabelecer a intersecção para a integração dos saberes acumulados por tais campos, uma vez que os

processos educativos e os de saúde e doença incluem tanto a conscientização e autonomia quanto a necessidade de ações coletivas e de fomento à participação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Cabe aos profissionais da saúde refletirem e conscientizarem-se do seu papel no âmbito escolar, procurar abrir caminhos e realizar parcerias com professores, dirigentes, funcionários das instituições escolares. Cada profissional da equipe escolar tem muito a contribuir, compartilhando seus conhecimentos específicos, favorecendo a multidisciplinaridade necessária para a saúde do escolar.

Em relação à saúde das crianças em idade escolar, os acidentes infantis representam um problema freqüente e sério que os envolve, mas, ainda não se tem conhecimento de estudos em nosso meio que abordem a integração do tema no cotidiano dos escolares.

2.3 Os acidentes infantis

As preocupações com acidentes não são atuais. Datando de 1830, “O livro dos acidentes”, de autoria desconhecida, parece ser a primeira publicação mundial a respeito do tema (RODRIGUES et al., 1985).

Somente a partir do trabalho pioneiro publicado por Orlandi e Almeida, em 1951, iniciou-se no Brasil a divulgação da importância dos acidentes na infância como causa de óbito e seqüelas (PELICIONI; GIKAS, 1992).

De acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional das Doenças da OMS – CID-10 (OMS, 1995), os acidentes situam-se entre as denominadas Causas de Morbidade e Mortalidade não Naturais ou Causas Externas (CE). Estas causas incluem as lesões intencionais (homicídios, suicídios e intervenções legais), as de intencionalidades

ignoradas e as não intencionais ou acidentais (de transportes, quedas, intoxicações, afogamentos, queimaduras e outros).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), o termo acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocional. Assume-se que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis e preveníveis.

Gradualmente, a literatura científica tem substituído a palavra acidente, com suas conotações de casualidade do destino e do inesperado, pelo termo “injúria física”, que é definido, segundo Blank (1994), como sendo qualquer dano corporal (traumatismo, queimadura, intoxicação, asfixia, etc.) que ocorra em decorrência de um acidente (queda, atropelamento, desastre com veículos, submersão, aspiração de corpo estranho, queimadura ou envenenamento).

Este autor conceitua o termo “acidente” ou “evento causador de injúria física” de forma mais abrangente, como uma cadeia de eventos que ocorre em um período relativamente curto de tempo (geralmente segundos ou minutos), não tendo sido desejada conscientemente, começando com a perda de controle do equilíbrio entre um indivíduo (vítima) e seu sistema (ambiente) e terminando com a transferência de energia (cinética, química, térmica, elétrica) do sistema ao indivíduo, ou bloqueio dos seus mecanismos de utilização de tal energia (BLANK, 1994).

Define-se o risco, de acordo com a National Academy of Sciences (1996), como “um conceito utilizado para dar significado a coisas, forças ou circunstâncias que apresentam perigo para as pessoas ou para aquilo que elas valorizam”.

Para Crowl (1995), risco é uma função da probabilidade de um acidente e suas consequências.

Na história natural do acidente podem ser identificadas três fases, cujo conhecimento é indispensável para o estabelecimento de medidas preventivas adequadas. Fase

pré-dano, em que a interação organismo-ambiente permite a liberação do agente lesivo; fase de dano, em que o agente atua sobre o organismo rompendo seu equilíbrio e fase pós-dano, na qual ocorrem as conseqüências da ação lesiva. Nas duas últimas fases a abordagem é essencialmente terapêutica, incluindo manobras de salvamento, procedimento de urgência e medidas de reabilitação. Na primeira, a prevenção, que é a conduta fundamental, deve ser baseada no conhecimento da competência da criança e na identificação dos fatores ou das situações de riscos ambientais (MELLO JORGE, 1990).

As injúrias físicas são determinadas por um conjunto amplo de fatores, sobre os quais se pode atuar em graus diferentes e de forma direta ou indireta. O modelo epidemiológico causal dos acidentes leva em conta fatores do hospedeiro, a etiologia do acidente e circunstância ambiental. A criança é o hospedeiro (ou a vítima). O agente patogênico é a energia (mecânica, térmica, química, elétrica etc.). Os vetores são todos os objetos (automóvel, moto, bicicleta, escada, mobília, faca, brinquedo, fios elétricos, etc.), os elementos naturais (fogo, água), os produtos químicos (medicamentos, produtos de limpeza) ou os animais (cão, animais peçonhentos) que possibilitam a liberação da energia sobre a vítima. Os vetores e o hospedeiro interagem em um meio ambiente que inclui fatores biopsicossociais, os quais podem manter um equilíbrio ou quebrá-los, causando a lesão física. Assim, todas as possíveis “causas” de acidentes, de alguma forma, passam pelas ações das pessoas. As próprias crianças devem ser “vacinadas” contra os acidentes, transformando-se nos principais agentes de proteção de si mesmas (GIKAS et al., 1999).

Na década de 60, Haddon criou uma matriz bastante lógica para raciocinar em torno de estratégias cabíveis para a prevenção de acidentes. É um sistema que ordena as relações causais entre agentes e vítimas, facilitando assim a geração de novas idéias para abordar o controle de injúrias físicas específicas. A partir da relação completa de ações de prevenção de acidentes, opta-se pelas seguintes estratégias passíveis de serem implantadas:



prevenir a criação de agentes potencialmente causadores de lesões físicas; reduzir a quantidade do agente; prevenir a liberação de energia potencialmente causadora de lesão pelo agente; modificar a liberação do agente ou da energia por ele produzida; separar agente e vítima no tempo e/ou espaço; separar agente e vítima com barreiras físicas; modificar qualidades básicas do agente; aumentar a resistência da vítima e reduzir a lesão física causada e/ou suas consequências (HADDON, 1968).

2.3.1 Fatores de ocorrência e morbi-mortalidade dos acidentes na infância

Os fatores que se relacionam à ocorrência dos acidentes infantis são diversos. No que diz respeito ao sexo, vários trabalhos têm demonstrado a predominância de morbimortalidades por causas externas no sexo masculino em relação ao feminino em todas as faixas etárias (BARACAT et al., 2000; KOIZUMI et al., 2001; OMS, 2001; FILÓCOMO et al., 2002; OLIVEIRA; GIMENIZ, 2003).

Serra e Filho (1994) concordaram com a afirmação anterior e apontaram como possível causa as diferenças de comportamento ligadas às características inatas peculiares a cada sexo e os fatores culturais que determinam estilos diversos na educação, e na supervisão e vigilância das crianças de sexo masculino e feminino, ou, mais provavelmente, a ambos esses aspectos.

Filócomo et al. (2002) explicaram este fator pela diferença de atividades em cada sexo, estando o menino mais exposto às atividades dinâmicas que envolvem maior risco, enquanto meninas possuem atividades mais brandas. Outro fator apontado por Filócomo et al. (2002) seria que, sócio-culturalmente, o menino adquire liberdade mais precocemente em relação às meninas e começa a realizar atividades com menor supervisão direta dos adultos, tendo, então, um maior tempo de exposição a situações que antecedem os acidentes.

Com relação à idade, embora a maioria dos acidentes possa ocorrer em todas as faixas etárias, algumas são mais suscetíveis a determinadas categorias de injúrias. Segundo Del Ciampo e Ricco (1996), os grupos mais atingidos são os de idade mais jovem, especialmente as crianças que, devido às características inerentes ao seu período de desenvolvimento, carecem de condições suficientes para estimar o perigo das situações de risco.

Em um estudo realizado por Bortoletto e Bochner (1999), com dados publicados nas estatísticas anuais do SINITOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas) referentes ao período de 1993 a 1996, os autores demonstraram que do total de 57.748 casos de intoxicação por medicamentos, 19.045 (33%) ocorreram em crianças menores de 5 anos, seguido de crianças de 5 a 9 anos.

No trabalho de Baracat et al. (2000) foram analisados 3214 casos de crianças vítimas de acidentes, no período de um ano, atendidas no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Verificaram que a faixa etária com maior número de ocorrências foi a de 9 a 13 anos (33,4%), seguida pela de 2 a 5 anos (27,2%), 5 a 9 anos (25,5%) e menores de 2 anos (13,9%).

Filócomo et al. (2002) também demonstraram, no estudo realizado em um Pronto Socorro Infantil, com 942 crianças vítimas de acidentes, que a faixa etária mais acometida era dos 7 aos 11 anos (41,0%), seguida pela 1 a 3 anos (29,8%).

Desde 1985, Zuckerman e Duby (1985) ressaltaram a importância da identificação do risco de acidentes, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e dos hábitos comportamentais comuns ao período em questão, para que se possa definir um programa de prevenção dirigido a cada faixa etária. Para estes autores, a criança está sujeita aos acidentes pela motivação em realizar tarefas, muitas vezes além de suas capacidades, com

tendência para imitar comportamentos adultos, associados a uma falta de preocupação corporal.

Schvartsman (1991) reforçou que quando a pessoa suscetível a um acidente é uma criança – cujo comportamento e relações com seu meio ambiente encontram-se em constante modificação – a distribuição e a frequência dos acidentes variam de acordo com a faixa etária.

Para Gikas et al. (1999), o pré-escolar tem uma percepção egocêntrica e irreal do seu ambiente, não sendo ainda capaz de aprender noções de segurança. O pensamento mágico que acompanha essa faixa etária faz a criança achar que pode cair sem se ferir, como nos desenhos animados. Nessa fase, têm importância queimaduras, intoxicações, afogamentos (sobretudo em piscinas e tanques), atropelamentos, quedas de lugares altos, traumas variados (como ferimento com brinquedos) e lacerações.

Em suma, conforme seu momento de desenvolvimento, a criança apresenta novas habilidades e capacidades e diferentes interações com o meio ambiente. No entanto, proteger a criança e oferecer segurança física não significa privá-la das oportunidades de explorar o ambiente e desenvolver habilidades, mas proporcionar a ela um ambiente seguro, ensinando-as a pesar os riscos e benefícios de cada ação (FISCHER et al., 1988).

Segundo o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (1998), o medo do professor diante do fato de que a criança pode se machucar não deve impedir os impulsos de ação próprios da idade, que a conduzem a descobrir e exercitar suas possibilidades. Por isso, há a necessidade de planejar o espaço, cuidar da manutenção dos brinquedos e demais materiais. Estar próximo das crianças, amparando-as, orientando-as e sugerindo formas de lidar com desafios corporais, tais como subir e descer de árvores e obstáculos, percorrer circuitos com dificuldades diversas, são atitudes necessárias ao

professor. Oferecer oportunidades diárias de se exercitarem ao ar livre e com os brinquedos como escorregador, gangorra, etc., valoriza a crescente capacidade psicomotora das crianças.

Os fatores sócio-econômicos também têm uma certa influência sobre o tipo e a distribuição dos acidentes. Já em 1991, Schvartsman e Krynski referiram que a intoxicação por querosene, por exemplo, era quase que exclusiva em crianças de baixo nível econômico, devido ao largo uso do produto nas classes mais pobres, nas mais variadas atividades domésticas. As intoxicações medicamentosas são muito mais frequentes em crianças cujos pais são médicos ou exercem alguma profissão relacionada à indústria farmacêutica. O contato sistemático com estes produtos leva à negligência ou imprudência no seu manuseio e sua existência nos domicílios, geralmente em grande quantidade, facilita o acidente.

Segundo a OMS, a taxa de mortalidade pela maioria dos tipos de injúrias é mais elevada em países de média e baixa renda do que em países ricos, o que é atribuído à exposição diária das populações menos favorecidas a situações adversas (WHO, 2000). Essa tendência é reafirmada por Bwibo (1993), que atribuiu aos moradores de favelas ou cortiços um maior risco para acidentes do que a população em geral, pois, comumente, suas residências são construídas de forma insegura e ilegal.

Determinados acidentes, como quedas, queimaduras, cortes, intoxicações e afogamentos ocorrem de forma universal. Porém, alguns tipos específicos de acidentes são característicos de determinadas regiões. Nas regiões de clima tropical são mais frequentes os acidentes envolvendo mordeduras por animais, picadas de insetos, animais peçonhentos e intoxicações por alimentos contaminados. A China e outros países de baixa e média renda do Pacífico Oeste são as únicas regiões nas quais os afogamentos se incluem entre as 15 principais causas de morte (BWIBO, 1993).

Para uma melhor compreensão dos aspectos que envolvem a ocorrência dos acidentes infantis, além de conhecer fatores que lhe são relacionados, é importante identificar a morbidade e mortalidade que deles decorre.

A Organização Mundial de Saúde estimou que em torno de cinco milhões de pessoas morreram por causas externas em todo o mundo no ano 2000, as quais representaram 9,1% de todas as causas de morte neste período. Do total de óbitos, cerca de 1,6 milhões (32,7%) foram atribuídos às causas intencionais e 3,4 milhões (67,3%) às não intencionais (WHO, 2002).

Dentre as causas não intencionais, os acidentes de trânsito ocupam, mundialmente, o primeiro lugar, seguido por afogamento, envenenamento, quedas, queimaduras e outras causas não especificadas (WHO, 2000).

Ainda segundo a OMS (2002), em crianças menores de cinco anos, mundialmente, dentre as mortes acidentais, aproximadamente 25% ocorrem por causa do afogamento e por 15% por causa de queimaduras (WHO, 2002).

Nos Estados Unidos, estudos recentes mostram que injúrias não intencionais ainda são as principais causa de morte em crianças e adolescentes. A redução, nos últimos 20 anos, de mortes na infância relacionadas a injúrias com veículos motores tem sido significativa, mas as mortes na infância devido a outras causas, tais como com arma de fogo, têm crescido (DOWD, 1999).

Ainda nos Estados Unidos, um estudo da American Heart Association, realizado entre os anos de 1997 a 1999, demonstrou que os traumas pediátricos são anualmente responsáveis por cerca de 25.000 mortes, 600.000 admissões hospitalares e 16 milhões de atendimentos em departamentos de emergência, com custos diretos ultrapassando 7,5 bilhões de dólares (CHAMIDES; HAZINSKY, 1999).



Na Austrália, estudos realizados por Lam et al. (1999), indicaram que em um período de quatro anos foram registrados 30 casos de morte por brincadeiras e 92 por afogamentos. As quedas foram apontadas como a causa mais comum de injúrias, com 50,9%, e aproximadamente um terço (32,7%) de todas as injúrias foram na cabeça e face.

No Brasil, já na década de 80, as mortes por acidentes e violência passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral. A partir de então, representaram cerca de 15% dos óbitos registrados, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Uma análise, realizada no Brasil, em um período de dez anos (1984-1994), revelou uma tendência decrescente da mortalidade em geral em todas as faixas etárias – principalmente no primeiro ano de vida – provavelmente em virtude do grande empenho do governo e da sociedade na promoção das outras ações básicas (amamentação, hidratação, monitorização do crescimento, imunização), enquanto as injúrias físicas demonstraram tendência ascendente (BLANK, 1994).

Já em 1996/97, os acidentes e a violência foram responsáveis por, aproximadamente, 120 mil óbitos anual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Dados mais recentes divulgados pelo Ministério da Saúde, em 2000, mostraram que, na faixa etária de 1 a 39 anos, as causas externas foram a primeira causa de mortes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Mesmo com o passar do tempo, os acidentes continuam assumindo importância cada vez maior devido à proporção entre mortalidade e morbidade manter-se alta. Blank (2002) ressalta a gritante desproporção entre a importância do tema – sob o prisma da morbi-mortalidade de crianças e jovens – e a exígua quantidade de estudos a ele relacionados.

No Brasil, alguns autores (MORAES, 1985; ROSSI et al., 1998) reforçaram que a maioria dos acidentes em crianças é diagnosticada e tratada em ambulatórios e serviços

de pronto socorro e obedecem o modelo *iceberg* ou da pirâmide, no qual para cada morte, existem aproximadamente 45 lesões que exigem tratamento ambulatorial em sala de emergência.

Em nosso país, muitos trabalhos que abordam os acidentes ocorridos na infância, apontaram a queda como a mais importante e freqüente causa dos traumatismos crânio-encefálicos (FREITAS et al., 1997; BARACAT et al., 2000).

No Estado de São Paulo, segundo dados da Fundação SEADE referentes à mortalidade de crianças de 0 a 9 anos, ocorridas no período de 1996 a 1999, por causas externas, verificou-se que do total de 1178 óbitos, os afogamentos e submersões acidentais foram responsáveis por 703 (59,7%) óbitos, as queimaduras por 231 (19,6%), as quedas por 220 (18,7%) e os envenenamentos e intoxicações por/ou exposição a substâncias nocivas por 24 (2,0%) mortes (OLIVEIRA; GIMENIZ, 2003).

Del Ciampo et al. (1997) realizaram importante pesquisa em 25% dos domicílios de uma área residencial de Vila Lobato (Ribeirão Preto/SP) com o objetivo de estudar a ocorrência de acidentes domésticos em crianças da faixa etária de 0 a 14 anos. Verificaram que a queda foi a principal causa, sendo responsável por 122 acidentes (46,92%), seguida pelos grupos das contusões de etiologias variadas (40 casos; 15,38%) e dos cortes (31 casos; 11,92%).

Em um estudo realizado no Hospital Municipal de Porto Alegre, Fischer et al. (1988) demonstraram que os tipos de acidentes que predominaram na faixa do pré-escolar foi a queda ao solo, acidente com corpo estranho, acidente doméstico, queimaduras e intoxicação.

No Pronto Socorro Infantil da UNICAMP, Baracat et al. (2000), no período de 1997 a 1998, analisaram 2376 acidentes que tiveram como causa determinante o trauma, ocorridos em crianças de zero a catorze anos. Os traumatismos foram responsáveis por 74,0% do total de atendimentos, tendo como causa determinante principal as quedas.

Também Filócomo et al. (2002), num trabalho realizado com 942 crianças atendidas num Pronto Socorro Infantil, constataram que a causa mais freqüente de injúrias foi a queda (46,9%). Verificou-se que 254 (60,9%) foram decorrentes de queda da própria altura e 39,1% de outros lugares: cama (13,5%), bicicleta (12,3%), escada (9,2%), cadeira (6,1%), muro (6,1%) e outros.

Embora muito tenha sido estudado e publicado dados epidemiológicos sobre o tema, a investigação sobre acidentes é um campo vasto a ser pesquisado. O conhecimento epidemiológico ainda é incompleto, predominando as estatísticas referentes aos casos de mortalidade ou de lesões de maior gravidade em que houve necessidade de atendimento em serviços de emergência (SCHVARTSMAN, 1980; HOZ; HERNANDES, 1984; MORAES, 1985; LEBRÃO et al., 1997; MELLO JORGE et al., 1997; YAGMUR et al. 1999).

Em 1985, Moraes já apontava problemas de subnotificação em nosso país afirmando, de um modo geral, que as estatísticas eram falhas, pois as verdadeiras causas dos acidentes nunca eram convenientemente apuradas ou assinaladas pelos médicos, que se limitavam a registrar apenas os tipos de acidentes, sem maiores informações (MORAES, 1985).

Unglert (1987) ressaltou que o fato de se circunscrever o estudo sobre acidentes na infância aos casos que chegam a ser atendidos em hospitais ou pronto-socorros, ou ainda àqueles que levam ao óbito, pode dificultar o reconhecimento correto da magnitude do problema, bem como suas características epidemiológicas.

Em 1997, essas dificuldades continuaram sendo apontadas por Lebrão et al. (1997) em relação às “lesões e envenenamentos”. Em decorrência dessa má qualidade de informação, os autores ressaltaram a questão da inexistência do diagnóstico secundário, o qual poderia significar o conhecimento das causas externas que motivaram essas lesões. Os autores

também enfatizaram a importância dos hospitais apresentarem as causas das lesões e não somente a natureza dessas lesões.

Os acidentes, de fato, são responsáveis por grande demanda nos sistemas de saúde, levando a hospitalizações, tratamentos em salas de emergência e em consultórios, além dos custos sócio-econômicos e psicológicos. Segundo Del Ciampo (1994), para as crianças em particular, o significado dos anos potenciais de vida perdidos devido a acidente, torna o problema mais dramático, requerendo soluções a curto prazo, pois exercem um importante papel econômico e social sobre os custos da assistência médica, além das perdas de atividades escolares, perda da produtividade no trabalho dos pais e dos altos custos com a manutenção e reabilitação daqueles que se tornaram incapacitados.

Guyer e Gallagher (1985) estimaram que 36% das crianças e jovens de uma população se acidentam a cada ano, com restrição de pelo menos um dia de atividades, quer permanecendo no leito ou faltando à escola.

O impacto econômico, no Brasil, representado pelos acidentes e pela violência, pode ser medido diretamente por meio dos gastos hospitalares com internação, inclusive em unidades de terapia intensiva e dias de permanência geral. Em 1997, gastou-se R\$ 232.376.613,00 – o que representou, aproximadamente, 8% dos dispêndios com internações por todas as causas. Sabe-se que esses valores estão bastante subestimados, portanto, é importante assinalar que hospitalizações por lesões e envenenamentos representam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), os acidentes podem ser classificados em dois grupos: acidentes domésticos e extradomiciliares. Os acidentes domésticos acontecem dentro do lar ou em áreas adjacentes e incluem as quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões. Os extradomiciliares ocorrem em vias públicas,



escolas, rios, piscinas, quadras esportivas, dentre outros locais, e correspondem aos acidentes de trânsito, afogamentos, traumatismos esportivos, quedas, dentre outros.

Apesar de vários estudos demonstrarem que a maioria dos acidentes com crianças mais jovens acontece em domicílios, se faz importante uma análise dos demais locais, principalmente as escolas, onde as crianças passam importante parte do seu dia.

Fortin, em 1984, estabeleceu uma análise sobre os acidentes ocorridos nas pré-escolas, em Grenoble, França, com crianças de 2 a 6 anos. Nesse caso, teve a oportunidade de estudar aspectos ligados inclusive aos acidentes mais leves, que não chegavam a necessitar de cuidados médicos.

Dados da literatura demonstram que os parques infantis e seus equipamentos representam um perigo não suspeitado para a criança. Greensher e Mofenson, desde 1984, nos Estados Unidos, apontaram que 41% dos 150.000 acidentes anuais que exigiram tratamento nas salas de emergência hospitalar resultaram de equipamentos de *playground*, ou seja, 61.500 acidentes. As crianças com menos de oito anos de idade figuraram em mais de 50% dos acidentes, com um número significativo das crianças com menos de cinco anos de idade. Em um período de investigação nacional de 15 anos, 23% morreram nesses acidentes em *playground*.

Dados da Universidade do Norte de Iowa (1999) mostraram que, a cada ano, aproximadamente 211.000 crianças dos Estados Unidos receberam cuidados no departamento emergencial por injúrias sofridas em equipamentos de *playground*, tornando o uso deste equipamento a principal causa de injúria em crianças na escola.

Trabalhos mais recentes demonstraram que esses índices continuam aumentando. Nos Estados Unidos, 200.000 acidentes com pré-escolares e escolares, ocorridos em parques infantis, são comunicados anualmente em departamentos de emergência. Há uma estimativa de que, a cada dois minutos e meio, ocorra um acidente nesses locais, sendo 35%

destes considerados como graves e 3% requerendo hospitalização. Do total de crianças atendidas a cada ano, aproximadamente 20 morrem, tendo, em 75% dos casos, como causa primária, a queda do brinquedo associada a lesões cerebrais. Como conseqüências relacionadas a esse tipo de acidente, destacam-se ainda: fraturas, lacerações, contusões, deslocamentos, esmagamentos, lesões internas e amputações (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2000).

Em nosso país, não se tem encontrado estudos que indiquem a morbidade e mortalidade ligada especificamente à escola, apenas alguns estudos locais, mostrando os acidentes que ocorreram na escola dentre os outros locais. Portanto, são necessários estudos que se voltem especificamente para o acidente que ocorre nas escolas e/ou com as crianças da faixa etária escolar, de modo a obter subsídios para atuar com este tema na própria formação do aluno.

Estudo realizado por Del Ciampo et al. (2001), na cidade de Ribeirão Preto – SP, demonstrou que do total de acidentes com crianças 171(65,7%) ocorreram em casa, seguido por 66(25,3%) ocorridos na rua e 16(6,1%) na escola.

Outro estudo realizado por Filócomo et al. (2002) num Pronto Socorro Infantil, constatou que do total dos acidentes, 399 (44,8%) ocorreram em casa, 158 (17,7%) na escola, 63 (7,1%) em via pública, 61 (6,9%) em locais de lazer e 16 (1,8%) em outros lugares.

Um dos pilares para a redução desta incidência está pautado na educação, a qual requer a mobilização de vários segmentos da população, a fim de assegurar às crianças e famílias o provimento de informações e tratamentos necessários que minimizem esta problemática (FILÓCOMO et al., 2002).



2.3.2 Prevenção e controle de acidentes infantis e promoção da segurança

Vários autores brasileiros apontaram a necessidade de se desenvolver trabalhos preventivos na área de acidentes (GIMENIZ-PASCHOAL, 1992; BARACAT et al., 2000; CARVALHO, et al., 2001; FILÓCOMO et al., 2002), pois eles se configuram como um importante problema de saúde pública, e raros os realizam (GIMENIZ-PASCHOAL, 1998). No entanto, em relação à prevenção de acidentes na escola, poucos esforços têm sido mobilizados.

Já na década de 1970, nos Estados Unidos, alguns programas de prevenção de acidentes na infância apresentaram-se eficientes, como o Programa “Crianças não podem voar”, desenvolvido por Spiegel e Lindaman (1977), em Nova York, e o desenvolvido por Clark e Walton (1979), com relação à introdução de tampas com sistema de segurança nos frascos de aspirina.

