

UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO E SOCIEDADE

LUCIANO JOSÉ VIEIRA FRANCO

**ACIDENTES COM CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE
CONSELHEIRO LAFAIETE, MG, E INFÂNCIA E CUIDADOS
NA ÓTICA DE SUAS MÃES: ESTUDO DE CASO A PARTIR
DE DUAS UNIDADES DE SAÚDE.**

Barbacena - MG
Novembro/2008

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO E SOCIEDADE

LUCIANO JOSÉ VIEIRA FRANCO

**ACIDENTES COM CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE
CONSELHEIRO LAFAIETE, MG, E INFÂNCIA E CUIDADOS
NA ÓTICA DE SUAS MÃES: ESTUDO DE CASO A PARTIR
DE DUAS UNIDADES DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Educação e Sociedade da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Educação.

Barbacena - MG
Novembro/2008

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Luciano José Vieira Franco

Acidentes com crianças no Município de Conselheiro Lafaiete, MG, e infância e cuidados na ótica de suas mães: estudo de caso a partir de duas unidades de saúde.

Dissertação apresentada à Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Educação.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Raquel Vaserstein Gorayeb

Universidade Estácio de Sá - RJ.

Professora Dra. Rosa Maria Corrêa das Neves

Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Professor Dr. Sebastião Rogério Gois Moreira

Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC

Aprovada em 20 de novembro de 2008.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

F825a

Franco, Luciano José Vieira

Acidentes com crianças no município de Conselheiro Lafaiete, MG, e infância e cuidados na ótica de suas mães: estudo de caso a partir de duas unidades de saúde. / Luciano José Vieira Franco. – Conselheiro Lafaiete, 2008.

105 f.

Dissertação (Mestrado Educação e Sociedade) – Universidade Presidente Antônio Carlos, 2008.

1. Infância 2. Cuidado 3. Acidentes e prevenção de acidentes. I. Universidade Presidente Antônio Carlos

CDD 649.1

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Dedico este trabalho a minha mãe e as minhas filhas Kelly e Juliana que tiveram a paciência de suportar a minha ausência e impaciência durante este período.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me conceder o privilégio da vida, e possibilitar a transformação dos meus sonhos em projetos, e estes em realizações.

À minha orientadora, Professora Dra. Rosa Maria Corrêa das Neves, profissional competente e dedicada, que acreditou em meu trabalho e me acolheu de forma carinhosa, tornando o desafio do mestrado mais agradável.

À Professora Dra. Hilda Aparecida Linhares Micarello, pela consideração que sempre me dispensou.

Ao Coordenador do Curso, Professor Dr. Sebastião Rogério Góis Moreira, pelo convívio e incentivo à pesquisa deste tema, que tanto me deu prazer.

A todos os professores da Universidade Presidente Antônio Carlos – Barbacena (MG), pelo incentivo e profissionalismo.

Aos meus colegas da Universidade Presidente Antônio Carlos – Conselheiro Lafaiete (MG), Wolmer Ricardo Tavares, Alexandre Correia Fernandes e Paulo José de Moraes e Erika Trevisan pelo apoio e incentivo demonstrados durante o desenvolvimento deste trabalho.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, transmitindo-me apoio e amizade.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GOOGLE.SCHOLAR – Pesquisa Acadêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não Governamentais

SINITOX – Sistema Nacional de Informação Tóxico – Farmacológicas

SUS – Sistema Único de Saúde

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

UNIPAC – Universidade Presidente Antônio Carlos

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1 INFÂNCIA E CUIDADOS..... | 17 |
| 1.1 Infância e História..... | 18 |
| 1.2 Dilemas Contemporâneos da Educação Infantil..... | 21 |
| 1.3 Desenvolvimento Infantil | 29 |
| 1.3.1 Conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal | 32 |
| 1.3.2 Pensamento e a Linguagem | 33 |
| 1.4 Acidentes com Crianças: Principais Características..... | 37 |
| 1.5 Acidentes com Crianças: Orientações para Prevenção | 42 |
| 1.6 Acidentes com Crianças: Recomendações Legais..... | 46 |
| 2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS..... | 49 |
| 3 CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO LAFAIETE. | 57 |
| 3.1 Considerações Sobre a Análise | 57 |
| 3.2 Crianças Acidentadas por Idade..... | 62 |
| 3.3 Crianças Acidentadas por Sexo. | 64 |
| 3.4 Crianças Acidentadas, por Idade e Sexo. | 65 |
| 3.5 Tipos de Acidentes com Crianças | 66 |
| 3.6 Acidente mais Freqüente com Crianças e seus Agentes | 69 |
| 3.7 Ambiente mais Freqüente de Ocorrência de Acidentes com Crianças..... | 71 |
| 3.8 Causas dos Acidentes por Faixa Etária..... | 72 |
| 3.9 Agente das Quedas de Acidentes por Faixa Etária | 73 |

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

| | |
|---|-----|
| 3.10 Ambiente mais Freqüente de Ocorrência de Acidentes com Crianças por Faixa Etária | 74 |
| 3.11 Dia da Semana mais Freqüente de Ocorrência de Acidentes com Crianças..... | 75 |
| 3.12 Hora mais Freqüente de Ocorrência de Acidentes com Crianças | 76 |
| 4 INFÂNCIA E CUIDADOS COM CRIANÇAS ENTRE MÃES NO MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO LAFAIETE | 77 |
| 4.1 Considerações Sobre a Análise das Entrevistas | 77 |
| 4.2 Informações Sobre Prevenção de Acidentes, entre Mães..... | 80 |
| 5 CONSIDERAÇÕES | 83 |
| 6 REFERÊNCIAS | 86 |
| 7 ANEXOS..... | 95 |
| 7.1 Anexo 1 – Questionário Sobre Acidentes..... | 95 |
| 7.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido..... | 96 |
| 7.3 Anexo 3 – Ficha de Atendimento – Ambulatorial/Emergência..... | 97 |
| 7.4 Anexo 4 – Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência | 98 |
| 8 APÊNDICE | 99 |
| 8.1 Apêndice 1 – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências..... | 99 |
| 8.2 Apêndice 2 – Lei Nº 4.623/2004 – Dispõe sobre a Campanha Municipal de Prevenção de Acidentes Domésticos | 102 |
| 8.3 Apêndice 3 - Lei 13087 1999 de 11/01/1999 (texto original) | 104 |

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - Atendimento a População em Relação a Atendimento a População Infantil, 0 a 6 Anos, Unidade de Saúde A, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008. 58.

GRÁFICO 02 - Atendimento a Criança em Relação a Atendimento de Acidente com Criança, de 0 a 6 anos, na Unidade de Saúde A, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008. 59.

GRÁFICO 03 - Ficha de Atendimento de Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, em Relação à Ficha de Atendimento de Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, Utilizada na Pesquisa, na Unidade de Saúde A, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008. 59.

GRÁFICO 04 - Atendimento a População em Relação a Atendimento a População Infantil, 0 a 6 Anos, Unidade de Saúde B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008. 60.

GRÁFICO 05 – Atendimento a Criança em Relação a Atendimento de Acidente com Criança, de 0 a 6 Anos, na Unidade de Saúde B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008. 61.

GRÁFICO 06 - Ficha de Atendimento de Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, em Relação à Ficha de Atendimento de Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, Utilizada na Pesquisa, na Unidade de Saúde B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008. 61.

GRÁFICO 07 - Acidentes com Crianças, de 0 a 6 Anos, nas Unidades A e B de Saúde, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008. 62.

GRÁFICO 08 - Acidente com Criança, de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, Julho a Setembro de 2008, por Sexo. 64.

GRÁFICO 09 - Acidente com Criança, de 0 a 6 Anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008, por Idade e Sexo.... 65.

GRÁFICO 10 - Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008, por Tipo de Acidente. 66.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

GRÁFICO 11 – Acidentes com quedas de Criança, 0 a 6 Anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008, com o Agente da Queda. 69.

GRÁFICO 12 - Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008, por Ambiente..... 71.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 01 – Entrevista com Mães de Acidentados | 54 |
| TABELA 2 – Distribuição do Número de Acidentes por Faixa Etária, com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, no Município de Conselheiro Lafaiete e suas Respectivas Causas dos Acidentes..... | 72 |
| TABELA 3 – Distribuição do Número de Acidentes com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B no Município de Conselheiro Lafaiete, com os Respectivos Agentes das Quedas por Faixa Etária. | 73 |
| TABELA 4 – Distribuição do Número de Acidentes com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, no Município de Conselheiro Lafaiete, com as Referidas Faixas Etárias e os Ambientes dos Acidentes..... | 74 |
| TABELA 5 – Distribuição do Número de Acidentes com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, no Município de Conselheiro Lafaiete, com as Referidas Faixas Etárias e os Respectivos dias da Semana..... | 75 |
| TABELA 6 – Distribuição o Número de Acidentes com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, no Município de Conselheiro Lafaiete, com os Referidos Horários..... | 76 |

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi conhecer as características de acidentes com crianças de 0 a 6 anos, no Município de Conselheiro Lafaiete, MG, entre julho e setembro, 2008, e por uma abordagem qualitativa, compreender os cuidados na infância, na ótica de responsáveis por crianças acidentadas deste município. Para realização da pesquisa empírica que representou o exame de documentos médicos em duas unidades de saúde do município e a entrevista a seis mães de crianças acidentadas na cidade, buscou-se fundamentação teórica em Kramer (2001) e Drago (2007), estudiosos da infância do campo da educação, entre outros, e em Blank (2005) e Filócomo *et al.* (2002), que no campo da saúde, têm se dedicado ao tema dos acidentes infantis. Os resultados apresentam as características dos acidentes estudados segundo idade; sexo; idade e sexo combinados; tipos de acidentes; tipo de acidente mais freqüente, com os referidos agentes e ambiente mais freqüente em que ocorreram os acidentes. A perspectiva das mães entrevistadas também fez parte da pesquisa e foi apresentada com o significado interpretado a partir das falas. Esta pesquisa permitiu uma reflexão sobre o significado que se dá entre mães, entre profissionais e nos campos da educação e da saúde sobre infância, cuidado, prevenção de acidentes e promoção da saúde.

Palavras chaves: infância, cuidado, acidentes e prevenção de acidentes.

ABSTRACT

This thesis aims at taking stock of the characteristics of accidents with children from 0 to 6 years of age, in Conselheiro Lafaiete, MG, Brazil, between July and September, 2008. In addition, with a qualitative approach, it also aims at understanding childcare from the perspective of those in charge of the children who had accidents in that municipality. To carry out the empiric research, corresponding to [1] the medical records in two health units of the municipality and [2] the interview with six mothers of children who had accidents, we resorted to theoretical framework in Kramer (2001) and Drago (2007), childhood scholars in the realm of education, among others, and in Blank (2005) and Filócomo *et al.* (2002), who have been devoted to childhood accidents in the realm of health. This thesis shows the characteristics of accidents by age; sex; age and sex together; types of accidents; most usual type of accident, with respective agents and most usual environment where accidents happened. The mothers' perspective has also integrated this research and is shown with the interpretation derived from the interviews with them. This research has allowed us to think over the meaning ascribed to childhood, care, accident prevention, and health promotion among mothers, and education and health professionals.

Keywords: childhood, care, accidents, accident prevention

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

INTRODUÇÃO

O debate sobre crianças, sua condição e educação evidenciou-se no país em 1996, ano em que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional assumiu pioneiramente uma seção para a educação infantil, definindo o atendimento pedagógico em creches para crianças até três anos de idade e em pré-escolas para crianças de quatro a seis anos de idade. Também sabemos que a redemocratização do país, em meados dos anos oitenta, exigiu além de uma nova organização da atenção a saúde, pela implantação do SUS (1990), novas práticas e discussões sobre a saúde em geral e sobre a saúde infantil em particular.

Em nossa pesquisa, percebemos que a problemática do cuidado com a criança na infância é comum às duas áreas – a da educação e a da saúde. Este tema em particular, nos chamou atenção no curso de mestrado, já que por referência à formação profissional como Engenheiro de Segurança, temos nos encaminhado a problemas relativos à segurança física e a temas que tenham alguma potencialidade de se tornarem práticas de prevenção de acidentes. Vê-se assim, uma primeira delimitação do tema de trabalho que desenvolvemos nesta dissertação de mestrado – segurança física de crianças.

Nossa aproximação ao tema dos acidentes na infância se deu a partir da literatura que conseguimos obter sobre o tema, nas áreas de educação e da saúde. A revisão de parte do referencial bibliográfico foi elucidativa e caminhou em duas direções que estruturaram o objeto da pesquisa. Primeiramente, voltamo-nos para o contato com a literatura que trata as características dos diversos tipos de acidentes que acometem crianças, dando preferência aos estudos quantitativos. Outra direção de estudos foi tomada, na medida em que houve a oportunidade de cursar a disciplina de “Práticas de Educação e Cuidados na História da Infância Brasileira”. Foi justamente a partir dessa disciplina que percebi que a segurança física de crianças poderia ser inserida como um problema no debate educacional sobre o cuidado, como dimensão educativa.

A ênfase das pesquisas qualitativas no campo da educação orientou a pesquisa, ainda em projeto, a guiar-se por esta abordagem, na ocasião do exame de qualificação. Nessa direção, o problema que definimos para pesquisar seria as

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

concepções de cuidado entre acompanhantes de crianças de 0 a 6 anos no Município de Conselheiro Lafaiete. A realidade da pesquisa de campo, entretanto, não permitiu que nos restringíssemos a este objetivo, por questões práticas da interação com as instituições e sujeitos participantes. Essa interação, então, provocou uma nova reorientação da pesquisa, em que passamos a ter como objetivo, além da abordagem qualitativa acerca de cuidados na infância, na ótica de responsáveis por crianças acidentadas, no Município de Conselheiro Lafaiete, dados quantitativos acerca de acidentes com crianças de 0 a 6 anos, neste município, entre julho e setembro, a partir de duas unidades de saúde.

A estrutura desta dissertação se apresenta iniciando pela fundamentação bibliográfica do seu objeto infância e acidentes com crianças em que articulamos nossas interpretações de estudiosos da infância do campo da educação, como Kramer (2001), Drago (2007), e do campo da saúde que se dedicam, sobretudo ao problema de acidentes infantis, como Blank (2005), Filócomo *et al.* (2002) Após procuramos apresentar, num capítulo específico, nossa orientação metodológica e a metodologia em ação o que vivenciamos no processo de pesquisa em termos de obtenção e análise de dados. No terceiro capítulo, apresentamos os resultados e discussão dos dados quantitativos acerca do caso que investigamos e no quarto capítulo, os resultados e discussão das entrevistas que realizamos com responsáveis por crianças acidentadas, no Município de Conselheiro Lafaiete. Ao final, reunimos os resultados mais expressivos desta pesquisa e os comentamos em relação a possíveis repercussões para futuras intervenções preventivas de acidentes na infância.

1 INFÂNCIA E CUIDADOS

A História dos direitos da infância no Brasil iniciou em 1891 com a proibição do trabalho infantil a menores de 12 anos, promulgado pelo Decreto nº 1313. Os direitos da infância após sua primeira lei tiveram outros marcos significativos como: 1924- “A Declaração de Genebra, considerado como o primeiro documento internacional sobre os direitos da criança” o qual deu origem à “Convenção dos Direitos da Criança” em 1989, 1927-Promulgação do Código de Menores, 1930- Criação do Ministério da Educação, 1942- Criação do Serviço de Assistência ao Menor, 1950-Criação da UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância no Brasil. 1959-Aprovação da Declaração Universal dos Direitos da Criança, 1964 Criação da FUNABEM, Fundação do bem estar do Menor, 1979- Instituição do Ano Internacional da Criança, 1979- Aprovação do Segundo Código de Menores, 1983- Criação da Pastoral da Criança, 1989- Aprovação da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, 1990- Promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, 1992- Criação do CONANDA Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 1996 promulgação da Lei de Diretrizes da Educação Nacional onde acirrou o debate sobre crianças, sua condição e educação.

Neste debate, pelo estudo que realizamos dois temas se destacam: a história da infância na Europa e no Brasil e a educação que se pode oferecer à infância. Parte do que aprendemos deste debate está brevemente apresentado neste capítulo que chamamos de infância e cuidados, por que são os termos principais da pesquisa que pretendemos realizar.

1.1 Infância e História

As pesquisas do historiador francês Phillipe Ariés são um verdadeiro marco nos estudos sobre a infância. Ariés afirma que a representação de crianças em pinturas e esculturas variou muito entre povos e no tempo, existindo desde crianças representadas como anjos, como inocentes, até aquelas que aparentam ser pequenos adultos (DRAGO, 2007, p. 50). Nessas representações a criança não é vista como um ser diferenciado do adulto, o que leva o autor a afirmar que na Antigüidade não existia um sentimento de que a infância tivesse peculiaridades. A partir do século XVII é dado à criança “um papel de destaque que até então não era tido” (idem, p. 50). Conforme Heywood, outro autor estudado por Drago discorda desta idéia de Ariés quando diz que:

Todas as sociedades, em todas as épocas, tiveram o conceito de infância, ou seja, a noção de que as crianças podem ser diferenciadas dos adultos de várias formas. O ponto em que eles diferem é em suas concepções de infância, as quais especificam essas formas de distinção. Portanto, elas terão idéias contrastantes sobre questões fundamentais relacionadas à duração da infância, às qualidades que diferenciam os adultos das crianças e à importância vinculada às suas diferenças. Heywood (2004, p. 22)

Ainda de acordo com Drago, o que acreditamos ser criança muda no meio de um mesmo povo, “de uma mesma família e varia de acordo com a estratificação social” (2007, p.51). Assim, não se pode falar de criança e ter uma idéia única do que é uma criança, embora a infância pressuponha diferença em relação ao adulto. Assim, a única idéia comum é que criança é diferente de adulto, mas exatamente em quem reside esta a diferença varia muito. Dentro deste contexto, Kramer (2001, p.17) destaca que a diferença, comumente, é de oposição, “aquele ser que não possui maturidade nem idade suficiente para uma adequada integração social”. Para a autora, esta idéia de imaturidade está relacionada ao imaginário que identifica a criança ao futuro, como alguém que ainda não é. Sua posição é contrária: a criança já é um sujeito, com características próprias e hierarquicamente, não é uma etapa inferior a outras da vida, mas a mais importante, já que “deixa traços nas etapas

posteriores”. Esta posição é muito elevada e o valor de infância e da vida da criança cresce de importância e também a responsabilidade dos adultos diante da infância.

Muitos autores têm destacado a idéia de criança como sujeito de direitos sociais, ainda que nem sempre tenha sido assim. Drago (2007, p. 53), quando recorre às pesquisas de autores que estudaram a infância no Brasil, enfatiza que a partir da chegada dos colonizadores portugueses, a idéia histórica de criança foi sendo construída nos temas relacionados à “história da assistência aos pobres, da saúde pública, nos estudos sobre a família”. Para Rizzini (1997, p.132), não havia uma preocupação dirigida à criança. Esta aparece em outros temas, mas não havia uma atenção especial à infância na época da colonização. E neste período a idéia da educação a ser dada à criança variava de acordo com a classe social – as crianças pobres seriam perigosas e deveriam ser submissas e as crianças de elite preparadas para construir o Brasil ideal. Esta idéia está na origem da concepção de infância brasileira, identificável, inclusive, atualmente, mesmo porque, como afirma Drago (2007), existe uma forte influência européia em nossa história, tanto na monarquia quanto na república. Mas esta concepção de infância se ainda hoje pode ser percebida, fica misturada a outras, também atuais, mas que lembram tempos antigos. Segundo Postman (1999, p.99), existia nos séculos XI, XII e XIII a concepção de criança como adulto em miniatura, e nos volta a ser presente, em função do consumo e dos meios de comunicação chegando a falar até em desaparecimento da infância. Para o autor, o ponto essencial que contribui para o “desaparecimento da infância” esta localizado no fato de que a TV apresenta informação de uma forma indiferenciada em sua acessibilidade, o que significa que ela não precisa fazer distinção entre as categorias “criança” e “adulto”.As imagens da televisão estão disponíveis para todos, independentes das idades.

Drago (2007) alerta para o fato de que estas diferentes concepções de infância nos ajudam a refletir sobre a educação infantil. Através de uma pesquisa que realizou com educadores, defende que estes começam a construir uma concepção de crianças enquanto sujeito de direitos, estão dando voz à infância, apesar de reconhecer realidades problemáticas como crianças que precisam sustentar suas famílias. Estas seriam crianças sem infância, a quem serve um alerta de Kramer (2003 p.84) “não é concebível que nossa cultura esqueça que precisa de

crianças. Mas está no caminho de esquecer que as crianças precisam de infância. Aqueles que insistem em lembrar prestam um nobre serviço”.

Estas diferenças nas concepções, na vida e na educação de crianças nos obrigam, para a pesquisa, afinal, nos perguntar: o que se entende por infância? O que se entende por criança? Há diferença entre infância e criança. A história da infância nos mostra que não é possível chegar a um entendimento único nem mesmo numa determinada cultura. Fernandes (2000) diz que distintas possibilidades de entendimento não existem apenas hoje, mas em outros momentos. Através da investigação da literatura portuguesa medieval, conclui-se, inclusive, que não havia somente o termo criança e nem um único termo que fosse semelhante. Por exemplo, “parvo” era o sujeito sem fala; “criança”, menino de peito ou não nascido; “menino”, outro termo dado tanto à criança de berço quanto à mais desenvolvida; “moço” era termo dado a uma idade que ia de oito meses a três anos; moços pequenos já não poderiam ser acusados de crimes; “cachopo” era o termo que se usava para a primeira infância, (dada a criança que tinha iniciativa grupal e era vista como adulto em miniatura); “mancebo e rapaz” também eram termos usados a distintas idades.

Se não é possível chegar a uma definição única e definitiva de infância e criança e a história da infância mostra a diversidade de entendimentos, palavras e modos para tratar da infância, há a obrigatoriedade de defender uma concepção e fazê-la presente em nas ações, pois a infância é uma construção social e revela a sociedade que se busca construir.

Kramer (2001, p.15) faz uma reflexão interessante ao mostrar que não apenas se produziu história sobre a criança, mas diferentes saberes: a sociologia, que buscou refletir sobre a relação entre crianças e adultos; a antropologia, que contribuiu para o conhecimento da diversidade da população infantil e a psicologia que, ao longo do século XX, focalizou a criança como objeto de estudo e se renovou ao incorporar a história ao conhecimento psicológico, como são os estudos de Vygotsky, Leontiev e Luria.

De todos estes estudos, Kramer (2001, p.15) diz que podem ser resumidas algumas observações. A primeira é a de infância como categoria de estudos. A segunda é de que não é possível falar em “criança” no singular, mas em crianças no plural. Não há assim, como antes expusemos uma concepção única de infância, nem de criança, já que não é possível a naturalização da infância. A autora, entretanto,

alerta que estas observações dificilmente podem ser assumidas se não houver duas posições: uma compreensão aberta às diferenças e, também, um compromisso com a fruição da infância através do cuidado da infância, vivido como atenção, segurança, proteção e preparo para o exercício da liberdade. Estas posições têm impacto direto na educação da infância, que também apresenta toda uma história, mas que nos dias de hoje apresenta um dilema essencial: cuidar ou educar na infância, que vamos passar a tratar no tópico a seguir.

1.2 Dilemas Contemporâneos da Educação Infantil

Faz-se mister entendermos que a “palavra criança vem do latim, *creantia*, *criantia* e significa ser humano de pouca idade, menino ou menina, pessoa ingênua, infantil” (FERREIRA, 1999, p. 578). No dizer expressivo de Ariés (1981), a criança, na Antigüidade, tinha sua infância reduzida ao período em que não era capaz de se alimentar sozinha. A infância era um período de passagem e não fazia parte das preocupações sociais. Nossa velha sociedade tradicional via negativamente a criança, e pior ainda o adolescente. A duração da infância era reduzida a seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se; a criança então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos e partilhava de seus trabalhos e jogos. A criança era vista como um ser divertido, servindo como meio de entreter os adultos.

Delimitamos, com o apoio de Kramer (2001), infância como categoria de estudos e crianças como manifestação da diversidade histórica e cultural. Também concordamos com a autora, que defende ser impossível falar em criança, de modo geral, ou seja, de modo comum à diversidade de classe, grupo e cultura. O que haveria de comum, e o conhecimento sobre a criança confirma isto, é que criança é um sujeito específico. Diz Kramer (2001, p. 17):

Estudos contemporâneos da antropologia, sociologia e da psicologia – fundamentada na história e na sociologia – têm nos ajudado a entender que às crianças foi imposta uma situação desigual e que é preciso combater a desigualdade sem perder as diferenças, tarefa difícil, mas necessária se a

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

perspectiva que se tem em mente consolidar é democrática, contrária à injustiça social e à opressão. Aqui, ao mesmo tempo em que são vistas de modo a que **seja respeitada sua especificidade**, as crianças são consideradas como parte importante de sua classe, seu grupo, sua cultura. *(grifo nosso)*

A plenitude deste sujeito se vincula, então, à concepção de infância e às práticas que decorrem desta concepção. Reduzir a concepção de infância ao aspecto físico do sujeito significa reduzir a potencialidade deste sujeito ao desenvolvimento físico, ainda que não seja possível dissociar físico, psíquico, social, histórico, como a análise de Kramer (2001) exemplifica com o desenvolvimento da psicologia, que antes era focada no psíquico, mas se abriu para o histórico. Quando a autora aborda a relação entre concepção de infância e educação da criança, traz uma afirmação importante para nossa pesquisa. A autora afirma:

Contra o reducionismo do atendimento à infância às dimensões de saúde e assistência, tenho assumido a defesa de uma perspectiva educativa para as creches e pré-escolas: sua função pedagógica na democratização do acesso aos conhecimentos é fundamental. Entretanto, a função pedagógica não pode ser identificada à instrução, à formação de hábitos e atitudes ou ao adestramento de habilidades específicas. Ao contrário, ela precisa ser vista na sua dimensão cultural. A educação infantil não se restringe aos aspectos sanitário ou assistencial, mas não se resume tampouco à mera antecipação da escolaridade nem à transmissão seqüencial de informações (KRAMER, 2001, p. 17).

Este raciocínio, mostra como, ao mudar uma concepção de infância, se abandona totalmente a anterior e se assume uma nova que não é mais completa. Reduccionismo é muito importante na sua observação: não se pode reduzir infância a corpo, mas também ao assumir infância como sujeito de conhecimento, não se pode entender conhecimento infantil como conhecimentos prontos a serem transmitidos. Por estas observações, é possível também dizer que não se pode separar corpo de conhecimento e nem de outros aspectos da vida da criança. Ao continuar sua exposição, a autora aborda aspectos que fazem parte da educação infantil, como a organização do espaço em que a criança vai se educar. Continuando com Kramer (2001, p.17):

As atividades regulares que visam favorecer a aprendizagem infantil podem e devem ser reunidos sem o olhar e a lógica do adulto. Não quero com isso dizer que as creches ou pré-escolas devem ser confusas ou desarrumadas! As atividades regulares que visam favorecer a aprendizagem infantil podem e devem ter continuidade. [...] Quero apenas sugerir que para promover a ação cultural das crianças – elas possam

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

dispor de cantos seus, de objetos em que **sua intervenção possa se dar fora do ângulo de visão ou de controle de adultos. Tendo disponíveis espaços seguros em que não há riscos de se machucarem ou se assustarem**, é muito importante que as crianças de 0 a 6 anos tenham possibilidades reais de fazer pequenos museus de ciências (bichos, folhas, pedras), coleções de objetos cuja ordem aparente escapa da compreensão dos adultos. (*grifos nossos*)

Esta idéia mostra que, numa perspectiva que entenda criança como sujeito cultural, não se pode separar a educação da infância, o seu desenvolvimento de aspectos físicos, como é marcado. Crianças, como sujeitos de direitos, necessitam de ambientes para desenvolverem-se plenamente, inclusive, como destaca Kramer (2001), sem a supervisão de adultos, o que exige uma segurança que não é espontânea, mas planejada por adultos para que não haja riscos à saúde e integridade física de crianças. Vê-se, aí, a prevenção como aspecto que faz parte da educação infantil seja aquela ministrada em ambientes institucionais, como creches e pré-escolas, seja aquela ministrada pelas famílias, nos ambientes domésticos.

Em outra afirmação da autora, essa relação entre segurança preventiva e educação infantil é também muito clara:

Por outro lado, amplos conjuntos de brinquedos nas praças e parques (com balanços, carrossel, escorrega, trepa-trepa), espaços organizados onde **as crianças consigam se locomover e agir em segurança**; reunião de objetos voltados ao olhar, às mãos e às ações infantis são iniciativas que inúmeras prefeituras poderiam tomar para ocupar lugares muitas vezes relegados ao abandono. (KRAMER 2001, p.19) (*grifo nosso*)

Estas posições defendidas pela autora reforçam a idéia de que a educação da infância preocupada com o desenvolvimento de crianças, em suas culturas, exige vigilância e cuidado, segurança e saúde, mostrando que não se separa cuidar de educar. As idéias de Kramer (2001), como a própria autora coloca, são sugestões práticas embasadas numa perspectiva teórica que valoriza a infância em si própria. Suas sugestões, então, proporciona ver que o dilema cuidar e educar parece falso, pois não há como separar aspectos físicos de aspectos culturais.

Mas, ainda que o dilema possa ser falso, o reducionismo de infância é presente ainda hoje na educação infantil, nas escolas e entre professores. Podemos observar isto quando estudamos as análises sobre a valorização que se dá ao papel

dos profissionais da educação infantil (VERÍSSIMO e FONSECA, 2003) e também em estudo que se realizou sobre o perfil de creches numa cidade brasileira (BARROS et al., 1999).

Para Veríssimo e Fonseca (2003), enfermeiras, desenvolveram, em sua pesquisa de doutorado, justamente uma investigação para “apreender e analisar as representações de trabalhadoras de creches acerca do cuidado da criança” (p. 28). A pesquisa foi feita em três creches de uma universidade pública em São Paulo, através de oficinas pedagógicas e entrevistas individuais com coordenadoras e educadoras que lidam diretamente com as crianças. Apresentam um breve histórico da educação infantil brasileira que tinha, em sua origem, um perfil assistencialista que passou a ser alvo de críticas e substituído por um perfil pedagógico, voltado para atividades de aprendizagem.

Atualmente, esse modelo assistencialista tem sido muito criticado e combatido, mediante ênfase na missão educativa da creche. Sob a justificativa de que a missão da creche ou pré-escola é educar, muitas instituições têm organizado sua programação em torno de atividades pedagógicas exclusivamente, dando tarefas para a casa e afirmando que lugar de brincar é em casa e não na escola. Nesse caminho, tem-se negligenciado também um aprofundamento sobre o cuidado (VERÍSSIMO e FONSECA 2003, p. 29).

Ainda, Veríssimo e Fonseca (2003) deixam claro quando enfatizam que a idéia sobre o cuidado nestas creches é bastante ampla. Entre as coordenadoras,

cuidar é atender as necessidades da criança, para promover seu bem-estar físico e provê-la de relações afetivas e sociais. As necessidades mais citadas foram: alimentar, higienizar, agasalhar, cuidar do preparo do alimento, ensinar a comer, hidratar, deixar confortável, proporcionar segurança e bem-estar físico. Atender as necessidades é ‘fazer’, ‘ensinar’, ‘supervisionar’ a criança e deixar o ambiente confortável e seguro. (VERÍSSIMO e FONSECA 2003, p. 29).

Veríssimo e Fonseca (2003) afirmam, então, que o cuidado está relacionado à atenção do adulto e à liberdade na infância, essa liberdade fará delas uma presença no mundo. A atenção do adulto se dirige à criança como um todo, em seus aspectos físicos, higiênicos, afetivos, culturais. Dizem também que na visão das coordenadoras das creches

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

Atenção é olhar para, ouvir e conversar, colocando-se na altura da criança, o que denota respeito por ela. Liberdade é permitir que a criança desfrute o espaço da creche, explorando e brincando (VERÍSSIMO e FONSECA 2003, p. 29).

Mas para que haja atenção e liberdade, as coordenadoras dizem que “o cuidado contempla a organização do ambiente, de forma a permitir que a criança brinque e tenha oportunidades de desenvolver seu potencial, sendo sempre respeitada em seu ritmo individual” (VERÍSSIMO e FONSECA, 2003, p. 29). Nas respostas das coordenadoras, estão algumas idéias muito importantes para nossa temática que Kramer (2001) já aborda. Uma delas é a de que o cuidado com as crianças é essencial à educação infantil, ainda que desvalorizado.

Todas as coordenadoras, entretanto, destacam que **os cursos da área de educação não preparam os profissionais adequadamente para esse trabalho, especialmente no que se refere às crianças menores de 3 anos**. Esse conhecimento é adquirido, dessa forma, no próprio contato com o trabalho na creche, tal como evidenciado em outros estudos (VERÍSSIMO e FONSECA 2003, p. 29) ¹. (*grifos nossos*)

Na mesma pesquisa, ouvindo as educadoras isto fica muito claro. Assim como as coordenadoras, as educadoras têm uma visão de cuidado como ligado a bem-estar e atenção, sendo necessárias higiene, alimentação e segurança. Cuidado também seria mais necessário às crianças pequenas, embora a segurança física seja necessária a todas as crianças. As educadoras falam, porém, que ainda que o cuidado seja valorizado, sua preocupação com a avaliação do trabalho está muito focada na aprendizagem e no ensino, o que as frustra. Veríssimo e Fonseca (2003, p. 33) fazem colocações muito importantes sobre avaliação nestas creches:

A medida para avaliar o trabalho é aquela importada do ensino fundamental tradicional, centrada no ensino de competências para a realização de tarefas acadêmicas. Sugere, ainda, que não se construiu um rol de resultados específicos esperados para a educação infantil. Assim, **embora a equipe da creche realize uma série de cuidados efetivos para o bem-estar das crianças, que promovem seu desenvolvimento e**

¹ Neste momento, VERÍSSIMO e FONSECA (2003) fazem referência ao trabalho de BARRETO, A. Por que e para que uma política de formação profissional de educação infantil? In: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE. **Por uma política de formação profissional de educação infantil**. Brasília, 1998.

aprendizagem, a ausência de um quadro conceitual que ampare e sustente esse cuidado não permite que ele seja visto, sistematizado, avaliado e computado como produto de um trabalho profissional.

Alguns exemplos de produtos relativos ao trabalho com crianças pequenas que podem ser avaliados são: **em que medida a criança está livre de infecções, dormindo, alimentando-se e/ou mantendo rotinas estáveis; o quanto ela brinca, explorar, perguntar, buscar ajuda quando precisa, demonstrando confiança em si e nos educadores; o quanto os adultos estão realizando cuidados de modo sistematizado; quanto a família está tranqüila e informada a respeito da vida da criança na creche.**

Veríssimo e Fonseca (2003, p. 33), a partir disto, dizem que

embora as creches universitárias apresentem resultados bastante satisfatórios, no que diz respeito aos cuidados citados, esses resultados não são reconhecidos pelo grupo de educadoras como sua função profissional

Para as autoras acima, ainda que o cuidado seja tratado como importante no discurso, na prática se vê que as próprias educadoras não o valorizam totalmente ainda que percebam que o cuidado na creche é profissional, científico, diferente do cuidado que ocorre em casa, onde não há preparo. Na verdade, elas reproduzem a concepção muito corriqueira que é criticada por Kramer (2001) e por Veríssimo e Fonseca (2003) – a separação entre cuidar e educar. Há um sentimento de inferioridade em relação ao cuidado que é criticado por Veríssimo e Fonseca (2003, p. 33).

presume-se que essa visão decorra de que o cuidado com o corpo da criança implica um trabalho manual, que vem sendo realizado em toda história da humanidade como atividade simplesmente prática, segundo bases empíricas, tendo portanto, menor valor social.

Em outro momento, exemplificam como as educadoras vivenciam essa desvalorização:

Todas as educadoras apontaram que as atividades de cuidado como parte de seu papel, mas sentem-se frustradas, porque identificam que seu fazer não é reconhecido como educativo e as atividades relacionadas ao corpo da criança são discriminadas também por profissionais formados para atuar na área da educação, inclusive pelas trabalhadoras das creches do estudo. A exemplo, em respostas

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

às manifestações de que o trabalho com as crianças pequenas é centrado na higiene, isto é no cuidado, elas buscam identificar sinais que possam demonstrar que a dimensão pedagógica do processo educacional começa no berçário, dizendo que se as crianças gostam de ler quando chegam à pré-escola é graças ao estímulo que receberam quando estavam no berçário. [...]

Não foram citados aspectos relativos à aprendizagem infantil e que constituem ações educativas e de cuidado tais como o movimento, o equilíbrio, o toque, o colo, a construção da identidade, as oportunidades para explorar, o estabelecimento de relações, a descoberta do próprio potencial, das próprias competências, a percepção de si como ser de valor, enfatizando-se o desenvolvimento de conhecimentos e comportamentos típicos da escolarização formal. (VERÍSSIMO e FONSECA 2003, p. 34)

O que vale mais é o pedagógico – o estímulo à leitura é valorizado, mas não o toque, a sensibilidade, a organização para a exploração, entre outros. Essa desvalorização com o cuidado é mais presente no discurso da educação e não nas pesquisas da área de saúde, o que veremos a seguir, ao ver que há uma grande quantidade de pesquisas que tratam da segurança de crianças. Veríssimo e Fonseca (2003, p. 34) dizem que para as educadoras

As atividades de ‘cuidado para o bem-estar’ são separadas de atividades pedagógicas’, ocorrendo em momentos diferentes e sendo as primeiras, uma condição necessária para o desenvolvimento das ações pedagógicas. Nesse caso, depreende-se certo privilégio aos aspectos cognitivos.

O ato de termos mais acuidade com o nosso corpo é uma preocupação que se deve ter desde o nascimento, pois o mal viver poderá nos levar a quadros mórbidos, submissos e até mesmo a um sentimento de inferioridade o que podem explicar o porquê de não haver na formação profissional da educação infantil uma formação específica para o cuidado, para a atenção, para a segurança voltada à exploração infantil. Mais grave mesmo que não haver formação é a revelação de que não existe um corpo teórico-conceitual sobre o cuidado, o que na visão das autoras, o campo da saúde, e especificamente, o campo da enfermagem pode colaborar. Assim finalizam a apresentação de sua pesquisa:

É sob essa ótica que a enfermagem pode e deve contribuir para a atenção à criança na creche e na escola, não somente realizando intervenções pontuais de controle de saúde como também ajudando a construir um referencial que possibilite a **atenção integral da criança** em instituições de

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

educação e a melhoria do processo de formação dos trabalhadores para essa área. (VERÍSSIMO e FONSECA 2003, p. 35) (*grifos nossos*)

Se as autoras apontam que o campo educacional na teoria tem valorizado o cuidado, mas na prática tem afastado as relações entre cuidar e educar, é necessário colaborar para que sejam unificados, focando o cuidado integral da criança. Como dissemos na introdução, nossa formação e atuação voltada à prevenção, à segurança no trabalho, ainda que seja voltada ao adulto, foi o ponto de partida para escolhermos a temática da segurança na infância, o que não é abordado na engenharia de segurança, mas na saúde.

Partimos para investigar como o campo da saúde tem tratado a questão da segurança na infância. Buscando material sobre o tema da segurança, percebi nas bases de dados Scielo, BVS, MEDLINE, Sinitox/FIOCRUZ, LILACS e GOOGLE.SCHOLAR, que os indexadores mais freqüentes são “acidentes com crianças”, “acidentes infantis”, “acidentes domésticos”, “injúrias não intencionais”, “injúrias em crianças”, “prevenção de acidentes com crianças”. Obtivemos trinta e uma publicações, sendo vinte e seis artigos, quatro dissertações e um guia² sobre prevenção de acidentes dirigido as famílias. A revisão que fizemos deste material é o que vamos apresentar na próxima parte deste capítulo. Além disso será feita a descrição de como se dá o desenvolvimento infantil, segundo a teoria de Lev Vygotsky.

² WAKSMAN, Renata Dejstiar; GIKAS, Regina Maria Catucci; MACIEL Wilson. (coord.) **Crianças e adolescentes seguros/ Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: Publifolha, 2005.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

1.3 Desenvolvimento Infantil

A idéia de desenvolvimento humano está ligada a um processo de evolução contínua, em que o ser humano caminha ao longo do seu ciclo vital. Essa evolução nem sempre pode ser considerada de forma linear e é explicada por diversos campos da existência, tais como afetivo, cognitivo, social e motor.

Na ótica do desenvolvimento infantil encontramos diversos autores e linhas teóricas que explicitam as diferenças e proximidades que as crianças atravessam no curso de seu desenvolvimento até alcançarem a fase da adolescência.

Conhecer as características do desenvolvimento infantil se torna necessário neste trabalho para entendermos como esse processo pode influenciar os eventos de acidentes domésticos que as crianças e adolescentes estão susceptíveis, assim como, auxiliar em medidas eficazes de prevenção.

Para tanto, utilizaremos como referencial teórico para descrever o desenvolvimento esperado na infância as concepções de Lev Vygotsky, que considera o desenvolvimento não apenas determinado por processos de maturação biológicos ou genéticos, entendendo que o meio social também exerce forte influência no desenvolvimento humano.

Portanto, Vygotsky traz uma abordagem do homem enquanto corpo e mente, enquanto ser biológico e social, enquanto membro da espécie humana e participante de um processo sócio-histórico. Preocupa-se com a interferência de fatores biológicos e sociais no desenvolvimento psicológico do indivíduo. A abordagem de Vygotsky pode ser considerada sócio-histórica do desenvolvimento humano, pois trabalha com conceito de mediação da relação homem/mundo e com o papel fundamental do contexto cultural na construção do modo de funcionamento psicológico dos indivíduos (TAILLE, OLIVEIRA E DANTAS, 1992).