Ainda no exterior, programas de prevenção ou promoção da saúde já são desenvolvidos nas escolas. Um exemplo é o programa citado por Howat et al. (1997), na Austrália, com o envolvimento de 47 escolas primárias, na prevenção de injúrias infantis por atropelamentos. Outro é o realizado na Inglaterra, envolvendo 845 escolas, sendo dois terços delas escolas primárias, que visou à promoção de saúde nas escolas (ROGER et al., 1998). O Programa Nacional para Segurança em *Playground* desenvolvido nos Estados Unidos, que focalizou quatro áreas para a prevenção de injúrias em *playground*: supervisão, equipamento apropriado para a idade, superfície de base do brinquedo que absorva impactos e a manutenção dos equipamentos, cuidados que poderiam reduzir os fatores de risco, de acordo com dados da Universidade de Iowa (1999), é um terceiro exemplo.

Segundo Berger (2001), o controle de lesões também implica a implementação antecipada de medidas de segurança, para reduzir a necessidade de uma supervisão vigilante e

para prevenir lesões graves caso ocorra um acidente. O objetivo não deve ser mudar a natureza da criança, mas modificar característica da situação em que a criança se envolve. Muitas leis já foram criadas para cuidar disso. Nos Estados Unidos, por exemplo, uma criança pré-escolar ativa e curiosa nunca poderá engolir uma dose letal de aspirina infantil, porque o frasco não contém pílulas suficientes para causar a morte.

Em nosso país, com relação aos casos de intoxicações acidentais, Bortoletto e Bochner (1999) ressaltaram que a implementação de programas educacionais e de prevenção nas escolas, nas creches e nas comunidades, associadas à utilização de embalagens especiais de proteção à criança (EEPC), aos cuidados com a armazenagem de medicamentos e produtos químicos de uso doméstico, irão contribuir de forma significativa para a diminuição de acidentes com crianças.

O projeto de Lei nº 4841-A/94, em tramitação no Congresso Nacional, visa à adoção da EEPC em nosso país, a qual deverá ser confeccionada de modo que seja significativamente difícil para uma criança, com menos de cinco anos de idade, abri-la ou retirar uma quantidade tóxica ou perigosa do produto nela contida, em um período razoável de tempo e que não seja difícil sua abertura por um adulto (SINITOX/CICT/FIOCRUZ, 2001).

Segundo o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (1998), é papel do profissional da educação conversar com o grupo infantil sobre os acidentes que possam ocorrer, onde, quando, por que ocorreram e o que podem fazer juntos para evitar que aconteçam novamente. São práticas educativas como essas que vão gradativamente construindo com as crianças atitudes de respeito, cuidado e, principalmente proteção com sua segurança e com a dos companheiros.

Em relação à segurança de brinquedos de parques infantis, as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (1999) discorrem sobre a escolha correta desses equipamentos, de seus desempenhos mecânicos e das capacidades de carga, o tipo de acesso

ao brinquedo, diretrizes de instalação de corrimões, barras e enchimento dos brinquedos, delimitação de espaços livres que possam provocar retenção de dedos, mãos, membros e cabeça, além de normas específicas para equipamentos estáticos, como aqueles destinados ao desenvolvimento de agilidade, escorregadores, balanços, equipamentos oscilantes, rotativos e conjugados. Acrescentam-se outras recomendações referentes à escolha e preparo do local de instalação, montagem e fixação do brinquedo, além do alerta para a necessidade de inspeção por organismo competente, sendo que, preferencialmente, deveria ser realizada duas vezes ao ano, ao término das temporadas de férias do inverno e do verão.

Segundo as normas NBR 14350-1 e NBR 14350-2 (1999), para se conseguir um padrão de segurança, algumas normas relacionadas à fabricação dos brinquedos de *playgrounds* devem ser adotadas:

- Escorregadores: as escadas de acesso à rampa escorregadia devem possuir corrimão e, no topo do escorregador, deve ser instalada uma grade de proteção alta e suficiente para a criança se segurar. A rampa de descida deve ser confeccionada de uma chapa única, com material que evite acúmulo excessivo de energia solar, de forma a prevenir queimaduras. No final da descida, é necessária uma discreta inclinação para o alto, para amortecer a queda.
- Balanços: ao redor dos balanços devem ser erguidas barreiras de segurança, devendo os mesmos ficarem distantes dos demais brinquedos do parque. O assento deve ter encosto, para diminuir o risco de uma queda para trás, sendo que os assentos para lactentes devem ser do tipo berço ou cadeira, com encosto e proteção nas laterais.
- Gangorra: na posição horizontal, a gangorra não deve ultrapassar o limite de um metro acima do nível do chão e deve possuir alças que permitam à criança segurar com firmeza.

- Gira-gira: este equipamento deve possuir encaixe perfeito da parte giratória com o eixo do brinquedo, com um dispositivo que limite a velocidade de rotação em cinco m/s a 30 rotações por minuto (rpm). Também é necessária a presença de barreiras físicas para evitar acesso indevido ao brinquedo.

- Trepa-trepa: a altura total deste brinquedo não deve exceder 2,5 metros do solo.

Segundo Blank (1994), a abordagem tradicional chamada “prevenção de acidentes” sempre foi uma tentativa de mudar o comportamento dos indivíduos, através de estratégias educativas variadas, em consultórios, em ambientes comunitários, em escolas ou na mídia. Geralmente ocorre insucesso, provavelmente porque se parte da premissa errônea de que a melhora do conhecimento leva à alteração do comportamento e das atitudes dos indivíduos. Programas comunitários de educação preventiva podem ter resultados positivos se houver uma combinação de objetivos muito bem definidos, população alvo específica e abordagem multifacetada.

Rivara e Aitken (1998) apontaram três princípios básicos para a implementação de estratégias de controle das injúrias, quer em consultórios ou em comunidades: a) as intervenções gerais, amplas ou difusas, têm menos sucesso do que os programas cujo alvo está restrito a somente uma modalidade de injúria; b) as estratégias que requerem mudanças constantes ou repetidas no comportamento são menos eficazes do que aquelas que se estabelecem automaticamente; c) os esforços devem ser dirigidos para os problemas mais importantes, como as injúrias mais freqüentes, as mais graves e aquelas para as quais existam medidas eficientes de proteção.

JUSTIFICATIVA



http://anne_geddes.vila.bol.com

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com dados da literatura, os acidentes são apontados como a principal causa da mortalidade infantil em todos os países do mundo, exceto naqueles devastados por doenças ou pela guerra (BERGER, 2001).

Na última década, o interesse de pesquisadores pelo tema acidente infantil tem aumentado e tem se voltado para a busca de conhecimento dos fatores e processos pelos quais os acidentes ocorrem, das características próprias de determinados acidentes e do ambiente em que ocorrem (MASSON et al., 1996; STARK et al., 1997).

A escolha das escolas de educação infantil para a realização deste tipo de pesquisa justifica-se pelo fato da escola além de ser um ambiente onde ocorrem diversos acidentes, é o local adequado para formar cidadãos que adotarão estilos de vida mais seguros no futuro. Além disso, é na idade pré-escolar que as crianças adquirem as bases de seu comportamento e conhecimento. Segundo o Ministério da Saúde (2002, p.533)

Crianças e jovens que se encontram nas escolas vivem momentos em que os hábitos e as atitudes estão sendo criados e, dependendo da idade ou da abordagem, estão sendo revistos. Por outro lado, reconhece que, além da escola ter uma função pedagógica específica, tem uma função social e política voltada para a transformação da sociedade, relacionada ao exercício da cidadania e ao acesso às oportunidades de desenvolvimento e de aprendizagem, razões voltadas para a comunidade escolar para dar concretude às propostas de promoção da saúde.

Para Pelicioni e Torres (1999), uma das funções das Escolas Promotoras da Saúde é transmitir os conhecimentos e destrezas que promovem o cuidado da própria saúde e ajudam a prevenir comportamentos de risco.

No Brasil, pelo fato de haver poucas pesquisas científicas produzidas, há uma lacuna de informações em relação a trabalhos envolvendo o tema dos acidentes infantis e a própria escola.

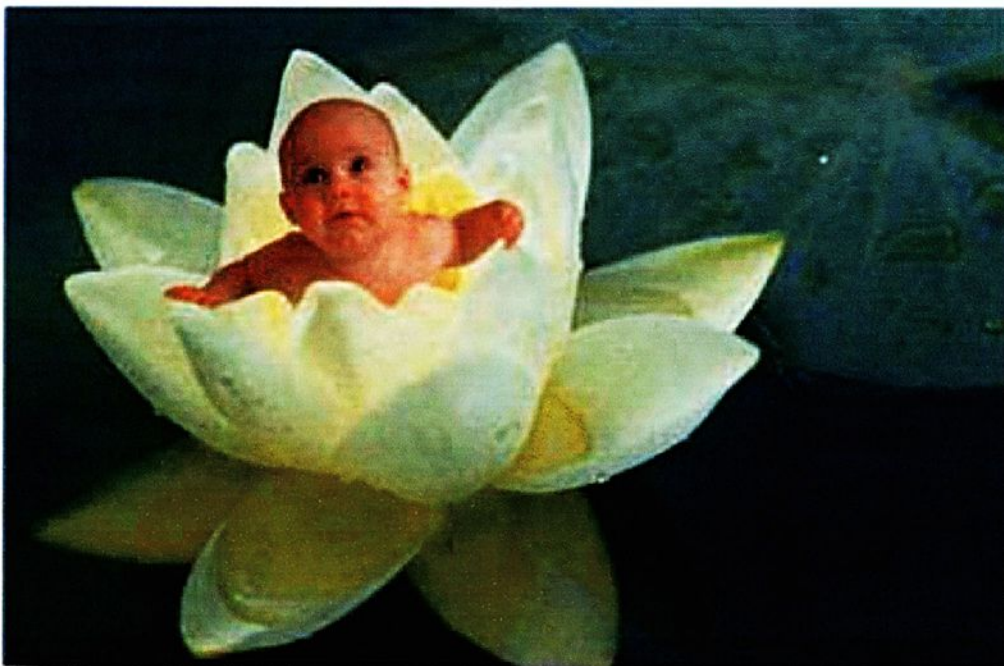
Sendo assim, alguns questionamentos carecem de respostas para que profissionais da saúde possam realizar ações educativas para prevenção dos acidentes infantis, de modo integrado aos profissionais da educação:

- 1 - Qual a concepção que os profissionais de educação infantil têm sobre acidentes infantis?
- 2 - Qual a percepção dos profissionais em relação às situações ou ambientes de risco propícios para a ocorrência de acidentes?
- 3 - Ocorrem acidentes infantis nas escolas?
- 4 - Quais medidas são tomadas diante dos acidentes?
- 5 - Há ações educativas para a prevenção de acidentes nas escolas?
- 6 - Os profissionais visualizam medidas práticas que poderiam ser implementadas nas escolas visando diminuir os acidentes infantis?

Considerando o que foi exposto anteriormente, parece justificável um estudo que procure contribuir com uma reflexão sobre os acidentes com crianças e obter subsídios para discutir e delinear ações educativas integradas, no mínimo, entre os profissionais da educação infantil e os profissionais da saúde a serem realizadas nas escolas de educação infantil, visando prevenir os acidentes infantis, promover a segurança e favorecer o desenvolvimento saudável dos alunos.

Diante destes questionamentos teve início este estudo envolvendo o papel dos profissionais de educação infantil e a ocorrência dos acidentes infantis nas escolas, já que os alunos passam um importante período do dia nestas instituições, sob a responsabilidade destes profissionais.

OBJETIVOS



http://anne_geddes.vila.bol.com

4 OBJETIVOS

Efetuar uma sondagem inicial sobre o posicionamento dos profissionais de escolas de educação infantil diante de aspectos teóricos e práticos relativos aos acidentes infantis e caracterizar os riscos do ambiente educativo para tais acidentes.



MÉTODO



http://anne_geddes.vila.bol.com

5 MÉTODO

5.1 Ambiente

Este estudo foi realizado em três escolas municipais de ensino infantil (EMEIs) e em três escolas particulares de educação infantil de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, que oferecem atendimento educacional a crianças da faixa etária de dois a seis anos, de ambos os sexos.

A amostra foi constituída por escolas públicas e particulares, pois, segundo a literatura, um dos fatores de risco sobre o tipo e a distribuição dos acidentes seria o fator sócio-econômico.

A escolha de seis escolas, dentre as vinte e quatro escolas municipais de educação infantil (EMEIs) e dez escolas particulares de educação infantil da cidade, deu-se por amostra de conveniência. Segundo Cozby (2003), na amostragem por conveniência a seleção dos sujeitos ocorre, em geral, com base na disponibilidade, e não tendo em vista a obtenção de uma amostra representativa da população. Também de acordo com Torres (2002), na amostra de conveniência o objetivo não seria generalizar conclusões, mas sim descrever as características principais do grupo de estudo.

A escolha das EMEIs ficou a cargo da Secretaria Municipal de Educação, sendo levado em conta a localização das mesmas em diferentes regiões da cidade.

As escolas particulares foram escolhidas pela pesquisadora de forma aleatória, elegendo escolas também pertencentes a diferentes regiões da cidade.

Para a coleta dos dados observacionais nas escolas municipais, optou-se pela filmagem de todos os espaços escolares, já que apenas as crianças da educação infantil estão presentes nestes locais. Para as escolas particulares, que possuem ensino fundamental e

médio, optou-se pela filmagem específica da área que compreende a educação infantil, que geralmente fica isolada das demais dependências.

5.2 Participantes

Foram participantes desta pesquisa 36 profissionais pertencentes às seis escolas escolhidas, sendo 18 pertencentes às escolas municipais (12 professores, 3 diretores e 3 funcionários) e 18 pertencentes às escolas particulares (12 professores, 3 coordenadores pedagógicos, 2 auxiliares de coordenação e 1 diretor). Todos os participantes eram do sexo feminino (100%).

Considerando o total de participantes das escolas municipais (N=18), verificou-se que apresentaram idade variando entre 24 e 54 anos, com média de 34,1 anos. Em relação às idades dos participantes das escolas particulares (N=18), a idade variou de 23 a 52 anos, com média de 33,3 anos.

5.3 Materiais

Utilizou-se uma filmadora Panasonic VHSC NV-RZ315BR – Slim Palmcorder, um gravador portátil NKS Sound, fitas para vídeo JVC EHG e fitas cassetes Sony EF-X. Também foram utilizados diversos impressos, como roteiro de entrevista com diretores e coordenadores pedagógicos (APÊNDICE A), roteiro de entrevista com professores e funcionários (APÊNDICE B), roteiro para análise dos documentos (APÊNDICE C), roteiro para filmagem (APÊNDICE D) e todos os documentos oficiais referentes às notificações de acidentes ocorridos nas escolas de educação infantil participantes da pesquisa.

5.4 Procedimentos

Pelo fato de haver poucas pesquisas científicas produzidas, em nosso país, na área de acidentes infantis em escolas, e considerando os objetivos propostos, este estudo teve um caráter exploratório, de natureza descritiva.

Segundo Gil (1995, p.44-45)

As pesquisas exploratórias têm como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. [...] Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Também segundo Gil (1995, p.46) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Para a realização da presente pesquisa foram adotados os procedimentos que são descritos a seguir.

5.4.1 Apreciação do projeto pelo Comitê de Ética

Após a adequação dos instrumentos de coleta de dados, encaminhou-se o projeto para a análise e parecer do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Paulista – UNESP - em que o Curso de Pós-Graduação está inserido.

O Comitê de Ética aprovou e apresentou algumas sugestões, que foram acatadas. Novamente o projeto foi enviado para o Comitê com as reformulações sugeridas e obteve-se a aprovação da versão final.

5.4.2 Entrevistas com profissionais

5.4.2.1 *Elaboração dos roteiros de entrevista*

Visando apreender o ponto de vista dos participantes previstos nos objetivos da pesquisa, optou-se pela realização de entrevista semi-estruturada para a coleta de informações.

Segundo Triviños (1992), a entrevista semi-estruturada é uma das melhores formas de coleta de dados pois é

(...) aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1992, p.146).

Triviños (1992) ainda ressaltou que o pesquisador deve ter prévio conhecimento da temática a ser pesquisada para que a entrevista semi-estruturada tenha sucesso.

A elaboração inicial dos roteiros para cada segmento a ser entrevistado foi baseada na leitura de autores, como Triviños (1992) e Manzini (1990/1991), e nas discussões com outros profissionais de diferentes áreas (psicólogos, enfermeiros, pedagogos, médicos, fisioterapeuta, etc.) que sugeriram modificações na forma das questões e correção dos aspectos lingüísticos, com a finalidade de tornar o roteiro mais completo e claro.

Após as sugestões serem aplicadas ao material, realizou-se um estudo piloto.

5.4.2.2 *Estudo piloto dos roteiros de entrevista*

O estudo piloto consistiu na aplicação dos roteiros de entrevista a quatro profissionais (um diretor, uma coordenadora pedagógica, uma professora e um funcionário), pertencentes a uma escola particular, não participante da pesquisa. O objetivo deste estudo preliminar foi verificar a clareza e adequação do roteiro de entrevista, bem como dados operacionais da coleta, e resultou na necessidade de algumas modificações para adaptação aos objetivos da pesquisa.

Realizadas as reformulações necessárias, os roteiros de entrevista foram novamente submetidos à apreciação de quatro juízes de diferentes áreas, com a finalidade de verificar se as perguntas estavam claras, a sequência adequada e se estas atendiam aos objetivos da pesquisa. Foi elaborada uma carta aos juízes solicitando a realização do julgamento dos instrumentos e dando total liberdade para a formulação de quaisquer comentários que os mesmos julgassem necessário.

Todos os juízes atenderam à solicitação, devolvendo o material com observações e sugestões de novos questionamentos, os quais permitiram a adequação dos roteiros para a coleta final dos dados.

5.4.2.3 Elaboração final dos roteiros de entrevista

A estrutura final do roteiro da entrevista semi-estruturada com professores e funcionários (APÊNDICE B) foi dividida em 3 partes.

A primeira parte continha questões referentes às opiniões dos profissionais a respeito do tema acidentes infantis, tanto no ambiente escolar como em ambientes diversos.

A segunda parte visou obter informações sobre os tipos mais frequentes de acidentes, locais mais propícios e procedimentos adotados após a ocorrência dos mesmos.



A terceira parte possuía questões referentes à possibilidade de discussão do tema acidentes infantis em reuniões formais ou informais e à oportunidade da realização de programas educativos na escola.

Faz-se importante esclarecer que a estrutura final do roteiro da entrevista com diretores e coordenadores pedagógicos (APÊNDICE A), além das três partes citadas acima, incluiu uma quarta, que será melhor referida no item 5.4.3.1.

5.4.2.4 Aplicação dos roteiros de entrevista

Inicialmente foi encaminhada à Secretaria Municipal de Educação uma cópia do projeto juntamente com um pedido formal de autorização para a realização do trabalho junto as EMEIs. Após o consentimento, a Coordenadora Pedagógica de Educação Infantil da Secretaria forneceu uma lista das escolas selecionadas, na qual constava o nome das escolas municipais, bem como endereço, telefone e nome das respectivas diretoras.

O procedimento adotado foi o mesmo em todas as escolas visitadas. Consistiu, primeiramente, na entrega de uma “Carta de Apresentação” para os profissionais, na qual constava o objetivo da pesquisa, justificativa para a realização da mesma, bem como os procedimentos a serem realizados. Em seguida foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido e solicitada a assinatura do mesmo.

Após a obtenção das assinaturas, solicitou-se aos profissionais a permissão para o uso do gravador, a qual foi concedida por todos.

As entrevistas definitivas foram realizadas nas próprias escolas, em horários previamente marcados com os participantes e duraram em média 30 minutos.



5.4.2.5 Organização dos dados obtidos com as entrevistas

A organização dos dados obtidos por intermédio das entrevistas iniciou-se a partir do trabalho minucioso de transcrição das fitas. Com os relatos descritos, realizou-se a organização e separação dos trechos considerados pertinentes aos temas investigados, resguardando-se o linguajar próprio de cada informante. A partir da organização dos trechos foram assinaladas as idéias centrais, as quais foram agrupadas, de acordo com sua familiaridade com os temas e, posteriormente, dentro de cada agrupamento temático foram divididos os trechos dos discursos em categorias e subcategorias.

Optou-se por essa organização dos dados da entrevista pela facilidade em recuperar-se detalhes dos relatos e facilitar uma posterior comparação com os dados obtidos por meio da filmagem dos espaços escolares.

5.4.2.6 Análise dos dados obtidos com as entrevistas por juízes

Após a criação das categorias e subcategorias, estas foram analisadas por três juízes de diferentes áreas. Cada juiz foi orientado, através de uma carta, a classificar os trechos dos relatos de acordo com as categorias previamente determinadas, tendo total liberdade para criarem novas categorias que, porventura, achassem necessárias. Os juízes não só realizaram a codificação proposta, como também sugeriram novas categorias. As sugestões dos juízes foram aplicadas e devolveu-se novamente o material revisto aos mesmos juízes para a codificação definitiva dos dados.

Após esta etapa, foi realizado um cálculo de concordância (índice de concordância = número de acordos / número de acordos + desacordos X 100) comparando inicialmente o primeiro juiz com o segundo (85,7% de concordância), e posteriormente o

primeiro com terceiro (75,8%) e finalmente o segundo com o terceiro juiz (80,2%). Na análise observou-se que a dupla constituída pelo primeiro e segundo juiz apresentou maior índice de concordância e, portanto, foram consideradas suas respostas. Dessa forma, a codificação realizada pelo terceiro juiz foi utilizada apenas nos casos em que houve divergência nas respostas dos juízes principais.

Após a análise dos juízes, os resultados obtidos a partir dos relatos dos profissionais foram organizados em categorias e, posteriormente, em subcategorias e a análise foi realizada levando-se em consideração o número de respostas.

5.4.3 Documentos referentes à notificação de acidentes nas escolas

5.4.3.1 Elaboração do roteiro de entrevista complementar

O roteiro de entrevista com os diretores e coordenadores pedagógicos (APÊNDICE A), além das três partes citadas no item 5.4.2.3, possuiu uma quarta que visou obter informações sobre registros, por escrito, de eventos ocorridos na escola e considerados como acidentes infantis.

Faz-se importante ressaltar que essa quarta parte também foi analisada pelos juízes, que sugeriram algumas adequações no vocabulário, as quais foram acatadas.

5.4.3.2 Reprodução dos documentos

Durante a entrevista, quando os diretores e coordenadores pedagógicos foram questionados se haviam registros, por escrito, dos acidentes ocorridos nas escolas e responderam afirmativamente, solicitou-se a permissão para o acesso aos documentos e cópia,

com o objetivo de verificar a forma de notificação de acidentes que adotavam. Em todos os casos, a permissão foi dada, assim como o consentimento para reproduzi-los neste trabalho.

5.4.3.3 Elaboração do roteiro para análise dos documentos

Para a descrição da forma de registro dos acidentes nos documentos foi elaborado um roteiro (APÊNDICE C), tomando por base as características das informações encontradas nos próprios documentos das escolas.

5.4.3.4 Análise dos documentos

Após a reprodução dos documentos e elaboração do roteiro, preencheu-se os itens pertinentes do roteiro pré-estabelecido para análise do material (APÊNDICE C).

Faz-se importante ressaltar que esses dados não foram analisados por juízes, visto que a autora realizou a reprodução fidedigna dos documentos e posteriormente analisou-os utilizando o roteiro de itens (APÊNDICE C).

5.4.4 Filmagens dos espaços escolares

5.4.4.1 Elaboração do roteiro de filmagem

Para a descrição e análise dos espaços escolares, adotou-se a metodologia observacional, com o auxílio de uma câmara de vídeo. As imagens mostram-se essenciais à perfeita compreensão do espaço, considerando o papel fundamental das referências visuais para a percepção e interpretação do ambiente físico (SANOFF, 1991).

Neste estudo observacional optou-se por utilizar o termo *espaço escolar* pois, segundo Forneiro (1998), o termo *espaço* refere-se ao espaço físico, ou seja, aos locais para a atividade caracterizados pelos objetos, pelos materiais didáticos, pelo mobiliário e pela decoração. Já o termo *ambiente* refere-se ao conjunto do espaço físico e às relações que se estabelecem no mesmo (os afetos, as relações interpessoais entre as crianças, entre crianças e adultos, entre crianças e sociedade em seu conjunto). Como não foi possível realizar a filmagem das crianças em interação entre si e com o espaço, devido à dificuldade em conseguir o consentimento de todos os pais, filmou-se apenas os espaços escolares. Entretanto, uma compreensão mais ampla do que ocorre nestes espaços é possível com as informações fornecidas pelos profissionais nas entrevistas.

O roteiro para a coleta de dados por meio de filmagem (APÊNDICE D) foi baseado no roteiro elaborado por Gimenez-Paschoal (2001) e foi dividido de acordo com os espaços escolares nos quais os alunos circulam diariamente (corredores, salas de aula, *playgrounds*, banheiros, piscinas, escadas, berçários, áreas externas e outros).

Para a elaboração do roteiro, levou-se em consideração itens descritos na literatura, que dependendo da presença ou ausência indicariam risco ou segurança.

Após a elaboração do roteiro de filmagem, o mesmo foi submetido à análise de quatro juízes de diferentes áreas do conhecimento, os quais que sugeriram novos aspectos a serem observados, possibilitando reformulações e a elaboração do roteiro definitivo.

5.4.4.2 Aplicação do roteiro de filmagem

Para coletar os dados de filmagem, utilizou-se como base o roteiro de itens a serem observados no espaço escolar (APÊNDICE D) para que nenhum item fosse esquecido.



E, durante a filmagem, procurou-se focalizar detalhadamente cada item do roteiro, para facilitar a análise posterior dos juízes.

Foram observados os seguintes espaços escolares: corredores, salas de aula, *playgrounds*, banheiros, berçários, piscinas e áreas externas (áreas ao redor do prédio escolar, com exceção do *playground*), contemplando os itens do APÊNDICE D.

Faz-se importante ressaltar que a filmagem foi realizada em datas e horários estabelecidos pela direção de cada escola, geralmente em horário de almoço, nos quais não havia a presença de crianças.