O desenvolvimento humano constitui-se na relação com o outro social, incluindo a cultura que faz parte da natureza humana e se apresenta nesse processo histórico que, ao longo do curso da vida do indivíduo, molda o funcionamento psicológico do homem. Vygotsky propõe uma teoria multidisciplinar que contempla

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

no ser humano aspectos de uma espécie biológica que só se desenvolve no interior de um grupo cultural. Esse confronto dialético entre diferentes teorias e saberes possibilita a análise de diversas abordagens, na tentativa comum de compreensão dos processos de desenvolvimento humano.

Nesse sentido, uma das principais contribuições desse autor se dá ao ressaltar a necessidade de reconhecermos a interligação dos aspectos biológicos e sociais em tais processos. O ser humano encontra-se imerso em um contexto sociocultural que é constituído pela interação com os outros sociais. De acordo com a ótica vygotskiana, o desenvolvimento da criança ocorre na dialética dos processos maturacionais (biológicos) e culturais (sociais).

Mais determinante no início, o biológico vai, progressivamente, cedendo espaço de determinação ao social. Presente desde a aquisição de habilidades motoras básicas, como a preensão e a marcha, a influência do meio social torna-se muito mais decisiva na aquisição de condutas psicológicas superiores, como a inteligência simbólica. É a cultura e a linguagem que fornecem ao pensamento os instrumentos para sua evolução (GALVÃO, 1995, p. 40).

É impossível negar a importância das funções biológicas do homem, mas há que se considerar que existem muito mais aspectos que ultrapassam a linha de desenvolvimento natural, do que aspectos que ficam restritos a ela. Um bebê só pode aprender a caminhar quando tiver seu desenvolvimento motor apto para tal, mas a forma como ele vai iniciar a marcha varia consideravelmente de uma cultura para a outra e entre os indivíduos dentro de uma mesma cultura.

Os estudos de Vygotsky embasaram, principalmente, o que conhecemos como funções psicológicas superiores ou processos mentais superiores que são caracterizados pelo funcionamento psicológico tipicamente humano, como as ações conscientemente controladas, atenção voluntária, memorização ativa, pensamento abstrato e comportamento intencional.

O desenvolvimento das funções psicológicas superiores e os processos psicológicos específicos do homem são mediados pelos instrumentos culturais, tal como a linguagem, os sinais e os símbolos, criados pelo homem para se comunicar. Nesse processo, o adulto é visto como um duplo mediador, porque, durante uma

atividade partilhada, ensina estes instrumentos à criança e é, assim, mediador da aquisição de instrumentos culturais, que propiciam o desenvolvimento das funções psicológicas superiores. No momento em que a aprendizagem ocorre, com a mediação do outro, a criança se torna autônoma naquele aprendizado (MAIMONE, TOMÁS, 2005).

Segundo Vygotsky (1987), o desenvolvimento mental da criança se dá através de um processo contínuo de aquisição de controle ativo sobre funções inicialmente passivas. Desde os primeiros dias de vida, a criança desenvolve atividades que adquirem um significado próprio no sistema de comportamento social quando é dirigido a objetivos definidos e retratados pelo ambiente da criança. Confere, assim, ao outro indivíduo, pai, mãe, irmão, professora, colegas, presentes na situação, uma importância na determinação do desenvolvimento infantil (MAIMONE, TOMÁS, 2005).

Vygotsky afirma que a criança não absorve somente as informações do meio, mas que essas informações são intermediadas pelos adultos com os quais ela convive, portanto elas se apresentam à criança carregadas de significados sociais e históricos (MOLL, 2002; VYGOTSKY, 1989; VYGOTSKY, 1994).

Pela interação social, a criança aprende e se desenvolve, cria novas formas de agir no mundo, ampliando as ferramentas de atuação neste contexto cultural complexo em que está inserida durante todo o ciclo vital. Quando o homem age em seu meio, ele o modifica, através não só da sua força de trabalho, mas de todas as suas ações, o que ocorre por meio de ferramentas, instrumentos ou signos. Segundo Lane (1995):

Vygotsky e Leontiev, entre outros, partindo da idéia de que o ser humano constitui-se como tal, ao longo da história da humanidade, pela cooperação com outros homens no trabalho de sobrevivência (...), criaram as bases sólidas para a elaboração de uma psicologia materialista-histórica e dialética. De acordo com esta postura, o homem - fisiológico e psicológico - mais a sociedade e sua história são indissociáveis de tal forma que toda a psicologia humana é, necessariamente, social (p. 67).

Essa relação que se estabelece socialmente não significa que há subordinação, mas sim interrelação do indivíduo com os outros indivíduos e com o

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

meio social do qual fazem parte. Mesmo estando envolvido por um meio social amplo e por uma cultura definida, são as suas intenções enquanto sujeito singular que o norteiam.

A criança constrói sua compreensão pessoal do mundo dentro dos limites fornecidos pela sociedade (gerações anteriores), porém indo, quase sempre, além dos mesmos. O processo de construção da subjetividade, é aqui compreendido como a construção simultânea de intersubjetividades possíveis, que ocorrem em atividades coletivas, onde a criança vai construir, a partir do seu sincretismo inicial via vida de relação, seu espaço próprio de brincadeiras, e o adulto, seu espaço próprio de viver (VASCONCELLOS E VALSINER, 1995 p. 88).

1.3.1 Conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal

Ao referir ao desenvolvimento de uma criança, procuramos compreender o seu desempenho em determinadas tarefas e atividades cotidianas. Quando uma criança demonstra que está preparada para realizar uma determinada tarefa é por que ela já consegue realizá-la sozinha sem a ajuda de outras pessoas mais experientes. Para Vygotsky, essa capacidade de realização de tarefas independente é chamado de nível de desenvolvimento real, essa capacidade caracteriza o desenvolvimento de forma retrospectiva, refere-se as etapas já alcançadas pela criança, resultado de processos já completados e consolidados por ela (OLIVEIRA, 1997).

Porém, para que consigamos compreender adequadamente o desenvolvimento da criança é necessário também considerarmos seu nível de desenvolvimento potencial, que se caracteriza pela capacidade da criança resolver determinado problema sob a orientação de um adulto ou com a colaboração de colegas mais capazes. Neste sentido, Vygotsky prioriza o “papel que adultos assumem no incentivo e reforço do desenvolvimento das crianças” (MOLL, 2002; VYGOTSKY, 1994).

A partir da proposição desses dois níveis de desenvolvimento – real e potencial – Vygotsky definiu então a Zona de Desenvolvimento Proximal que se caracteriza pela distância entre o nível de desenvolvimento real, determinado pela capacidade de resolver um problema sem ajuda, e o nível de desenvolvimento

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

potencial, determinado através de resolução de um problema sob a orientação de um adulto ou em colaboração com outro companheiro. Quer dizer, é a série de informações que a pessoa tem a potencialidade de aprender, mas ainda não completou o processo, conhecimentos fora de seu alcance atual, mas que tem potencialidade para serem atingidas (OLIVEIRA, 1997).

A Zona de Desenvolvimento Proximal é, portanto, um domínio psicológico em constante transformação.

É como se o processo de desenvolvimento progredisse mais lentamente que o processo de aprendizado; o aprendizado desperta processos de desenvolvimento que, aos poucos, vão tornar-se partes das funções psicológicas consolidadas do indivíduo. Interferindo constantemente na zona de desenvolvimento proximal das crianças, os adultos e as crianças mais experientes contribuem para movimentar os processos de desenvolvimento dos membros imaturos da cultura (OLIVEIRA, 1997, p 60)

1.3.2 Pensamento e a Linguagem

Para Vygotsky (1991), o pensamento e a palavra não são ligados por um elo primário, mas, ao longo da evolução do pensamento e da fala, tem início uma conexão entre ambos, que se modifica e se desenvolve. De acordo com os estudos genéticos do pensamento e da fala, é relevante afirmar que há uma reação entre ambos que passa por várias mudanças. O progresso da fala não é paralelo ao progresso do pensamento. As curvas de crescimentos de ambos cruzam-se muitas vezes; podem atingir o mesmo ponto e correr lado a lado, e até mesmo fundir-se por algum tempo, mas acabam se separando novamente.

Com base na abordagem genética do desenvolvimento da linguagem, Vygotsky observa que o pensamento da criança pequena evolui em um primeiro momento sem a linguagem; assim como os seus primeiros sons de fala são uma forma de comunicação em que não há presença de pensamento.

Entretanto, já nos primeiros meses, na fase pré-intelectual, a função social da fala já é aparente: a criança tenta atrair a atenção do adulto por meio de sons variados. Até por volta dos dois anos a criança possui um pensamento pré-lingüístico e uma linguagem pré-intelectual, mas a partir daí, eles se encontram e se unem,

iniciando um novo tipo de organização do pensamento e da linguagem. A partir desse momento, surge o pensamento verbal e a fala racional. A criança descobre que cada objeto tem seu nome e a fala começa a servir ao intelecto e os pensamentos começam a ser verbalizados (VYGOTSKY, 1987). Podemos considerar que a fala é uma forma de organização do pensamento que visa à comunicação.

Portanto, segundo Vygotsky, o desenvolvimento do pensamento é determinado pela linguagem, pelos instrumentos lingüísticos do pensamento e pelas experiências sócio, histórica e cultural da criança.

O fato de, em determinadas culturas, as primeiras palavras aprendidas serem as relativas a objetos, e em outras culturas serem a nomeação dos parceiros mais próximos de interação. Em determinadas culturas, o desenvolvimento da linguagem da criança é intensamente valorizado, enquanto em outras ele não tem uma importância bem definida, passando a ser mais marcante apenas quando a fala adquire uma estrutura lógica e tem um sentido semanticamente aceito.

Tais diferenças podem também ser pensadas acerca das metas de socialização, que são diferentes de uma cultura para a outra. Por volta dos dois ou três anos de idade, pelo fato de diversos outros campos sociais serem oferecidos à criança, além do grupo social primário entendido como o núcleo familiar, há uma significativa mudança nos padrões de desenvolvimento da criança (KELLER, 1998).

A relação entre cultura e cognição é vista como um fenômeno intersubjetivo, que se dá na interação entre as pessoas, sendo a cultura um sistema de conhecimento não estático e um sistema de crenças necessário para que se possa operar de forma aceitável para os membros de um grupo. (...) As pessoas mostram aos outros o que sabem e estes interpretam essas demonstrações e dão sentido a elas. (...) A unidade de análise não são pessoas individuais ou dimensões culturais abstratas, mas, sim, situações socialmente construídas” (SEIDL DE MOURA 1999 p. 16 e 17).

Além dos contextos social, cultural, histórico e genético, uma outra base fundamental na perspectiva sociocultural é seu caráter interacionista. O homem é um sujeito de relação, e a partir das trocas sociais que ele se constitui, construindo história e cultura. Nas trocas intersubjetivas, através das experiências com nossos

parceiros de interação, podemos ter acesso ao sistema que nos envolve. “É na experiência sensível da interação com os outros sociais que as necessidades do homem são criadas, satisfeitas e transformadas na vida de relações” (VASCONCELLOS & VALSINER, 1995, p. 6).

Considerando intersubjetividade como uma compreensão compartilhada de significação (SEIDL DE MOURA, 1999), sendo condição fundamental para que a interação ocorra. “Esse senso de compreensão compartilhada emerge da reciprocidade, segundo Rochat e Striano (1999) e é o que determina, desde etapas iniciais, o desenvolvimento da cognição social” (p. 3). São diferentes níveis de compreensão, que, uma vez negociados, são internalizados. Como sugere SEIDL DE MOURA:

a intersubjetividade começa nas primeiras semanas de vida, com o prazer do contato visual entre a mãe e o bebê (e eu acrescentaria, do toque). Essa forma primitiva de intersubjetividade se transforma na capacidade de compartilhar atenção sobre objetos comuns e se torna verbal na época da pré-escola (1999, p. 7).

A intersubjetividade, portanto, transforma-se gradativamente pelo desenvolvimento, possuindo diferentes níveis.

Durante o primeiro ano de vida de um bebê, ele desenvolve diferentes níveis intersubjetivos, tornando-se capaz de estabelecer as primeiras bases para uma relação com o seu cuidador principal que é, na maioria dos casos, a mãe. Essa fase é caracterizada por uma sintonia sensório-motora, em uma perspectiva atencional, que vai, aproximadamente a partir do segundo mês de vida do bebê, dar origem a uma intersubjetividade primária.

Nessa fase o bebê se torna mais capaz de orientar a sua atenção e passa a estabelecer uma perspectiva mais contemplativa. Segundo Rochat e Striano (1999), a intersubjetividade primária é composta por uma relação diádica e geralmente está presente no período que vai dos dois aos sete meses do bebê. Aproximadamente a partir dos oito meses de idade, em um período que dura ainda cerca de quatro meses, dá-se início a uma intersubjetividade secundária, na qual há um engajamento contínuo, uma referenciação social, o seguimento de atenção e uma comunicação gestual, através de uma perspectiva intencional (SEIDL DE MOURA, 1999).

É com a intersubjetividade secundária que se dá início às relações triádicas, ou seja, a introdução de objetos e novos significados numa relação que anteriormente era marcada apenas por dois parceiros: a mãe e seu bebê. É na interação do bebê com a mãe encontramos permanente processo de desenvolvimento. É a mãe quem muitas vezes organiza o espaço, servindo como mediadora das trocas do bebê com o ambiente.

Nessa abordagem, a interação social é pensada não como variável que influencia o desenvolvimento, mas tem a função de constituir-lo. A singularidade não apenas é possível na interação com os outros sociais e na multiplicidade decorrente dessas trocas, como é a base das circulações e relações sociais. Como nos apontam Vasconcellos e Valsiner:

A fim de ser um sujeito único, e claramente diferenciado dos outros sociais, cada indivíduo precisa (re)conhecer em si a multiplicidade de seres sociais presentes em seu grupo e nele mesmo, em forma potencial, pois a singularidade individual é construída através do encontro e escolha diferenciada dessa multiplicidade (1995, p. 91).

Portanto, a teoria de Vygotsky tem sido fonte de inspiração fundamental para estabelecermos um corpo teórico norteador, bem como para avançarmos em discussões contemporâneas. Sua produção teórica data dos anos 20 e 30 deste século, esse autor deixou contribuições que ainda hoje são inovadoras. Não foi o primeiro a enfatizar a formação social da mente, mas certamente o fez de forma marcante, deixando um legado muito importante. Apoiado em grande parte nas contribuições iniciais de James Mark Baldwin (1861-1934) sobre o papel das sugestões sociais e seus mecanismos de desenvolvimento, bem como a imitação nesses processos, Vygotsky formulou uma Psicologia comprometida com os ideais marxistas referentes ao contexto histórico e político em que vivia. Através do materialismo dialético, mostrou a importância da ação, do trabalho humano e do confronto para a constituição do sujeito, e o uso de instrumentos culturalmente construídos, além da interligação entre o homem e o seu meio (VASCONCELLOS & VALSINER, 1995).

1.4 Acidentes com Crianças: Principais Características

A impossibilidade de um cuidado adequado, seja pela família, seja pelas instituições oficiais, acaba por expor constantemente crianças à violência e a toda sorte de riscos à saúde, e este o tema central das pesquisas sobre segurança na infância – os acidentes. Neste contexto, segundo Amaral e Mattioli (2003), “os acidentes constituem, hoje, um problema de saúde pública; causam mortes e deixam seqüelas físicas e psicológicas”. “A fragilidade, a curiosidade, a inexperiência, a necessidade de cuidados e a vulnerabilidade inerente a este período do desenvolvimento humano constituem alguns dos aspectos que contribuem para fazer das crianças um importante grupo de risco”.

Atualmente, certos estudiosos da área da segurança infantil determinam que acidentes sejam caracterizados por todo e qualquer trauma físico causado por agente externo, onde ocorre um desequilíbrio entre o indivíduo e seu ambiente. Segundo Blank (2005), esse descompasso acarreta certa quantidade de energia transferida do ambiente para os indivíduos envolvidos, causando-lhes danos, às vezes irremediáveis. Para mostrar a dinâmica dos acidentes, apresentam um modelo gráfico adaptado (figura 1).

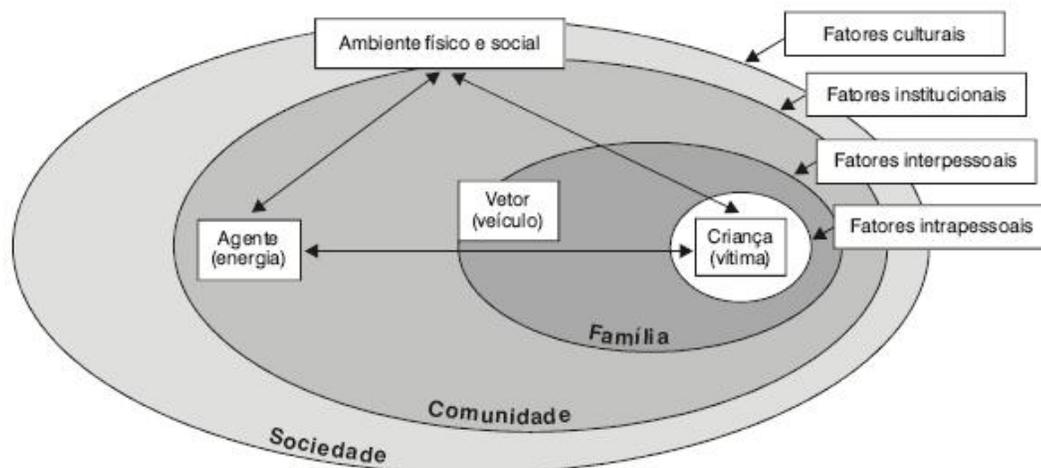


Figura 1 - Modelo epidemiológico de Uri Bronfenbrenner integrado ao contexto das injúrias físicas Adaptado de Runyan(2003) e Saluja et AL(2004).

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Blank (2005) fala em acidente como transferência de energia entre o meio e a criança, capaz de feri-la. Conforme também o autor, esta transferência é influenciada por fatores de cada nível da estrutura sócio-ambiental (p.124)

A energia transferida pode ser mecânica (quedas e trombadas), térmica (queimaduras), elétrica (choques) ou química (envenenamentos). Em alguns casos, como o afogamento e a sufocação, ocorre bloqueio dos mecanismos que permitem ao indivíduo utilizar a energia. (WAKSMAN et al., 2005, p. 25)

Como se observa, os acidentes são de vários tipos: quedas, tombos, queimaduras, choques, envenenamentos, afogamento e sufocação. Diversos autores podem nos auxiliar a dar uma caracterização geral de injúrias não intencionais envolvendo crianças, porém encontramos muita disparidade entre os dados registrados.

Conforme Amaral e Mattioli (2003), os acidentes infantis constituem um grave problema de saúde pública atual; causam mortes e deixam graves seqüelas físicas e psicológicas, isso por que as crianças, devido à fragilidade, vulnerabilidade inerente e necessidade de cuidados constantes, tornam-se um grande grupo de risco. Para eles, o ambiente familiar é o principal local de ocorrência dos acidentes, por ser o ambiente de maior permanência da criança. Os autores citam Waksman et al. (2004)³ que estudaram crianças acidentadas na faixa etária de 0 a 14 anos e constataram que 51,9% dos acidentes aconteceram no domicílio e que quanto mais nova é a criança, maior é a porcentagem dos eventos que ali ocorrem. Esses acidentes, contudo, não acontecem meramente por azar ou sorte, não acontecem por acaso. O atual estágio dos estudos sobre o controle dos acidentes já é capaz de explicar como e por que acontece cada tipo de evento traumático e na maioria dos casos, trata-se de negligência e falta de um ambiente onde a criança pode desenvolver-se naturalmente sem se expor a riscos.

Amaral e Paixão (2007) realizam uma revisão dos estudos existentes sobre acidentes na criança e adolescentes com ênfase em estratégias de prevenção⁴.

³ WAKSMAN, R. D. Redução de lesões por causas externas: o pediatra pode intervir? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2004; 80:435 – 436.

⁴ Os estudos consultados pelos autores foram extraídos das bases de dados MEDLINE E LILACS, no período de 2000 a 2005, tendo como palavras chaves Acidentes e Crianças.

Dizem que a partir de cinco anos ocorre uma modificação do perfil epidemiológico da morbimortalidade infantil, idade em que os acidentes passam a constituir a principal causa de mortalidade na criança ao invés das doenças perinatais infecciosas e parasitárias.⁵ Para os autores, os acidentes com crianças são passíveis de prevenção através de orientação familiar, incluindo alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis e procedimentos específicos.

Dentre as contribuições mais significativas destes autores está a idéia de que os tipos de acidentes estão diretamente relacionados às faixas etárias e fases de desenvolvimento. Por exemplo, Roch et al. (2007), em estudo⁶ com pais de crianças internadas numa unidade de referência para queimados, na cidade de Fortaleza, identificou que as queimaduras são mais freqüentes em crianças com idade de 1 a 4 anos, tendo um decréscimo nas idades restantes.

Importante assinalar que na infância, o ambiente doméstico é o primeiro local onde são gerados os “eventos causadores de acidentes”, enquanto que na adolescência, o ambiente extra-domiciliar tem prioridade no acontecimento desses problemas. Roch et al. (2007) confirmam esta idéia que se repete na literatura – as queimaduras estudadas ocorreram no ambiente doméstico, o que é potencializado pelo trânsito inapropriado de crianças na dependência da cozinha e nas proximidades dos fogões e é provocada pelo derramamento de líquidos quentes sobre o corpo, como água fervente, bebidas e outros líquidos quentes, como o óleo de cozinha. A mesma menção ao agente doméstico Roch et al. (2007) encontram em Souza, Rodrigues e Barroso (2000)⁷ que salientam que as crianças estão quase sempre na companhia da mãe, onde quer que ela esteja. Culturalmente, sendo a

⁵ Os autores tiveram como base desta afirmação FILÓCOMO, F. R. F.; HARADA, N. J. C. S.; SILVA, C. V. Estudo dos acidentes na infância em um pronto-socorro pediátrico. **Revista Latino Americana de Enfermagem** 2002, v. 41, n. 1, p. 41-47, e também BLANKS, D. e LIBERAL, E.F. O pediatra e as causas externas de morbi-mortalidade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 2005, 81, (8): 119.

⁶ O estudo se realizou por questionário estruturado, realizado com 62 pais de crianças internadas em um centro de tratamento para queimados, em Fortaleza Ceará, no período de janeiro a junho de 2002. Variáveis estudadas: Idade do acidentado, sexo, substancia causadora da queimadura e características específicas da queimadura. Este estudo com pais foi precedido de pesquisa documental do Centro de Tratamento de Queimados.

⁷ SOUZA, L. J. E. X.; RODRIGUES, A. K. C.; BARROSO, M. G. T. A família vivenciando o acidente doméstico; relato de uma experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2000; 8 (1): 83-89.

mãe também muitas vezes responsável pelos afazeres domésticos, o que envolve a necessidade de cozinhar, de passar roupas, enfim da manipular agentes térmicos, expondo a criança ao risco de contato com produtos quentes e se queimar.

De modo geral, vemos então que diferentes autores enfatizam que a maior parte dos acidentes que envolvem crianças ocorre no ambiente doméstico, mas não descartamos a possibilidade que ocorram em outros ambientes, conforme propõe o gráfico de Blank (2005); isto porque a diversidade de ambientes em que crianças podem viver é variável, ainda que muitas, especialmente, as de menor idade, estejam mais restritas à casa.

Uma das dificuldades da revisão de literatura foi encontrar dados quantitativos muitos díspares sobre acidentes. Apenas a título de exemplo, citamos as Estatísticas do DATASUS⁸ que apresentam o levantamento de dados acerca de crianças da idade de 0 a 4 anos, vítimas de intoxicação, em 2005, chegando ao número 58; o que em comparação à base de dados Sinitox (FIOCRUZ, 2005), se revela muito dispare, pois segundo esta base de dados, que somente trata de intoxicação, no mesmo ano e na mesma faixa etária, ocorreram também, em nível nacional, 18.801 casos. A diferença é mais espantosa ainda se consideramos que ambas as instituições são do mesmo Ministério – Ministério de Saúde. Consideramos na verdade que mais do que uma dificuldade, estas disparidades somente mostram a importância de um levantamento rigoroso, preciso e feito tanto junto às unidades de saúde de pronto-atendimento que, em geral, dedicam-se ao tratamento das crianças vítimas de acidentes, no meu caso, e, se possível, aos agentes de saúde que travam um contato mais imediato com a população. Por esta razão também, evitamos trazer aqui dados quantitativos e apresentamos como caracterização geral, os acidentes mais freqüentes, que encontramos em Paes e Gaspar (2005)⁹. Consideramos que não são necessários outros autores, pois os demais que revisamos basicamente repetem o que está de modo mais completo nestes autores e é importante ressaltar que tal como já apontaram outros autores, estes concordam

⁸ Os dados do DATASUS foram obtidos através de uma ligação eletrônica disponível no sítio da organização CRIANÇA SEGURA (2005).

⁹ Os autores tiveram como base artigos publicados principalmente entre 2000 e 2005 nas bases de dados MEDLINE, EBSCO, Proquest, SCIELO, BVS e Google Scholar.

que é no ambiente doméstico onde ocorre a maior parte dos acidentes com as crianças.

Paes e Gaspar (2005) dizem que os acidentes mais freqüentes, em ordem decrescente, são: quedas, queimaduras, afogamentos, intoxicações e escorpionismo.

As quedas ocorrem mais em casa, com crianças até três anos, atingindo mais o gênero masculino. Os autores observam que as quedas variam conforme a faixa de idade, pois o movimento da criança também varia: de 0 e 2 meses os adultos deixam as crianças caírem; entre 3 e 11 meses, ocorrem as quedas de mobílias, principalmente de lavadores. Entre os menores de cinco anos, as quedas são provocadas em escadas, por brinquedos que estimulam o movimento. Há quedas que ocorrem no momento do sono, com crianças antes dos 6 anos.

As queimaduras são outro tipo de acidente, que causa dor e sofrimento à criança, deixando seqüelas e comprometendo o psiquismo. A reabilitação é demorada, com risco de prejuízo do crescimento ósseo e perdas funcionais. Os autores dizem que as queimaduras atingem fortemente a própria família, em vários sentidos, inclusive financeiros. Conforme já havíamos dito, estes eventos ocorrem mais em casa, na cozinha e atingem principalmente crianças entre 1 e 4 anos de idade. Os principais agentes são: bebidas, alimentos, óleo e outros líquidos quentes que, entornados sobre a criança, atingem principalmente tronco, ombro, braço e antebraço; quadril, coxa e perna e, também, cabeça e pescoço.

As intoxicações também como os demais acidentes, ocorrem mais em casa e, em mais da metade dos eventos, com crianças de idade entre 0 e 4 anos, sendo os meninos as maiores vítimas. A maior parte das intoxicações é causada por medicamentos analgésicos, antitérmicos e psicotrópicos.

Os afogamentos também são considerados acidentes e ocorrem com crianças menores de 1 ano de idade, em piscinas, banheiras e piscinas pequenas (portáteis) e para os autores, é consequência do descuido dos responsáveis. Para as crianças de 1 a 3 anos, as piscinas residenciais representam grande risco de afogamento. Estima-se que nelas aconteçam, aproximadamente, 90% das mortes por afogamento de crianças dessa faixa etária.

Paes e Gaspar (2005) referem-se ao escorpionismo separado de intoxicações – é importante frisar que estes autores acompanham a classificação do DATASUS, mas não do Sinitox que não faz distinção entre intoxicação e escorpionismo. Para os autores, os ataques escorpiônicos são considerados graves, pois atingem os membros superiores, especialmente, as mãos e antebraços. Como nos demais acidentes, acontecem no ambiente domiciliar, mais da metade no meio rural e principalmente nos estados de Minas Gerais e São Paulo.

Os acidentes que envolvem as crianças são basicamente estes, havendo algumas divergências na classificação – Amaral e Paixão (2007) acrescentam sufocamento, choques elétricos e mordeduras de animais (p.68) relacionando, as idades em que mais ocorrem, mas não traz qualquer consideração estatística.

1.5 Acidentes com Crianças: Orientações para Prevenção

A ONG Criança Segura, em seu mais recente relatório institucional (2007, p.5), em que apresenta o estudo de morbimortalidade por acidentes com crianças, na faixa etária de 0 (zero) a 14 (catorze), no período 2000 a 2005, em todo Brasil¹⁰, aponta uma média de 380 hospitalizações por dia, no ano de 2005, em que se registrou um total de 138.604 hospitalizações.

Com base em dados da Organização Mundial da Saúde, o mesmo relatório (CRIANÇA SEGURA, 2007, p.5) afirma que “cerca de 1 milhão de crianças e adolescentes até 18 anos morrem em decorrência de acidentes todos os anos no mundo. Por isso, a prevenção é tão importante e deve ser encarada como prioridade por todos.”

Os acidentes, na infância, apesar de muitas vezes previsíveis, causam sérias conseqüências aos envolvidos e podem trazer traumas irrecuperáveis. Por isso, é imprescindível que se reconheça a necessidade de cuidado à infância, inclusive

¹⁰ Fonte: DATASUS/ Brasil.

evitando riscos à liberdade e à saúde infantil. É de responsabilidade de todos a educação e a garantia de segurança da infância.

Paes e Gaspar (2005) ressaltam “a importância da supervisão responsável de crianças entre 0 e 6 anos.” (p.152), se baseando em estudos internacionais¹¹, mostram que 43% de mortes de crianças que ocorreram por falha na supervisão, ou seja, poderiam ter sido prevenidas. Estes autores defendem que uma boa supervisão inclui “atenção à criança e ao ambiente, a proximidade física e afetiva e a continuidade dessa supervisão” (p.152), o que deve ser observado nas famílias e nas comunidades, pelos pediatras e nas políticas. Para eles, o “pediatra deve ter o compromisso de orientar os pais, no sentido de prevenir os riscos ambientais, pois sua atuação nessa área significa grandes benefícios à saúde da criança” (p.152). As situações de risco, na visão deles, dependem do contexto social no qual a criança está inserida: a conformação familiar (tamanho da família, número de filhos, idade materna), as características do cuidador, da própria criança e dos ambientes onde estão.

Harada et al. (2005) dizem que o conceito de comunidade segura, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), vem ganhando destaque como política de promoção da saúde e o conceito é relacionada à Carta de Ottawa¹². Segundo os autores, o conceito parte do reconhecimento de que

cidadãos têm o direito de viver em comunidade com segurança; participar nas decisões relacionadas à segurança do seu ambiente; decidir quais são as prioridades de ação e quais recursos deverão ser alocados às intervenções; saber quais são os riscos à sua segurança e quais são os produtos potencialmente lesivos; e receber treinamento em controle de injúrias físicas (p.138).

Ainda, segundo os autores, a Organização Mundial da Saúde OMS considera segura uma comunidade que tenha

infra-estrutura baseada em parcerias e colaborações governadas por uma equipe transversal, que é responsável pela promoção da segurança em sua

¹¹ A fonte de Paes e Gaspar (2005) é de estudos norte-americanos.

¹² LIBERAL et al. (2005) dizem que a Carta de Ottawa foi resultado da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em 1986.

comunidade; programas sustentáveis a longo prazo, abrangendo todos os gêneros, idades, ambientes e situações; programas dirigidos a grupos e ambientes de alto risco e que promovam segurança para grupos vulneráveis; programas que documentem a frequência e as causas de injúrias; medidas para avaliar programas, processos e efeitos das mudanças e participação em redes nacionais e internacionais de comunidades seguras (p.138).

Como se percebe, uma comunidade segura expande à comunidade a questão da prevenção de acidentes, não só à família e também mostra que a segurança comunitária depende da organização de uma série de fatores, que também são diferentes para cada comunidade. Assim, passa a ser responsabilidade da comunidade também o cuidado com crianças.

Liberal et al. falam a respeito da segurança de um outro ambiente – a escola. Com base no Censo 2000, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostraram que no Brasil 42,3 milhões de crianças e adolescentes freqüentam creche ou escola, representando 82% do total de crianças e adolescentes em idade escolar. Concordo com os autores quando eles afirmam que as escolas podem assumir importância crescente na promoção de saúde, na prevenção de doenças e na prevenção de acidentes entre crianças e adolescentes. Num futuro trabalho, penso que uma das estratégias eficazes seria a conscientização sobre prevenção de acidentes junto a estudantes e seus pais, nas escolas. Os autores afirmam que “crianças e adolescentes tendem a passar aproximadamente um terço do dia na escola ou no caminho em direção a esta” (p.156), ou seja, um tempo significativo e a ser aproveitado.

Os mesmos autores fazem correspondência entre, Escola segura e às Escolas Promotoras de Saúde, surgidas no fim dos anos 80, como recomendação da Carta de Ottawa (1986). Neste documento,

Promoção de saúde é definida como processo destinado a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os fatores que podem afetá-la (...), reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis (...) a saúde desenvolve-se e é gerada no marco da vida cotidiana: nos centros de ensino, de trabalho e de recreação. A saúde é o resultado dos cuidados que cada indivíduo dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões, de controlar sua própria vida e de garantir que a sociedade em que vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um

bom estado de saúde.¹³ A promoção da saúde vai além de um estilo de vida saudável; caminha em direção a um bem-estar global, individual e coletivo em todos os níveis. Trabalhar a questão da segurança vem ao encontro da proposta da promoção de saúde. O debate sobre esse tema, sobretudo com crianças e adolescentes, faz parte desse processo.

Liberal et al. (2005) dizem que a Escola Promotora de Saúde tem como objetivos promover saúde em todos os momentos, integrar a comunidade para transformar a escola em um ambiente saudável, promover o bem estar e a dignidade individuais e também atividade física e acesso aos serviços de saúde. “Essas escolas devem proporcionar educação em saúde de forma abrangente, no sentido de prevenir lesões não intencionais, violências e suicídios.”¹⁴

Ainda, segundo Liberal et al., qualquer projeto escolar que tenha por objetivo a redução dos acidentes e violências deve ter como base estratégias que envolvam a comunidade e o Estado.

No exame de Waksman et al. (2005), entendo que para que qualquer estratégia preventiva seja aplicada é essencial que se entenda, com muita clareza, por que crianças sofrem muitos acidentes, por que motivo seus traumatismos são freqüentemente mais sérios do que deveriam ser e até que ponto as lesões não intencionais se confundem com a violência e maus tratos. Semelhante a Liberal et al. (2005); Harada et al. (2005) e a Paes e Gaspar (2005), Waksman et al. (2005) mostram que os acidentes que acometem crianças acontecem por diversos fatores – intrapessoais, interpessoais, institucionais e culturais – e podem ocorrer em qualquer ambiente em que a criança se encontre. Os autores defendem que os acidentes devem ser analisados, em seus fatores de risco individuais; em seguida, em relação aos fatores ligados a aspectos familiares, e finalmente, por fatores relacionados à comunidade. Todas estas idéias sustentam minha intenção de realizar uma pesquisa sobre o que envolve a criança acidentada.

Enfatizamos que o foco deste projeto se relaciona aos aspectos ligados à segurança com crianças, para que tenham liberdade de explorar e crescerem, não como limitação de atividades, pois como dizem Liberal et al. (2005), a segurança

¹³ OMS. Carta de Ottawa, p. 11-18. In: Ministério da Saúde / FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Min. da Saúde: 1986.

¹⁴ Os autores fazem estudos sobre programas escolares promotores da saúde desenvolvidos em crianças Argentinas, Espanholas, Mexicanas, Espanholas, Indianas, Brasileiras.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

“permite maior liberdade da criança, sem intervenção imperiosa dos pais e/ou responsáveis”, o que é importante para a criança desenvolver-se.

1.6 Acidentes com Crianças: Recomendações Legais

Como vimos, muitos são os casos de acidentes sofridos por crianças tendo em vista o alto número de acidentes, mesmo havendo recomendações a respeito da casa, da comunidade e da escola segura, enfocados pela OMS. Os acidentes passaram a ser um problema de saúde pública que atinge a população infantil, merecendo legislações pertinentes.

Em nível nacional, temos o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Resolução 309/2001 do Ministério da Saúde (apêndice 1). No nível estadual, identifiquei uma Lei do Estado de Minas Gerais (apêndice 3) que define uma política preventiva de acidentes domésticos, na forma de campanha, o que também foi identificado na cidade de Conselheiro Lafaiete, em outra Lei, municipal (apêndice 2).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990):

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária. (ECA: art. 4º).

Em 2001, o Ministério de Estado da Saúde, considerando a necessidade de se definir uma política decisiva no sentido da redução da morbimortalidade por acidentes e violência, aprovou por meio da Resolução nº 309, de 08 de março de 2001, a “Política Nacional de redução da morbimortalidade por Acidentes e Violências”. Tal aprovação teve por objetivo diminuir a morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil.

O Estado de Minas Gerais também promove a segurança de crianças contra traumatismos e lesões, principalmente domésticos. Segundo a Lei nº 13087/99, cabe

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

ao Estado promover anualmente, a Campanha Estadual de Prevenção de Acidente Doméstico, visando à segurança familiar.

No caso da cidade que nos interessa pesquisar, Conselheiro Lafaiete, a Câmara Municipal decreta de acordo com o sancionamento da lei nº. 4.623/2004, que o município está obrigado a promover anualmente uma Campanha Municipal de Prevenção de Acidentes Domésticos, propiciando a segurança no ambiente familiar, reduzindo o número de acidentes (Câmara Municipal de Conselheiro Lafaiete, Lei nº. 4.623/2004).

Se os acidentes infantis, na área da saúde, são entendidos como caso de saúde pública, ou seja, são significativos numericamente, havendo necessidade de ação e políticas públicas, entendemos que mesmo existindo uma concepção que defenda a criança como sujeito de direitos, a serem resguardados pela comunidade adulta, não há necessariamente uma correspondência na vida real desta teoria avançada sobre a infância. Mesmo existindo leis ou decretos direcionados para garantir os direitos de crianças e adolescentes, essas medidas parecem não ser respeitadas e penso que poucos reconhecem seu fundamento ou existência, sobretudo o ECA que defende a proteção à infância, mas desconfio que suas determinações, no que tange aos direitos da criança, não são conhecidas ou cumpridas e também que a atenção voltada à segurança da infância, ao cuidado não é destaque. Tive esta confirmação na cidade de Conselheiro Lafaiete, no contato com autoridades sanitárias do Município – tanto o Secretário de Saúde quanto um representante político local confirmaram que esta Lei municipal “não pegou”. Demonstrando uma relativa indiferença ao tema, as próprias autoridades do executivo admitem que na cidade, nada do que há na Lei se tornou realidade: campanha em escolas, hospitais e associações; divulgação de informações preventivas e principalmente, **conhecimento sobre os fatores locais causadores de acidentes no ambiente doméstico.**

Todos estes documentos apontam a segurança de crianças e adolescentes, enfatizando uma saúde preventiva. Todavia, dentro do que se conseguiu perceber na cidade de Conselheiro Lafaiete, poucos têm efeito perante a sociedade, segundo os princípios legais vigentes. É também nessa perspectiva que se coloca o problema de pesquisa: “Infância, cuidados e características dos acidentes com crianças de 0 a 6 anos no município de Conselheiro Lafaiete.”

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

Com base no exposto, justifica-se a necessidade de um estudo direcionado para o presente tema, tentando, de uma forma ou de outra, fazer com que se tenha foco na segurança, na prevenção de acidentes e também no que se entende por infância e cuidados nesta cidade, entre os que participaram do estudo. Para a comunidade científica, a pesquisa que propomos será voltada na área de saúde a novos dados sobre acidentes com crianças, já que nenhuma pesquisa foi feita nesta cidade. Na área da educação, apresentaremos também uma discussão sobre a concepção de infância e cuidado, não na ótica de especialistas ou profissionais, o que é mais comum, mas na de acompanhantes das crianças.

Do ponto de vista da aplicação social da pesquisa, as conclusões do estudo poderão abrir espaço para discussões futuras sobre variáveis que eventualmente podem subsidiar a prevenção de acidente em criança na cidade.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Em função de alterações entre o que estava previsto em termos de metodologia no projeto e o caminho metodológico seguido na pesquisa, consideramos necessário explicitar tanto as alterações quanto suas justificativas.

O objetivo original do projeto apresentou-se como “compreender os eventos causadores de acidentes de crianças atendidas, na unidade do Pronto Socorro Municipal de Conselheiro Lafaiete, em Minas Gerais, e os cuidados a ela dispensados, na ótica de seus acompanhantes”. A pesquisa, seu objetivo, com as orientações metodológicas, foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNIPAC, para sua realização. Fazia parte da documentação enviada para apreciação pelo Comitê a autorização para a pesquisa do Coordenador¹⁵ da unidade de saúde selecionada para a pesquisa. O objeto da pesquisa foi mantido, mas também ampliado, na medida em que iniciamos a entrada no campo (MINAYO, 2002, p. 54).