5.4.4.3 Organização dos dados obtidos nas filmagens

Após a realização das filmagens, realizou-se cópias de segurança das fitas. Posteriormente, assistiu-se as fitas e preencheu-se o roteiro de itens para cada escola (APÊNDICE D), para verificar se todos os itens assinalados no roteiro haviam sido filmados. Após verificar que todos os itens do roteiro haviam sido contemplados nas filmagens, as fitas foram submetidas, na íntegra, ao julgamento de juízes.

5.4.4.4 Análise das filmagens por juízes

As cópias das fitas de vídeo foram entregues a dois juízes. Foi elaborada uma carta a esses juízes esclarecendo os objetivos da pesquisa e solicitando uma avaliação individual e detalhada das fitas, e que preenchessem o roteiro de itens a serem observados (APÊNDICE D). Posteriormente, foram criadas duas categorias “Risco” e “Não risco”, para que os mesmos classificassem cada item do roteiro previamente preenchido por eles. Houve

alta concordância entre os dois juízes (92,8%), não sendo necessário, portanto, a análise de um terceiro juiz.



RESULTADOS E DISCUSSÃO



http://anne_geddes.vila.bol.com

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalidade de facilitar a compreensão do leitor será fornecida, a seguir, uma legenda das abreviações que aparecerão nas tabelas, nos exemplos de relatos e na análise dos resultados obtidos.

Legenda:

DM1 a DM3 = diretores de escolas municipais
PM1 a PM12 = professores de escolas municipais
FM1 a FM3 = funcionários de escolas municipais
DP1 = diretor de escola particular
CPP1 a CPP3 = coordenadores pedagógicos de escolas particulares
PP1 a PP12 = professores de escolas particulares
FP1 a FP2 = funcionários de escolas particulares
f = frequência absoluta
N = número total de respondentes
n = número total de respostas

Ressalta-se que os participantes, geralmente, apontaram mais de uma resposta para as questões, motivo pelo qual o número de respostas será maior que o de participantes, na maioria das tabelas.

6.1 Opiniões e práticas dos profissionais de educação infantil

6.1.1 Opiniões sobre acidentes infantis

A inclusão da pergunta “Para você, o que são acidentes infantis?” no roteiro de entrevista visou captar junto aos profissionais as representações gerais que tinham sobre o tema.

Como pode ser visto na Tabela 1, foram diversas as respostas à questão formulada, as quais foram organizadas em torno de cinco categorias. Os resultados gerais obtidos juntos aos profissionais de escolas municipais e particulares indicaram não haver diferenças importantes em relação à frequência total de indicações que fizeram ($n=78$ e $n=75$, respectivamente), bem como em relação às representações que os mesmos fazem a respeito dos acidentes infantis, pois houve a mesma ordem de predominância das categorias.

Na categoria mais freqüente, referente aos “Tipos de acidentes”, considerando as subcategorias, observou-se por ordem de predominância, que 32 resposta referiram-se às “quedas” (ao solo, de brinquedos recreativos, de alturas), seis aos “choques mecânicos” (trombadas), cinco à “ingestão e/ou contato com produtos químicos” e quatro a “fraturas”.

Alguns trechos dos relatos abaixo exemplificam as subcategorias classificadas na categoria “Tipos de acidentes”:

(PM8)- Queda, engolir objetos... eles caem bastante, né? Ingerir substâncias... materiais de limpeza, remédios, esses negócios.

(DM2)- Eu acho que acidente infantil aqui pra minha realidade são quedas, fraturas, a criança que engasga... [...]

(PP8)- Quando quebra uma perna... eu acho que de coisa física, mesmo. É os acidentes que cai, que tão se machucando, que trombam... eu acredito que seja isso.

Observando-se as subcategorias da segunda categoria mais freqüente, tal como consta na Tabela 1, constata-se que 16 respostas foram relativas as “ações da criança” como elementos precedentes à ocorrência dos acidentes (correr, pular, brincadeiras, atravessar a rua sem atenção, a criança derrubar uma panela), outras 16 aos “espaços” (escola, cozinha, casa, parque) que propiciam a ocorrência de acidentes e 10 respostas se referiram a “objetos” que possibilitam/causam acidentes (brinquedos, tesoura, faca, fogão).

Tabela 1: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com as categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Para você, o que são acidentes infantis?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Profissionais de escolas municipais <i>f</i></i>	<i>Profissionais de escolas particulares <i>f</i></i>	<i>TOTAL <i>f</i></i>
Tipos de acidentes	Quedas	15	17	32
	Choques mecânicos	5	1	6
	Ingestão e/ou contato com produtos químicos	1	4	5
	Fraturas	2	2	4
	Queimaduras	1	2	3
	Tropeçar	2	--	2
	Bater a cabeça	2	--	2
	Mordida	2	--	2
	Choque elétrico	1	1	2
	Ferimento no queixo	--	2	2
	Cortes	1	1	2
	Engolir objetos	2	--	2
	Torção	1	--	1
	Raspão	--	1	1
	Arranhões	--	1	1
	Picada de inseto	1	--	1
	Engasgo	1	--	1
<i>Subtotal</i>		37	32	69
Antecedentes para ocorrência de acidentes	Ações da criança	8	8	16
	Ambientes	9	7	16
	Objetos	4	6	10
	Imprudência de terceiros	--	3	3
<i>Subtotal</i>		21	24	45
Classificação dos tipos de acidentes	Eventos leves	2	3	5
	Eventos graves	3	2	5
	Eventos inevitáveis	2	3	5
	Eventos imprevisíveis/ inesperados	3	2	5
	Eventos preveníveis	1	--	1
<i>Subtotal</i>		11	10	21
Definições	Tudo que venha machucar/prejudicar a criança	7	5	12
<i>Subtotal</i>		7	5	12
Faixa etária	Ocorre na faixa pré-escolar/escolar	2	4	6
<i>Subtotal</i>		2	4	6
TOTAL		78	75	153

Algumas das respostas dos profissionais referentes à categoria “Antecedentes para a ocorrência de acidentes” estão transcritas a seguir:

(PM7)- Eu acho assim, que são acidentes que ocorrem, assim... que a criança acaba causando, né? Não a gente assim... Às vezes, uma hora que ela tá correndo [...] porque eu acho assim, que acidentes infantis são aqueles que ocorrem... tipo assim, que as crianças acabam ocasionando, né?

(PM10)- Ah, eu considero quando uma criança tá brincando com uma determinada brincadeira... e se machuca [...]

(FM2)- [...] eles são muito assim... extrovertidos, como eu vou explicar... eles não tem cuidado com si próprios, vive correndo e você fala: “Não corre”. Aí eles correm mais ainda. Então daí que ocorre um acidente mesmo.

(PP4)- [...] Como acidente mesmo... com uma faca... um acidente de.. que eles não tem atenção ao atravessar uma rua. Então, tem aí várias coisas... um acidente com alguma coisa quente, que eles tem uma curiosidade enorme pelo fogo, né? Nossa, eles ficam assim, alucinados, né? Então, que acho que tudo isso são acidentes infantis.

Em relação aos relatos descritos anteriormente, pode-se observar que as ações da criança como “correr”, “pular”, “brincar” ou “a criança não tem cuidado com si própria” são vistas como condições prévias para os acidentes infantis. No entanto, o “brincar” e o “descobrir” é de suma importância para o desenvolvimento físico, social e mental da criança nessa faixa etária, quando há um ambiente seguro e a supervisão adequada de adultos. Quando isso não ocorre o “brincar” pode de fato se tornar causa de acidentes e lesões. Segundo Busquets e Leal (1998) é necessário a tomada de consciência de duas possíveis vivências em uma mesma situação: o prazer e o acidente, em função da atitude e do comportamento da criança em relação à situação.

No que se refere à subcategoria “imprudência de terceiros”, das três indicações, apenas uma profissional se referiu ao seu próprio comportamento como um possível antecedente para a ocorrência de acidentes. Este tipo de resposta evidencia que os profissionais, ao apontarem como elementos do acidente infantil predominantemente as ações das crianças e os aspectos externos a elas (espaços e objetos), parecem não estar percebendo

ele próprio como também um elemento que pode estar ligado aos acidentes infantis. Esta hipótese poderia ser investigada num posterior estudo, no qual poderia também ser melhor esclarecido se o profissional se percebe tanto como um potencial favorecedor do risco para o acidente ou como um dificultador, ou seja, prevencionista.

Comparando as duas principais categorias (“Tipos de acidentes” e “Antecedentes para ocorrência de acidentes”), percebe-se que o volume total de apreciações mostrou que um grande número de respostas (n=69) referiu-se ao próprio acidente, ao evento em si (quedas, choques mecânicos, ingestão de produtos químicos, queimaduras, etc.). Por outro lado, também pode-se observar que 45 respostas apontaram os fatores de risco para a ocorrência de acidentes (locais, objetos, imprudência de terceiros, ações das crianças).

Haddon, já na década de 60, afirmava que para raciocinar em torno de possíveis estratégias de prevenção de acidentes, deve-se ter em mente um conjunto de fatores (humano, ambiental, sócio-cultural) que envolve os riscos que precedem o acidente, o acidente em si e os danos causados por ele (BLANK, 1994).

Nas subcategorias da categoria “Classificação dos tipos de acidentes”, que constam na Tabela 1, com um total de cinco indicações cada, observa-se que aparecem como elementos que fazem parte da representação que têm os profissionais sobre o acidente, vários níveis de classificação do acidente, ou seja, “eventos leves”, “eventos graves”, “eventos inevitáveis” e “eventos imprevisíveis/inesperados”.

Alguns relatos dos participantes que ilustram este tipo de subcategoria serão transcritos a seguir:

(FP1)- Olha, eu acho assim... são coisas que acontecem, que não tem como tá evitando acontecer. [...] As crianças estão propícias a isso mesmo... não tem como...

(DM3)- É assim, os acidentes acontecem com maior ou menor gravidade, mais leves, menos leves, você entendeu?

Considerando as informações dadas nessa categoria, não parecem estar coerentes com a literatura as respostas fornecidas por alguns respondentes (n=10), que classificam os acidentes como “eventos inevitáveis” e “eventos imprevisíveis/inesperados”, o que permite questionar se esta percepção de algo inevitável não poderia interferir na motivação destes profissionais para a ação.

Ainda em relação a esses dados, faz-se importante lembrar o relato de Blank (1994), que apontou a necessidade de se adotar um novo conceito, no qual o acidente passa a ser considerado como “injúria não intencional” causada pela transmissão rápida de um tipo de energia dinâmica, térmica ou química de um corpo a outro, ocasionando danos e até a morte, e assim podem ser evitados e controlados.

Considerando o total de respostas, percebe-se que os profissionais tiveram representações ricas ao descreverem o que consideram acidentes infantis, principalmente em relação aos tipos de acidentes citados (quedas, choques mecânicos, ingestão e/ou contato com produtos químicos), as quais estão coerentes com as apontadas na literatura e na Classificação Internacional de Doenças -10ª revisão (CID-10). Apesar dos profissionais terem informações variadas, antes de se formular alguma estratégia preventiva de acidentes infantis nas escolas, faz-se importante definir claramente os objetivos e o método a ser adotado, pois muitas estratégias educativas são levadas ao insucesso, provavelmente porque se parte da premissa errônea de que a melhoria do conhecimento leva à alteração do comportamento e das atitudes dos indivíduos (Blank, 1994).

6.1.2 Riscos de ocorrência de acidentes infantis na escola

A inclusão da pergunta “No seu entender, quais são os principais riscos de ocorrência de acidentes infantis no ambiente escolar?” no roteiro de entrevista visou verificar o que os profissionais percebiam como risco na escola para a ocorrência de acidentes infantis.

Como pode ser visto na Tabela 2, a análise dos resultados obtidos dos profissionais de escolas municipais e particulares permitiu observar que os participantes das escolas municipais indicaram com maior frequência os riscos de ocorrência de acidentes infantis ($n=51$) do que os das escolas particulares ($n=36$). Diante desta diferença, seria importante novos estudos para verificar o que é percebido pelos profissionais e o que de fato ocorre nas escolas, principalmente a interação dos alunos entre si e com o ambiente.

Na categoria mais frequente, referente aos “Tipos de acidentes”, considerando as subcategorias, observou-se por ordem de predominância, que 13 respostas referiram-se às “quedas”, 12 aos “choques mecânicos” (trombadas) e oito ao “bater cabeça/testa/boca”.

Vale ressaltar que apesar da questão se relacionar com os possíveis riscos para a ocorrência de acidentes na escola, observou-se que um grande número de respostas ($n=30$) se referiram ao acidente em si e não ao risco dele ocorrer.

Entretanto, ainda que as respostas não tenham se relacionado intimamente à pergunta, as indicações que os profissionais forneceram corroboram os dados obtidos com o estudo realizado por Coppens e Koziara (1997), no qual indicaram que a principal injúria nos parques infantis em escolas eram as quedas (46%), seguida por trombadas com objetos (27%) ou com outras pessoas (16%).



Tabela 2: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “No seu entender, quais são os principais riscos de ocorrência de acidentes infantis no ambiente escolar?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Profissionais de escolas municipais</i>	<i>Profissionais de escolas particulares</i>	<i>TOTAL</i>
		<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Tipos de acidentes	Quedas	9	4	13
	Choques mecânicos	10	2	12
	Bater cabeça/testa/boca	5	3	8
	Fraturas	1	1	2
	Mordidas	1	--	1
	Ralar o joelho	1	--	1
	Picada de inseto	1	--	1
	Cortes	1	--	1
	Acidentes com algum objeto	--	1	1
<i>Subtotal</i>		19	11	30
Locais	Parque	1	6	7
	Brinquedos recreativos	3	3	6
	Escadas	1	4	5
	Ambientes escorregadios	3	--	3
	Piscinas	--	1	1
<i>Subtotal</i>		8	14	22
Ações da criança	Correr	8	1	9
	Brincadeiras	1	4	5
	Pular de altura	2	--	2
	Escorregar	--	2	2
	Pisar em falso	1	--	1
<i>Subtotal</i>		12	7	19
Outros	Brinquedos/objetos com ponta	1	2	3
	Remédios	--	1	1
	Horário do lanche	1	--	1
	Atividades livres	--	1	1
<i>Subtotal</i>		2	4	6
<i>TOTAL</i>		51	36	87

As percepções referentes aos riscos que os profissionais têm incluem, conforme pode ser visto na Tabela 2, os locais da escola como uma fonte de risco para a ocorrência dos acidentes infantis, predominando o “parque” com sete indicações, os

“brinquedos recreativos” (balanço, escorregador, rodinha, trepa-trepa) com seis e as “escadas” com cinco.

Vale ressaltar que, na categoria “Locais”, conforme os relatos obtidos, foi considerado como “parque” todo o ambiente externo de lazer e como “brinquedos recreativos” todos os brinquedos que encontravam-se no parque.

Alguns trechos de relatos dos participantes que ilustram este tipo de subcategoria serão transcritos a seguir:

(PM3)- Porque aqui na escola, por exemplo, que nós ficamos bastante atentas, é nos brinquedos recreativos, né? É assim... às vezes eles estão balançando, o balanço está em movimento e eles saltam... o trepa-trepa é muito alto... esses são comuns aqui. Quando ocorre é nesse sentido.

(PP4)- É o parque, que eu acho que é o maior, porque eles correm muito, eles... sabe? É o lugar que a gente tem mais cuidado com eles, que a gente tá sempre falando, sempre reforçando... porque correm, porque pulam, porque... sabe? Descem correndo o escorregador ou vão de cabeça, é isso. É o parque.

Este resultado parece estar de acordo com os apresentados no trabalho realizado nos Estados Unidos por Di Scala et al. (1997), no qual os autores demonstraram que de um total de 1558 injúrias ocorridas nas escolas, num período de 20 anos, 48,5% ocorreram nas áreas de recreação das escolas. As injúrias mais comuns foram as quedas (42,7%), sendo 33,7% de equipamento de playground.

Ressalta-se que das 13 respostas relativas ao “parque” e aos “brinquedos recreativos”, quatro foram fornecidas por profissionais de escolas municipais e nove de particulares. Essas informações são de extrema importância, ao se pensar em futuras ações educativas, permitindo delinear ações específicas para esse local, ou ainda para a continuação de futuras pesquisas que possam especificar a interação das crianças neste espaço físico.

Em relação aos possíveis riscos que possam haver no ambiente escolar, o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil (1998, p.71-72), que serve como guia para creches e escolas de educação infantil, recomenda que:

Para as crianças circularem com independência no espaço, é necessário um bom planejamento que garanta as condições de segurança necessárias. É imprescindível o uso de materiais resistentes, de boa qualidade e testados pelo mercado, como vidros e espelhos resistentes, materiais elétricos e hidráulicos de comprovada eficácia e durabilidade. É necessária, também, proteção adequada em situações onde exista possibilidade de risco, como escadas, varandas, janelas, acesso ao exterior etc. Os brinquedos devem estar seguros (seguindo as normas do Inmetro), laváveis e necessitam estar em boas condições. Os brinquedos de parque devem estar bem fixados em área gramada ou coberta com areia e não sobre área cimentada.

Observando-se a terceira categoria mais freqüente, constata-se que, novamente foram dadas respostas tendo como alvo as “ações das crianças”, categoria esta que englobou subcategorias como a de “correr”, com nove respostas, seguida pelas “brincadeiras”, com um total de cinco indicações.

Ressalta-se que a categoria “Locais” é a primeira mais predominante para os profissionais de escolas particulares ($n=14$) e a terceira para os de escolas municipais ($n=8$). Uma das hipóteses para essa diferença seria o fato de, nas escolas particulares, por se ter um número menor de crianças nas salas de aula, o professor poderia estar atento aos riscos que os locais podem oferecer à criança. Já nas escolas municipais, devido ao maior número de alunos por professor, o mesmo não conseguiria perceber tais riscos nos espaços físicos. Já na categoria “Ações das crianças” esse número se inverte. Ou seja, é a segunda categoria mais predominante para os profissionais de escolas municipais ($n=12$) e a terceira para os de escolas particulares ($n=7$). Diante de tais dados, a realização de novas pesquisas se faz necessária para se investigar a interação das crianças entre si (brincadeiras) e com o ambiente (brinquedos recreativos, escadas, ambientes escorregadios, etc.).

Observando os resultados obtidos, que constam na Tabela 2, ressalta-se a não diferenciação, por parte dos participantes, dos riscos para a ocorrência dos acidentes e do acidente em si. A modificação de comportamentos e atitudes dos indivíduos visando à proteção do acidente pode ser difícil se não for discriminado com clareza quais são os antecedentes do acidentes. Detectar os riscos potenciais que podem estar presentes no

ambiente e que constituem causa de acidentes é um dos elementos a ser desenvolvido em ações intersetoriais na direção da promoção da saúde.

Segundo Busquets e Leal (1998), os adultos podem detectar os objetos, situações ou comportamentos que possam ter consequências nocivas e causarem lesões de maior ou menor gravidade às crianças, bem como podem antecipar suas consequências adotando comportamentos para evitá-las. Por outro lado, as crianças vivenciam com frequência situações na escola com certos riscos, que podem provocar acidentes de diversa natureza. Dessa forma, se faz necessário um trabalho para incentivá-las a tornarem-se autônomas, capazes de discernir, no seu dia-a-dia, as situações de risco.

No sentido de especificar os tipos de risco que os profissionais percebiam no ambiente escolar, incluiu-se na entrevista a pergunta “Nesta escola, há algum ambiente ou situação que você considera mais propício para a ocorrência de acidentes?”.

Aos participantes que responderam “sim” à questão formulada (N=31 ou 86,1%), sendo 15 de escolas municipais e 16 de particulares, foi solicitado que explicitassem quais ambientes ou situações consideravam mais propícias para a ocorrência de acidentes.

Como pode ser visto na Tabela 3, os resultados gerais obtidos juntos aos profissionais de escolas municipais e particulares indicaram haver diferenças importantes em relação à frequência total de indicações que fizeram (n=48 e n=36, respectivamente).

Na categoria mais freqüente, referente aos “Ambientes”, considerando as subcategorias, observou-se, por ordem de predominância, que 25 respostas referiram-se ao “parque”, 18 aos “brinquedos recreativos” (balanço, trepa-trepa, rodinha, escorregador), oito a “qualquer ambiente” e cinco a áreas externas (piscina, quadra, pátio).

Alguns trechos de relatos dos profissionais referentes à categoria “Ambiente” estão descritos a seguir:



(PM2)- Eu acho assim, que em qualquer ambiente a criança corre risco.

(PM11)- Eu acho que o lugar mais perigoso é o parque, né? Não tem jeito, é o lugar que eles mais gostam de ficar, mas... Porque tem o trepa-trepa que é mais alto, né? Tem o perigo deles perderem o equilíbrio e de repente caírem. Escorregador...

(PP7)- É o parque e a quadra... Mas não assim que... eu acho que qualquer ambiente, que eles possam estar livre.

Tabela 3: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais ambientes ou situações que você considera mais propícios para a ocorrência de acidentes infantis na escola?” pelos profissionais de escolas municipais (N=15) e particulares (N=16).

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Profissionais de escolas municipais f</i>	<i>Profissionais de escolas particulares f</i>	<i>TOTAL f</i>
Ambientes	Parque	13	12	25
	Brinquedos recreativos	14	4	18
	Qualquer ambiente	4	4	8
	Áreas externas	1	4	5
	Sala de aula	1	1	2
	Corredor	1	--	1
	Escadas	--	1	1
<i>Subtotal</i>		34	26	60
Situações	Ações da criança que propiciam a ocorrência de acidentes	7	3	10
	Brincadeiras	3	4	7
	Situações em que a criança está livre	3	1	4
	Recreio	1	1	2
	Aula de educação física	--	1	1
<i>Subtotal</i>		14	10	24
<i>TOTAL</i>		48	36	84

Na categoria “Ambientes”, o parque e os brinquedos recreativos foram os locais citados com maior frequência pelos profissionais para uma possível ocorrência de acidentes. Segundo Costa (2003), dos 350 casos atendidos diariamente no Pronto Socorro Infantil do Hospital das Clínicas de São Paulo, 30%(105) são vítimas de acidentes em *playgrounds*. Estes resultados juntamente com os obtidos nesse estudo reforçam a necessidade

de uma maior atenção nesses locais, tanto pelos profissionais da educação, quanto pelos profissionais da saúde.

Observando-se a categoria “Situações”, tal como consta na Tabela 3, constata-se que 10 respostas referiram-se às “ações da criança que propiciam a ocorrência de acidentes” (balançar a cadeira, sentar em falso, correr, pular pelas escadas, escorregar no escorregador “ao contrário”), sete às brincadeiras”, quatro às “situações em que a criança está livre”.

Alguns trechos de relatos dos profissionais referentes à categoria “Situações” estão descritos a seguir:

(PM5)- [...] numa brincadeira, num pular corda, em qualquer coisa eu acho que a criança corre risco e a gente tem que tá atento.

(PM10)- [...] porque eles querem inventar brincadeiras diferentes... o escorregador, ao invés de escorregar, vai ao contrário, ou pular pelas escadas, né? Na rodinha, tem que fazer aquela... a montanha humana. Então, eles criam, eles inventam...

(PP1)- [...] é a situação... às vezes estão brincando de pazinha, baldinho no tanque de arcia... um fica nervoso, já arremesa... esse baldinho já machuca. Dependendo do lugar que bate... fica roxinho e às vezes pode até sangrar. É falar em cima o tempo todo.

(PP5)- [...] brincadeiras assim, em lugares abertos, onde a criança vai correr, que ela vai estar assim livre. Mais assim atividades livres, do que em atividades dirigidas. Porque nas atividades dirigidas, elas são mais contidas. Nas livres, não... elas estão mais soltas, elas podem correr [...] então elas podem subir em algum lugar, você pode tá vendo uma criança, a outra tá ali, ela pode cair lá de cima. Então eu acredito que nas atividades mais livre.

Faz-se interessante mencionar que novamente os profissionais forneceram respostas relacionadas às “ações das crianças” e às “brincadeiras”, tal como ocorreu quando se referiram aos principais riscos de ocorrência de acidentes no ambiente escolar (conforme consta na Tabela 2). Segundo o Referencial Curricular Nacional para a Educação infantil (1998, p.22), brincar é:

“uma das atividades fundamentais para o desenvolvimento da identidade e da autonomia. Nas brincadeiras as crianças podem desenvolver algumas capacidades importantes, tais como a atenção, a imitação, a memória, a imaginação”.

Para que o desenvolvimento infantil ocorra de forma saudável, entretanto, é necessário que a escola ofereça à criança um ambiente seguro.

Ainda de acordo com o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (1998, v.2, p.71)

a escola deve oferecer ao aluno conforto, segurança física e proteção. No entanto, proteger não significa cercear as oportunidades das crianças de explorarem o ambiente e conquistarem novas habilidades. Significa proporcionar ambiente seguro e confortável, acompanhar e avaliar constantemente as capacidades das crianças, pesar os riscos e benefícios de cada atitude e procedimento, além do ambiente.

A análise dos resultados obtidos dos profissionais de escolas municipais e particulares indicou haver diferenças importantes em relação à frequência das respostas dadas na categoria “Ambiente” (n=60) e à categoria “Situações” (n=24). Percebe-se que o “ambiente” foi indicado, novamente, pela maioria dos participantes, informação que pode fornecer subsídios para pesquisas mais específicas, como, por exemplo, observar quais são os fatores que levam o parque (n=25) e os brinquedos recreativos (n=18) a serem considerados os locais mais arriscados da escola. Esses dados também permitem questionar se esses locais foram mais indicados, pelo fato das crianças permanecerem neles por um período maior do turno escolar.

Os participantes que responderam não haver ambientes ou situações que propiciassem a ocorrência de acidentes infantis na escola (N=5 ou 13,9%) apresentaram justificativas como:

(FM3)- Ah, eu creio que não. Porque no parque, os brinquedos são todos adequados pra idade deles, né? Balanço já é feito com aquele, é... pneu... então, não tem perigo de bater a cabeça.

(PP11)- Bom, aqui nós não temos. Porque nas escadas nós temos dois corrimãos, né? Então, quer dizer, são dois corrimãos e não tem como, né? E todo ambiente

está, assim... bem adequado de acordo com eles, né? Então já imagino que isto é difícil de acontecer...

Vale ressaltar que dois participantes, apesar de responderem “não” à questão formulada, forneceram exemplos afirmativos, sendo considerados, portanto, na categoria “sim”. As respostas destes participantes podem ser observadas nos relatos a seguir e referiram-se, na sua maioria, às “ações da criança” (“elas são muito agitadas”, “correndo”, “pulando”, “derrubando cadeira”, “andando”).

(PM7)- Situação, não. Mas, eu acho que as crianças hoje em dia, elas são muito agitadas, a todo momento, elas tão correndo, elas tão pulando, elas não tem aquela calma de sair de um lugar... que nem a hora que vai sair do lanche, é aquele atropelo... sai derrubando cadeira. Então, é uma coisa assim... tudo você tem que pedir calma, “Vai devagar”. Eu acho que... não sei se é bem o ambiente, mas eu acho que é mais as crianças de hoje em dia.

(PP12)- Não, não. Porque é tão... eu digo imprevisível. Porque muitas vezes não tinha nada, nada, nada. A criança cai de madura e bate a testa. Então, quer dizer, é muito relativo. Porque às vezes é cheio de... o bebedouro, tem um aqui, tem uma ponta ali e não acontece nada. Já uma criança andando, ela escorrega ou cai mesmo, bate e faz aquele galão. Então, eu acho que não.

6.1.3 Ocorrência de acidentes infantis na escola

Além do levantamento dos fatores de risco no ambiente escolar, se faz necessário identificar a ocorrência de acidentes na escola, visando trazer mais apoio factual às opiniões dos profissionais. Dessa forma tornou-se pertinente a inclusão da questão “Houve algum evento ocorrido na escola que você considerou acidente infantil?”.

Aos participantes que responderam “sim” à questão formulada (N=32 ou 88,9%), sendo 17 de escolas municipais e 15 de particulares, foi solicitado que descrevessem os eventos considerados acidentes infantis. Na Tabela 4, verifica-se que 12 respostas referiram-se à “bater testa/cabeça”, também 12 apontaram como acidentes as “fraturas”, 11 os “cortes” e sete as “quedas”.

Alguns trechos de relatos dos respondentes estão transcritos a seguir:



(PM1)- Nessa turma que eu tô, não houve acidente nenhum, nada assim. Eu já tive alunos que fraturaram... um eu lembro, que fraturou o braço... assim, pulando do balanço. Não que o brinquedo seja um risco, mas o fato dele tá utilizando de forma errada.

(PM2)- Uma vez uma criança minha... o balanço voltou na cabeça dela, e fez um corte pequeno, e teve que dar ponto. Eu acredito que isso é um acidente infantil. Uma criança caiu do trepa-trepa e quebrou o braço... que eu lembre assim... sério assim... só.

(DM2)- Ah, foram muitos... como eu disse pra você, se quebra pra mim, se fratura é um acidente, é considerado por mim um acidente... então, eu já tive vários, né? Então são situações assim, que acontece sempre. Faz sete anos que eu tô aqui, e já teve sérios assim, três fraturas assim... que foram sérias. Uma teve que ser operado, a criança ficou imobilizada... já teve acidentes mesmos. Mas, também com um número tão grande de alunos... é impossível.

(PP5)- Bom, assim... crianças que já quebraram o pé, que bateram assim a cabeça, que sai sangue... essa assim, foi uma aluna minha, que ela deu pontinho na cabeça, isso foi na mesa do lanche... ela caiu pra trás... ela foi sentar, sabe a cadeira assim sem equilíbrio, e de mal jeito, daí eles caem... É, foi mais o que... o dedo, já prendeu em porta... uma coisa assim mesmo.

Tabela 4: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais eventos ocorridos na escola que você considerou um acidente infantil?” pelos profissionais de escolas municipais (N=17) e particulares (N=15).

<i>Tipos de acidentes</i>	<i>Profissionais de escolas municipais</i>	<i>Profissionais de escolas particulares</i>	<i>TOTAL</i>
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Bater testa/cabeça	5	7	12
Fraturas	6	6	12
Cortes	5	6	11
Quedas	2	5	7
Lesões dentarias/boca	3	3	6
Arranhões	3	3	6
Choques mecânicos	2	2	4
Torções	2	2	4
Contusões	3	--	3
Ferimentos no queixo	--	3	3
Preensão de dedo	--	3	3
Tropeções	--	1	1
Mordidas	1	--	1
TOTAL	32	41	73

Estes dados corroboram com os dados obtidos no estudo realizado por Fortin, em 1984, em pré-escola, no qual verificou que a lesão mais freqüente era a equimose, seguida de corte, e que a maioria das lesões ocorria na cabeça.

Conforme já citado na revisão de literatura, o fator sócio-econômico é um aspecto importante na determinação da ocorrência e do tipo de acidente, ou seja, quanto menor o nível sócio-econômico da população, maior o número de ocorrências de acidentes. Entretanto, os dados obtidos no presente estudo demonstraram que os profissionais de escolas particulares, cujos alunos geralmente são de um nível sócio-econômico melhor, citaram um maior número de tipos de acidentes que ocorrem na escola ($n=41$) em relação aos profissionais das escolas municipais ($n=32$). Ou seja, poderia se esperar que nas escolas municipais, com crianças menos favorecidas, o número de acidentes citados fosse maior do que nas escolas particulares. Estes dados podem sugerir que os profissionais das escolas municipais não lembraram e/ou não citaram os acidentes que ocorrem com freqüência ou que os acidentes nas escolas municipais ocorrem, de fato, com menor freqüência e/ou variedade. Outra hipótese para explicar esses dados poderia estar relacionada, novamente, com a formação e condições de trabalho dos professores das escolas particulares, que possuem um menor número de alunos em cada sala de aula, e, portanto, estariam mais atentos aos acidentes ocorridos, favorecendo os relatos a respeito deles.

Faz-se importante também ressaltar a diversidade de acidentes que foram citados como já tendo ocorrido nas escolas, fato que reforça a necessidade de investigar mais tal ocorrência e delinear alternativas de prevenção de acidentes infantis que incluam a formação permanente dos alunos e profissionais da educação no sentido de evitar novas ocorrências.



6.1.3.1 Acidentes em que a criança é socorrida na escola ou externamente

Na Tabela 5 constam as respostas dos profissionais referentes aos acidentes em que a criança é socorrida na própria escola e aos acidentes em que a criança necessita atendimento fora da escola. Observou-se uma mesma predominância nas duas categorias de respostas (n=49 e n=45 respectivamente).

Na categoria “Acidentes em que a criança é socorrida na escola”, considerando as subcategorias, observou-se, por ordem de predominância, que 19 respostas referiram-se aos casos de “ralados”, seis aos “arranhões”, também seis aos “ferimentos leves”. Com três indicações cada foram apontados: “cortes superficiais”, “choques mecânicos” (tombadas), “mordidas” e “quedas”.

A seguir são transcritas algumas falas dos participantes que ilustram a referida categoria:

(PM6)- Quando acontece um ralado, uma coisinha... quando a criança cai ou rala, quando não é um galo ou alguma coisa assim, que a gente vê que não tem hematoma. Quando é superficial, quando é uma raladinha superficial, um coisa assim.

(PM9)- Quando é um roxo, uma mordida... são coisas mais comuns assim... geralmente são isso. Quando dá pra você passar um remedinho você passa.

(PP6)- Eu acho que são nas situações mais corriqueiras... por exemplo, uma trombada, um bate a cabecinha com outro, quando cai no chão, rala o joelhinho, né?

(PP9)- Nos pequenos acidentes, né? Uma queda, um machucado, um raspão na perna.

Tabela 5: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas às questões “Em que situações a criança é socorrida na própria escola?” e “Em que situações a criança é encaminhada a um atendimento especializado (UBS, hospital, etc.) após um acidente?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Profissionais de escolas municipais</i>	<i>Profissionais de escolas particulares</i>	<i>TOTAL</i>
		<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Acidentes socorridos na escola	Ralados	6	13	19
	Arranhões	6	--	6
	Ferimentos leves	4	2	6
	Cortes superficiais	2	1	3
	Choques mecânicos	2	1	3
	Mordidas	3	--	3
	Quedas	1	2	3
	Picadas de insetos	1	1	2
	Terra nos olhos	2	--	2
	Torções	--	1	1
	Hematomas	1	--	1
<i>Subtotal</i>		28	21	49
Acidentes encaminhados para atendimento externo	Fraturas	7	7	14
	Cortes	7	6	13
	Batidas na cabeça	5	1	6
	Nos casos graves	3	--	3
	Lesões dentárias/boca	1	1	2
	Quedas	2	--	2
	Queixa de dor	2	--	2
	Choques mecânicos	1	--	1
	Torções	1	--	1
	Preensão de dedo	--	1	1
<i>Subtotal</i>		29	16	45
<i>TOTAL</i>		57	37	94

Ao equacionar as respostas dos respondentes a essa questão com outra realizada anteriormente (“Houve algum evento ocorrido na escola que você considerou acidente infantil?”) percebe-se que, apesar de quatro participantes (um de escola municipal e três de escolas particulares) referirem não terem conhecimento de acidentes no ambiente da escola, três deles relataram situações em que as crianças são socorridas nas escolas (“arranhãozinho”, “uma coisa leve”, “um raspãozinho”, “quando rala o joelho”, “tombinho”, “quando tropeça e cai”). Tais dados podem sugerir que esses participantes não consideram os

eventos citados como acidentes infantis ou que, por algum motivo, não citaram estes eventos ocorridos na escola como sendo acidentes. Considerando tais dados, questiona-se se esses profissionais estariam preparados para discernir, frente a uma ocorrência, se a mesma pode ou não ser considerada um acidente, reforçando a importância da implementação de cursos de orientações e primeiros socorros pelos profissionais da saúde nas escolas.

Observando as subcategorias da categoria “Acidentes encaminhados para atendimento externo” (hospital, UBSs, outros), tal como consta na Tabela 5, constata-se que 14 respostas referiram-se aos casos de “fraturas”, 13 aos “cortes”, seis às “batidas na cabeça” e três aos “casos graves”.

Alguns trechos dos relatos referentes à referida categoria são descritos a seguir:

(PM8)- Quando há um corte mais profundo... pra dar ponto ou quando a criança queixa que tá doendo o braço, assim... a gente... incha, e é imediatamente levado ao hospital ou se cai e dá uma batida mais grave na cabeça.

(PM9)- Quando assim... se uma criança bate a cabeça e desmaia, a gente já leva na hora, né? Ou no caso de uma fratura ou coisa assim, são casos que você tem que tá correndo.

(FM1)- Tipo assim... quando ela cai e bate a cabeça, aí ela corta. A gente encaminha para o Posto, pra eles tarem olhando, se precisa fazer sutura, se precisa tá encaminhando pras Clínicas, Hospital... se precisa tirar RX ou quando é um braço, uma perna, pé, né?

(PP5)- Se ela quebra um pé, ela precisa sair da escola... então, assim é comunicado o pai da criança, a família primeiro... mas também a escola não fica esperando o pai chegar. Se é uma coisa que realmente precisa, que tá saindo sangue, que precisa levar ponto, é levado.

É importante notar, na Tabela 5, que algumas subcategorias, como “Quedas”, “Choques mecânicos” e “Torções”, são citadas em ambas as categorias (“Acidentes em que a criança é socorrida na escola” e “Acidentes encaminhados para atendimento externo”). Diante de tais dados, se faz importante questionar quais são os critérios adotados pelos profissionais da educação infantil para definir os procedimentos a serem utilizados quando ocorre um acidente.

Segundo informações da Secretaria de Educação, não há no município, uma regulamentação que forneça aos profissionais critérios a serem adotados nos casos de acidentes, ou seja, quem defina em quais casos o atendimento pode ser realizado na própria escola e em quais casos a criança deverá ser encaminhada para atendimento fora da escola. O que parece prevalecer é o senso comum e a experiência (relatada por alguns profissionais).

Em relação ao profissional que atende a criança quando há um acidente infantil, os dados podem ser vistos na Tabela 6. Verifica-se que oito respostas referiram-se aos “coordenadores pedagógicos” e também oito ao “professor”. Com seis indicações cada, foram citados o “diretor” e o “assistente de coordenação”.

Vale ressaltar que as escolas municipais não possuem coordenadores pedagógicos, apesar de um respondente ter citado. Nas escolas particulares, embora os diretores estejam presentes, os profissionais que permanecem em contato direto com os alunos são os coordenadores pedagógicos e assistentes de coordenação, além dos professores.

A seguir são transcritas algumas falas dos participantes:

(PM4)- Assim... a primeira pessoa sou eu, né? Tem que lavar ou passar na hora assim... E logo em seguida a gente manda aqui para o berçário, né? Que tem a atendente de creche. Aí dependendo do resultado, ela tá encaminhando para a direção. Ou senão ela mesmo... se é uma pomadinha, pra dar uma limpada... Mas, medicar mesmo, a gente não medica.

(PP6)- Normalmente somos nós, professores, né? Quando acontece, a gente sempre tá pertinho e depois a gente passa pela coordenação, né? Pras pessoas tá assumindo.

(DP4)- A escola conta com uma profissional da área de enfermagem e também uma pessoa... auxiliar de coordenação que presta atendimentos.

Tabela 6: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitida à questão “Qual(is) profissional(is) atendem as crianças quando ocorre um acidente infantil?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).

<i>Profissionais</i>	<i>Profissionais de escolas municipais</i>	<i>Profissionais de escolas particulares</i>	<i>TOTAL</i>
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Coordenador pedagógico	1	7	8
Professor	5	3	8
Diretor	5	1	6
Assistente de Coordenação	--	6	6
Assistente de Direção	3	1	4
Atendente de creche	4	--	4
Profissional da área de enfermagem	--	1	1
Qualquer pessoa	--	1	1
TOTAL	18	20	38

Observa-se, também na Tabela 6, que quatro respostas referiram-se à “assistente de direção”, quatro à “atendente de creche” e com uma indicação cada foram mencionados “profissional da área de enfermagem” e “qualquer pessoa”.

Segundo relato dos profissionais, as atendentes de creche recebem cursos de primeiros socorros. Porém, nenhum dos respondentes soube informar quem organiza os referidos cursos (se a prefeitura, a Secretaria da Saúde, a Secretaria da Educação, ou outro). Também alguns professores referiram participar esporadicamente de cursos e palestras de primeiros socorros.

Diante dos dados, pode-se questionar se a conduta adotada pelos profissionais frente aos acidentes está amparada por capacitação e supervisão adequada. Apesar das atendentes de creches e de alguns professores referirem realizar cursos de primeiros socorros, todos os profissionais atuam diretamente com a criança nos casos de acidentes. Dessa forma, seria importante verificar se existe a possibilidade de implantar e manter um sistema eficiente de prevenção secundária na escola, através da promoção de cursos de capacitação em

primeiros socorros para professores, funcionários e pais. Nesse contexto, seria desejável a atuação integrada de diversos profissionais da saúde.

Nos Estados Unidos tem se mostrado pertinente a adoção de normas de atuação em situações de emergência na escola. Segundo a Academia Americana de Pediatria, cada escola deve identificar os indivíduos autorizados e esclarecidos para tomarem decisões quando ocorrem situações de emergência médica. Todos os membros do pessoal devem possuir os contatos com esses indivíduos. Além disso, cada escola deve possuir um plano de emergência que especifique a responsabilidade de contatar estes indivíduos durante uma situação de emergência (COMISSÃO PARA A SAÚDE ESCOLAR DA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA, 2001).

6.1.3.2 Procedimentos realizados com a criança após um acidente

Os profissionais foram questionados acerca dos procedimentos realizados com as crianças quando elas se acidentam na escola. Como pode ser visto na Tabela 7, foram emitidas diversas respostas à questão, as quais foram organizadas em torno de três categorias.

A análise dos resultados obtidos com os profissionais de escolas municipais e particulares indicou não haver diferenças importantes em relação aos totais das categorias de respostas (n=58 e n=54, respectivamente).

Na categoria mais freqüente, referente aos “Procedimentos realizados na própria escola”, considerando as subcategorias, observou-se, por ordem de predominância, que 12 respostas referiram-se que realizam o atendimento na própria escola (embora sendo 11 dos profissionais de escolas particulares), 11 que encaminham para algum profissional da escola (diretores, coordenadores pedagógicos, assistente de direção, assistente de coordenação) e nove que analisam a gravidade do acidente.



Tabela 7: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais procedimentos são realizados com a criança frente a um acidente infantil na escola?” pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=18).

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Profissionais de escolas municipais f</i>	<i>Profissionais de escolas particulares f</i>	<i>TOTAL f</i>
Procedimentos realizados na própria escola	Realizar o atendimento na própria escola	1	11	12
	Encaminhar para algum profissional (da escola)	6	5	11
	Analisar a gravidade do acidente	8	1	9
	Socorrer a criança	2	3	5
	Consultar a ficha informativa da criança	1	3	4
	Comunicar a direção ou coordenação	1	2	3
	Realizar os primeiros socorros na escola	1	2	3
	Deixa a criança em observação	2	--	2
	Pôr luvas para socorrer a criança	2	--	2
	Acalmar a criança	1	--	1
	Chamar o resgate	1	--	1
	<i>Subtotal</i>	26	27	53
Procedimentos envolvendo pais ou responsáveis	Comunicar os pais ou responsáveis	13	15	28
	Solicitar aos pais que busquem a criança	--	3	3
	Levar a criança até a casa da família	1	--	1
<i>Subtotal</i>		14	18	32
Procedimentos realizados fora da escola	Encaminhar para um Atendimento especializado	12	8	20
	Professora ou diretora acompanha a criança e familiares ao hospital	6	1	7
<i>Subtotal</i>		18	9	27
TOTAL		58	54	112

Esses dados reforçam, novamente, a necessidade da implementação de um programa de capacitação, de forma permanente, para todos os profissionais da educação infantil, além da importância de se dispor de uma regulamentação orientadora para as escolas.

Observando-se as subcategorias da segunda categoria mais freqüente, constata-se que 28 respostas referiram-se a “comunicar os pais ou responsáveis”, três a “solicitar aos pais que busquem a criança” e um a “levar a criança até a casa da família”.

Na categoria referente aos “Procedimentos realizados fora da escola”, considerando as subcategorias, observou-se que 20 respostas foram relativas a “encaminhar para um atendimento especializado (hospital, UBs, outros) e sete (19,4%) a “professora ou diretora acompanha a criança e familiares ao hospital”.

Alguns relatos dos profissionais estão transcritos a seguir:

(PM1)- A primeira coisa que se faz é comunicar o pai ou a mãe, né? E depois, dependendo da... igual o problema desse meu aluno, que fraturou... tava um dia chuvoso, a gente comunicou a mãe... aí a gente chamou o resgate para levá-lo, senão a gente encaminha... leva primeiro ao posto, pra alguma coisa assim... o posto de saúde fica do lado, ou se precisar fazer alguma coisa, a gente mesmo leva pro hospital.

(CPP2)- Depende da gravidade. Se for assim, que nem uma quebradura... a gente, enquanto uma socorre a criança, a outra já entra em contato com os pais. Daí os pais, como na maioria das vezes, preferem vir aqui, pegar a criança e levar pra um atendimento. Aí, se a gente não consegue entrar em contato com os pais, aí a gente já vai encaminhando... já vai levando a criança num lugar que ela deve ser atendida.

A atuação dos profissionais de envolver pais ou responsáveis na situação de socorrer a criança (n=32) é importante, entretanto, questiona-se se os pais e/ou responsáveis estão preparados para tomar decisão adequada frente a um acidente com a criança. O mesmo questionamento se aplica aos profissionais das escolas, pois conforme pode ser visto na Tabela 5, a maioria dos acidentes são tratados na própria escola (n=53).

Neste contexto, Pelicioni e Torres (1999) apontaram que a função das Escolas Promotoras de Saúde não se limita aos aspectos preventivos, mas deve também estabelecer

um sistema de referência para atendimentos de casos. Tal sistema deve incluir alianças entre a escola, a família e o setor público e colocar em prática estratégias comuns.

Em suma, se faz necessário uma visão integrada do controle dos acidentes, abordando medidas de prevenção primária e secundária, tanto num âmbito geral como nos principais riscos específicos aos quais a criança está exposta. Dessa forma, é papel da escola não só educar as crianças, mas também conscientizar a comunidade sobre a natureza dos problemas de segurança em todos os ambientes e das possibilidades de prevenir e controlar os acidentes. Segundo a OMS, na estratégia global “Saúde para todos no ano 2000”, é fundamental envolver a comunidade em geral nas questões relativas à saúde individual e coletiva, estabelecendo mecanismos para informar e motivar as comunidades para que assumam maior responsabilidade pela sua saúde.

Ainda segundo Widome (1992, p.25)

Os pais devem ser capazes de examinar o *ambiente* em que a criança vive e detectar e eliminar a maioria dos *fatores de risco*. Os pais devem saber avaliar a importância de aplicar estratégias preventivas múltiplas a cada categoria de risco, fornecendo *camadas de proteção* à criança. [...] Alguns pais ainda acreditam que acidentes são uma questão do destino, que dependem da estrela de cada um. Tal astrologia é perigosa.

6.1.4 Programas de prevenção de acidentes infantis na escola

Em relação à realização de programas de prevenção de acidentes na escola, 18(50,0%) respondentes (sendo sete de escolas municipais e 11 de escolas particulares), afirmaram haver, 9(25,0%) (sendo seis de escolas municipais e três de particulares), indicaram não haver e 9(25,0%) relataram realizar “programas não específicos” (sendo cinco de escolas municipais e quatro de particulares), como mostra o relato a seguir:

(PM5)- Olha, um programa específico, não. A gente às vezes trabalha com as crianças temas assim... de tá trabalhando... quando vai falar de bombeiro, alguma coisa... a gente sempre buscar falar do lado dos acidentes em casa... não só aqui na escola... principalmente em casa, né? Tem muitas crianças que às vezes tem irmãozinhos pequenos e a mãe vai pra lá cozinhar e ele fica cuidando... não tem noção, né? Então a gente procura tratar assim.

Aos participantes que responderam afirmativamente à questão formulada foi questionado quais profissionais realizavam os programas de prevenção de acidentes. Observa-se, na Tabela 9, que nove respostas referiram-se aos “bombeiros”, três aos “policiais” e seis aos “professores”. A categoria “outros” incluiu “pessoal da ENDURB”, “profissionais de enfermagem e medicina” e “Secretaria da Saúde ligada à Secretaria da Educação”.

Tabela 8: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais são os profissionais que realizam os programas de prevenção de acidentes escola?” pelos profissionais de escolas municipais (N=7) e particulares (N=11).

<i>Profissionais</i>	<i>Profissionais de escolas municipais</i>	<i>Profissionais de escolas Particulares</i>	<i>TOTAL</i>
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Bombeiros	6	3	9
Próprio professor	1	5	6
Policiais	1	2	3
Outros	2	--	2
TOTAL	10	10	20

Faz-se importante ressaltar que, em relação aos profissionais que realizam programas de prevenção de acidentes nas escolas, apenas seis respostas referiram-se aos “próprios professores”. Esse dado demonstra que, sendo o professor o profissional que mantém contato diário com os alunos, seria interessante a realização, por parte dele, de um trabalho sistemático, envolvendo aspectos preventivos dos acidentes com as crianças, e

também a realização de ações educativas em parceria com os demais profissionais da escola (funcionários, profissionais da saúde, etc.).

Ressalta-se também que, dentre os profissionais da saúde, apenas os profissionais de enfermagem e medicina foram citados e por uma única escola. Faz-se, portanto, necessária a integração de diversos profissionais da saúde com a equipe de planejamento escolar, inserindo ações relacionadas à prevenção de acidentes infantis, seja na orientação aos pais, corpo docente e discente, prevenindo, assim, futuros problemas de saúde decorrente dos acidentes, bem como ações relacionadas à promoção da saúde e proteção das crianças.

A análise dos relatos evidenciou, também, que muitos dos programas de prevenção são realizados por bombeiros e policiais. Seria interessante a realização de uma pesquisa junto às corporações desses profissionais, para se identificar quais outros temas são tratados mais especificamente, a periodicidade desses programas junto às escolas e se há uma avaliação dos resultados obtidos junto aos alunos e aos profissionais das escolas.

Aos participantes que responderam haver programas de prevenção nas escolas, foi solicitado que relatassem o que é tratado nesses programas. Como pode ser visto na Tabela 9, os resultados gerais obtidos juntos aos profissionais de escolas municipais e particulares indicaram não haver diferenças em relação à frequência total de indicações que fizeram ($n=13$ e $n=12$, respectivamente).

Observando-se a categoria “Assuntos tratados nos programas de prevenção”, pode-se verificar que 24 respostas (13 fornecidas pelos profissionais das escolas municipais e 11 pelos de particulares) referiram-se à “Prevenção de acidentes” (acidentes domésticos, acidentes em geral, acidentes de trânsito e acidentes com fogo) e apenas um respondente referiu que é tratado sobre “Primeiros socorros”.

Tabela 9: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “O que é tratado nos programas de prevenção de acidentes?” pelos profissionais de escolas municipais (N=7) e particulares (N=11).

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>		<i>Profissionais de escolas municipais</i>	<i>Profissionais de escolas Particulares</i>	<i>TOTAL</i>
			<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Assuntos tratados nos “programas de prevenção”	Prevenção de acidentes	Acidentes domésticos	5	4	9
		Acidentes em geral	4	4	8
		Acidentes de trânsito	2	2	4
		Acidentes com fogos	2	1	3
	Primeiros socorros		--	1	1
TOTAL			13	12	25

Alguns relatos a seguir exemplificam as respostas apresentadas pelos respondentes:

(PM5)- É... tem um projeto que tem nas EMEIs que os bombeiros vem... sobre acidentes. Eles falam bastante sobre acidentes domésticos, né? De ter cuidado com faca, com medicamento... uma vez por ano geralmente tem esse projeto.