Na fase de coleta de dados, fomos percebendo, no processo de interação com os envolvidos na pesquisa, que seria necessária a ampliação do campo (MINAYO, 2002, p. 53) da pesquisa¹⁶. Originalmente, prevíamos nos ater a uma unidade, indicada como a mais adequada, nos contatos com autoridades sanitárias do Município de Conselheiro Lafaiete, por ser referência no atendimento de emergência e registrar um volume considerável de atendimentos de acidentes. Nesta unidade, conforme previsto permanecemos disponíveis à pesquisa por dois dias inteiros – entrevistaríamos após a alta hospitalar aqueles acompanhantes de crianças acidentadas que se dispusessem a participar da pesquisa. Sem que houvesse qualquer ingresso na unidade de crianças acidentadas e diante da imprevisibilidade dos acidentes, buscamos alguma explicação para esta falta de dados com o Coordenador. Este nos informou que havia sido realizada uma parceria desta unidade com outra unidade, referência pediátrica no município de Conselheiro Lafaiete, sendo esta segunda a mais adequada para a pesquisa, na medida em que

¹⁵ O Coordenador foi o profissional que substituiu o Diretor da unidade de saúde, quando este estava de férias.

este convênio definia a outra unidade como responsável pelo atendimento a crianças acidentadas. Orientado por esta informação, buscamos esta segunda unidade. Em contato com seu Diretor, o mesmo nos encaminhou para uma terceira unidade de saúde, uma vez que a unidade que dirigia não estava (e ainda não está) preparada para o atendimento de crianças acidentadas, e sim de crianças com processos de doenças infecto-contagiosas. Diante dessa reorientação, dirigi-me a essa terceira unidade de saúde, onde fui prontamente atendido – houve concordância com a realização da pesquisa, porém não foi autorizado o contato com pacientes e seus acompanhantes, no interior do hospital. Com estes limites, optamos por retomar a dimensão quantitativa da versão original do projeto de pesquisa, quando este foi apresentado no exame de qualificação. A dimensão qualitativa estava até então prejudicada, mas não foi perdida de vista. Em nossa entrada no campo (MINAYO 2002), exploramos possibilidades de realizar entrevistas com acompanhantes de crianças acidentadas, o que será exposto mais adiante.

Seguindo na dimensão quantitativa da pesquisa empírica, iniciamos pela consulta ao documento “FICHA DE ATENDIMENTO – AMBULATORIAL / EMERGÊNCIA”, no ambiente do arquivo médico, sem possibilidade de reprodução. Com esta autorização, dedicamos duas semanas ao tratamento deste material, o que significou transpor dados do documento da unidade de saúde para o instrumento modelo (ANEXO I) que realizamos adaptando as recomendações de Filócomo et al.(2002) à Sociedade Brasileira de Pediatria. No decorrer desta atividade, foi evidenciado que o atendimento naquela unidade era na sua maior parte de crianças acobertadas por seguradoras privadas de saúde. Tendo sido criado um laço de confiança e abertura entre o pesquisador e funcionários, exploramos esta observação e fomos informados que a unidade de saúde que constava originalmente no projeto era de fato a que prestava atendimento a crianças acidentadas, que não tinham seguros privados de saúde, sendo efetiva referência de atendimento de emergência do município.

Assim, retornamos à unidade originalmente definida no projeto, e em contato com outro responsável pela unidade, passamos a ter acesso a seus dados. Uma vez que iniciamos a coleta dos dados relativos a características dos acidentes sem que fosse possível o contato com pacientes ou acompanhantes, mantivemos o procedimento que já havíamos realizado na primeira unidade. Tendo autorização

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

para acesso a documentos do arquivo, iniciamos a transposição de informações de documento “FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA”, modelo do SUS (apêndice), para o formulário modelado para a pesquisa. Em vista do caráter sigiloso do material também aí não o reproduzimos, mas fizemos a transposição na própria unidade de saúde, o que se deu também em duas semanas.

Com estas informações, foi possível obter os dados necessários para responder aos três objetivos específicos que constavam no projeto da pesquisa: detectar, identificar e quantificar os principais fatores de risco para a ocorrência de acidentes envolvendo crianças no meio em que vivem; determinar as características próprias de cada tipo de acidente e do ambiente em que ocorre; identificar e quantificar as causas mais freqüentes de acidentes ocorridos com crianças no município de Conselheiro Lafaiete com finalidade de estabelecer bases para futuros programas de prevenção.

Diferente do que havíamos previstos, estes objetivos específicos não foram alcançados através de pesquisa qualitativa, no contato com dez acompanhantes de crianças acidentadas que se voluntariassem a participar da pesquisa, uma vez que a unidade em que iniciamos a pesquisa interditou qualquer contato com acompanhantes de crianças acidentadas, ainda que fosse apenas para agendar entrevistas, e que não fossem ocorrer no ambiente da unidade.

Tendo apenas acesso aos documentos autorizados, não foi possível, neste momento, explorar os acidentes e cuidados de modo mais completo e subjetivo. Toda esta reorientação, entretanto, viabilizou o levantamento de dados gerais e quantitativos sobre as crianças acidentadas e os próprios acidentes.

Diante desta guinada, passou a ser necessário então definir critérios de seleção da amostragem da pesquisa, não mais relativa à qualidade dos sujeitos, mas à quantidade de documentos a serem examinados, já que pudemos ter acesso à coleção de documentos das unidades, não importando evento ou idade. A amostragem continuou restrita à faixa etária dada pela educação infantil da legislação educacional brasileira, de zero a seis anos. Definimos as categorias de Filócomo et al.(2002) como orientadoras da seleção de documentos (quedas, atropelamentos, picadas, intoxicações, corpo estranho, mordeduras, ferimentos, queimaduras). Delimitamos para intervalo de tempo, o mês de julho como inicial,

devido ser período de férias mês em que provavelmente as crianças ficam mais em casa e setembro, mês previsto para fim da coleta dados no cronograma do projeto, como final.

Se na pesquisa qualitativa, temos, como afirma Rudio (1986), uma compreensão particular daquilo que estudamos, do específico, do peculiar, buscando esclarecimentos para uma melhor compreensão do que explicação dos fenômenos estudados, pela pesquisa quantitativa, pudemos apreender as generalizações do fenômeno investigado – características dos acidentes envolvendo crianças no município de Conselheiro Lafaiete, entre julho e setembro de 2008 – o que está apresentado no terceiro capítulo desta dissertação.

Diante dos impedimentos nessas unidades de fazer contato com os acompanhantes das crianças acidentadas, podíamos ter interrompido a pesquisa aí, porém esta não foi nossa opção. Se a pesquisa quantitativa pode nos fornecer respostas quanto a uma caracterização geral de crianças acidentadas e dos acidentes que as envolveu, no município de Conselheiro Lafaiete, também estávamos de acordo com Gonçalves e Meirelles (2002) ao afirmarem que nas pesquisas qualitativas, os dados são de natureza semântica, ou seja, nomeiam objetos reais ou abstratos de forma simbólica através de atributos que lhe dão significado.

Bicudo (2004) também nos havia prevenido que o qualitativo foca idéia do subjetivo, passível de expor sensações e opiniões, o que implica em noções a respeito de percepções de diferenças e semelhanças de aspectos comparáveis de experiências. Se nossa pesquisa teve como um de seus objetivos “compreender o significado de cuidado e infância na ótica de acompanhantes das crianças vitimadas de acidentes”, com a finalidade de que programas de prevenção possam ser realizados com sustentação na cultura local, entendíamos que não podíamos abrir mão desta dimensão subjetiva sobre cuidados na infância, que a revisão de literatura educacional nos apresentou. Diante deste imperativo, buscamos estratégias para viabilizá-la.

À medida que íamos examinando os documentos, percebemos que havia evento de acidentes com crianças num determinado bairro, localidade em que existe uma unidade de Pronto Atendimento à Saúde da Família, cujo responsável era de

conhecimento do pesquisador. Dirigimos-nos então a esta unidade para exposição de nossa proposta de estudo (MINAYO, 2002), na fase em que se encontrava, com seus impasses. Sendo bem acolhidos em nossas intenções, o responsável explicou-nos que a unidade de saúde atuava com agentes de saúde, profissionais que tinham contato próximo e freqüente com famílias e que se dispunha a colaborar. Reunindo estes agentes com a minha presença, pudemos relatar os objetivos da pesquisa, que foram também acolhidos por esses profissionais, ficando estes profissionais responsáveis por detectar possíveis participantes da pesquisa qualitativa – acompanhantes de crianças acidentadas. As agentes de saúde, tendo concordância de oito participantes, agendaram as entrevistas para serem realizadas na própria residência dos familiares das crianças. Nosso procedimento no primeiro contato com esses foi apresentar-nos (o pesquisador e o agente de saúde) à primeira pessoa que nos atendia à porta da residência, expor nosso objetivo naquela circunstância e perguntar-lhe quem seria a pessoa mais adequada à entrevista. Conduzida a esta pessoa, que sempre se tratava da mãe da criança acidentada, iniciávamos pela apresentação oral dos propósitos da pesquisa, com itens em acordo ao que determina a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Após um período para resposta a quaisquer questionamento e dúvidas da exposição, somente um pré-selecionado negou-se a participar, limitando nossa pesquisa a sete participantes, naquela ocasião. Uma possível participante também não foi entrevistada, pois a data oferecida coincidiu com a análise dos dados já em andamento e pelo fato de que tínhamos pouco tempo para finalizar a dissertação.

A entrevista somente teve início após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foi guiada pela exploração dos itens do instrumento modelo. Para um viés qualitativo, subjetivo da pesquisa, buscamos então compreender a concepção de cuidado destinado às crianças vitimadas, iniciada com a questão aberta “**Como você cuida da criança atendida?**”. O registro das falas dos participantes foi resultado tanto da gravação do áudio quanto da anotação simultânea (MINAYO, 2002, p.63)

Extrapolando o tema cuidados na infância, objeto central da entrevista, optamos por guiar nossa entrevista pelo formulário de coleta de dados por nós elaborado, o que nos deu oportunidade de identificar os tipos e agentes de acidentes de que as crianças tinham sido vítimas, suas idades e também colher dados acerca

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

de informações e meios de informação que os entrevistados tinham sobre prevenção de acidentes. Para apresentar os resultados, criamos um código para cada entrevistado, dado por numeração na ordem temporal em que se deu o contato. Abaixo apresentamos uma tabela com o número de cada entrevistado, seguido de informações sobre a criança acidentada. Em capítulo específico apresentaremos os resultados como confronto entre as falas dos participantes da pesquisa e a fundamentação teórica que conseguimos desenvolver até a qualificação do projeto e aprofundar posteriormente.

TABELA 01 – Entrevista com Mães de Acidentados

| Entrevistado | Idade da criança no evento | Data do evento | Tipo de acidente | Agente do acidente |
|--------------|----------------------------|----------------|------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 03/09/2008 | Queda | Da própria altura |
| 2 | 2 | 13/10/1988 | Queda | Da própria altura |
| 3 | 2 | 17/09/2008 | Queda | Da própria altura |
| 4 | 2 | 30/09/2008 | Queda | Escada |
| 5 | 5 | 2006 | Queda | Edificação |
| 6 | 2 | 05/10/2007 | Queimadura | Óleo de cozinha aquecido |

Fonte: Formulário de Pesquisa

O fato de ter ido ao ambiente doméstico das crianças acidentadas foi bastante enriquecedor para nosso estudo, pois é na residência onde crianças de 0 a 6 anos passam a sua maior parte do tempo diariamente. Nestes locais, foi possível visualizar e avaliar o ambiente onde as crianças vivem e os fatores de riscos a que as mesmas estão expostas.

Outro fator enriquecedor para nossas análises foi à interação com os agentes de saúde nos momentos que antecederiam cada entrevista, pois os mesmos conhecem a fundo as condições de saúde de cada família e podem falar com convicção de todos os acontecimentos no que diz respeito aos atendimentos na área da saúde a todos os familiares das residências. O conhecimento acumulado desses

profissionais é de suma importância para um efetivo trabalho na área da Saúde e em campanhas relacionadas à mesma.

Como se nota, o procedimento da pesquisa qualitativa também se modificou, pois originalmente estava prevista a formulação de uma questão apenas, conforme se orienta na pesquisa de corte fenomenológico. Em função da evasão das respostas e do estreito limite de tempo que restou a esta exploração qualitativa do tema, de fato, o que limitou o aprofundamento da pesquisa nesta direção foi fundamentalmente a mudança de posição sobre a instituição adequada para a pesquisa. Tendo sido metodologicamente definida no projeto uma unidade de saúde, por sua referência no município como pronto atendimento a crianças, e estando tanto o local quanto os procedimentos autorizados por seu Coordenador, signatário da Folha de Rosto enviada ao Comitê de Ética, o encaminhamento a outras unidades de saúde nos atrasou consideravelmente. Esta nova realidade também nos provocou situações para a qual fomos dando resposta à medida que se apresentavam dificuldades e sempre buscando a efetiva interação que recomenda Minayo (2002) no processo de entrada no campo.

Diz a autora sobre a entrada no campo: Vários são os obstáculos que podem dificultar ou até mesmo inviabilizar essa etapa da pesquisa. (MINAYO 2002) Nesta etapa, a autora trata de dois cuidados metodológicos necessários: aproximação e proposta de estudo. Quanto a proposta de estudo, ela defende que

Trata-se de estabelecermos uma situação de troca. Os grupos devem ser esclarecidos sobre aquilo que pretendemos investigar e as possíveis repercussões favoráveis advindas do processo investigativo. É preciso termos em mente que a busca das informações que pretendemos obter está inserida num jogo cooperativo, onde cada momento é uma conquista, baseada no diálogo e que foge à obrigatoriedade. Com isso, queremos afirmar que os grupos envolvidos não são obrigados a uma colaboração sob pressão. Se o procedimento se dá dentro desta forma, trata-se de um processo de coerção que não permite a realização de uma efetiva interação. (idem, p.55)

Pode-se dizer que esta observação retrata exatamente o que foi acontecendo no processo da coleta de dados. Uma vez que fomos sendo orientados a novas instituições e que fomos aí realizando a proposta de estudo, a pesquisa foi ganhando outros contornos. Manter a proposta original seria além de coerção,

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

impossível na terceira unidade pesquisada, diante do impedimento do acesso direto aos acompanhantes de crianças acidentadas, o que terminaria por inviabilizar a pesquisa. Assim, fomos obrigados a incorporar esta orientação como percurso da pesquisa e reorientá-la, não somente nesta unidade como naquela originalmente prevista no projeto, na qual posteriormente tivemos acesso a dados.

Quanto à aproximação, ela defende que

Pode ser facilitada através do conhecimento de moradores ou daqueles que mantêm sólidos laços de intercâmbio com os sujeitos a serem estudados. (...) É fundamental consolidarmos uma relação de respeito efetivo pelas pessoas e pelas suas manifestações no interior da comunidade pesquisada (idem, p.55)

Entendemos que tivemos este cuidado ao buscarmos realizar as entrevistas dos participantes, pelo nosso relacionamento pessoal com profissionais de saúde que tivessem sensibilidade à pesquisa qualitativa em saúde. O intercâmbio também através dos agentes de saúde foi fundamental para esta pesquisa, pois sem sua cooperação não seria possível qualquer entrevista. Entendemos assim que tais escolhas viabilizaram a contribuição essencial do exame de qualificação – a exploração de um viés qualitativo do objeto da pesquisa –, o que foi perseguido com proposta de estudo a novos interlocutores da pesquisa, na qual tivemos êxito. Em função das alterações no decorrer da pesquisa, optamos por não nomear as unidades de saúde, identificando-as como unidade A e unidade B, daqui em diante, e também por modificar o título da dissertação.

Passamos então a apresentar os resultados da pesquisa nos próximos capítulos: 3. Características dos acidentes com crianças em duas unidades de saúde no Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008 e 4. Infância e cuidados com crianças entre mães no Município de Conselheiro Lafaiete. Estes capítulos apresentam de forma combinada os resultados encontrados, após a análise dos dados e a discussão desses resultados com o referencial teórico. Em cada capítulo iniciamos com uma explicação da análise. Ao final, nas considerações, retomamos os principais resultados de cada um dos capítulos, comentando-os e considerando seus possíveis impactos para o cuidado da infância.

3 CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO LAFAIETE.

Como já expusemos antes, os dados para esta fase da pesquisa – quantitativa – foram obtidos através da transposição de informações da “Ficha de Atendimento – Ambulatorial/Emergência”, da unidade A, escolhida para a pesquisa e da “Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência”, do Sistema Único de Saúde (SUS), Minas Gerais, da unidade B, também participante da pesquisa. Estes dados foram registrados no instrumento modelo que havíamos elaborado para a pesquisa qualitativa, originalmente. Passamos a expor considerações sobre como foi feita a análise dessas informações e como apresentamos nesta dissertação.

3.1 Considerações Sobre a Análise

Tivemos livre acesso a 11.002 (onze mil e duas) fichas de atendimento da unidade A, no período de julho a setembro de 2008, trabalhando na sala do arquivo médico. Esta quantidade representou o total de atendimentos desta unidade, neste período, não importando idade ou evento. Então tivemos que fazer uma triagem para trabalhar com aqueles que nos interessavam para a pesquisa. A primeira triagem teve a idade como critério. Apenas selecionamos fichas que registravam atendimento a crianças de 0 a 6 anos. Do total inicial, passamos a trabalhar com 853 (oitocentas e cinquenta e três) fichas. O segundo critério de seleção foi referente a acidentes. Tomando como referência os tipos de acidentes listados no modelo formulado para a pesquisa, realizamos então a segunda seleção dos formulários, chegando nesta etapa a 143 (cento e quarenta e três) fichas de atendimento. Algumas limitações dos registros nos próprios documentos nos fizeram desprezar uma quantidade significativa de documentos. São exemplos destas limitações: letra ilegível, insuficiência de informações, como tipo de acidente. Neste caso, ferimento aparece como acidente, mas sem a colocação do agente e do local. Outro tipo de acidente

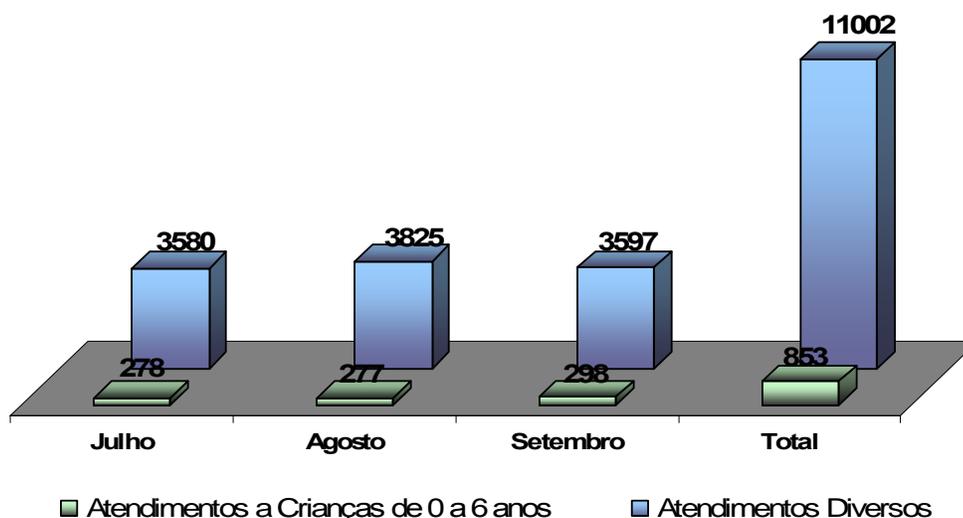
pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

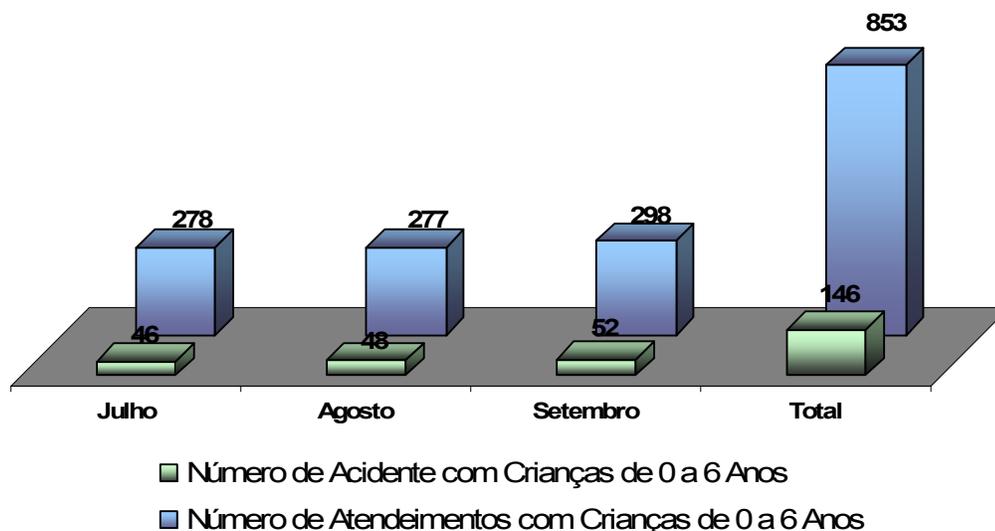
com informações insuficientes que encontramos foi queda, onde não havia agente e local. Houve também vários registros com apenas a lesão provocada – “contusão”, “fratura”, “corte”, “luxação”, sem sabermos se foram acidentalmente provocadas. Desprezadas estas fichas com informações insuficientes, chegamos a 44 (quarenta e quatro) fichas nesta unidade. Os gráficos abaixo ilustram, a cada mês, o relato que expusemos sobre a triagem de dados considerados para esta pesquisa.