(DM2)- Nós aqui... mas é aqui na nossa escola. Nós temos a Semana da Criança, certo? Então, na Semana da Criança, nós fazemos assim, eventos... pecinhas de teatro, fazemos um lanche diferenciado e tal. E eu sempre procuro, nessas oportunidades, tratar de tema assim, ligados a ... no ano passado veio o grupo da enfermagem aqui e da medicina, e eles fizeram uma pecinha de teatro sobre os alimentos e sobre os acidentes. Tipo assim... criança que mexe com faca, que se queima com o ferro... e aí a gente faz esse tipo de abordagem. Mas, eu só faço isso uma vez por ano, né? Onde a gente coloca os acidentes que podem acontecer e tal.

(PP10)- Olha, temos assim... na semana passada veio, né? Um policial fazer um trabalho sobre trânsito. Então, ele ensinou as crianças como atravessar a rua, como atravessar na faixa de pedestre.

(DM1)- O que nós temos aqui, que os policiais vem na escola, são as escolinhas de trânsito, né? Daí eles trazem motoquinhas, e fazem o circuito lá da rua, dos faróis... que acende, e você pode passar, quando você não pode, né? Que se ultrapassar aquele sinal, você pode ser atropelado, e tal. Então essa é a parte que os policiais... todos os anos, eles fazem na rede toda.

Tais dados demonstram a preocupação dos profissionais, tanto das escolas municipais quanto particulares, em englobar diversos tipos de acidentes nos “programas de prevenção”. Esse fato é de extrema importância para que os profissionais da saúde possam promover ações educativas preventivas nas escolas, aprofundando o conhecimento do professor na prevenção destes e de outros tipos de acidentes.

Na Tabela 10 pode-se observar as respostas dos participantes ao serem questionados em relação ao assunto tratado nos “programas não específicos” de prevenção de acidentes. A análise dos resultados totais obtidos com os profissionais de escolas municipais e particulares indicou não haver diferenças importantes em relação aos assuntos tratados nos “programas não específicos de prevenção”, pois a ordem de predominância dos itens foi a mesma, nem mesmo quanto à frequência total de indicações que fizeram ($n=13$ e $n=9$, respectivamente).

Observando-se a categoria “Assuntos tratados nos programas não específicos de prevenção” pode-se verificar que 22 respostas (13 fornecidas por profissionais de escolas municipais e 9 de escolas particulares) referiram-se à “Prevenção de acidentes” (acidentes em geral, acidentes domésticos e acidentes com fogo).

Algumas das respostas dos profissionais estão transcritas a seguir:

(DM3)- Olha, com as crianças eu acho que é constante, é diário, é os combinados que a gente fala. Eu acho assim... as regras, os combinados, toda turma tem... no berçário, cada um no seu nível, cada um na sua idade... Eu acho que tá lá “Não empurra o colega”, “Não dar murro no colega”, entendeu? Eu acho que isso aí é uma prevenção... e é uma coisa de todos os dias. Agora a atendente de pré é chamada na Secretaria de Educação, e ela faz lá um curso de primeiros socorros. Então, já teve um treinamento específico pra esse momento.

(P9)- Como é maternal, eu trabalho com eles todo dia, eu falo com eles... é mais oralmente. Porque eles não têm noção de perigo. Então, não sabem que tem que olhar pro chão, de não pular porque pode machucar o amigo... é até interessante, mas a gente tem que ver o que tem embaixo, né? Então, muitas vezes a gente “poda” algumas coisinhas pra evitar os acidentes. Então, no maternal eu falo muito, mas nada assim de papel. Então eu tô sempre falando com eles o que pode, o que é perigoso, o que não é.

PP8-[...] é mais esses momentos de ludicidade mesmo, que a gente vai discutindo... então, faca... eles gostam muito mexer com faca. Então, a gente tem culinária aqui na escola. Então, tá orientando: “Olha, em casa, pode fazer também... claro, mais e aí, como vai fazer? Tem que ter ajuda da mamãe. Porque é a mamãe que mexe com a faca, é o adulto que mexe com a faca, com o liquidificador”. Então, essas coisas também são orientadas na hora da culinária. Nas situações. Mas, um projeto próprio, eu não realizei... eu particularmente não realizei.

Tabela 10: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “O que é tratado nos programas não específicos de prevenção de acidentes?” pelos profissionais de escolas municipais (N=5) e particulares (N=4).

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Profissionais de escolas municipais</i>	<i>Profissionais de escolas Particulares</i>	<i>TOTAL</i>
		<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Assuntos tratados nos “programas não específicos de prevenção”	Acidentes em geral	5	4	9
	Prevenção de acidentes	5	3	8
	Acidentes domésticos	3	2	5
	Acidentes com fogos			
TOTAL		13	9	22

Esses relatos evidenciam a preocupação dos profissionais em relação à segurança das crianças. No entanto, essas orientações não são realizadas de forma sistemática por todos os profissionais das escolas. Seria interessante os professores abordarem junto aos alunos os acidentes já ocorridos na escola, mostrando as consequências dos mesmos e as medidas preventivas que poderiam tê-los evitados, complementando com uma avaliação dos resultados.

6.1.5 Possibilidade de implementação de medidas preventivas na escola

A inclusão da pergunta “Você acha que medidas preventivas poderiam ser implementadas para diminuir o número de acidentes na escola?” pretendeu verificar se os participantes visualizavam melhorias que pudessem ser realizadas nas escolas.

Dentre os entrevistados, 28 profissionais (77,8%) responderam afirmativamente à questão e oito (22,2%) negativamente.

Aos participantes que responderam “sim”, ou seja, que medidas preventivas poderiam ser adotadas, foi solicitado que explicitassem quais seriam estas medidas.

A análise dos resultados gerais obtidos junto aos profissionais de escolas municipais e particulares indicou haver diferença em relação às medidas preventivas (n=24 e n=41, respectivamente).

No entanto, apesar da questão referir-se às medidas futuras, 27 respostas referiram-se às medidas, tanto em relação ao ambiente quanto ao tipo/uso de objetos, já implementadas. Além disso, do total de 27 respostas (cinco fornecidas por profissionais de escolas municipais e 22 de particulares), houve uma discrepância grande entre elas. Tal diferença poderia ser investigada em função dos recursos que ampararam as medidas e se as escolas particulares investiriam maior recurso financeiro, para medidas preventivas do que as municipais, que dependeriam de recursos públicos.

Observando-se as subcategorias da categoria “Medidas já implementadas”, tal como consta na Tabela 11, constata-se que 19 respostas (sendo três fornecidas por profissionais de escolas municipais e 16 por profissionais de particulares) apontaram “medidas em relação ao ambiente” (escadas com corrimão, piso antiderrapante, reposição de areia no parque, manutenção de brinquedos, etc.) e oito, sendo duas fornecidas por profissionais de escolas municipais e seis por profissionais de particulares, referiram-se às

“medidas em relação ao tipo/uso de objetos” (uso de tesoura sem ponta, louças sanitárias adequadas ao tamanho do aluno, substituição de balanços de ferro pelos de pneu, proibição de tamancos ou chinelos de salto, etc.).

Tabela 11: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Quais medidas preventivas que poderiam ser implementadas na escola?” pelos profissionais de escolas municipais (N=12) e particulares (N=16).

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Profissionais de escolas municipais f</i>	<i>Profissionais de escolas particulares f</i>	<i>TOTAL f</i>
Medidas já implementadas nas escolas	Medidas em relação ao ambiente	3	16	19
	Medidas em relação ao tipo/uso de objetos	2	6	8
<i>Subtotal</i>		5	22	27
Difusão de conhecimentos	Orientações sobre prevenção de acidentes para crianças	12	4	16
	Palestras	1	3	4
	Campanhas/programas	4	--	4
	Teatros	--	2	2
<i>Subtotal</i>		17	9	26
Medidas que possam ser implementadas nas escolas	Medidas em relação ao ambiente	2	6	8
	Medidas em relação ao tipo/uso de objetos	--	4	4
<i>Subtotal</i>		2	10	12
<i>TOTAL</i>		24	41	65

Alguns relatos dos profissionais referentes à categoria “Medidas já implementadas nas escolas”, estão transcritos a seguir:

(PP3)- Sim, a gente tá sempre mudando, né? E agora, talvez em julho, o piso vai mudar, porque escorrega fácil. No parque sempre quando chove, sai bastante areia, e a gente sempre pede pra repor a areia, porque fica buraco... então, fica buraco, e cai. Então assim, tem algumas coisas que a gente tá sempre reivindicando. Os balanços a gente pediu pra trocar, porque antes era de ferro... um brinquedo que a gente acha perigoso, a gente vai notificar. E sempre, como o brinquedo é de

madeira, às vezes ele racha, né? Então a gente sempre avisa, eles passa a faxinha de proteção, que eles já conhecem, né? Fazem a manutenção sempre.

(PP8)- O que aconteceu, foram alguns casos de crianças estarem chegando na escola de chinelinho e caírem. Vem de sandalhinha... aquelas rasterinhas que mau prende aqui... tamanquinho... esse tamanquinho da Xuxa... e aconteceram alguns acidentes. Então, a escola mandou uma carta... redigiu uma carta bem elaborada, pedindo a conscientização dos pais. Porque na verdade, as crianças são muito pequenas pra tarem andando com salto daquele tamanho. E você tem que ver como que eles machucam os pés... não é correndo... nem correndo. É criança chegando, falando boa tarde, torce o pé e volta pro hospital. Aqui na porta da escola. Então, depois dessa carta, nós sentimos muita... melhorou, os pais começaram a se conscientizar... as crianças até usam, mas não aqui na escola. É sempre de sandália fechadinha, aquela sandália que abotoa ou de tênis... de chinelo, não. Então, às vezes eles ganham um chinelo novo, então querem mostrar pros amigos... então, traz o chinelo no pé, mostra... mas, traz uma dentro da mochila. Porque muitas crianças machucaram o pé, e machucaram assim, de quebrar mesmo... de quebradura e ter que engessar. Então, isso acontecia aqui na escola sim. Agora não acontece mais.

(PP1)- Só deve, né? Eu acho que é o que eu falei pra você... é conversar, explicar, né? Igual, agora nós estamos no mês de junho, eu tô trabalhando com eles, prevenção de acidentes, né? Então, não só de brincar, de estar vendo... a fogueira, os balões, os fogos. Então, nós trabalhamos muito em cima disso... é bonito? É, mas não serve pra... o que quê causa... fiz uma pesquisa com eles, né? O duro que essas coisas você não acha mais facilmente em revistas, sabe? Então eu montei um cartaz com eles... os perigos... daí tem o fogão, utensílios da cozinha que podem ser perigosos, cortantes. Então, trabalhar esse sentido também, sabe? Porque em casa eles tão vendo isso, não é mesmo? E agora é uma época legal pra você ta trabalhando isso, né? Os fogos, tal... queimaduras

(PP6)- Assim, dentro de cada projeto que a gente trabalha, conforme o professor... dependendo do que vai sendo trabalhado... em algumas situações a parte do acidente doméstico a gente costuma comentar. Principalmente, eu falo muito com a minha turma, que é o maternal.... a gente comenta muito sobre ficar perto do fogão, que na cozinha não é lugar de jogar bola, né? A gente comenta com eles nessas situações, assim. Assim um programa mesmo, todo mundo envolvido, uma coisa maior, eu não participei ainda. Mas, coisa corriqueira de comentar com as crianças, de colocar dentro de um projeto, questões dos acidentes domésticos, a gente sempre fala.

Em relação ao uso de objetos, o Referencial Curricular Nacional para a Educação

Infantil (1998, v.2, p.36) ressalta

É recomendável orientar as crianças a usarem os utensílios, brinquedos e objetos de forma segura. No caso de crianças de três anos (dependendo do desenvolvimento e do ambiente sociocultural) já podem usar garfo e faca quando fazem refeições, mas antes precisam ser orientadas sobre os cuidados com objetos pontiagudos e cortantes, assim como estes objetos devem ser destinados à sua finalidade, usados sob supervisão de adultos e adequados ao tamanho da criança.

Na categoria “Difusão de conhecimentos”, 16 respostas foram relativas a realização de “orientações sobre prevenção de acidentes”, quatro às “palestras” e outras quatro às “campanhas/programas”.

Vale ressaltar que na categoria “Difusão de conhecimentos”, enquanto 12 respostas fornecidas pelos profissionais das escolas municipais referiram-se às “Orientações sobre prevenção de acidentes” para as crianças, apenas quatro foram fornecidas pelos profissionais das escolas particulares. Pesquisas posteriores poderiam ser empreendidas para tentar conhecer as razões desta diferença, por exemplo, investigando de que modo os profissionais avaliam o tipo e a quantidade de informações que seus alunos deveriam receber.

Para a categoria “Medidas que possam ser implementadas”, oito respostas referiram às “medidas em relação ao ambiente” (repor areia sob os brinquedos regularmente, trocar o piso da escola, cortar as raízes expostas das árvores, dentre outras) e quatro (sendo todas fornecidas por profissionais de escolas particulares), referentes às “medidas em relação ao tipo/uso de objetos que possam ser implementadas” (substituição de brinquedos de madeira e de brinquedos que possam ser considerados perigosos).

É importante notar que das oito respostas para essa categoria, enquanto seis, fornecidas por profissionais de escolas particulares, apontaram algumas medidas que poderiam ser adotadas na escola, apenas duas foram fornecidas por profissionais de escolas municipais. Esse dado sinaliza a importância de trabalhos envolvendo profissionais da educação, da saúde, marceneiros, arquitetos, dentre outros, na percepção dos possíveis riscos que o espaço físico e os objetos utilizados pelas crianças possam oferecer e na adequação dos mesmos para a prevenção de possíveis acidentes infantis.

Em relação ao ambiente recreativo, é importante destacar as recomendações do Plano Nacional para a Prevenção de Acidentes em Playground (EUA) do ano de 2000, para que haja segurança nos parques infantis:



- (1) realizar supervisão adequada para as crianças nos parques infantis
 - Supervisionar as crianças, principalmente quando elas estão subindo, balançando e escorregando nos equipamentos.
 - Deve-se prevenir comportamentos como: empurrões, agarra-agarra e multidões em volta do equipamento.
 - Deve-se remover capuz e cachecol das crianças.
 - É imprescindível que as crianças estejam calçadas.
 - Certificar-se de que não há riscos óbvios ao redor dos equipamentos.
 - Os supervisores devem estar treinados para atender a qualquer tipo de emergência.

- (2) designar a idade apropriada para uso de cada brinquedo dos parques infantis:
 - Fazer com que as crianças brinquem nos equipamentos apropriados para a idade.
 - Devem existir áreas restritas com equipamentos apropriados para crianças de 2-5 anos e para as de 5-12 anos.

- (3) instalar superfícies apropriadas embaixo e ao redor dos brinquedos:
 - É extremamente importante a existência de superfícies que absorvam o impacto, estas devem estar embaixo e ao redor do equipamento, evitando-se asfalto, concreto e superfícies sujas.
 - Para equipamentos fixos a área a ser coberta por material superficial absorvente de impacto deve estender-se por pelo menos 1,75m. a partir da extremidade do equipamento, já para os equipamentos moveis a área a ser coberta deve ser de 1,75m. além do deslocamento máximo do equipamento.
 - As superfícies recomendadas são principalmente: borracha, produtos de cortiça e de madeira, areia e cascalho fino.
 - Especial atenção deve ser dada para os possíveis perigos que podem resultar da sujeira produzida pelos animais.
 - É necessário remover o entulho e repor o material sempre que necessário.

- (4) realizar manutenção constante dos equipamentos:
 - Checar o equipamento do parquinho para certificar-se de que ele está em boas condições, e se não possui pontas e/ou extremidades afiadas.
 - Checar a temperatura das superfícies de metal antes de as crianças utilizá-las, a luz do sol aquece essas superfícies que causam queimaduras em poucos segundos.

Um dos respondentes que afirmou não acreditar que medidas preventivas poderiam ser implementadas na escola, justificou:

(PM11)- Não sei que tipo de medida. Porque, tem acidentes assim... na maioria quando ocorre, são coisas assim, inevitáveis, né? Parque não tem jeito... brinquedos, não tem como... O que a gente estuda no referencial curricular, né? A escola ideal é aquela escola plana, sem escadarias, né? Mas, isso é fora da nossa realidade. Então, a gente tem que adequar o nosso trabalho à realidade que a gente vive, né? Porque se você for ler... a gente sabe o que tem que ser feito, né? Então, a gente tem que ta adequando mesmo, a nossa prática à realidade que a gente vive.

De acordo com Berger (2001), é cada vez mais evidente, no entanto, que uma criança que escapa de lesões graves na infância não “tem apenas sorte” e que nenhum acidente é “apenas um acidente”. Seria importante que tanto os profissionais da escola quanto os pais, colocassem em prática o controle de lesões mais simples. Primeiramente, poderia se *pensar de maneira preventiva e protetora*, guardar em lugar seguro medicamentos e produtos de limpeza, focalizar a atenção nos riscos que o ambiente possa oferecer e assim por diante. Depois poderiam ser *analisadas as lesões reais*. Arranhões repetidos nos joelhos, por exemplo, sugerem que é necessário providenciar uma melhor superfície para brincar ou dispositivos de proteção – não porque joelhos arranhados sejam um problema em si mesmos, mas porque, se o próximo tombo ocorrer em circunstâncias ligeiramente diferentes, o resultado pode ser uma concussão cerebral ou um membro fraturado.

6.1.6 Abordagem do tema acidentes infantis em reuniões formais ou informais

Os participantes foram questionados acerca da possibilidade do tema acidentes infantis ser tratado em reuniões formais ou informais. Verificou-se que, do total de 36 respondentes, 34 (94,4%) responderam que “sim”, que o tema é tratado na escola e dois (5,6%) que “não”.

Aos participantes que responderam afirmativamente à questão, ou seja, 34(94,4%) profissionais, foi questionada a forma como o tema acidentes infantis é tratado na escola. Do total de respostas fornecidas, 34 referiram ser de “modo formal” (reuniões pedagógicas, bimestrais, semanais, reuniões com pais, cursos, palestras) e cinco ser de “modo informal” (em conversas entre os profissionais).

Questionou-se, em seguida, qual(is) tema(s) são tratados nestas reuniões. Como pode ser visto na Tabela 12 as respostas foram organizadas em torno de três categorias. A análise dos resultados gerais obtidos junto aos profissionais indicou não haver diferenças

importantes em relação à frequência total de indicações que fizeram (n=21 e n=27, respectivamente).

Na categoria mais frequente, referente à “Prevenção de acidentes”, considerando as subcategorias, observou-se por ordem de predominância que 12 respostas referiram-se tratar da “Prevenção de acidentes em geral” e três de “Medidas em relação ao tipo/uso dos objetos que possam ser tomadas”.

Alguns trechos de relato dos participantes, que ilustram essa categoria, estão descritos a seguir:

(PM4)- [...] se vê a criança correndo, procurar parar ela de correr, não deixar ela continuar correndo ou qualquer coisa que ocorrer tá sempre participando ela, pra ela tomar as devidas providências.

(PP2)- [...] a gente tá sempre pedindo... esses brinquedos mesmos, nós já pedimos pra trocar, porque é um brinquedo... ele não tá velho... você olha assim, ele tá praticamente novo, mas pra gente ele é velho, porque já tá faz tempo na escola, né?

Nota-se que das 12 respostas fornecidas pelos profissionais que referiram ser o assunto tratado nas reuniões a “prevenção de acidentes em geral”, 10 eram das escolas municipais, bem como esta foi a única subcategoria que recebeu indicações dos profissionais municipais referentes à prevenção de acidentes. As demais subcategorias de “prevenção de acidentes”, que incluem a discussão de medidas e planejamento de atividades mais específicas, foram as que aglutinaram respostas apenas dos profissionais de escolas particulares. Esses dados confirmam os obtidos na questão anterior, na qual verifica-se que os profissionais das escolas particulares indicam com maior frequência medidas já implementadas e as que possam ser implementadas para a diminuição dos acidentes infantis.

Nesse contexto, é importante destacar os dados referentes à preocupação dos profissionais das escolas particulares com o ambiente e os objetos. Segundo o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (1998), ao organizar um ambiente e adotar atitudes e procedimentos de cuidado com a segurança, conforto e proteção da criança na

instituição, os professores oferecem oportunidades para que ela desenvolva atitudes e aprenda procedimentos que valorizem seu bem-estar. Tanto a creche como a pré-escola precisam considerar os cuidados com a ventilação, insolação, segurança, conforto, estética e higiene do ambiente, objetos, utensílios e brinquedos.

Tabela 12: Distribuição das frequências absolutas, de acordo com categorias e subcategorias de respostas emitidas à questão “Qual(is) assunto(s) é(são) tratado(s) em relação aos acidentes infantis nas reuniões formais e informais? pelos profissionais de escolas municipais (N=18) e particulares (N=16).

<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Profissionais de escolas Municipais f</i>	<i>Profissionais de escolas Particulares f</i>	<i>TOTAL f</i>
Prevenção de acidentes	Prevenção de acidentes em geral	10	2	12
	Medidas em relação ao tipo/uso de objetos que possam ser tomadas	--	3	3
	Medidas em relação ao ambiente que já são tomadas	--	2	2
	Possibilidade de ocorrência de acidentes	--	2	2
	Medidas em relação ao ambiente que possam ser tomadas	--	2	2
	Medidas em relação aos objetos que já são tomadas	--	1	1
	Planejamento de atividades para evitar acidentes	--	1	1
	<i>Subtotal</i>	10	13	23
Acidentes já ocorridos		8	12	20
<i>Subtotal</i>		8	12	20
Primeiros socorros		3	2	5
<i>Subtotal</i>		3	2	5
<i>TOTAL</i>		21	27	48

Observando a segunda categoria mais freqüente, constata-se que 20 respostas referiram-se aos “Acidentes já ocorridos”, como pode-se observar nos relatos a seguir:

(PM4)- Sim, quando a gente reúne em reuniões pedagógicas, sempre surge às vezes algum caso, alguma coisa e a gente sempre expõe, né? A escola toda se mobiliza e acaba conversando sobre isso. Também é um exemplo pra maioria dos professores, o que acontece.

(CPP1)- É tratado os acidentes que aconteceram, o que quê pode ser feito, o que poderia ter sido feito pra não acontecer. A gente também procura, por exemplo, alguém se machuca em um brinquedo... então, vamos lá, vamos ver que brinquedo que é, se dá pra melhorar, se dá pra fazer alguma coisa ou é algo que acontece e... e não tem como fazer.

(FP1)- É... o que já aconteceu, algum acidente que já ocorreu e que não foi legal. Então, a gente conta porque aconteceu, como tá prevenindo pra não acontecer novamente. [...] a gente sempre conversa a respeito, porque até mesmo com mais pessoas conversando, a gente troca idéias, né?

(DM3)- [...] se foi um fato que acabou de acontecer, eu falo: “Você viu o que aconteceu com fulana, aconteceu isso, isso e isso e ela... Porque às vezes a gente socorre e todo mundo fica sabendo, mas então eu aproveito aquele momento em conjunto pra tá falando [...]

Ressalta-se que, apesar da questão formulada se referir às reuniões formais e informais entre os profissionais da escola, seis respostas referiram-se que o assunto “prevenção de acidentes” também é abordado com os pais em reuniões. Dessa forma, parece haver oportunidade para se realizar na escola programas de prevenção primária, talvez até de forma sistemática, envolvendo os pais, além dos profissionais da educação.

Segundo Pelicioni e Torres (1999), é função das Escolas Promotoras de Saúde estabelecer uma relação estreita com as famílias, consultando os pais, sobre assuntos de interesse, especialmente os relacionados à saúde das crianças.

Observando ainda a Tabela 12, pode-se constatar que cinco respostas referiram-se tratar dos “Primeiros socorros” nas reuniões. Novamente, se aponta aqui a necessidade de sistematização de cursos de capacitação em primeiros socorros, não só aos professores, mas a todos os profissionais da escola, pois como já apontado neste trabalho, todos os profissionais atuam diretamente com a criança nos casos de acidentes.

6.2 Características dos documentos de notificação de acidentes infantis

Durante as entrevistas, os diretores e coordenadores pedagógicos foram questionados acerca da existência de registros específicos (em livros, caderno, etc.) dos acidentes ocorridos nas escolas.

Nas escolas particulares, os profissionais (um diretor e dois coordenadores pedagógicos) referiram não haver um procedimento específico de notificação dos acidentes ocorridos, apenas em relatórios enviados à seguradora e nos cadernos dos alunos, não ficando arquivados nas escolas, tal como pode-se ver nos relatos a seguir:

(CP1): Não, a gente tem... não temos nenhum caderno específico pra mostrar... falando desses acidentes. Mas, nós temos um seguro aqui na escola. Então, todos os acidentes que tem na escola, tem que fazer um relatório... só que aí, é a secretaria que faz. A secretaria entra em contato... depois... com os pais, e a gente faz o relatório de como aconteceu. Então, elas fazem esse relatório, aí tem que... junta a documentação dos pais e manda pra essa seguradora. [...] essa ficha, todos os alunos tem. Mas, nós não fazemos nenhum relatório na ficha do aluno quando acontece algum acidente.

(CP2): Na ficha da criança. São as anotações que cada professor tem no caderno. E ele vai fazendo o registro da criança, de uma forma integral, como um todo, né? E aí é colocado também esse tipo de acidente.

(DP4): Os registros são feitos na agenda do aluno. São registrados na parte de Comunicação aos pais e vistos pela coordenação.

Nas escolas municipais todos os profissionais (três diretores) afirmaram realizar notificações dos acidentes infantis.

De acordo com uma das respondentes, a notificação de acidentes é um procedimento obrigatório em todas as escolas municipais de educação infantil. Outra respondente se referiu à segurança que o documento oferece ao ocorrer algum acidente com a criança em casa e a mesma ser mandada para a escola.

(DM3): Olha, já aconteceu o seguinte... nós tivemos orientação assim... já aconteceu um acidente, há muito tempo atrás com uma criança... saiu de casa, e ela veio pra escola com problema, e a mãe queria uma indenização, entendeu? Queria

responsabilizar a escola, e a professora viu como ele chegou... Então aquele episódio serviu pra que a mãe pudesse tá passando a responsabilidade de uma coisa que aconteceu em casa, pra escola... deixa que a criança venha. Então, é muito importante você tomar nota disso... é importante pra depois... que a criança foi atendida... você tem uma prova. Então a gente faz isso justamente pra se proteger também, pra.... eu acho também que fica uma coisa mais organizada [...]

A seguir serão descritas as informações obtidas de cada uma das três escolas municipais que mantinham registros sobre os acidentes.

Faz-se necessário ressaltar que apesar de todas as escolas municipais possuírem registros de ocorrências de acidentes, as informações contidas neles diferem entre si. Constatou-se que na Escola municipal 1, não há uma sistematicidade no preenchimento dos registros, visto que em um dos relatos não consta o local onde ocorreu o acidente. Já na escola municipal 2, todos os itens descritos no APÊNDICE E foram contemplados. Na Escola municipal 3 não foi possível analisar os itens, pois não se teve acesso aos registros e sim apenas à ficha que é preenchida quando há alguma ocorrência com a criança.

Na Escola municipal 1 consta um caderno denominado “Livro de Ocorrência”, onde lê-se na primeira página “Este livro destina-se ao registro de toda e qualquer ocorrência referente aos alunos, professores e funcionários desta Unidade Escolar no ano de 2003”. Neste livro, além dos acidentes infantis, são registrados todos os episódios ocorridos com as crianças, como febres, vômitos, dor de cabeça, dor de ouvido, diarreia, dor de barriga e outros.

Alguns relatos retirados do referido livro foram:

[...] do pré-I integral, ao chegar na Escola, caiu na quadra quando tropeçou no pé de um coleguinha e veio a cortar o lábio superior (interno), a atendente de creche [...] o levou até o Posto de Saúde onde a criança foi encaminhada e constatou-se que não havia sido nada grave, mandou que colocássemos gelo no local.

A aluna [...] do pré-II integral ao abraçar uma amiguinha veio a cair e bater a testa provocando um pequeno corte e um galo. O estagiário [...] trouxe até a direção para a diretora S. que atendeu a criança e pode verificar que não havia sido nada de grave, o ferimento foi lavado e colocado gelo sobre o galo.

A aluna [...] ao sair do salão de manhã para ir para a quadra, escorregou e bateu a testinha no banco, cortando a sombrancelha direita; a [...] levou-a até o PAS, onde a aluna foi atendida e nada de mais grave ocorreu, nos orientaram para observá-la e foi colocado apenas um ponto-falso no ferimento.

Faz-se importante salientar que, em todos os relatos aqui transcritos, os trechos entre chaves foram colocados em substituição aos nomes das crianças e dos funcionários que constavam nos registros originais, com a finalidade de manter o anonimato das pessoas.

Na Escola municipal 2, o diretor apresentou um caderno chamado “Livro de Ocorrências”, com registros dos anos de 1998 a 2003, onde constavam todos os eventos ocorridos e considerados como acidentes infantis, o procedimento adotado com a criança e o pós-acidente, os quais eram assinados ao final pela professora responsável pela criança e pela assistente de direção.

Abaixo segue a transcrição de alguns registros retirados do “Livro de Ocorrência”:

O aluno [...] no dia 22-05-03 às 10h45, caiu no quiosque, pois ao invés de entrar pelo portão do quiosque, o mesmo pulou a cerca. Chorou um pouco, mas disse que não estava doendo e não estava inchado. Foi almoçar normalmente e após isso foi para o repouso. As 13:00 hs quando acordou, estava mancando e queixou de dor. Imediatamente entramos em contato com a mãe e a mesma acompanhou a professora até a Prontomed. Tirou R.X. e o médico constatou que nada aconteceu, receitando apenas um anti-inflamatório. Deixamos a mãe no serviço, compramos o remédio e voltamos para a escola.

A aluna [...] no dia 27-05-2003, escorregou e bateu a testa no bebedouro. Na hora cresceu um hematoma grande. Tomamos as primeiras providências com gelo e Hirudoid e em seguida foi encaminhada para o Hospital M.I. em companhia da mãe e professora. Foi atendida e tirou raio-x e constatou-se que nada havia acontecido.

A aluna [...] estava em atividade com arco e a mesma tropeçou e caiu, batendo a testa no piso. No momento o hematoma cresceu e fizemos os primeiros socorros com gelo e Hirudoid. Em seguida telefonamos para a mãe e a mesma acompanhou a criança e professora para o Hospital M.I.. Após tirar raio-x, nada ficou constatado de grave; apenas o hematoma.

Aos 18 de setembro de 2002, o aluno [...] correndo no refeitório, tropeçou no pé da mesa, caindo e ferindo a fronte próximo ao super-cílio esquerdo, sendo encaminhado ao Hospital Universitário, onde foi feita a sutura (2 pontos) e realizado raio-x, sendo diagnosticado que não apresentou nenhum trauma craniano. Foi receitado apenas Dipirona se reclamasse de dor no local.

Em 29-03-2001, o aluno [...] chegou de manhã na escola e segundo a avó, o mesmo estava reclamando de dores na perna e disse que seria por causa da alameda. Após

alguns minutos de início de atividade, a criança enrijeceu todo o corpo (membros inferiores e superiores) e deu um grito. Ele foi levado a UBS e logo em seguida chamaram o resgate e o levou até o hospital em companhia da professora e da avó. Ele sofreu duas convulsões. A médica constatou junto a família que o mesmo ingeriu vários comprimidos de Haldol (medicamento controlado) em casa. A criança ficou internada e recebeu alta à noite.

Na Escola municipal 3, o diretor informou que realiza as notificações por meio de um formulário próprio, o qual é enviado aos pais e uma cópia retirada, por meio de papel carbono, fica anexada a um caderno na escola.

(DM2): Temos. A escola tem uma fichinha... Então, a gente coloca o dia, o nome do aluno, a turma, a hora e os sintomas que ele apresentou. Se ele teve febre, diarreia, vômito... quando é um acidente, é anotado em outros motivos. Essa ficha é enviada pros pais, mas é feita uma cópia que fica arquivada aqui na escola. Esse vai pro pai, mas eu coloco um carbono e faço uma cópia.

A seguir consta o modelo do formulário de registro utilizado pela escola:

EMEI	
C o m u n i c a d o	
Senhores pais, comunicamos que:	
No dia ____/____/____ o (a) aluno (a) _____	
Da Turma _____ às _____ horas, apresentou os seguintes sintomas:	
☐ Febre (_____)	Outros motivos: _____
☐ Diarreia	_____
☐ Vômito	_____
☐ Dor de ouvido	_____
☐ Dor de dente	_____
_____ - Professora -	_____ - Direção -

Os resultados obtidos indicam que diferentemente das escolas particulares, as escolas municipais pesquisadas mantêm na escola registros dos eventos considerados acidentes infantis. Embora tais registros não sejam feitos de forma padronizada, eles oferecem outros detalhes além daqueles indicados por meio dos relatos dos profissionais acerca dos acidentes ocorridos, o que é importante para uma coleta de dados mais abrangente.

Faz-se relevante enfatizar a importância das notificações padronizadas na implementação de ações educativas preventivas, pois podem sinalizar os elementos que devem ser contemplados por tais ações, bem como permitir o acompanhamento da eficácia de trabalhos preventivos já realizados, ou a serem implementados.

Em relação à notificação e documentação em casos de acidentes escolares, a Comissão para a Saúde Escolar da Academia Americana de Pediatria (2001, p.279), sugere que:

Os pais, os tutores ou os indivíduos que se entra em contato em caso de emergência, deverão ser informados sobre eventuais lesões sofridas pelos seus filhos na escola. A descrição e as implicações de doenças ou traumatismos significativos (sobretudo doenças ou traumatismos para os quais o aluno é dispensado da escola para consulta a um médico ou ir ao hospital) deverão ser registradas num impresso próprio. Estes impressos também são utilizados para rever o tipo de traumatismo mais habitual, para informar os pais das circunstâncias e como lidar com a lesão, para informar o local onde a criança recebe habitualmente os seus atendimentos de saúde ou o serviço de emergência médica, e como documentação para fins legais e de seguros.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem proposto a implementação de uma Política Nacional de Redução da Morbidade por Acidentes e Violências, via um programa de computador, instituída pela Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001, que tem como um dos objetivos, realizar estudos de incidência e direcionar ações educativas, preventivas e intervencionistas em conjunto com outras áreas de governo, como as de segurança pública, assistência social, trabalho e transportes. O programa foi denominado “Sistema de Informações em Saúde para Acidentes e Violências/causas externas” (SISAV) e, nele devem

ser informada a identificação do paciente, identificação da ocorrência (data, hora, local, quem socorreu a vítimas, etc.), identificação do agravo (natureza da lesão, tipo de causa externa, evolução do caso, etc.), dentre outras informações referentes à instituição de saúde que recebeu o paciente. Parece interessante estudar a possibilidade de adotar nas instituições educacionais um sistema similar a este, podendo vir a se tornar um instrumento fundamental no planejamento de ações educativas para a promoção da segurança e prevenção de acidentes infantis.

6.3 Características dos espaços escolares

Na Tabela 13 consta a distribuição dos números totais de itens de risco que foram identificados nos diferentes espaços escolares observados nas escolas municipais e particulares. Verifica-se que as escolas municipais apresentaram maior número de itens de risco ($n=28$) em relação às escolas particulares ($n=21$). Pode-se ainda constatar, por ordem de predominância, que as “áreas externas” apresentaram maior número de itens de risco ($n=19$), seguida pelos “playgrounds” ($n=18$), pelos “corredores” ($n=7$), e pelos “banheiros” e “salas de aula”, estes com quatro itens cada.

Tabela 13: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nas escolas municipais ($N=3$) e particulares ($N=3$).

<i>Espaços escolares</i>	<i>Riscos observados nas escolas municipais</i>	<i>Riscos observados nas escolas particulares</i>	<i>Total</i>
Áreas externas	12	7	19
Playgrounds	9	9	18
Corredores	5	2	7
Banheiros	3	1	4
Salas de aula	2	2	4
TOTAL	28	21	49

A seguir serão descritos os itens de risco detectados e as frequências com que foram observados nas escolas municipais e particulares, que podem ser vistos nas Tabelas de 14 a 18.

Na Tabela 14 observando-se os itens filmados nas **áreas externas** (áreas ao redor do prédio escolar, com exceção do *playground*) das escolas, verificou-se nas escolas municipais, a presença de doze situações de risco para a ocorrência de acidentes: piso com buracos nas três escolas, área de barrancos nas Escolas 1 e 2, a presença de árvores altas que possibilitam brincadeiras de escalar nas Escolas 1 e 2, muros de telas que também possibilitam brincadeiras de escalar, nas três escolas, e mesas e cadeiras com superfície lascadas nas Escolas 1 e 3. Nas escolas particulares verificou-se a presença de sete situações de risco: o piso com buraco na Escola 3, presença de árvores altas e muros de telas que permitem brincadeiras de escalar, nas três escolas.

Tabela 14: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nas áreas externas das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

<i>Espaços escolares</i>	<i>Riscos</i>	<i>Escolas municipais</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Escolas particulares</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Total</i>
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		
Áreas externas	Piso com buracos	1	1	1	3	--	--	1	1	4
	Barrancos	1	1	--	2	--	--	--	--	2
	Árvores altas que possibilitam brincadeiras de escalar	1	1	--	2	1	1	1	3	5
	Muros com telas	1	1	1	3	1	1	1	3	6
	Cadeiras e mesas com superfícies lascadas	1	--	1	2	--	--	--	--	2
	Total				12				7	19

Em todas as escolas o piso das áreas externas era de cimento e apresentava buracos e/ou elevações, fatores que podem levar à ocorrência de acidentes infantis, como quedas, torções, etc.

Verificou-se ainda que todas as escolas possuíam muros de telas que propiciam brincadeiras de escaladas. Não se pode afirmar que tais brincadeiras ocorram, porém, há possibilidade de ocorrerem e favorecer o risco das quedas, que podem ter como conseqüências fraturas, lesões dentárias/boca, etc. Faz-se necessário, frente à falta destes dados, o desenvolvimento de novas pesquisas, para obtenção de informações mais detalhadas de possíveis acidentes que ocorram nessas áreas e, posteriormente, planejar orientações específicas aos funcionários destas escolas. A mesma observação pode ser estendida às áreas de barrancos que existem nas Escolas municipais 1 e 2, e que, por se localizarem próximas ao *playground*, podem ser utilizadas para brincadeiras ou possivelmente para a transição de um parque a outro.

Na Escola municipal 2, constatou-se que o piso de cimento dos dois quiosques encontrava-se em estado de má conservação, com buracos e partes elevadas, tornando-se um fator de risco para a criança. Ainda em relação aos quiosques, nas Escolas municipais 1 e 3 pode-se verificar que as cadeiras e mesas estavam com as superfícies lascadas, o que pode possibilitar à criança cortar-se ao sentar ou ao realizar alguma atividade sobre a mesa.

Na Tabela 15 constam os itens de risco observados nos *playgrounds* das escolas municipais e particulares. Verificou-se nas escolas municipais a presença de nove situações de risco para a ocorrência de acidentes nas escolas municipais: piso com buracos nas Escolas 1 e 2, a presença de brinquedos amarrados com arames, além de outros com partes pontiagudas e partes enferrujadas na Escola 2, árvores altas que possibilitam a criança utilizá-las em brincadeiras de escalar nas Escolas 1 e 2 e a presença de piso de terra dura sob brinquedos recreativos. Nas escolas particulares, observou-se nove situações de risco: piso

com buracos na Escola 3, o piso da Escola 2 é de grama sintética, a presença de brinquedos com partes pontiagudas e enferrujadas na Escola 3, a presença de brinquedos de escalar e de escorregar sobre piso de cimento na Escola 3, e a presença de árvores altas que possibilitam brincadeiras de escalar nas três escolas.

Tabela 15: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nos *playgrounds* das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

<i>Espaços escolares</i>	<i>Riscos</i>	<i>Escolas municipais</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Escolas particulares</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Total</i>
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		
<i>Playgrounds</i>	Árvores altas que possibilitam a criança escalar	1	1	--	2	1	1	1	3	5
	Piso com buracos	1	1	--	2	--	--	1	1	3
	Brinquedos com partes pontiagudas	--	1	--	1	--	--	1	1	2
	Brinquedos com partes enferrujadas	--	1	--	1	--	--	1	1	2
	Brinquedos amarrados com arames	--	1	--	1	--	--	--	--	1
	Piso de grama sintética	--	--	--	--	--	1	--	1	1
	Equipamento de escalar sobre cimento	--	--	--	--	--	--	1	1	1
	Equipamento de escorregar sobre cimento	--	--	--	--	--	--	1	1	1
	Brinquedos recreativos sobre superfície de terra dura	1	--	1	2	--	--	--	--	2
	<i>Total</i>				9				9	18

Conforme já especificado no método, não foi possível realizar a filmagem das crianças interagindo entre si e com o playground. No entanto, pode-se, por meio dos relatos dos profissionais, obter informações que ilustram a interação das crianças com o ambiente, bem como parecem confirmar os resultados obtidos com a filmagem em relação aos principais

locais para a ocorrência de acidentes infantis na escola. Ou seja, os participantes forneceram 32 respostas referentes ao “parque” e 24 aos “brinquedos recreativos”, como os principais locais de risco, conforme já mostrado nos resultados referentes às entrevistas.

Alguns relatos serão arrolados a seguir para ilustrar os apontamentos dos participantes:

(DM1): “[...] agora no *playground* é difícil de você falar: “Não, não vai acontecer nunca...”. Todos os acidentes maiores que aconteceram aqui na escola, foram no *playground*. Cair do brinquedo, escorregar e de repente sair da plataforma do escorregador, esse tipo de coisa”.

(PM11): “Eu acho que o lugar mais perigoso é o parque, né? Não tem jeito, é o lugar que eles mais gostam de ficar, mas... Porque tem o trepa-trepa que é mais alto, né? Tem o perigo deles perderem o equilíbrio e de repente caírem. Escorregador... tem crianças que você vira as costas, eles pulam. Em vez de escorregar, eles pulam.”

(PP9): “É o parque, é o parque. Principalmente no balanço, né? Os piores são os pontiagudos que cortam e tem que levar para o hospital para dar ponto... É a criança que passa na frente do balancinho e o balanço bate... é o pior.

Um outro fator que pode estar propiciando um número maior de acidentes neste espaço seria a superfície do piso. Tanto na Escola municipal 1 como na 2, observou-se que o piso sob alguns brinquedos é constituído por terra dura. Também na Escola particular 2, foi possível verificar o mesmo fator de risco, já que o piso do *playground* é de grama sintética. A terra dura e a grama sintética poderia ser um fator para acidentes, pois segundo recomendações do Plano de Ação Nacional para Prevenção de Acidentes em *Playgrounds*, dos Estados Unidos (2000), as superfícies ao redor e sob os brinquedos devem ser de borracha, produtos de cortiça, grama ou areia fina, com a finalidade de absorver o impacto e não causar abrasão ou laceração da pele.

Num trabalho de intervenção realizado por Sibert et al. (1999) no País de Gales, em parques infantis, obteve-se a redução de aproximadamente 2,5 vezes o número de acidentes com crianças após a instalação de superfícies de borracha sob e ao redor de

brinquedos recreativos, comprovando a eficiência desta medida simples e de fácil implementação para a segurança das crianças.

Apesar desse item não fazer parte do roteiro de investigação, também observou-se nas três escolas municipais que os tanques de areia possuem bordas de cimento, as quais, nas Escolas 1 e 2, em muitos trechos ficam cobertas pela areia, criando riscos para a criança, caso tenha uma queda, especialmente se bater a cabeça ou a boca.

Durante a filmagem verificou-se que todas as escolas municipais possuem balanços de pneus, fator que talvez possa diminuir a lesão no caso de impacto com a criança.

Pode-se observar na filmagem, alguns brinquedos danificados na Escola municipal 2: o escorregador possuía partes enferrujadas, nas gangorras de madeira verificou-se que haviam bordas lascadas e madeira quebrada na parte central (onde a criança se senta), possibilitando a criança prender a perna ou arranhar-se. Havia também brinquedos amarrados com arames de modo improvisado.

Em relação à manutenção dos brinquedos recreativos, recomendações do Plano de Ação Nacional para Prevenção de Acidentes em *Playgrounds*, dos Estados Unidos (2000), apontam a necessidade de inspeção e manutenção constante dos brinquedos, devendo ser realizada diariamente (inspeção diária), a cada 1 a 3 meses (inspeção registrada) e a cada 8 a 12 meses (inspeção certificada).

No Brasil, a existência das normas NBR 14350-1 e NBR 14350-2, estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT e pela Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos – Abrinq em 1999, sobre segurança para brinquedos de parques infantis, são documentos importantes a serem destacados. Entretanto, observa-se na prática que essas normas, além de serem pouco divulgadas para a comunidade, não são seguidas por 90% dos fabricantes de brinquedos de *playgrounds* e desconhecidas por condomínios e prefeituras (COSTA, 2003).



Observou-se, na filmagem, que a Escola municipal 2 possuía bancos na área do *playground*, porém, eram de cimento e encontravam-se perfeitamente estáveis.

Na Tabela 16 constam os itens observados nos **corredores** das escolas municipais e particulares. Verificou-se, nas escolas municipais, a presença de cinco situações de risco para o acidente infantil: a falta de protetores em tomadas elétricas que estão ao alcance de crianças nas Escolas 1 e 3, a presença de um vaso com a planta “comigo-ninguém-pode” na Escola 2 e o piso liso e molhado também na Escola 2. Em relação às escolas particulares, observou-se a presença de duas situações de risco: na Escola 3 o piso é liso e na Escola 2 as tomadas elétricas ao alcance das crianças estavam sem protetor.

Estes dados, quando comparados com os da literatura, se mostram preocupantes.

Tabela 16: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nos corredores das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

<i>Espaços escolares</i>	<i>Riscos</i>	<i>Escolas municipais</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Escolas particulares</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Total</i>
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		
Corredores	Tomadas sem protetores elétricos	1	--	1	2	--	1	--	1	3
	Plantas venenosas	--	1	--	1	--	--	--	--	1
	Piso molhado	--	1	--	1	--	--	--	--	1
	Piso liso	--	1	--	1	--	--	1	1	2
Total					5				2	7

Em relação à corrente elétrica, Daelaneze (1996) afirmou que as lesões ocasionadas por ela são altamente mutiladoras e ocasionam, no organismo, lesões graves, devido ao grau de necrose e destruição que causam aos tecidos. Ainda segundo a autora, tais lesões apresentam alto índice de mortalidade, sendo frequentes as mutilações, principalmente na extremidade de membros superiores e inferiores.

Quanto à presença de plantas venenosas, deve-se lembrar que há crianças menores de seis anos nesta escola, as quais costumeiramente utilizam plantas para fazerem “comidinhas” durante as brincadeiras. Segundo dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas a ingestão e/ou contato com qualquer parte da planta “Comigo-ninguém-pode” pode causar sensação de queimação, edema (inchaço) de lábios, boca e língua, náuseas, vômitos, diarreia, salivação abundante, dificuldade de engolir e asfixia; o contato com os olhos pode provocar irritação e lesão de córnea (SINITOX, 1999).

Em relação ao piso da Escola 2, observou-se que o mesmo é liso e encontrava-se molhado devido às plantas terem sido aguadas. Como a filmagem ocorreu no período de férias, não pode-se afirmar que isso ocorre diariamente, ou que as crianças fiquem expostas a esta situação.

Na Tabela 17 constam os itens observados nas **salas de aula** das escolas municipais e particulares. Verificou-se, nas escolas municipais, a presença de duas situações de risco para a ocorrência de acidentes: novamente a falta de protetores em tomadas elétricas que estão ao alcance de crianças, nas Escolas 1 e 3. Nas escolas particulares, observou-se duas situações de risco: o piso liso na Escola 3 e a falta de protetor de tomada na Escola 1.

Ressalta-se que nas Escolas particulares 2 e 3 observou-se a presença de protetores de tomadas elétricas apenas nas sala do maternal.

Mouta et al. (1993) indicaram manifestações em decorrência dos choques elétricos, como queimaduras, complicações neurológicas, com perda transitória de consciência, os quais são freqüentes em 20% dos casos, além de complicações cardíacas graves.



Tabela 17: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nas salas de aula das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

<i>Espaços escolares</i>	<i>Riscos</i>	<i>Escolas municipais</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Escolas particulares</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Total</i>
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		
Salas de aula	Tomadas sem protetores elétricos	1	--	1	2	--	--	1	1	3
	Piso liso	--	--	--	--	1	--	--	1	1
Total					2				2	4

Na análise das filmagens observou-se que todo o mobiliário das salas de aula (mesas e cadeiras), em todas as escolas, se encontrava em perfeito estado de conservação, aparentando serem novos.

Em relação ao item brinquedos, não foi possível observá-lo na Escola municipal 2, em razão de ser período de férias e os armários de brinquedos estarem trancados com cadeados.

Ainda em relação à Escola municipal 2, observou-se que existiam na área externa brinquedos com peças pequenas que haviam sido lavados e estavam secando ao sol, mas não pode-se afirmar que os mesmos são utilizados por crianças menores de três anos. Faz-se interessante novas pesquisas enfocando de modo minucioso como e quando os brinquedos são utilizados nas escolas, observando se os mesmos oferecem segurança e se estão sendo adequados à faixa etária das crianças.

Na Tabela 18 constam os itens observados nos **banheiros** das escolas municipais e particulares. Verificou-se nas escolas municipais a presença de três situações de risco para a ocorrência de acidentes: falta de tapetes antiderrapantes nos locais onde as crianças tomam banho, nas Escolas 2 e 3, e o reboco da parede se soltando na Escola 1. Nas escolas particulares verificou-se a presença de apenas uma situação de risco: o piso liso na Escola 3.

Tabela 18: Distribuição das frequências absolutas dos itens de risco observados nos banheiros das escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

<i>Espaços escolares</i>	<i>Riscos</i>	<i>Escolas municipais</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Escolas particulares</i>			<i>Subtotal</i>	<i>Total</i>
		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		
Banheiros	Falta de tapetes antiderrapantes	--	1	1	2	--	--	--	--	2
	Reboco da parede solto	1	--	--	1	--	--	--	--	1
	Piso liso	--	--	--	--	--	--	1	1	1
	<i>Total</i>				3				1	4

Ressalta-se a importância do piso antiderrapante nos banheiros das Escolas 2 e 3, devido à possibilidade do piso se tornar liso com a presença de sabão durante os banhos. Entretanto, esta situação de risco também foi relatada por dois entrevistados pertencentes à escola alvo deste risco.

Durante a filmagem pode-se verificar que os banheiros, tanto das escolas municipais quanto das particulares, encontravam-se adequados à idade das crianças, ou seja, com vasos sanitários e pias em tamanhos menores.

Um detalhe observado e a ser salientado é que o banheiro da Escola particular 2, localizado no segundo andar do prédio, possui grades de proteção na janela.

Em relação aos itens referentes às **piscinas**, nas escolas particulares verificou-se que não há presença de situações de risco para a ocorrência de acidentes com as crianças.

Não foi realizada a filmagem destes locais nas escolas municipais, pois nenhuma possuía piscina.