GRÁFICO 01 - Atendimento a População em Relação a Atendimento a População Infantil, 0 a 6 Anos, Unidade de Saúde A, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008.



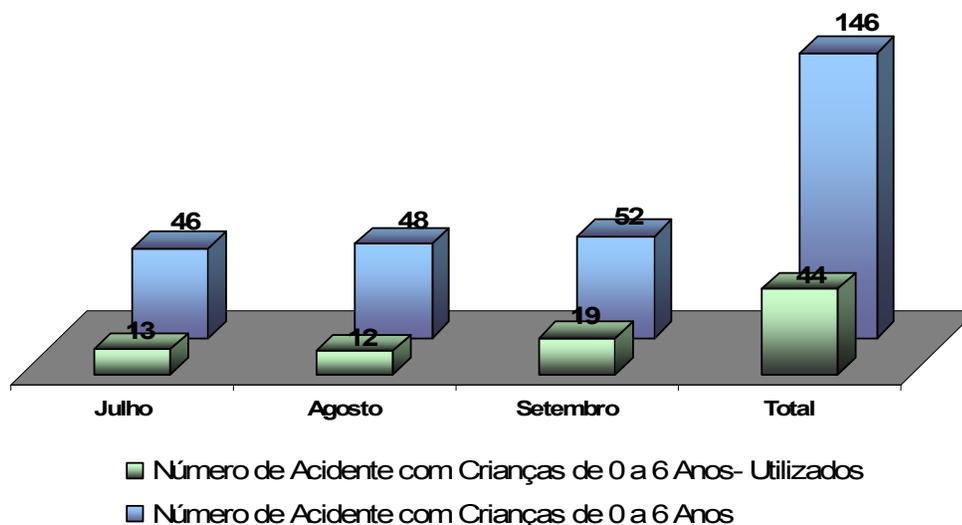
Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial/Emergência, unidade A

GRÁFICO 02 - Atendimento a Criança em Relação a Atendimento de Acidente com Criança, de 0 a 6 anos, na Unidade de Saúde A, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008.



Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial/Emergência, unidade A

GRÁFICO 03 - Ficha de Atendimento de Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, em Relação à Ficha de Atendimento de Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, Utilizada na Pesquisa, na Unidade de Saúde A, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008.



Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial/Emergência, unidade A

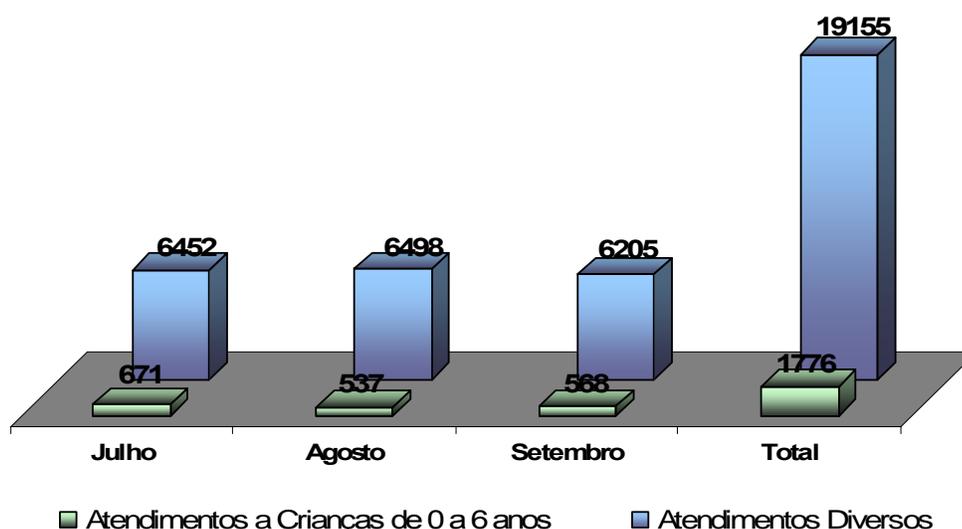
pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Também na unidade B, tivemos livre acesso ao documento “Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência”, do período de julho a setembro de 2008, igualmente trabalhando na sala do arquivo médico. Os mesmos procedimentos de seleção utilizados na unidade A foram aplicados nos documentos da unidade B. Da quantidade total de 19.155 (dezenove mil cento e cinquenta e cinco) fichas de atendimentos desta unidade, selecionamos os atendimentos com crianças de 0 a 6 anos. Desta restrição, passamos a ter 1776 (um mil setecentos e setenta e seis) fichas. Após aplicarmos o segundo critério de seleção – os tipos de acidentes listados no modelo formulado para a pesquisa – alcançamos 401 (quatrocentos e um) documentos. Também nesta unidade, encontramos as mesmas limitações dos registros - letra ilegível e insuficiência de informações – sendo obrigados a desprezar 212 (duzentos e doze), ficando com 189 (cento e oitenta e nove) documentos de “Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência”, do Sistema Único de Saúde (SUS), Minas Gerais, da unidade B. Como feito na primeira unidade de saúde, transpusemos os registros destes 189 (cento e oitenta e nove) documentos ao instrumento adaptado para nossa pesquisa, anotando as mesmas informações: idade, sexo, ambiente, tipo e agente do acidente. Como antes, os gráficos abaixo mostram, por mês, dados desta pesquisa, na unidade B.

GRÁFICO 04 - Atendimento a População em Relação a Atendimento a População Infantil, 0 a 6 Anos, Unidade de Saúde B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008.



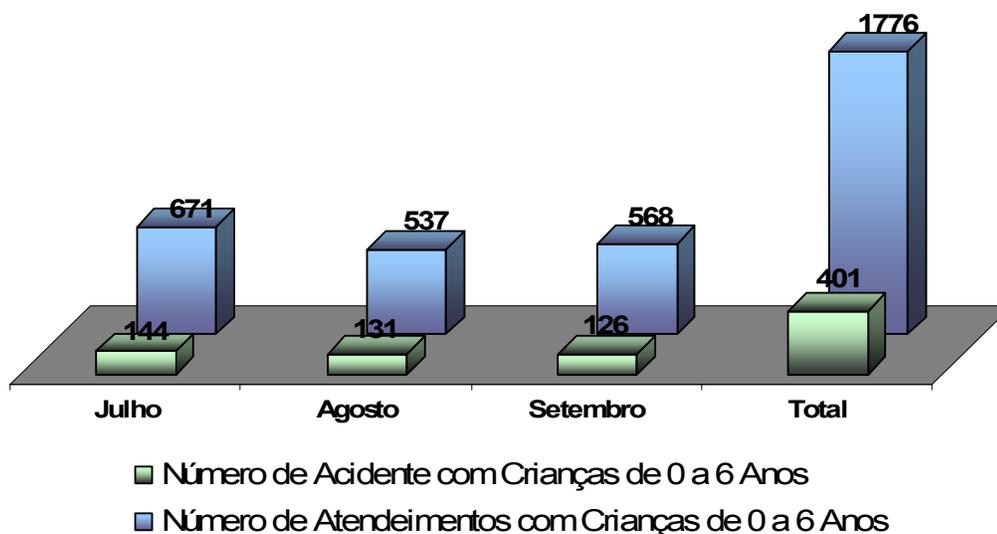
Fonte: Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

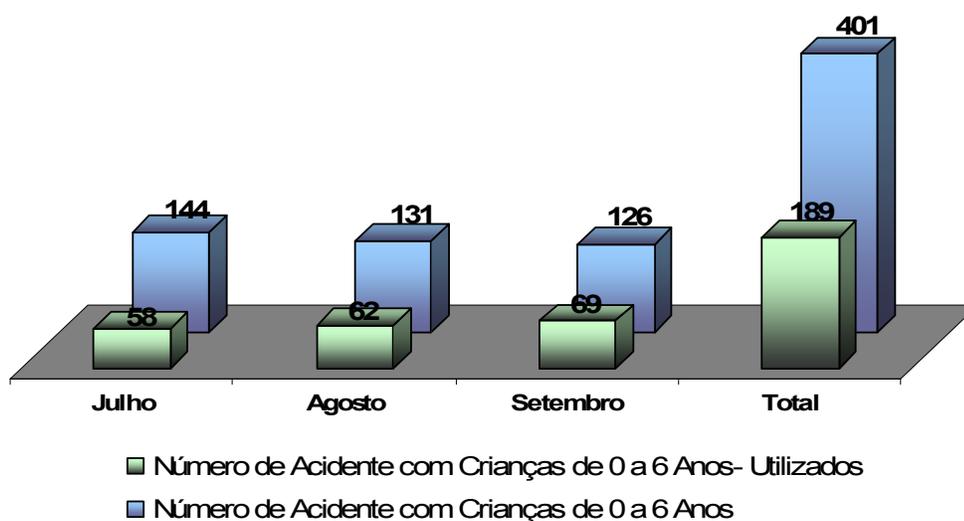
Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

GRÁFICO 05 – Atendimento a Criança em Relação a Atendimento de Acidente com Criança, de 0 a 6 Anos, na Unidade de Saúde B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008.



Fonte: Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

GRÁFICO 06 - Ficha de Atendimento de Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, em Relação à Ficha de Atendimento de Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, Utilizada na Pesquisa, na Unidade de Saúde B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008.



Fonte: Ficha de Atendimento Ambulatorial Urgência, unidade B

pdfMachine

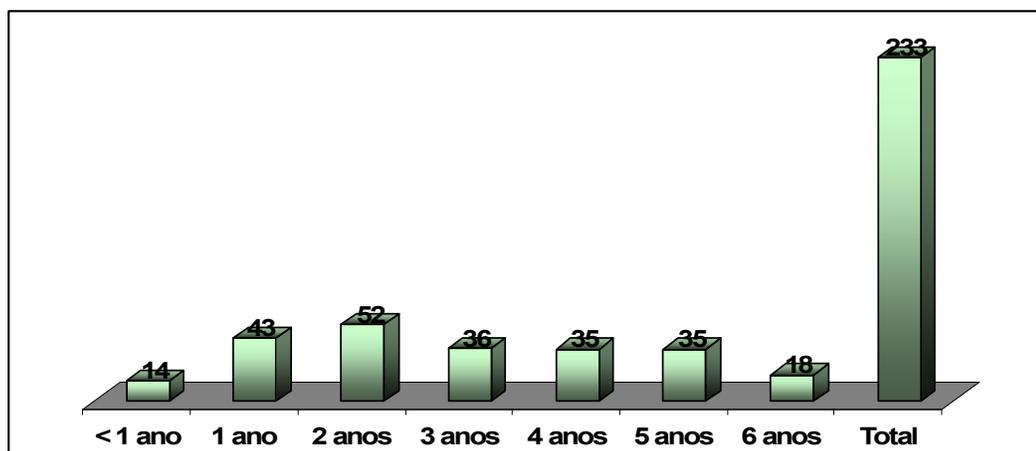
A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

Dos dados apurados, realizamos a produção de tabelas em que se reuniram os números de cada tópico do modelo da pesquisa para que pudéssemos ter uma visão geral da distribuição do total de acidentes com crianças por idade, por sexo, e por idade e sexo combinados; tipos de acidentes; tipo de acidente mais freqüente, com os referidos agentes e, por fim, ambiente mais freqüente em que ocorrem os acidentes. Na produção destas tabelas, fizemos distinção por unidade e elaboramos percentuais. Nesta dissertação, optamos por apresentar os resultados das duas unidades de saúde em conjunto, em forma de gráficos, ao invés de tabela. Os gráficos se mostram com números absolutos e os percentuais que elaboramos estão presentes nos comentários de cada gráfico. Passamos a apresentar cada resultado, seguido da discussão do que encontramos, em confronto com a literatura de referência sobre crianças e acidentes com crianças.

3.2 Crianças Acidentadas por Idade.

GRÁFICO 07 - Acidentes com Crianças, de 0 a 6 Anos, nas Unidades A e B de Saúde, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008.



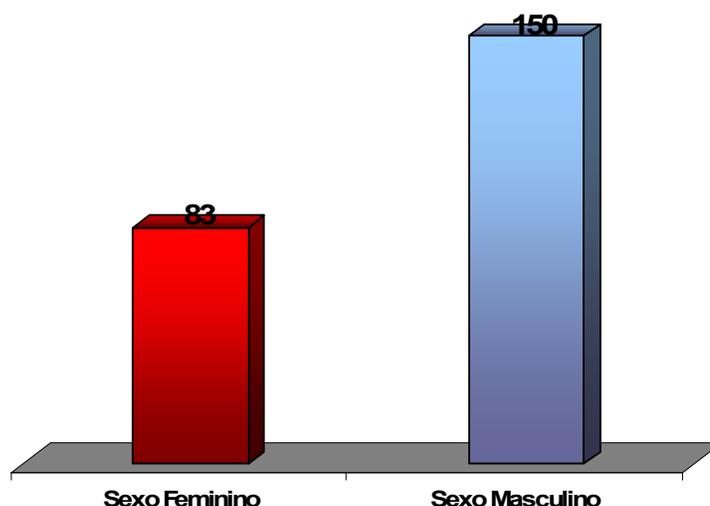
Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

Quanto à idade das crianças acidentadas verifica-se no gráfico 7 que a faixa etária mais atingida foi de 2 anos com 52 acidentes (22,3%), seguidos de 1 ano com 43 acidentes (18,5%) e de 3 anos, 4 anos e de 5 anos as percentagens foram praticamente às mesmas com (15,0%). Filócomo et al (2007) em estudo realizado com crianças na faixa etária entre 0 e 12 anos, em um pronto socorro infantil, verificou que existe uma predominância de ocorrências de acidentes com as crianças na faixa etária de 1 a 3 anos, provavelmente, os acidentes acontecem pelo fato da criança ainda não possuir completo domínio de noções como distância, velocidade, espaço e tempo, somando-se a estes fatores temos a supervisão inadequada do adulto responsável, o que pode favorecer uma maior exposição ao risco de tais ocorrências.

Segundo Baccarat (2006), a ocorrência dos acidentes na infância, esta diretamente ligada, a idade da criança e sua etapa de desenvolvimento neuropsicomotor (imaturidade física e mental, inexperiência, incapacidade para prever e evitar situações de perigo, curiosidade, tendência a imitar comportamentos adultos, falta de noção corporal e de espaço, incoordenação motora) e características da personalidade de algumas crianças (hiperatividade, agressividade, impulsividade e distração), além de particularidades orgânicas ou anatômicas, tais como deficiência física e/ou mental.

3.3 Crianças Acidentadas por Sexo.

GRÁFICO 08 - Acidente com Criança, de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, Julho a Setembro de 2008, por Sexo.

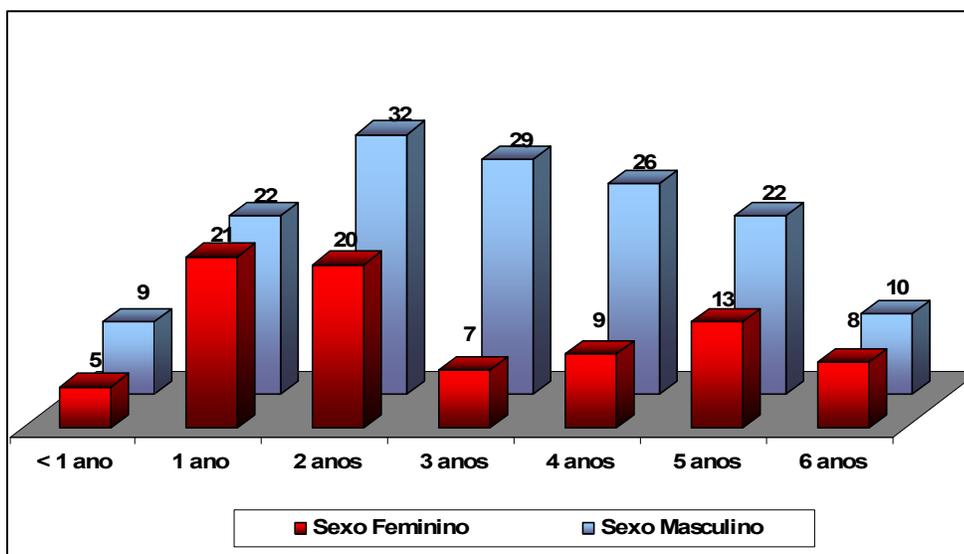


Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

O gráfico 8 demonstra que das 233 crianças acidentadas, 150 (64,4%) eram do sexo masculino e 83 (35,6%) do sexo feminino. A literatura estudada vem confirmar a preferência dos meninos em acidentarem nesta faixa etária. Estes dados são similares aos encontrados em outros estudos como: Filócomo et al (2007), Blank (2005). Em 2000, Baracat et al em estudo realizado com crianças na cidade de Campinas concluíram que 62,1% das crianças acidentadas era do sexo masculino e 37,9% feminino. Outro trabalho foi elaborado em 2002 por Fonseca et al e apresenta os principais fatores de riscos relacionados a acidentes com crianças na faixa etária de 4 a 5 anos de idade , apontando um risco maior da ocorrência de acidentes no sexo masculino (30% mais em relação ao feminino).

3.4 Crianças Acidentadas, por Idade e Sexo.

GRÁFICO 09 - Acidente com Criança, de 0 a 6 Anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008, por Idade e Sexo.



Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

O gráfico 09 apresenta o comparativo dos números acidentes com meninos e meninas em todas as faixas etárias e demonstra que os acidentes com crianças do sexo masculino são maiores em todas as faixas etárias. Porém percebe-se que na idade de 1 ano os números de acidentes se equivalem, subentendendo que as atividades das crianças nesta faixa de idade são praticamente as mesmas.

O estudo realizado por Hajar-Medina et al (1993) com crianças até cinco anos, evidenciou a prevalência de acidentes com crianças do sexo masculino em todas as faixas etárias.

Filócomo 2007 relata que este predomínio do sexo masculino, no que concerne aos acidentes na infância, é explicado, provavelmente, pela diferença de atividades desenvolvidas em cada sexo, estando o menino mais exposto às atividades dinâmicas que envolvem maior risco, enquanto meninas possuem

pdfMachine

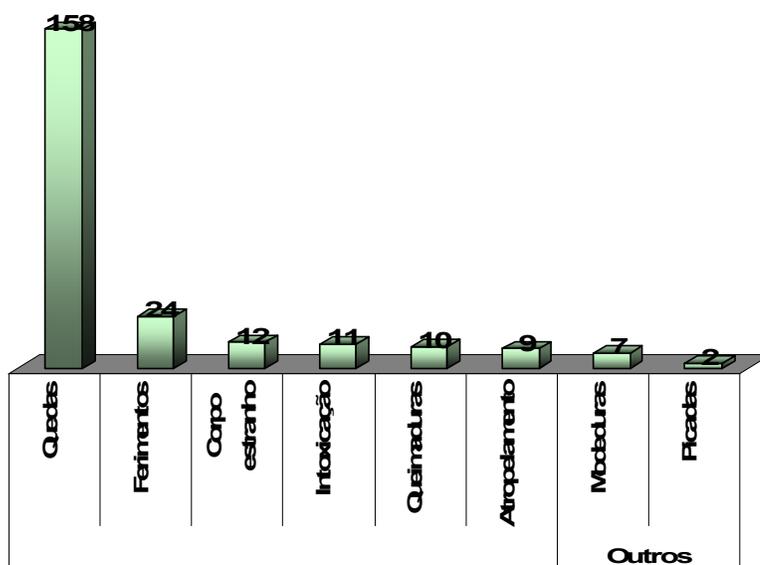
A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

atividades mais brandas. Outro fato importante é que, sócio-culturalmente, o menino adquire liberdade mais precocemente em relação às meninas e começam a realizar atividades com menor supervisão direta dos adultos, tendo, então, um maior tempo de exposição a situações que antecedem acidentes.

3.5 Tipos de Acidentes com Crianças

GRÁFICO 10 - Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008, por Tipo de Acidente.



Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

Com relação aos tipos de acidentes o gráfico 10 mostra que a maioria dos acidentes foi decorrente de quedas 158 (67,8%), e a seguir aparecem com maior frequência os ferimentos 24 (10,3%). Filócomo (2007) em estudo realizado em um Pronto Socorro Infantil verificou que a maioria dos acidentes aconteceram devido as quedas 46,9%, seguidos pelas contusões (28,4%) e pelos ferimentos (9,7%).

Conforme Estudo realizado por Agran et al (2003), com crianças de 0 a 3 anos, mostrou que as quedas foram o principal mecanismo de trauma. Paulsen et al (2005) em estudo semelhante também vem confirmar esta observação.

Filócomo et al (2007) relata com relação aos ferimentos (9,7%), terceiro tipo de acidente mais identificado em sua pesquisa, que estes acidentes estejam relacionados com a falta de habilidade motora para manusear objetos e utensílios perfuro-cortantes, bem como, pelo fato de crianças estarem mais expostas a fatores de risco como cantos arquitetônicos e de mobiliários que muitas vezes encontram-se sem proteção.