Quanto aos itens referentes às **escadas**, observou-se que as Escolas particulares 2 e 3 possuem escadas, porém, não foram verificadas situações de risco para a ocorrência de acidentes. No entanto, apesar da ausência de situações de riscos, a escada foi citada por seis

respondentes ao serem questionados sobre quais os principais riscos ou locais para a ocorrência de acidentes, muito provavelmente em razão do uso que as crianças fazem dela.

Em relação aos itens observados nos **berçários** das escolas municipais, verificou-se que não há presença de situações de risco para a ocorrência de acidentes.

Nas Escolas 2 e 3 observou-se que não há a presença de berços, sendo que as crianças dormem em colchões no chão.

Em relação às tomadas elétricas, o fato de não possuírem protetores não foi considerado como risco em função das mesmas ficarem fora do alcance das crianças.

As escolas particulares não possuem berçário, por isso não foi realizada a filmagem desses locais.

As informações relacionadas aos **medicamentos e produtos de limpeza** foram fornecidas pelos diretores, coordenadores pedagógicos e funcionários das escolas durante as entrevistas ou durante as filmagens. Porém na escola 3, durante a filmagem do espaço escolar observou-se que a porta do almoxarifado, onde são guardados produtos de limpeza e tintas, encontrava-se aberta, possivelmente facilitando a entrada de crianças. Na mesma escola também foi possível filmar produtos de limpeza e remédios próximos da cuba onde as crianças tomam banho. Salienta-se também que os produtos de limpeza encontravam-se em recipientes de refrigerante, ou seja, não encontravam-se em suas embalagens originais.

Os resultados obtidos com a filmagem das escolas indicam a necessidade de alterar alguns aspectos do espaço escolar que possam gerar situações de riscos para a ocorrência de acidentes infantis. Entretanto, ao recuperar-se dados de entrevista, quando os participantes foram questionados se havia alguma medida em relação ao ambiente que eles acreditavam que pudesse ser implementada, constatou-se que todos os profissionais das escolas municipais, com exceção de dois, relataram não haver nenhuma medida que poderia ser implementada nas escolas, em relação ao ambiente, para evitar a ocorrência de acidentes

infantis. Nas escolas particulares, 15 participantes relataram não haver medidas a serem implementadas no ambiente e três referiram-se a medidas que já são tomadas (corrimão nas escadas, reposição de areia nos parques, etc.).

Esses dados novamente reforçam a necessidade do engajamento dos profissionais da saúde e da educação em programas preventivos de acidentes nas escolas, a supervisão dos aparelhos recreativos pelos profissionais das escolas e pelos órgãos governamentais e da ampla divulgação das normas de segurança dos brinquedos em *playgrounds*.



CONCLUSÕES



http://anne_geddes.vila.bol.com

7 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos com a análise das opiniões dos profissionais da educação infantil permitiu concluir que, em relação aos acidentes infantis de uma forma geral e no ambiente educativo, os participantes têm informações variadas e condizentes com a literatura.

Concluiu-se também que os profissionais reconhecem, dentro da escola, locais e situações que apresentam riscos para a ocorrência de acidentes com as crianças, entretanto, não vislumbram todas as medidas que seriam possíveis de serem implementadas e que foram identificadas nas filmagens, no sentido de tornar a escola um lugar seguro para as crianças.

Considerando os relatos dos profissionais sobre as práticas realizadas em relação à criança que se acidenta na escola, concluiu-se que todos os profissionais da educação infantil têm participação no atendimento à criança acidentada, porém, nem todos receberam formação necessária para tal atuação, com exceção das atendentes de creche das escolas municipais, que receberam cursos de primeiros socorros. Entretanto, não encontrou-se no município uma legislação que regulamentasse os procedimentos que as escolas deveriam ter diante de um possível acidente.

Ainda quanto ao relato das práticas preventivas, os resultados obtidos mostraram que, apesar das escolas realizarem programas de prevenção de acidentes, os mesmos não são conduzidos de forma sistemática e envolvem, geralmente, profissionais externos à escola, como bombeiros e policiais. Uma maior integração, pelo menos entre os profissionais da saúde e os de educação infantil, para a execução de projetos permanentes de prevenção nas escolas poderiam favorecer a diminuição do número de acidentes que ocorrem nestas instituições e capacitar professores, diretores, funcionários, pais e crianças para tornarem-se agentes multiplicadores de ações desta natureza também fora do ambiente escolar.

A análise dos documentos de notificação dos acidentes escolares permitiu verificar que as escolas particulares não possuem registros arquivados na própria escola e, embora as municipais o tenham, os registros não são padronizados. Esses dados permitiram concluir que é prioritária a implantação de uma ficha padronizada de notificação de acidentes em todas as escolas, a qual seria de suma importância, dentre outros aspectos, para a implementação e acompanhamento dos resultados de programas educativos para a prevenção de acidentes. Por meio desses registros, e também dos relatos dos profissionais, foi possível constatar que a escola é um local onde os acidentes infantis ocorrem, tal como descrito na literatura.

Tomando por base os resultados obtidos com a filmagem dos espaços escolares, concluiu-se que algumas medidas preventivas são tomadas nas escolas, mas ainda permanecem aspectos a serem melhorados, os quais não estão sendo percebidos pelos profissionais da educação infantil. Os resultados e as análises das filmagens permitiram ainda indicar a possibilidade de realização imediata de outras ações e pesquisas.

De forma geral, considerando-se os resultados obtidos neste estudo, concluiu-se que o método utilizado foi adequado e parece ser viável sua adoção em outras escolas de educação infantil, se possível incluindo também um número maior de profissionais, para ampliar as possibilidades de generalização dos resultados. Entretanto, o detalhamento utilizado na coleta e análise dos dados é apenas uma maneira, outros modos podem ser estabelecidos em outras pesquisas, inclusive utilizando uma análise mais molar para os relatos das entrevistas e das filmagens. Várias pesquisas, complementares a esta, se mostraram bastante necessárias e foram sugeridas, especialmente a observação da interação de crianças com o espaço físico da escola, aspecto este que não pode ser focado neste estudo.

Além disso, considerando a multiplicidade de fatores que podem estar incidindo para a ocorrência dos acidentes, outra sugestão de pesquisa seria o estudo de cada

situação que foi apontada como de risco para acidentes na escola, analisando detalhadamente todas as interações que ocorrem, especialmente as que antecedem as situações de risco.

Além de novas pesquisas, esforços parecem ser necessários no âmbito das instituições que formam profissionais da educação e da saúde, pois há necessidade de formação destes profissionais na área da promoção da saúde, de forma multidisciplinar e integrada, ainda nos cursos em nível de graduação, possibilitando que se tornem mais críticos, revejam suas práticas e atuem como agentes promotores da saúde, em especial da segurança e da proteção de crianças, para que os acidentes não se constituam obstáculos para que elas se desenvolvam de forma saudável.

No âmbito das escolas de educação infantil, esforços também parecem necessários para que se estabeleçam parcerias junto aos profissionais de saúde em ações educativas, partilhando seus ambientes e suas experiências, favorecendo a reflexão-crítica entre todos os profissionais de diferentes áreas e a atuação com as crianças e os pais, no sentido de promover a segurança e proteção das crianças e prevenir a ocorrência de acidentes na escola e fora dela.

A parceria e a troca de experiências também deveriam ser incentivadas entre as diferentes escolas de educação infantil, no sentido de implementar ações educativas coletivas para a prevenção dos acidentes, inserindo a participação multiprofissional e multidisciplinar num processo de formação continuada e atuação permanente em todas as escolas. Também se faz necessário fomentar o papel das escolas enquanto instituições formadoras de futuros cidadãos, questionando se estariam desempenhando também seu papel quanto à prevenção dos acidentes infantis.

Com esta pesquisa, muitas hipóteses puderam ser levantadas e diversas sugestões puderam ser feitas para a realização de novas pesquisas que busquem, além de



novos dados, soluções práticas para a promoção da segurança nas escolas e a prevenção dos acidentes infantis, cumprindo os objetivos de um estudo exploratório.

Em suma, pretende-se com este trabalho ter contribuído de alguma maneira para a discussão que envolvam os acidentes infantis e as escolas de educação infantil e para estimular a articulação entre as áreas da saúde e da educação na tarefa urgente de formar cidadãos com estilo de vida mais segura e capazes de prevenir as ocorrências de acidentes infantis, uma vez que ainda não há uma atuação integrada por parte desses profissionais e nem mesmo solução para este grave problema mundial.



REFERÊNCIAS



http://anne_geddes.vila.bol.com

8 REFERÊNCIAS

O presente trabalho seguiu as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT (2002) no que se refere à Informação e Documentação- Referências- Elaboração. O restante seguiu as Normas da ABNT no que se refere à Informação e Documentação- Trabalhos Acadêmicos- Apresentação (2002) e Informação e Documentação- Apresentação de citações em documentos (2002).

ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA. Normas de atuação em situações de emergência na escola. **Pediatrics** (ed.bras.), v. 5, n. 5, p.278-281, 2001.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Orgs.) A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed.UEL, v.2, p.139-142, 1999.

AMÂNCIO FILHO, A. **Educação politécnica na saúde**: um desafio na construção do possível. Tese (Doutorado)- Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

ANDRADE, C. R. F. **Fonoaudiologia preventiva**: teoria e vocabulário técnico-científico. Ed.Lovise, 1996.



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Coletânea de normas de segurança de brinquedos de playground.** Rio de Janeiro, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14350-1: Segurança de brinquedos de playground. Parte 1: Requisitos e métodos de ensaio.** Rio de Janeiro, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14350-2. Segurança de brinquedos de playground. Parte 2: Diretrizes para elaboração de contrato para aquisição/fornecimento de equipamento de playground.** Rio de Janeiro, 1999.

BARACAT, E. C. E. et al. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, S.P. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 5, p. 368-374, 2000.

BERGER, K. S. **O desenvolvimento da pessoa da infância à terceira idade.** 5. ed., LTC Editora, 2001.

BLANK, D. **Manual de acidentes e intoxicações na infância e adolescência.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994.

BLANK, D. Prevenção e controle de injúrias físicas: saímos ou não do século 20? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 2, p. 84-86, 2002.

BORTOLETTO, M. E.; BOCHNER, R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 859-869, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial curricular nacional para a educação infantil**. Brasília, 1998a. v.1

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial curricular nacional para a educação infantil**. Brasília, 1998b. v. 2

BRASIL. Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. A promoção da saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.2, p.533-5, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto promoção da saúde. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**. A carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Sistema de informação em saúde para acidentes e violências/causas externas – SISAV, p.3-24, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde: política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p.427-430, 2000.

BUSQUETS, M. D.; LEAL, A. **A educação para a saúde: temas transversais em educação - bases para uma formação integral**. 4. ed., Ática, 1998.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

BUSS, P. M.(Org.) **Promoção da saúde e saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América latina**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1998.

BWIBO, N. O. Children and accidents: epidemiology and prevention. **Tropical and geographical medicine**, v. 45, n. 5, p. 223-226, 1993.

CAMPOS, F.E., FERREIRA, J.R., FEUERWERKER, L., SENA, R.R., CAMPOS, J.J.B., CORDEIRO, H. & CORDONI, L. Caminhos para Aproximar a Formação de profissionais de Saúde das necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.25, n.2, p.53-9, 2001.

CAMPOS, J. A.; OLIVEIRA, J. S. Acidentes na infância e adolescência. In: LIMA, A. J. **Pediatria essencial**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, p. 780-787, 1998.

CARVALHO, M. F. P.; CARVALHO, M. O. P.; CAVALCANTE, S. P. Acidentes na infância e na adolescência atendidos no hospital de pronto socorro municipal de Belém. **Revista Para.Med.**, v. 15, n. 1, p. 29-35, 2001.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Playground safety** [serial online], 2000. Disponível em:< <http://cdc.gov/safeusa/playgrou.htm>> Acesso em: 25 ago. 2003.

CHAMIDES, L.; HAZINSKI, M. F. **Pediatric advanced life support**. Illinois: American Heart Association, 1999.

CLARK, A.; WALTON, W. W. Effect of safety packaging on aspirin ingestion by children. **Pediatrics**, v. 63, p. 687-693, 1979.

COPPENS, N. M.; KOZIARA, D. M. Children's perceptions concerning school injuries. **Journal of School Nursing.**, v. 13, n.13, p.14-19, 1997.

COSTA, M.V. Brinquedos perigosos. Diário de São Paulo, 28 de setembro, 2003.

COZBY, P.C. Método de pesquisa em ciências do comportamento. Trad. GOMIDE, P.I.C.; OTTA, E. Editora Atlas S.A., São Paulo, 2003.



DALANEZE, M. C. Choque por corrente elétrica. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 275-280, 1996.

DALANEZE, M. C. Queimaduras na infância. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 259-272, 1996.

DEL CIAMPO, L. A. Estudo dos acidentes na infância na área de Vila Lobato – Ribeirão Preto (SP). São Paulo: USP, 1994.

DEL CIAMPO, L. A. et al. Incidence of childhood accidents determined in a study base don home surveys. **Ann.Trop.Pediatr.**, v. 21, n. 3, p. 239- 243, 2001.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G., Acidentes na infância. **Pediatria**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 193-197, 1996.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; MUCCILLO, G. Acidentes domésticos na infância na área de Vila Lobato (Ribeirão Preto – SP). **Pediaria**, São Paulo, v. 1, p. 38-42, 1997.

DI SCALA, C.; GALLAGHER, S. S.; SCHNEPS, S. E. Causes and outcomes of pediatric injuries occurring at school. **Journal of School Health**, v. 67, n. 9, p. 384-389, 1997.



DOWD, M. D. Childhood injury prevention at home and play. **Curr. Opin. Pediatr.**, v. 11, n. 6, p. 578-582, 1999.

FERRAZ, S. T. **Bases conceituais de promoção da saúde**. Brasília: OPS, 1996 (mimeografado).

FEUERWERKER, L. C. M.; MARSIGLIA, R. Estratégias para mudanças na formação de RH com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 24-28, 1996.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. A., 1999. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; LLANOS, M.V. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999. p.47-83.

FEUERWERKER, Laura. Estratégias de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, Londrina (UEL), v.9, n.1, p. 16-18, jan./abr. 2002.

FILÓCOMO, F. R. F. et al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 41-47, 2002.

FISCHER, G. B. et al. Acidentes na infância. Estatísticas dos atendimentos de crianças acidentadas no Hospital de Pronto Socorro (HPS) municipal de Porto Alegre. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n.7, p.265-274, 1988.

FONSECA, S. S. et al. Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 2, p. 97-104, 2002.

FORNEIRO, L. I. A organização dos espaços na educação infantil. In: ZABALZA, M.A. **Qualidade em educação infantil**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FORTIN, J. Lês accidents a l' école maternelle. Etude epidemiologique et perspective de prévention. **Revista de Pediatria**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 49-52, 1984.

FREITAS, P. E. P. et al. Traumatismo crânio-encefálico na infância – estudo epidemiológico de 2405 casos. **Revista do Hospital de Pronto Socorro da Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social**, v. 33, n. 2, p. 29-47, 1997.

GERSCHMAN, S. Democracia, políticas sociais e globalização: relações em revisão. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M.L.W.A. **Miragem da Pós-modernidade**. Editora Fiocruz, 1997.

GIKAS, R. M. C.; SCHVARTSMAN, C.; FONTANA, C. Promoção da segurança infantil. In: ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. **Pediatria na atenção primária**. Ed. Sarvier, 1999.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Atuação fonoaudiológica na prevenção de acidentes. **Jornal Diário de Marília**, Marília, p. 2-A – 2-A, 2003.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. **Prevenção de quedas acidentais em bebês: uma intervenção do psicólogo com mães usuárias do setor de pediatria de um centro de saúde**. 1998, 283f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

GIMENIZ-PASCHOAL, S.R. **Algumas características de usuários do setor de pediatria de um centro de saúde escola: subsídios para a atuação preventiva do psicólogo**. 1992, 235f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1992.

GREENSHER, J.; MOFENSON, H. Acidentes nos brinquedos. **Clínicas Pediátricas da América do Norte**, v. 1, p. 131-143, 1984.

GUYER, B.; GALLAGHER, S. Abordagem à epidemiologia dos acidentes infantis. **The Pediatric Clinics of North America**, v. 32, n. 1, p. 3-13, 1985.

HADDON, W. The changing approach to the epidemiology, prevention and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. **Am J Public Health**, v. 58, p. 1431-1438, 1968.

HOWAT, P. et al. The precede- proceed modelo: aplication to planning a child pedestrian injury prevention program. **Injury Prevention**, v. 3, n. 4, p. 282-287, 1997.

HOZ, J. A. Q.; HERNANDES, M. T. Estudio sobre algunas características epidemiológicas y sociales de los accidentes en los niños y adolescentes. **Rev.Cub.Hig.Epid.**, v. 22, p. 3-12, 1984.

KISIL, M. Uma estratégia para a reforma sanitária: a iniciativa UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 12, p. 5-14, 1996.

KOIZUMI, M. S. et al. Crianças internadas por traumatismo crânio-encefálico no Brasil, 1998: causas e prevenção. **Informe epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 2, p. 93-101, 2001.

LALONDE, M. El concepto de “compo de la salud”: una perspectiva canadiense. Promoción de la salud: una antologia. Publicación Científica, n.557, Washington : OPS, p.3-5, 1996.

LAM, L.T.; ROSS, F.I.; CASS, D.T. Children and play: the death and injury pattern in New South Wales, Australia, July 1990-June 1994. *J.Pediatr.Child Health*, v.35, n.6, p.572-7, 1999.

LEBRÃO, M. L.; MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, supl. 4, p. 26-37, 1997.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, F. et al. (Org). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caixias do Sul: EDUCS, p. 11-35, 2000.

LIMA, M. Ensino de enfermagem: retrospectiva, situação atual e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 275, 1994.

MANZINI, E.J. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARTINS, A.; CHAVES, M. Ensino médio e humanização. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.5-8, 2000.

MELLO JORGE, M. H. P. **Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo**. 1979. Tese(Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual São Paulo, São Paulo, 1979.



MELLO JORGE, M. H. P. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 217-223, 1990.

MELLO JORGE, M. H. P.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O. I. Análise dos dados de mortalidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, supl. 4, p. 5-25, 1997.

MENDES, D.; VIANNA, R. A. Educação em saúde: tendência atual. In: VIEIRA, R. et al. (Org.) **Fonoaudiologia e saúde pública**. 2. ed., Pró-Fono, 2000.

MORAES, L. L. Acidentes na infância em Santa Maria, R. S. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 20, n. 9, 1985.

MOUTA, N.; NÚÑEZ, P.; SCHABIAQUE, G.. Accidentes por electrocución: experiencia em la U. R. E. **Archives Pediatría Uruguay**, v. 64, n. 1, p. 21-25, 1993.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. **Lancet**, v. 349, p. 1269-1976, 1997.

NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL. National Program for Playground Safety [serial online]. Available from: URL: <<http://www.uni.edu/playground/home.html>> Acessado em 22/08/2003.

OLIVEIRA, R. A.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Acidentes em escolares e pré-escolares: subsídios para ações educativas do fonoaudiólogo com professores da educação infantil. In:

JORNADA DO NÚCLEO DE ENSINO DE MARÍLIA, 2., 2003, Marília. **Resumos...**

Marília: Universidade Estadual Paulista, 2003. p. 29-30.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1995.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santa Fé de Bogotá (1992). In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**, Brasília, p. 41-47, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA SAÚDE. Promoción y Educación de la Salud Escolar. Una perspectiva integral: Marco Conceptual y Operativo. **División de Promoción y Protección de la Salud**. Washington (DC), p.35-45, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Escuelas promotoras de la salud – entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. **Comunicación para la salud**,. Washington D.C., n. 13, 1998.

ORGÁNIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Memória**. In: REUNIÓN Y ASAMBLEA CONSTITUTIVA – RED LATINO AMERICANA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD, 1., 1996, San Jose (Costa Rica). San Jose: Promoción de la salud mediante las escuelas – iniciativas mundial de la salud escolar, p.22-25, 1996.



PELICIONI, M. C. F.; GIKAS, R. M. C. Prevenção de acidentes em escolares: proposta de metodologia de diagnóstico para programa educativo. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**, São Paulo, v. 2, n. 1, p.23-26, 1992.

PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. L. **A escola promotora da saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual Paulista, 1999.

PELICIONI, M.C.F. Educação em saúde e educação ambiental: estratégias de construção da escola promotora da saúde. 2000, 259p. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

REDE UNIDA. Capacitar para interagir. **Boletim**, ano 3, n. 2, 1999.

RIVARA, F. P.; AITKEN, M. Prevention of injuries to children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, Mosby, Inc. Chapter 2, v. 45. 37-72, 1998.

RODRIGUES, Y.; ORLANDI, V. O.; RODRIGUES, P. P. B. Estudos dos acidentes na infância no Brasil: evolução histórica. **An hosp. Sider. Nac.**, v. 9, n. 2, p. 71-75, 1985.

ROGER, E., MOON, A.M.; MULLER, M.A.; SPELLER, V.M.; RODERICK, P.J. Developing the “health-promoting school” – a national survey of healthy schools awards. **Public Health**, v.112, n.1, p.37-40, 1998.



ROSSI, L. A.; BRAGA, E. C.; BARRUFFINI, R. C.; CARVALHO, E. C. Childhood burn injuries: circumstances of occurrences and their prevention in Ribeirão Preto, Brazil. **Burns**, v. 24, p. 416-419, 1998.

SANOFF, H. Visual research methods in design. **Van Nostrand Reinhold**, New York, 1991.

SCHVARTSMAN, S. **Produtos químicos de uso domiciliar**. São Paulo, Almed, 1980.

SCHVARTSMAN, S.; KRYNSKI, S. **Introdução ao Estudo dos Acidentes**. In: MARCONDES, E. *Pediatria Básica*. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991, p. 865-882.

SERRA, G.A.; FILHO, U.D. **Epidemiologia dos acidentes e demais causas externas**. In: BLANK, D.(coord.) *Manual de acidentes e intoxicações na infância e adolescência*. Sociedade Brasileira de Pediatria [Comitê de Acidentes]: Schering-Plough, p. 14-19, 1994.

SIBERT, J.R. et al. Preventing injuries in public playgrounds through partnership between health services and local authority: community intervention study. **BMJ**, jun., 318:1595, 1999.

SIGERIST, H. E. **The University at the crossroads**. New York: Henry Schumann Publishers, 1946.



SILVA, R. F. **Práticas Educativas Transformadoras: a trajetória da unidade educacional de Interação Comunitária**. 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.

SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Programa nacional de informações sobre plantas tóxicas. <disponível em: <http://fiocruz.br/cict/informacao/intoxicacoeshumanas>> Acessado em: 08/07/2003.

SINITOX/CICT/FIOCRUZ. **Envenenamento Doméstico**. Setembro, 2001 (folder).

SOMMER, R.; SOMMER, B. **A practical guide to behavioral research, tools and techniques**. New York: Oxford, 1980.

SPIEGEL, C. N.; LINDAMAN, F. C. Children can't fly: a program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls. **Amer.J.Publ.Health**, v. 67, n. 1, p. 143-147, 1977.

SUCUPIRA, A. C. S. L. et al. **A saúde escolar e a atenção integral à saúde da criança e do adolescente**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1989.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R. Promoção da saúde: conceitos e definições. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, ano 4, n. 1, p. 7-10, 2003.

TAVARES, M.F.L. Da saúde escolar à escola saudável: construindo espaços de promoção da saúde. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (Org.) **Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-R.J.** Rio de Janeiro: ABRASCO-FIOCRUZ, p.159-173, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectiva. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v. 12, p. 19-23, 1996.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoria de la salud publica. In: OPS. **Promoción de la Salud: una antologia.** Washington, p. 37-44, 1996.

THOMPSON, D.; HUDSON, S. National action plan for the prevention of playground injuries. Cedar Falls, I.A., National Program for Playground Safety, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 175 p., 1992.

UNGLERT, C. V. S.; SIQUEIRA, A. A. F.; CARVALHO, G. A. Características epidemiológicas dos acidentes na infância. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.234-245, 1987.

UNIVERSITY OF NORTHERN IOWA. Playground safety – United States, 1998-1999.

MMWR Morb.Mortal.WKLY Rep., v. 48, n. 16, p. 329-332, 1999.

APÊNDICES

WIDOME, M.D. Injury illiteracy. **Pediatrics**, v.90, n.4, p.553, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global burden of injury (2000) Available from:

URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/burden.htm.> Acesso em:

28/06/2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The injury chart book. A graphical overview of the

global burden of injuries (2002) Available from:

URL:<<http://www.who.int/ncd/chartbook/introd.pdf>> Acesso em: 28/06/2003.

YAGMUR, Y.; KIRAZ, M.; KARA, I. H. Injury International of the Care of the Injured.

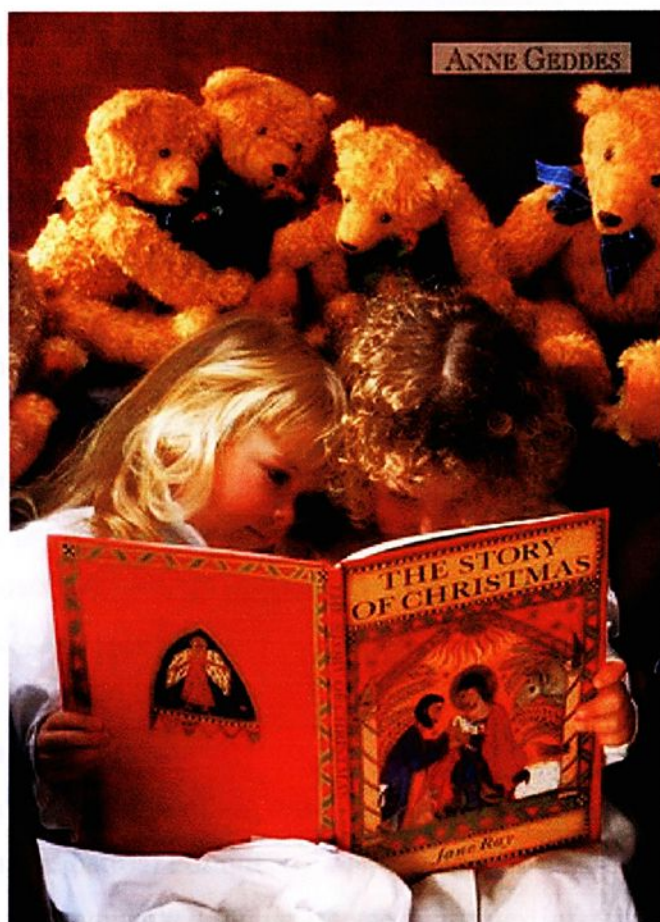
Injury, v. 30, p. 111-114, 1999.

ZUCKERMAN, B. S.; DUBY, J. Developmental approach to injury prevention. **The**

Pediatric Clinics of North America, v. 32, n. 1. p. 17-28, 1985.



APÊNDICES



http://anne_geddes.vila.bol.com

APÊNDICE A: Roteiro para entrevista com diretores e coordenadores pedagógicos

1. Para você, o que são Acidentes Infantis?
2. No seu entender, quais são os principais riscos de ocorrência de acidentes infantis no ambiente escolar?
3. Nesta escola, há algum ambiente ou situação que você considera mais propício à ocorrência de acidentes infantis?
4. Qual ou quais?
5. Houve algum evento ocorrido na escola que você considerou Acidente Infantil?
6. (Caso a resposta seja afirmativa) Qual ou quais?
7. Quando há acidentes infantis, qual é o procedimento realizado com a criança?
8. Em quais situações a criança é socorrida na própria escola?
9. (Caso a resposta seja afirmativa) Quem a socorre?
10. Em que situações a criança é encaminhada a um atendimento de saúde especializado (hospital, Unidade Básica de Saúde ou outro)?
11. Quando ocorre algum acidente com a criança, em que momentos os pais são comunicados?
12. Há registros, por escrito, aqui na escola, de eventos considerados Acidentes Infantis?
13. (Caso a resposta seja afirmativa) Onde são registrados?
14. De que forma são registrados?
15. Por quem?
16. Pode-se ter acesso a eles?
17. (Caso a resposta seja afirmativa) Posso xerocar ou copiar esses registros?
18. (Caso não haja registros) Por quê?
19. Vocês têm a oportunidade de tratar o tema Acidentes Infantis em reuniões formais ou informais com os professores e funcionários?
20. (Caso a resposta seja negativa) Por quê?
21. (Caso a resposta seja afirmativa) De que forma?
22. Quando?
23. Vocês têm a oportunidade de realizar algum programa de Prevenção de Acidentes nessa escola?
24. (Caso a resposta seja afirmativa) Qual?
25. Quando?
26. Por quem?



27. Você acredita que a implementação de algumas medidas preventivas poderia diminuir o número de acidentes infantis?
28. Você acha que medidas preventivas poderiam ser implementadas nessa escola?
29. (Caso a resposta seja afirmativa) Quais?
30. Em relação ao ambiente, você acha que alguma medida poderia ser implementada?
31. (Caso a resposta seja afirmativa) Qual (is)?



APÊNDICE B: Roteiro para entrevista com professores e funcionários

1. Para você, o que são Acidentes Infantis?
2. No seu entender, quais são os principais riscos de ocorrência de acidentes infantis no ambiente escolar?
3. Nesta escola, há algum ambiente ou situação que você considera mais propício à ocorrência de acidentes infantis?
4. Qual ou quais?
5. Houve algum evento ocorrido na escola que você considerou Acidente Infantil?
6. (Caso a resposta seja afirmativa) Qual ou quais?
7. Quando há acidentes infantis, qual é o procedimento realizado com a criança?
8. Em quais situações a criança é socorrida na própria escola?
9. (Caso a resposta seja afirmativa) Quem a socorre?
10. Em que situações a criança é encaminhada a um atendimento de saúde especializado (hospital, Unidade Básica de Saúde ou outro)?
11. Quando ocorre algum acidente com a criança, em que momento os pais são comunicados?
12. Vocês têm a oportunidade de tratar o tema Acidentes Infantis em reuniões formais ou informais?
13. (Caso a resposta seja negativa) Por quê?
14. (Caso a resposta seja afirmativa) De que forma?
15. Quando?
16. Vocês têm a oportunidade de realizar algum programa de Prevenção de Acidentes na escola?
17. (Caso a resposta seja afirmativa) Qual?
18. Quando?
19. Por quem?
20. Você acredita que a implementação de algumas medidas preventivas poderia diminuir o número de acidentes infantis?
30. Você acha que medidas preventivas poderiam ser implementadas nessa escola?
21. (Caso a resposta seja afirmativa) Quais?
22. Em relação ao ambiente, você acha que alguma medida poderia ser implementada?
23. (Caso a resposta seja afirmativa) Qual (is)?



APÊNDICE C: Roteiro para análise de documentos**▪ Identificação da escola:**

Nome:

Funcionário que forneceu o documento:

Data da análise do documento: ____/____/____

Formato do documento:

▪ Itens a serem identificados nos documentos:

1. Tipo de acidente ocorrido com a criança
2. Causa do acidente
3. Procedimentos realizados após o acidente
4. Consequências do acidente
5. Exemplos

APÊNDICE D: Roteiro para identificação de riscos para ocorrência de acidentes nos espaços escolares

ESCOLA:
DATA:
HORÁRIO:

CORREDORES		Sim	Não	Não se aplica
	1. O piso apresenta partes soltas?			
	2. O piso apresenta tacos empenados?			
	3. O piso apresenta buracos?			
	4. O piso é liso?			
	5. O piso possui revestimentos antiderrapantes?			
	6. O piso apresenta-se molhado?			
	7. O piso é encerado?			
	8. Há tapetes enrugados?			
	9. Há tapetes com bordas reviradas?			
	10. O reboco da parede está se soltando?			
	11. Há tomadas elétricas fora do alcance das crianças?			
	12. As tomadas elétricas dispõem de algum protetor?			
	13. Há extintores de incêndio prontos para uso e em local acessível?			
	14. Há plantas com folhas e/ou frutos venenosos ("comigo ninguém pode", "chuva de ouro", "saia branca") em locais acessíveis às crianças?			

OBS.: - Itens nos quais as repostas “Sim” indicam “Risco”: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 e 14.
- Itens nos quais as repostas “Sim” indicam “Segurança”: 5, 11, 12 e 13.

OBS.: - A associação de “Sim” para os itens 4 e 6 indicam “Risco”
- A associação de “Sim” para os itens 4 e 7 indicam “Risco”

SALAS DE AULA		Sim	Não	Não se aplica
	15. O piso apresenta partes soltas?			
	16. O piso apresenta tacos empenados?			
	17. O piso apresenta buracos?			
	18. O piso é liso?			
	19.O piso possui revestimentos antiderrapantes?			
	20. O piso é encerado?			
	21. Há tapetes enrugados?			
	22. Há tapetes com bordas reviradas?			
	23. O reboco da parede está se soltando?			
	24. Há tomadas elétricas fora do alcance das crianças?			
	25. As tomadas elétricas dispõem de algum protetor?			
	26. Alguma cadeira está com o assento desnivelado?			
	27. Alguma cadeira tem partes pontudas salientes?			
	28. Alguma cadeira tem superfície se descolando?			
	29. As cadeiras são estáveis, com seus pés perfeitamente nivelados?			
	30. Há brinquedos, quebrados?			
	31. Há brinquedos com partes pontiagudas?			
	32. Há brinquedos com superfícies cortantes?			
	33. Há brinquedos com peças pequenas (para menores de 3 anos)?			
	34. Há brinquedos com parte pequena solta (para menores de 3 anos)?			

OBS.: - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Risco”: 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33 e 34.
 - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Segurança”: 19, 24, 25 e 29.

PLAYGROUND		Sim	Não	Não se aplica
	35. O piso apresenta buracos?			
	36. O piso do <i>playground</i> possui terra em toda a sua extensão?			
	37. Há partes cimentadas próxima aos brinquedos?			
	38. O piso do <i>playground</i> é gramado?			
	39. Há brinquedos no <i>playground</i> com partes soltas?			
	40. Há brinquedos no <i>playground</i> com partes pontiagudas?			
	41. Há brinquedos no <i>playground</i> com partes enferrujadas?			
	42. Há plantas com folhas e/ou frutos venenosos (“comigo ninguém pode”, “chuva de ouro”, “saia branca”) acessíveis?			
	43. Há bancos no <i>playground</i> ?			
	44. Os bancos são estáveis?			
	45. Os bancos possuem lascas?			
	46. Os bancos possuem parafusos soltos?			
	47. Os bancos possuem pregos soltos?			
	48. Há equipamento de escalar sobre o cimento?			
	49. Há equipamento de escorregar sobre o cimento?			
	50. Há árvores altas?			
	51. As árvores são usadas para brincadeiras?			

OBS.: - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Risco”: 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50 e 51.

- Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Segurança”: 44.

BANHEIRO		Sim	Não	Não se aplica
	52. O piso apresenta buracos?			
	53. O piso é liso?			
	54. O piso possui revestimentos antiderrapantes?			
	55. O piso apresenta-se molhado?			
	56. Há tapete antiderrapante?			
	57. Há tapetes enrugados?			
	58. Há tapetes com bordas reviradas?			
	59. O reboco da parede está se soltando?			

OBS.: - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Risco”: 52, 53, 55, 57, 58 e 59.

- Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Segurança”: 54 e 56.

OBS: - A associação de “Sim” para os itens 53 e 55 indicam “Risco”

PISCINA		Sim	Não	Não se aplica
	60. Há piscinas na escola?			
	61. Há grades de proteção separando a área das piscinas?			
	62. A(s) piscinas possui(em) rede de proteção?			
	63. (Caso haja mais de uma piscina) Todas as piscinas possuem rede de proteção?			
	64. O piso apresenta buracos?			
	65. O piso é liso?			
	66. O piso possui revestimentos antiderrapantes?			
	67. O piso apresenta-se molhado?			

OBS.: - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Risco”: 64, 65 e 67.

- Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Segurança”: 61, 62, 63 e 66.

OBS: - A associação de “Sim” para os itens 65 e 67 indicam “Risco”

ESCADAS		Sim	Não	Não se aplica
	68. Há escadas na escola?			
	69. Os degraus da escada possuem partes soltas?			
	70. Os degraus da escada apresentam buracos?			
	71. Os degraus da escada possuem piso antiderrapantes?			
	72. Os degraus da escada apresentam-se molhados?			
	73. Os degraus da escada são lisos?			
	74. Há corrimão nas escadas			

OBS.: - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Risco”: 69, 70, 72 e 73.
 - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Segurança”: 71 e 74.

ÁREAS EXTERNAS		Sim	Não	Não se aplica
	75. Há árvores altas?			
	76. Há árvores usadas para brincadeiras?			
	77. Há áreas de barrancos na escola?			
	78. O tanque de roupa está fixado à parede?			
	79. Há muros de tijolo na escola?			
	80. Há possibilidade da criança escalar-los?			
	81. Há muros de tela na escola?			
	82. Há possibilidade da criança escalar-los?			
	83. Existe um extintor de incêndio sempre pronto para uso e em local acessível?			

OBS.: - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Risco”: 75, 76, 77, 80 e 82.
 - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Segurança”: 78 e 83.

BERÇÁRIO		Sim	Não	Não se aplica
	84. O piso apresenta partes soltas?			
	85. O piso apresenta tacos empenados?			
	86. O piso apresenta buracos?			
	87. O piso é liso?			
	88. O piso possui revestimentos antiderrapantes?			
	89. O piso apresenta-se molhado?			
	90. O piso é encerado?			
	91. Os berços das crianças apresentam alguma parte solta?			
	92. Os berços das crianças apresentam alguma parte quebrada?			
	93. Os berços das crianças apresentam pontas ou lascas?			
	94. As grades dos berços possuem distância grande entre elas?			
	95. As grades dos berços possuem altura que possibilitam que a criança as transpassem?			
	96. Os travesseiros dos berços são altos, fofos e sem furos?			
	97. As tomadas elétricas dispõem de algum protetor?			
	98. As tomadas elétricas ficam fora do alcance das crianças?			
	99. Há tapetes enrugados?			
	100. Há tapetes com bordas reviradas?			
	101. O reboco da parede está se soltando?			

OBS.: - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Risco”: 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 100 e 101.
- Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Segurança”: 88, 97 e 98.

OUTROS		Sim	Não	Não se aplica
	102. Todos os equipamentos de limpeza são mantidos em lugares fechados?			
	103. Todos os produtos de limpeza e inseticidas são mantidos em seus recipientes originais?			
	104. Todos os produtos de limpeza e inseticidas permanecem em lugares fechados?			
	105. Todos os medicamentos são mantidos em lugares altos?			
	106. Todos os medicamentos são mantidos em armários fechados à chave?			

OBS.: - Itens nos quais as respostas “Sim” indicam “Segurança”: 102, 103, 104, 105 e 106.

APÊNDICE E: Descrição da análise das filmagens referente aos espaços escolares

Quadro 1: Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nos corredores e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

CORREDORES	ESCOLAS MUNICIPAIS					ESCOLAS PARTICULARES					TO TA L
	1	2	3	SUBTOT.		1	2	3	SUBTOT.		
O piso apresenta partes soltas?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O piso apresenta buracos?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O piso é liso?	Sim					Sim					1
	Não	X	X	X	3	Não	X	X		2	5
O piso possui revestimento antiderrapantes?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O piso apresenta-se molhado?	Sim					Sim					1
	Não	X		X	2	Não	X	X	X	3	5
O piso é encerado?	Sim					Sim					1
	Não	X	X	X	3	Não	X	X		2	2
Há tapetes enrugados?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Há tapetes com bordas reviradas?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O reboco da parede está se soltando?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Há tomadas elétricas?	Sim					Sim					1
	Não	X	X	X	3	Não	X		X	2	2
As tomadas elétricas dispõem de algum protetor?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	--	X	--	1	4
As tomadas elétricas ficam fora do alcance das crianças?	Sim					Sim					--
	Não	X		X	2	Não	--	X	--	1	3
Há extintores de incêndio prontos para uso e em local acessível?	Sim					Sim					3
	Não					Não					--
Há plantas com folhas e/ou frutos venenosos (“comigo-ninguém-pode”, “chuva de ouro”, “saia branca”) acessíveis?	Sim					Sim					1
	Não	X		X	2	Não	X	X	X	3	5

Quadro 2: Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nas salas de aula e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

SALAS DE AULA	ESCOLAS MUNICIPAIS					ESCOLAS PARTICULARES					TO TA L
		1	2	3	SUBTOT.		1	2	3	SUBTOT.	
O piso apresenta partes soltas?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O piso apresenta buracos?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O piso é liso?	Sim					Sim			X	1	1
	Não	X	X	X	3	Não	X	X		2	5
O piso possui revestimento antiderrapante?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O piso apresenta-se molhado?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O piso é encerado?	Sim	X	X	X	3	Sim	X		X	2	5
	Não					Não		X		1	1
Há tapetes enrugados?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Há tapetes com bordas reviradas?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O reboco da parede está se soltando?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Há tomadas elétricas?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não					--
As tomadas elétricas dispõem de algum protetor?	Sim		X		1	Sim		X	X	2	3
	Não	X		X	2	Não	X			1	3
As tomadas elétricas ficam fora do alcance das crianças?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Alguma cadeira está com o assento desnivelado?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Alguma cadeira tem partes pontiagudas salientes?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Alguma cadeira tem superfície descolando?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
As cadeiras são estáveis, com seus pés perfeitamente nivelados?	Sim	X	X	X	3	Sim					3
	Não					Não	X	X	X	3	3
Há brinquedos quebrados?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Há brinquedos com partes pontiagudas?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Há brinquedos com superfícies cortantes?	Sim					Sim					--
	Não	X	--	X	2	Não	X	X	X	3	5
Há brinquedos com peças pequenas (para menores de 3 anos)?	Sim					Sim					--
	Não	X	--	X	2	Não	X	X	X	3	5
Há brinquedos com partes pequenas soltas (menores de 3 anos)?	Sim					Sim					--
	Não	X	--	X	2	Não	X	X	X	3	5

Quadro 3: Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados no(s) *playground(s)* e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

PLAYGROUND	ESCOLAS MUNICIPAIS				ESCOLAS PARTICULARES				TO TA L		
	1	2	3	SUBTOT.	1	2	3	SUBTOT.			
O piso apresenta buracos?	Sim	X	X	2	Sim		X	1	3		
	Não		X	1	Não	X	X	2	3		
O piso do <i>playground</i> possui terra em toda a sua extensão?	Sim		X	1	Sim	X		1	2		
	Não	X	X	2	Não		X	X	2	4	
Há partes cimentadas próxima aos brinquedos?	Sim				Sim		X	1	1		
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	2	5	
O piso do <i>playground</i> é gramado?	Sim	X	X	2	Sim		X	X	2	4	
	Não		X	1	Não	X		1	2	2	
Há brinquedos no <i>playground</i> com partes pontiagudas?	Sim		X	1	Sim		X	1	2	2	
	Não	X		X	2	Não	X	X	2	4	4
Há brinquedos no <i>playground</i> com partes enferrujadas?	Sim		X	1	Sim		X	1	2	2	
	Não	X		X	2	Não	X	X	2	4	4
Há plantas com folhas e/ou frutos venenosos (“comigo-ninguém-pode”, “chuva de ouro”, “saia branca”) acessíveis?	Sim				Sim				--	--	
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Há bancos no <i>playground</i> ?	Sim		X	1	Sim				1	1	
	Não	X		X	2	Não	X	X	X	3	5
Os bancos são estáveis?	Sim	--	X	--	1	Sim	--	--	--	--	1
	Não	--	--	--	--	Não	--	--	--	--	--
Os bancos possuem lascas?	Sim	--	--	--	--	Sim	--	--	--	--	--
	Não	--	--	--	--	Não	--	--	--	--	--
Os bancos possuem parafusos soltos?	Sim	--	--	--	--	Sim	--	--	--	--	--
	Não	--	--	--	--	Não	--	--	--	--	--
Os bancos possuem pregos soltos?	Sim	--	--	--	--	Sim	--	--	--	--	--
	Não	--	--	--	--	Não	--	--	--	--	--
Há equipamento de escalar sobre o cimento?	Sim				Sim		X	1	1	1	
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	2	5	5
Há equipamento de escorregar sobre cimento?	Sim				Sim		X	1	1	1	
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	2	5	5
Há árvores altas?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não				--	--
Há possibilidade das crianças escalarem as árvores para brincadeiras?	Sim	X	X		2	Sim	X	X	X	3	5
	Não		X		1	Não					1

Quadro 4: Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nos banheiros e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

BANHEIROS	ESCOLAS MUNICIPAIS					ESCOLAS PARTICULARES					TO TA L	
	1	2	3	SUBTOT.		1	2	3	SUBTOT.			
O piso apresenta buracos?	Sim					Sim					--	
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6	
O piso é liso?	Sim					Sim					1	1
	Não	X	X	X	3	Não	X	X		2	5	
O piso possui revestimento antiderrapante?	Sim					Sim					--	
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6	
O piso apresenta-se molhado?	Sim					Sim					1	
	Não		X	X	2	Não	X	X	X	3	5	
Há tapete antiderrapante?	Sim					Sim					1	
	Não		X	X	2	Não	X	X	X	3	5	
Há tapetes enrugados?	Sim					Sim					--	
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6	
Há tapetes com bordas reviradas?	Sim					Sim					--	
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6	
O reboco da parede está se soltando?	Sim					Sim					1	
	Não		X	X	2	Não	X	X	X	3	5	

Quadro 5: Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados na(s) piscina(s) e as escolas particulares (N=3).

PISCINAS	ESCOLAS PARTICULARES				
	1	2	3	TOTAL	
Há piscina na escola?	Sim	X	X	X	3
	Não				
Há grades de proteção separando a área da piscina?	Sim	X	X	X	3
	Não				
A(s) piscina(s) possui(em) rede de proteção?	Sim		X		
	Não	X		X	
(Caso haja mais de uma piscina) Todas as piscinas possuem rede de proteção?	Sim	--	--	--	--
	Não	--	--	--	--
O piso apresenta buracos?	Sim				
	Não	X	X	X	3
O piso é liso?	Sim				
	Não	X	X	X	3
O piso possui revestimento antiderrapante?	Sim	X	X	X	3
	Não				
O piso apresenta-se molhado?	Sim				
	Não	X	X	X	3

Quadro 6: Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nas escadas e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

ESCADAS	ESCOLAS MUNICIPAIS				ESCOLAS PARTICULARES				TO TA L		
	1	2	3	SUBTOT.	1	2	3	SUBTOT.			
Há escadas na escola?	Sim		X	1	Sim	X	X	2	3		
	Não	X	X	2	Não	X		1	3		
Os degraus da escada possuem partes soltas?	Sim	--	--		Sim	--			--		
	Não	--	--	X	1	Não	--	X	X	2	3
Os degraus da escada apresentam buracos?	Sim	--	--		Sim	--				--	--
	Não	--	--	X	1	Não	--	X	X	2	3
Os degraus da escada possuem piso antiderrapante?	Sim	--	--		Sim	--	X	X	2	2	2
	Não	--	--	X	1	Não	--				1
Os degraus da escada apresentam-se molhados?	Sim	--	--		Sim	--				--	--
	Não	--	--	X	1	Não	--	X	X	2	3
Os degraus da escada são lisos?	Sim	--	--		Sim	--				--	--
	Não	--	--	X	1	Não	--	X	X	2	3
Há corrimão na escada?	Sim	--	--		Sim	--	X	X	2	2	2
	Não	--	--	X	1	Não	--				1

Quadro 7: Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nos berçários e as escolas municipais (N=3).

BERÇÁRIO	ESCOLAS MUNICIPAIS				
	1	2	3	TOTAL	
O piso apresenta partes soltas?	Sim				
	Não	X	X	X	3
O piso apresenta buracos?	Sim				
	Não	X	X	X	3
O piso é liso?	Sim				
	Não	X	X	X	3
O piso possui revestimento antiderrapante?	Sim				
	Não	X	X	X	3
O piso apresenta-se molhado?	Sim				
	Não	X	X	X	3
O piso é encerado?	Sim	X	X	X	3
	Não				
Os berços das crianças apresentam alguma parte solta?	Sim		--	--	--
	Não	X	--	--	1
Os berços das crianças apresentam alguma parte quebrada?	Sim		--	--	--
	Não	X	--	--	1
Os berços das crianças apresentam pontas ou lascas?	Sim		--	--	--
	Não	X	--	--	1
As grades dos berços possuem distância grande entre elas?	Sim		--	--	--
	Não	X	--	--	1
As grades dos berços possuem altura que possibilitam que as crianças as transpassem?	Sim		--	--	--
	Não	X	--	--	--
Os travesseiros dos berços são altos, fofos e sem furos?	Sim	--	--	--	--
	Não	--	--	--	--
Há tomadas elétricas?	Sim	X	X	X	3
	Não				
As tomadas elétricas dispõem de algum protetor?	Sim				
	Não	X	X	X	3
As tomadas elétricas ficam fora do alcance das crianças?	Sim	X	X	X	3
	Não				
Há tapetes enrugados?	Sim				
	Não	X	X	X	3
Há tapetes com bordas reviradas?	Sim				
	Não	X	X	X	3
O reboco da parede está se soltando?	Sim				
	Não	X	X	X	3

Quadro 8: Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados nas áreas externas e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

ÁREAS EXTERNAS	ESCOLAS MUNICIPAIS					ESCOLAS PARTICULARES					TO TA L
	1	2	3	SUBTOT.		1	2	3	SUBTOT.		
O piso apresenta buracos?	Sim	X	X	X	3	Sim		X		1	4
	Não					Não	X	X		2	2
O piso é liso?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O piso possui revestimento antiderrapante?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
O piso apresenta-se molhado?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
Há árvores altas?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não					--
Há possibilidade das árvores serem utilizadas para brincadeiras?	Sim	X	X			Sim	X	X	X	3	3
	Não			X	3	Não					3
Há áreas de barrancos na escola?	Sim	X	X		2	Sim					2
	Não			X	1	Não	X	X	X	3	4
Há tanque de lavar roupa ou pia?	Sim					Sim					--
	Não	X	X	X	3	Não	X	X	X	3	6
(Em caso de resposta positiva) Estão bem fixados à parede?	Sim	--	--	--	--	Sim	--	--	--	--	--
	Não	--	--	--	--	Não	--	--	--	--	--
Há muros de tijolos na escola?	Sim					Sim	X	X	X	3	3
	Não	X	X	X	3	Não					3
Há possibilidade da criança escalá-lo?	Sim	--	--	--		Sim					---
	Não	--	--	--	--	Não	X	X	X	3	3
Há muros de telas na escola?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	3
	Não					Não					--
Há possibilidade da criança escalá-lo?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não					--
Existe extintor de incêndio pronto para o uso e em locais acessíveis?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não					--

Quadro 9: Distribuição da presença ou ausência de indicadores de risco para a ocorrência de acidentes, de acordo com os itens observados quanto aos equipamentos e produtos de limpeza e medicamentos e as escolas municipais (N=3) e particulares (N=3).

OUTROS	ESCOLAS MUNICIPAIS					ESCOLAS PARTICULARES					TO TA L
	1	2	3	SUBTOT.		1	2	3	SUBTOT.		
Todos os equipamentos de limpeza são mantidos em lugares fechados?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não					--
Todos os produtos de limpeza e inseticidas são mantidos em seus recipientes originais?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não					--
Todos os produtos de limpeza e inseticidas permanecem em lugares fechados?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não					--
Todos os medicamentos são mantidos em lugares altos?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não					--
Todos os medicamentos são mantidos em armários fechados à chave?	Sim	X	X	X	3	Sim	X	X	X	3	6
	Não					Não					--

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rita Aparecida de Oliveira

Marília, 10 de dezembro de 2003.