Em relação às queimaduras, Delgado et al (2002) e Baracat et al (2000) verificaram que as queimaduras ocorrem em casa, sendo a cozinha o local mais comum (70%), está quase sempre relacionada com líquido fervente (água, café, leite, óleo), gerando sofrimento físico e psicológico, além de desfigurar a vítima e gerar elevado custo econômico e social. Destes acidentes por queimadura, 5% das crianças vão a óbito.

Quanto aos agentes que causam intoxicações em crianças menores de 5 anos, destacam-se os medicamentos (39,2%), os domissanitários (16,0%) e os produtos químicos industriais (10,6%) (Fiocruz/CICT/Sinitox, 1999).

O Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológicas – SINITOX, em sua cartilha de prevenção de intoxicações informa que: Crianças comem e bebem quase tudo e dentro deste contexto, mantenha todos os produtos tóxicos em local seguro e trancado, fora do alcance das mãos e dos olhos das crianças, de modo a não despertar sua curiosidade. Para ajudar a prevenir intoxicações com remédios ou produtos de limpeza adquira, se possível, produtos com trava de segurança. As mais freqüentes intoxicações em crianças são causadas por remédios, produtos de uso doméstico, como alvejantes, querosene, polidores de móveis, tintas, solventes, detergentes, inseticidas.

Blank (2005) relata que uma questão específica que tem recebido atenção é o seguimento de regras ao encontrar cães, uma vez que crianças abaixo de 10 anos têm risco aumentado de serem mordidas. Não há comprovação científica de nenhuma das estratégias usualmente preconizadas; a recomendação é evitar

cachorros em casa de crianças pequenas, principalmente as raças mais implicadas com injúrias graves, como Pit Bulls e Rottweilers.

No que diz respeito a atropelamentos, Blank (2005) coloca que o conceito de acalmação do trânsito, consolidado a partir da década de 1980, combina modificações múltiplas de engenharia de tráfego (sinalização ostensiva, controladores de velocidade, áreas de acesso restrito a carros, ilhas de refúgio de pedestres, barreiras, quebra-molas), que reduzem os efeitos negativos do uso de automóveis (principalmente a velocidade dos veículos e o comportamento inadequado dos motoristas) e melhoram as condições das ruas para os pedestres. No nível do entorno, trata-se de uma intervenção atraente e promissora, se não pela redução do risco de atropelamento, pelo menos por tornar os ambientes urbanos esteticamente mais agradáveis.

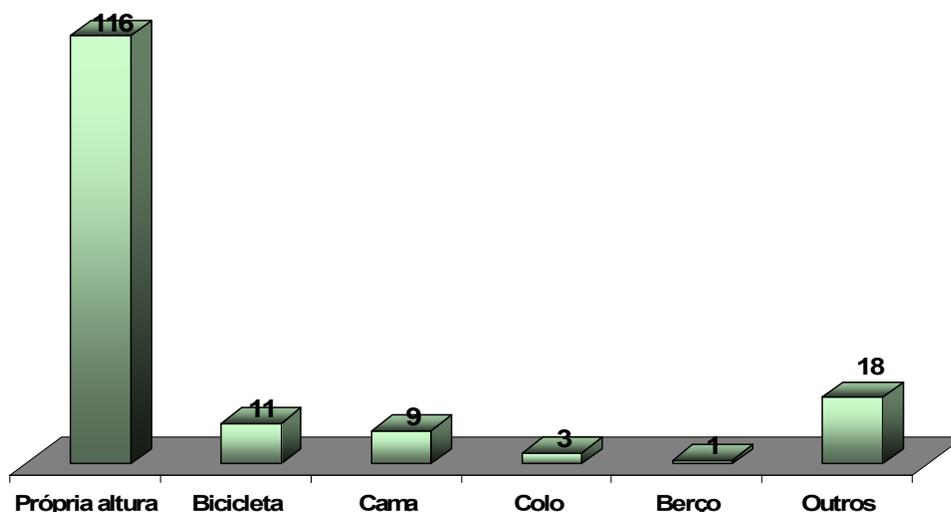
pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

3.6 Acidente mais Freqüente com Crianças e seus Agentes

GRÁFICO 11 – Acidentes com quedas de Criança, 0 a 6 Anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008, com o Agente da Queda.



Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

Na análise das causas das quedas, verificou-se que 116 (73,4%) foram decorrentes de queda da própria altura e 42 (26,6%) de outros lugares: bicicleta (7,0%), cama (5,7%), e outros 18 (11,4%), onde estão incluídos os parques de diversões, escadas, animais.

Segundo Gaspar (2002), em um estudo na cidade de Ipatinga mostrou que 34,2% das quedas ocorreram no mesmo nível; seguiram-se quedas de edifícios ou outras estruturas (13,8%); de escada (11,7%); outras quedas de um nível a outro (9,1%); de cama (8,6%); de árvore (6,5%); de outro tipo de mobília (5,6%); além de quedas do colo, de cadeiras e outros tipos (10,5%). A faixa etária dos pacientes que caíram da cama variou de 0 a 5 anos, sendo que 65% tinham menos de um ano.

De acordo com Filócomo et al (2007), a queda foi o tipo mais comum de acidente encontrado na faixa etária de menores de 1 ano e entre 1 a 3 anos, que se justifica pela fase de maturação motora, cognitiva e psicossocial onde encontram-se estas crianças, aprendendo a conhecer os seus limites e adaptando-se ao meio. Ainda em relação a quedas, estas permanecem em níveis elevados também em crianças acima de 4 anos, evento este relacionado provavelmente as atividades de lazer e esportes, próprios desta faixa etária, destacando-se jogos, bicicleta, patins e outros.

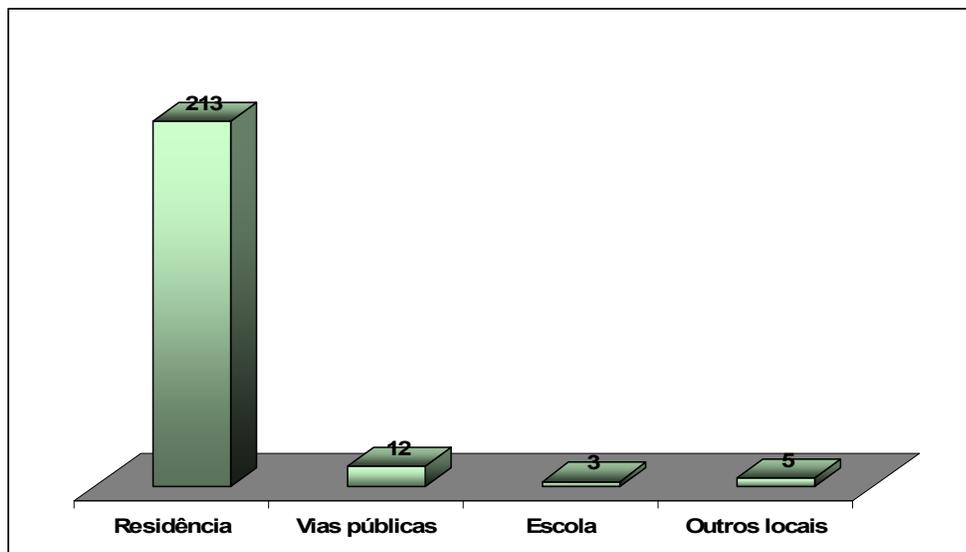
Segundo Harada et al (2003), em nosso país, existem normas de segurança para brinquedos de parques infantis, estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas. Porém, observa-se, na prática, que essas normas são pouco respeitadas ou até mesmo desconhecidas pela comunidade, sendo que a falta de estudos epidemiológicos sobre o tema, inviabiliza uma mudança de conduta, respaldada por um retrato mais fidedigno das ocorrências comumente observadas.

Ainda, segundo Harada et al (2003), estima-se, que aproximadamente 40% dos acidentes nesse ambiente são resultados de uma supervisão inadequada. É recomendável que a supervisão deva envolver o responsável pela criança, pelo parque e órgãos fiscalizadores.

Para Paes e Gaspar (2005), as quedas representam a principal causa de internação na população pediátrica, inclusive no Brasil. Em 2004, as quedas representaram o principal motivo de internação hospitalar em todas as faixas etárias de crianças e jovens de até 19 anos, com 73,01% das internações por causas externas.

3.7 Ambiente mais Freqüente de Ocorrência de Acidentes com Crianças

GRÁFICO 12 - Acidente com Criança, 0 a 6 Anos, nas Unidades de Saúde A e B, Município de Conselheiro Lafaiete, julho a setembro de 2008, por Ambiente.



Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

O gráfico 12 mostra que o local onde os acidentes acontecem com maior freqüência é na residência, provavelmente, porque na idade de 0 a 6 anos as crianças tendem a ficar mais em casa ou em seu entorno.

Segundo Paes e Gaspar (2005), por ser o ambiente de maior permanência da criança, o principal local de ocorrência desse evento é o próprio ambiente domiciliar, acentuando-se em crianças mais jovens.

Waisman et al (2002), estudando pacientes na faixa etária de 0 a 14 anos, constataram que 51,9% das injúrias aconteceram no lar e que, quanto mais nova é a criança, maior é o percentual dos eventos que ali ocorrem.

3.8 Causas dos Acidentes por Faixa Etária

TABELA 2 – Distribuição do Número de Acidentes por Faixa Etária, com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, no Município de Conselheiro Lafaiete e suas Respectivas Causas dos Acidentes

| Causa de acidente | Idade | | | | | | | | | | | | | | Total | |
|-------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | < 1 ano | | 1 ano | | 2 anos | | 3 anos | | 4 anos | | 5 anos | | 6 anos | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Quedas | 12 | 85,7 | 32 | 74,4 | 38 | 73,1 | 19 | 52,8 | 22 | 62,9 | 24 | 68,6 | 11 | 61,1 | 158 | 67,7 |
| Atropelamentos | 0 | 0,0 | 1 | 2,3 | 2 | 3,8 | 3 | 8,3 | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 2 | 11,1 | 9 | 3,9 |
| Picadas | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 0,9 |
| Intoxicações | 0 | 0,0 | 4 | 9,3 | 1 | 1,9 | 4 | 11,1 | 0 | 0,0 | 1 | 2,9 | 1 | 5,5 | 11 | 4,7 |
| Corpo estranho | 0 | 0,0 | 1 | 2,3 | 3 | 5,8 | 2 | 5,6 | 4 | 11,4 | 1 | 2,9 | 1 | 5,5 | 12 | 5,2 |
| Mordeduras | 0 | 0,0 | 2 | 4,7 | 0 | 0,0 | 2 | 5,6 | 2 | 5,7 | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 7 | 3,0 |
| Ferimentos | 0 | 0,0 | 2 | 4,7 | 6 | 11,5 | 5 | 13,9 | 4 | 11,4 | 4 | 11,4 | 3 | 16,6 | 24 | 10,3 |
| Queimaduras | 2 | 14,3 | 1 | 2,3 | 1 | 1,9 | 1 | 2,8 | 1 | 2,9 | 4 | 11,4 | 0 | 0,0 | 10 | 4,3 |
| Total | 14 | 100,0 | 43 | 100,0 | 52 | 100,0 | 36 | 100,0 | 35 | 100,0 | 35 | 100,0 | 18 | 100,0 | 233 | 100,0 |

Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

A causa principal dos acidentes com as crianças são as quedas e podemos observar que em todos os períodos da infância até os 6 anos que existe esta prevalência principalmente nos primeiros anos de vida. Conforme Estudo realizado por Agran et al (2003), com crianças de 0 a 3 anos, mostrou que as quedas foram o principal mecanismo de trauma.

As crianças são muito curiosas e querem estar presente em tudo e em todos os lugares, imitar as pessoas, tocar em tudo ficando desta forma exposta as quedas de diversos lugares e da sua própria altura.

A partir do terceiro ano, podemos observar que existe uma redução significativa com os acidentes com quedas, porém, é nesta idade que se evidencia os ferimentos principalmente com objetos cortantes e pontiagudos.

3.9 Agente das Quedas de Acidentes por Faixa Etária

TABELA 3 – Distribuição do Número de Acidentes com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B no Município de Conselheiro Lafaiete, com os Respectivos Agentes das Quedas por Faixa Etária.

| Tipos de quedas | Idade | | | | | | | | | | | | | | Total | |
|-----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | < 1 ano | | 1 ano | | 2 anos | | 3 anos | | 4 anos | | 5 anos | | 6 anos | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| cama | 2 | 20,0 | 4 | 13,3 | 2 | 5,3 | 0 | 0,0 | 1 | 4,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 9 | 5,7 |
| berço | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 7,1 | 1 | 0,6 |
| escada | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 8,4 | 0 | 0,0 | 1 | 7,1 | 3 | 1,9 |
| colo | 2 | 20,0 | 1 | 3,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 1,9 |
| bicicleta | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 5,3 | 1 | 5,3 | 2 | 8,4 | 2 | 8,7 | 4 | 28,4 | 11 | 7,0 |
| cavalo | 0 | 0,0 | 1 | 3,3 | 1 | 2,7 | 2 | 10,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 2,5 |
| própria altura | 5 | 50,0 | 22 | 66,7 | 32 | 84,2 | 14 | 73,5 | 17 | 70,8 | 19 | 82,6 | 7 | 49,7 | 116 | 73,4 |
| outros | 1 | 20,0 | 2 | 6,7 | 1 | 2,7 | 2 | 10,6 | 2 | 8,4 | 2 | 8,7 | 1 | 7,1 | 11 | 7,0 |
| Total | 10 | 100,0 | 30 | 100,0 | 38 | 100,0 | 19 | 100,0 | 24 | 100,0 | 23 | 100,0 | 14 | 100,0 | 158 | 100,0 |

Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

A tabela demonstra que, a queda de própria altura é o tipo de agente das quedas que mais causa acidentes em todas as faixas etárias, ou seja, 73,4%. Observa-se que, na idade de 2 anos 84,2% dos acidentes acontecem por queda de própria altura. Segundo Vieira et al (2005), a faixa etária de 1 a 3 anos é a que tem mais acidentes por ser nessa idade, de acordo com o crescimento e desenvolvimento infantil, que a criança apresenta elevado grau de curiosidade para as novas descobertas e tendências para o aprendizado por tentativas e erros. A criança ainda não tem a mobilidade necessária ficando diretamente exposta às quedas. Uma vez que, querem de toda forma estar em todos os lugares devido à grande curiosidade.

Os estudos também demonstram que a partir da faixa etária de 4 anos, os tipos de brincadeiras mudam, iniciam os pique-pega, o futebol, a bicicleta e outras brincadeiras que levam a criança a correr conseqüentemente expondo a mesma as quedas.

3.10 Ambiente mais Frequente de Ocorrência de Acidentes com Crianças por Faixa Etária

TABELA 4 – Distribuição do Número de Acidentes com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, no Município de Conselheiro Lafaiete, com as Referidas Faixas Etárias e os Ambientes dos Acidentes.

| Local do acidente | Idade | | | | | | | | | | | | | | Total | |
|-------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | < 1 ano | | 1 ano | | 2 anos | | 3 anos | | 4 anos | | 5 anos | | 6 anos | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Residência | 14 | 100,0 | 42 | 97,7 | 47 | 90,4 | 29 | 80,6 | 32 | 91,4 | 33 | 94,3 | 16 | 88,9 | 213 | 91,4 |
| Escola | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 5,6 | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 1,3 |
| zona rural | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 3,8 | 2 | 5,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 4 | 1,7 |
| Vias públicas | 0 | 0,0 | 1 | 2,3 | 3 | 5,8 | 3 | 8,3 | 1 | 2,9 | 2 | 5,7 | 2 | 11,1 | 12 | 5,2 |
| outros locais | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,4 |
| Total | 14 | 100,0 | 43 | 100,0 | 52 | 100,0 | 36 | 100,0 | 35 | 100,0 | 35 | 100,0 | 18 | 100,0 | 233 | 100,0 |

Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

Observa-se que 91,4% dos acidentes acontecem dentro da própria residência ou em volta, o ambiente familiar é o principal local de ocorrência dos acidentes, por ser o ambiente de maior permanência da criança, junto da família.

3.11 Dia da Semana mais Frequente de Ocorrência de Acidentes com Crianças

TABELA 5 – Distribuição do Número de Acidentes com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, no Município de Conselheiro Lafaiete, com as Referidas Faixas Etárias e os Respectivos dias da Semana.

| Dias da Semana | Idade | | | | | | | | | | | | | | Total | |
|----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | < 1 ano | | 1 ano | | 2 anos | | 3 anos | | 4 anos | | 5 anos | | 6 anos | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Segunda | 2 | 14,3 | 4 | 9,3 | 11 | 21,2 | 3 | 8,3 | 8 | 22,9 | 2 | 5,7 | 2 | 11,1 | 32 | 13,7 |
| Terça | 0 | 0,0 | 8 | 18,6 | 8 | 15,4 | 7 | 19,4 | 4 | 11,4 | 2 | 5,7 | 2 | 11,1 | 31 | 13,3 |
| Quarta | 1 | 7,1 | 10 | 23,3 | 5 | 9,6 | 3 | 8,3 | 3 | 8,6 | 3 | 8,6 | 3 | 16,7 | 28 | 12,0 |
| Quinta | 1 | 7,1 | 6 | 14,0 | 3 | 5,8 | 8 | 22,2 | 3 | 8,6 | 6 | 17,1 | 4 | 22,2 | 31 | 13,3 |
| Sexta | 2 | 14,3 | 3 | 7,0 | 6 | 11,5 | 8 | 22,2 | 7 | 20,0 | 5 | 14,3 | 3 | 16,7 | 34 | 14,6 |
| Sábado | 4 | 28,6 | 6 | 14,0 | 11 | 21,2 | 3 | 8,3 | 7 | 20,0 | 7 | 20,0 | 3 | 16,7 | 41 | 17,6 |
| Domingo | 4 | 28,6 | 6 | 14,0 | 8 | 15,4 | 4 | 11,1 | 3 | 8,6 | 10 | 28,6 | 1 | 5,6 | 36 | 15,5 |
| Total | 14 | 100,0 | 43 | 100,0 | 52 | 100,0 | 36 | 100,0 | 35 | 100,0 | 35 | 100,0 | 18 | 100,0 | 233 | 100,0 |

Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

Observa-se que, 33% dos acidentes aconteceram no sábado e domingo os quais, são considerados dias de folga. Geralmente é nos finais de semana que os pais tiram para realizar limpezas, arrumações e atividades recreativas, e que conseqüentemente, são nestes dois dias que as crianças ficam sendo olhadas por todos, sendo que todos estão ocupados com uma atividade doméstica relaxando a vigilância, ficando a criança desta forma exposta aos riscos existentes na residência.

3.12 Hora mais Freqüente de Ocorrência de Acidentes com Crianças

TABELA 6 – Distribuição o Número de Acidentes com Crianças de 0 a 6 anos, nas Unidades de Saúde A e B, no Município de Conselheiro Lafaiete, com os Referidos Horários

| Horas dos Acidentes | N | % |
|----------------------------|------------|--------------|
| 21 as 5 | 5 | 2,3 |
| 5 as 6 | 2 | 0,9 |
| 6 as 7 | 2 | 0,9 |
| 7 as 8 | 2 | 0,9 |
| 8 as 9 | 8 | 3,7 |
| 9 as 10 | 18 | 8,3 |
| 10 as 11 | 15 | 6,9 |
| 11 as 12 | 17 | 7,8 |
| 12 as 13 | 17 | 7,8 |
| 13 as 14 | 17 | 7,8 |
| 14 as 15 | 20 | 9,2 |
| 15 as 16 | 17 | 7,8 |
| 16 as 17 | 21 | 9,6 |
| 17 as 18 | 16 | 7,3 |
| 18 as 19 | 15 | 6,9 |
| 19 as 20 | 16 | 7,3 |
| 20 as 21 | 10 | 4,6 |
| Total | 218 | 100,0 |

Fonte: Ficha de Atendimento- Ambulatorial / Emergência, Unidade A; Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência, unidade B.

Não é significativa a diferença do número de acidentes correspondendo a horários específicos. Pode-se observar, que supostamente acordam por volta das 9:00 horas e vão deitar após as 20:horas, o que é percebido na diminuição significativa de mais de 80% dos acidentes no horários 20:00 as 09:00.

Porém, SCHVARTSMAN (1991), destaca que, à hora das refeições, ou os momentos que a precedem, também são os mais perigosos, porque é nesta hora que a criança tem mais fome e a mãe está ocupada com os afazeres domésticos e então relaxa a vigilância.

4 INFÂNCIA E CUIDADOS COM CRIANÇAS ENTRE MÃES NO MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO LAFAIETE

Anterior a apresentação das respostas às entrevistas, é necessário apontar que as falas das mães aos nossos questionamentos foram bastante sucintas e breves, ainda que tenhamos buscado na interação da entrevista criar um clima de fluidez para a comunicação. Não sabemos se essa característica, comum a todas as entrevistadas se deve ao fato de que a exploração do acidente pode ser entendida como ameaçadora ou ao fato de que os entrevistados não adquiriram confiança suficiente para exporem com mais riqueza suas idéias, ou a outras causas que não sabemos¹⁷.

4.1 Considerações Sobre a Análise das Entrevistas

A análise que fizemos considerou os termos e/ou frases chaves listadas e repetidas nas diferentes entrevistas e então buscamos extrair destes termos e/ou frases chaves, o significado comum que parecem ter.

“Impossível”(1), “inquieta”(2), “mexe em tudo”(1), “sobe em todos os lugares” (2) foram expressões que, diferentemente, entrevistadas usaram para identificar seus filhos. Com essas expressões, simbólicas, extraídas das respostas transcritas para um formulário que realizamos especificamente para a entrevista aberta, podemos sintetizar as falas das mães acerca da infância. Estas expressões parecem ao mesmo tempo indicar que estas crianças têm atividade intensa de explorar, e que para as mães é penoso acompanhá-las nestas atividades. A referência a impossibilidade da criança pode traduzir a impossibilidade da mãe cuidar da criança. Curioso observar que, em se tratando de crianças de dois anos de idade, duas mães tenham falado que as próprias crianças já deveriam saber dos

¹⁷ Toda a guinada metodológica que tivemos de realizar também contribuiu para o fato de que a dimensão qualitativa desta dissertação não ficasse prejudicada.

perigos a que estão sujeitas, indicando uma consciência que crianças nesta idade, num desenvolvimento geral, não são capazes de apresentar.

Estas mães entrevistadas, ao afirmarem isso, apresentam uma das imagens típicas mais freqüentes da infância – de que crianças são “adultos em miniatura” –, como se apresentou na fundamentação teórica (DRAGO, 2007, p.50). Para estas mães, o corpo de criança comportaria uma mente adulta em que se conhece os riscos, como se vê mais explicitamente nesta afirmação “[a criança] **sobe em todos os lugares... sabe que não pode mas continua fazendo**” (1). (*grifos nossos*). Como fundamentamos teoricamente, perceber a criança como sujeito de direitos – de direito à proteção, à liberdade, ao cuidado, ao brincar – traduz um entendimento de infância muito novo. Também já havíamos apontado que concepções reduzidas de infância – reduzida ao ser pequeno – se traduzem em práticas em que o cuidado físico é mais valorizado.

A imagem de crianças incontroláveis pode ser explicada por uma provável carência pedagógica sobre infância e cuidados e também à carência material dos entrevistados, evidente em suas residências. Esta nossa suposição de que há uma carência pedagógica sobre infância e cuidados teriam apoio em Blank (2005) que diz não existir uma pediatria contextual em que o pediatra interage profundamente com os responsáveis pelo cuidado com a criança, nos sentidos de conhecer suas realidades e orientá-los no cuidado infantil. As próprias respostas dos entrevistados sobre informações acerca de prevenção de acidentes, que abaixo apresentamos, revelam que as informações que têm sobre este tema não são consistentes.

No dizer de todas as mães, cuidar é uma atividade que exige “muito” e “sempre” – “tem que ter muito cuidado” (1), “ficar perto o tempo todo” (2), “ficar de olho” (3), “ficar sempre perto” (5), “ficar atenta, sempre perto” (6) “gosto de ficar perto quando vai brincar do lado de fora” (4). O significado que demos a estas expressões é relativo à vigilância e à contenção. Este significado tem relação com os diferentes significados que o termo, desde amar até acautelar-se, entre muitos outros. Talvez o fato de que estas crianças já tenham sido atendidas, em unidades de saúde, por causa de acidentes, motiva as mães a darem relevância à vigilância e à contenção, quando são perguntadas sobre como cuidam de seus filhos. Ao falarem de suas atividades, as mães não mencionam preparar a comida, agasalhar, banhar, acariciar, cozinhar, brincar, deixar brincar, fazer adormecer, entre tantas outras atividades

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

cotidianas que podemos relacionar como atividades de cuidado. Há freqüente menção ao cuidado doméstico – “sempre trabalho nas horas que ela tá dormindo” (2) (sic), “não deixo ficar perto na hora de fazer a comida” (4), “largo o serviço para tomar conta [da criança]” (5), “faço almoço no horário que eles estão na escola” (6). Este cuidado doméstico é colocado em oposição ao cuidado da criança – “olhar” a criança impede a preparação da comida e a criança impede também o cuidado da casa. Entretanto, ambas as atividades tem que ser realizadas e estão a cargo da mãe.

Na nossa análise, separamos o significado de infância com o de cuidado, mas nas respostas estes significados são coerentes e juntos. Se os apresentamos em conjunto - “tem que ter muito cuidado”, pois a criança é “impossível” e “mexe em tudo” (1); tem que “ficar perto o tempo todo”, pois a criança é “inquieta” e “sobe em todos os lugares” (2) – a idéia contrária a de liberdade da criança. O que justifica “ficar de olho” é o fato de que estas crianças parecem livres demais. Defender para estas mães, nas condições em que se encontram, que seus filhos devem ser preparados para o exercício da liberdade certamente vai soar como ameaça. O reducionismo de que trata Kramer (2001) se faz presente nas falas das mães já que a idéia de cuidado vivido como “preparo para o exercício da liberdade” não parece ter vez. Não entramos aqui em discussão sobre a explicação desse reducionismo, mas as condições de pobreza que pudemos verificar no contato com as mães é um fator decisivo.

Na literatura em que nos fundamentamos para explorar o cuidado na infância, (VERÍSSIMO E FONSECA, 2003) também nos sinalizou que o próprio tema “cuidado” é tratado como de menor valor nas práticas pedagógicas da infância, em creches.

Walvow (1998) tem dedicado estudos ao cuidar¹⁸, na enfermagem, já que “o cuidado tem sido tradicionalmente considerado um aspecto inerente à prática de enfermagem” (p.20). Em um dos estudos que fez sobre o significado de cuidado entre enfermeiras, mostra que nesta própria profissão, em que poderia haver uma

¹⁸ Relacionar outras obras da autora. Somente tivemos conhecimento após o momento em que a pesquisa foi se delineando sobre o tema, o que não nos permitiu explorá-la em profundidade.

concepção mais abrangente de cuidado, cuidar tem sido relacionado a assistir e assistir, para as enfermeiras entrevistadas, tem um sentido técnico.

O que parece faltar seja entre mães ou entre profissionais é justamente como fala Kramer (2001), uma compreensão ampla de cuidado – cuidar é **ao mesmo tempo** dar “atenção, segurança, proteção e preparo para o exercício da liberdade”. (*grifo nosso*)

Passamos a apresentar os resultados e comentários que estas mães possuem sobre prevenção de acidentes. Em nossa análise, buscamos identificar tanto as informações que têm sobre o tema quanto os meios que tiveram para sabê-las, tentando traçar um quadro comum e comentar com a literatura de referência para o tema.

4.2 Informações Sobre Prevenção de Acidentes, entre Mães.

Na fase exploratória da pesquisa empírica, soubemos por diferentes autoridades sanitárias do Município que não havia campanha sobre prevenção de acidentes, o que gerou a expectativa de que a informação sobre o tema, entre responsáveis pelo cuidado de crianças, seria precária. Esta expectativa se confirmou nas entrevistas que realizamos. Assim como na exploração sobre cuidado, as respostas à questão “tem alguma informação sobre prevenção de acidentes?” foi breve e sucinta.

Quanto às informações que tinham as mães que responderam, o fizeram de modo, com a seguinte expressão: “sei tudo” (5) (6).

Quanto aos meios pelos quais tiveram informações, todas as mães responderam. Houve diferentes meios: em palestras ocorridas, eventualmente, no colégio que buscava leite (participava do programa Municipal de assistência a crianças carentes através do recebimento de 1 litro de leite diariamente). “programa Social do leite” (1) (2), através de leituras (5), programas de televisão (5), “cartela de vacinação” (1) (2) (3) e através de vídeos educativos sobre prevenção no Pronto

Socorro João XXIII, em Belo Horizonte, (6) unidade em que seu filho ficou internado para tratamento de queimaduras após, o acidente.

A expressão “sei tudo” no caso de uma das entrevistadas é bastante vaga e contraditória. A mãe aparenta uma possibilidade de informação mais elevada, já que tem casa própria, telefone, garagem, ser alfabetizada, o que se confirma pelos meios que cita como aqueles em que aprendeu informações sobre prevenção – televisão e revistas. Surpreende-nos, entretanto que a casa insegura que colaborou no acidente de seu filho que há dois anos “caiu da laje” continue sem as proteções devidas – há vãos entre escadas e as lajes e as escadas não têm corrimão. No que diz respeito a outra mãe que dizia saber tudo, nos chama atenção o fato de que diz saber tudo após ter assistido aos vídeos educativos no hospital em que seu filho foi internado. A expressão foi “hoje sei tudo” foi dita em referência a estes vídeos. Esta observação nos leva a considerar que a informação que teve foi após o acidente e relativa a um tipo de acidente – queimadura –, o tipo que vitimou seu filho.

Quanto aos meios de informação, exploramos aquele que foi mais citado entre as mães - “a cartela de vacinação”. Solicitamos que nos mostrasse este material, no que fomos atendidos por uma das mães. Em nossa análise, verificamos que ali havia possíveis medidas para prevenção de acidentes como, por exemplo, não enfiar o dedo nas tomadas elétricas; evitar a proximidade com o fogão; não deixar a criança sozinha, em cima de camas; não deixar objetos cortantes à mão de crianças; não deixar produtos domissanitários e farmacêuticos, em locais baixos, ao alcance das crianças; não deixar brinquedos espalhados pelo chão. Sem dúvida, são informações importantes e não conseguimos avaliar em que medida possam ter auxiliado preventivamente as mães que se referiram às “cartelas”, como meios de informação.

Pelo que pudemos examinar, as informações sobre prevenção de acidentes são precárias e esporádicas. Como dissemos antes, nos chama atenção o fato de que os meios mais ricos – vídeos educativos – somente tenham sido vistos após o acidente. A contrariedade que apresentamos entre saber informações e agir em consequência das informações também foi flagrante entre uma das entrevistadas. Um aspecto do material mais citado - “a cartela de vacinação” também nos alerta para o fato de que as informações giram em torno do que não deve acontecer com

crianças e não sobre o que deve acontecer com crianças, em suas feições etéreas

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

Este sentido negativo nos faz pensar em duas direções. A primeira idéia é de que parece confirmar a idéia de vigilância constante, e talvez de que crianças sejam “impossíveis” A segunda é de que contraria a idéia de promoção da saúde, prescrito na Carta de Ottawa, conforme já apresentamos. Se nesta Carta, há o compromisso de que

Cidadãos têm o direito de viver em comunidade com segurança; participar nas decisões relacionadas à segurança do seu ambiente; decidir quais são as prioridades de ação e quais recursos deverão ser alocados às intervenções; saber quais são os riscos à sua segurança e quais são os produtos potencialmente lesivos; e receber treinamento em controle de injúrias físicas (p.138).

Vemos o quão distante estão às iniciativas esporádicas do idealizado em termos dos documentos de saúde pública. Se examinarmos a própria legislação mineira sobre o tema, vemos que os meios de informar estas mães estão também distantes de serem concretizados. Há a indicação na Lei 13087 1999 de 11/01/1999 de que campanhas de informação sobre prevenção de acidentes se dêem, além de em “hospitais, ambulatórios, centros de saúde”, também ocorram em “escolas, creches e associações de bairro” e “locais de concentração de crianças e adolescentes”. Pela variedade de locais que a lei prevê, nos chama atenção o fato de que a maior parte das respostas quanto a meios de informações se concentrem na “cartela de vacinação”.

5 CONSIDERAÇÕES

Como buscamos mostrar, os acidentes ocorrem em sua grande maioria nas residências e em seu entorno, pois é nesses locais que as crianças passam a sua maior parte do tempo em contato com a família. A permanência nesse ambiente é diretamente proporcional a faixa etária, quanto menor a idade, maior é a sua permanência nessas regiões.

Os tipos de acidentes e/ou a gravidade dos mesmos também estão ligados a idade da criança e a sua etapa de desenvolvimento neuropsicomotor, sendo de uma maneira geral específicos para a faixa de idade e/ou com gravidades diferenciadas.

Verificamos que a incidência de acidentes com crianças do sexo masculino foi 80% maior que as crianças do sexo feminino e esta relação perpétua em todas as faixas etárias, o que é explicado provavelmente, pelo tipo de brincadeiras e atividades mais dinâmicas desenvolvidas pelos meninos.

Vale ainda ressaltar, que 56% dos acidentes aconteceram com as crianças na faixa etária de 1 a 3 anos, o que demonstra que é nessa fase que a criança começa a locomover-se em pé e ainda não possui coordenação motora. Nessa idade, ela tem uma curiosidade intensa e quer pegar em tudo, e tenta de todos os modos, enxergar objetos e vozes que não estão ao seu alcance, o que faz com que se desloquem e subam em qualquer objeto ou lugar, ficando desta forma expostas ao risco de se acidentarem devido as mesmas ainda não ter noção de espaço.

Foi constatado neste estudo, que o principal fator de hospitalização de crianças por acidentes são as quedas e o tipo mais característico são as quedas de própria altura, lembrando que temos uma grande parcela das quedas de bicicleta, quedas de animais e quedas nos brinquedos dos parques de diversões.

As mães entrevistadas revelaram suas dificuldades diante do cuidado de crianças, que são tidas como incontroláveis, pois o cuidado maior está em controlá-las e vigiá-las, e que o tempo disponível para estar junto com elas é pouco devido as atividade domésticas e/ou fora da residência.

Além do mais, as informações que as mães possuem para evitar os acidentes com as crianças, pode ser entendido como um aspecto do cuidado, entretanto são precárias e esporádicas. Outro retrato poderia ter se houvesse a aproximação de profissionais de saúde e responsáveis por crianças para ampliar esta concepção de cuidado. Um passo importante também seria ampliar o conceito de criança como sujeito de direitos e mudar as práticas de cuidados.

A coleta de dados junto às fichas de pacientes permitiu algumas reflexões. Existe um grande número de crianças sendo acidentadas e não há por parte da instituição de saúde qualquer tipo de estatística desses acidentes e nem quaisquer questionamentos sobre tais acontecimentos. A análise das fichas demonstra que as crianças estão envolvidas em vários tipos de traumas em todas as faixas etárias, e pela falta de dados no formulário de atendimento não tem como diagnosticar qual ou quais foram às causas dos traumatismos e ou ferimentos, salientamos que tais documentos (547 fichas) foram recusados da pesquisa devido à falta de informações.

Salientamos ainda, que para um correto registro de informações sobre os atendimentos aos pacientes acidentados, devem ser realizados treinamentos aos atendentes para preenchimento das fichas de emergência/ urgência, com preenchimento de todos os campos do formulário e com letra legível, pois isso foi uma das causas da recusa das 547 fichas ambulatoriais.

Merece uma atenção especial o fato dos acidentes com crianças serem notificados diariamente na mídia e divulgados através de estatísticas de órgãos governamentais e ser entendidos como caso de saúde pública, ou seja, são significativos numericamente, havendo necessidade de ação e políticas públicas. Porém, as autoridades competentes e a comunidade não dão à devida atenção aos acidentes com crianças, uma vez que existe a lei nacional, estadual e municipal, e como foi verificado, nada é realizado. Tivemos esta confirmação na cidade de Conselheiro Lafaiete, no contato com autoridades sanitárias do Município – tanto o Secretário de Saúde, quanto um representante político local confirmaram que esta Lei municipal “não pegou”. Demonstrando uma relativa indiferença ao tema, as próprias autoridades do executivo admitem que na cidade, nada do que há na Lei se tornou realidade: campanha em escolas, hospitais e associações; divulgação de

informações preventivas e principalmente, conhecimento sobre os fatores locais causadores de acidentes no ambiente doméstico.

As crianças de uma forma ou de outra estão expostas a ambientes com diversos fatores de risco, ou seja, objetos pérfuro-cortante, janelas sem proteção, medicamentos, produtos de limpeza mal armazenados, animais domésticos, e pela falta de informação e/ou negligência dos pais ou responsáveis. Dentro deste contexto, podemos neutralizar os fatores de riscos do ambiente doméstico fazendo a correlação direta com as possíveis situações de risco inerente a cada faixa etária, visando criar um ambiente seguro no qual a criança possa explorar e desenvolver suas habilidades, sem que isto a coloque em situação de perigo.

Portanto a pesquisa qualitativa também evidenciou que o maior número de informações deve e pode ser conseguido através dos agentes de saúde, uma vez que estão em contato diário com todos os envolvidos e tipos de atendimentos. Novas pesquisas sobre cuidado infantil no Município envolvendo os agentes de saúde pelo conhecimento de causa que revelam, poderiam enriquecer o conhecimento que buscamos produzir.

Enfatizamos que apenas temos registro dos acidentes que tiveram atendimento médico, omitindo, portanto, informações sobre lesões menos graves, sendo mais uma vez demonstrado a importância do trabalho realizado pelos agentes de saúde.

Os acidentes domésticos com crianças são considerados um problema de Saúde Pública devido a sua alta morbi-mortalidade infantil. De acordo com a política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o acidente pode ser compreendido como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico, ou nos ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, do esporte e do lazer” (BRASIL, 2001b, p2).

Diante do exposto, os acidentes com crianças são previsíveis e preveníveis ficando evidente a necessidade de investimentos em campanhas e programas de prevenção de acidentes com crianças. Já que, dentro deste contexto, podemos expor que os acidentes como qualquer outra doença, tem a causa e determinantes epidemiológicos, podendo deste modo, ser evitado e controlado.

6 REFERÊNCIAS

AGRAN PF, ANDERSON C, WINN D, TRENT R, WALTON-HAYNES L, THAYER S, **Rates of Pediatric Injuries by 3-Month Intervals for Children 0 to 3 Years of Age.**2003;111:683-92.

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/111/6/e683>

ALEIXO, Ellen Cristina Santana; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. **Prevenção de acidentes no ambiente doméstico: Discutindo o comportamento preventivo na família.** Farm. Saúde Desenv., Curitiba, v.4, n.1, p.33-38, janeiro/junho.2002. <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/5059/3826>. Acesso junho/2008

ARIÉS, Philippe. **História Social da Criança e da Família.** 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

AMARAL, João Joaquim Freitas do; PAIXÃO, Antônio Carvalho da. **Estratégias de prevenção de acidentes em crianças e adolescentes: Perfil & Vertentes,** 15(1):p.60-71, 2003. <http://www.socep.org.br/rped/pdf/8.2%20Art%20Rev%20-%20Estrat%C3%A9gias%20de%20preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20acidentes%20na%20crian%C3%A7a%20e%20adolescente.pdf>. Acesso maio/2008.

AMARAL, Leila Rutie Oliveira Gurgel do; MATTIOLE, Olga Ceciliato. **Em Busca do significado dos acidentes infantis: Um encontro com a causalidade, negligencia, a violência e a depressão:**Revista Pediatria, 8(2):p.66-72. <http://www.assis.unesp.br/perfilvertentes/index.php/revista/article/viewPDFInterstitial/15/30>. Acesso junho/2008

BARROS, Aidil Jesus da Silveira.;LEHFELD, Neide Aparecida de Sousa. **Fundamentos de Metodologia Científica:** um guia para iniciação científica. 2. ed. São: Paulo Books, 2000.

BICUDO, M. A. V. **Pesquisa Qualitativa e Pesquisa Qualitativa Segundo a Abordagem Fenomenológica**. In: BORBA, M. C.; ARAÚJO, J. L. (Org.) Pesquisa Qualitativa em Educação Matemática. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

BLANK, Danilo. **Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual**. J. Pediatr. (Rio J.) , Porto Alegre, v. 81, n. 5, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700002&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 05 2008. doi: 10.1590/S0021-75572005000700002.

BLANK, Danilo; LIBERAL, Edson Ferreira. **O pediatra e as causas externas de morbimortalidade**. J. Pediatr. (Rio J.) , Porto Alegre, v. 81, n. 5, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700001&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 05 2008. doi: 10.1590/S0021-75572005000700001.

BRANDAO, Carlos Rodrigues. O Que e Educação. 26.ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 116 p. (Primeiros Passos, v.20).BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social**.

BUCARETCHI, Fábio; BARACAT, Emílio C. E.. **Exposições tóxicas agudas em crianças: um panorama**. J. Pediatr. (Rio J.) , Porto Alegre, v. 81, n. 5, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700012&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 05 2008. doi: 10.1590/S0021-75572005000700012.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CRANÇA SEGURA (2005), **Envenenamentos (intoxicação acidental)**. Disponível em www.criancasegura.org.br/dados_acidentes_intoxicacoes_esp, acessado em março de 2008.

CRIANÇA SEGURA. **Relatório institucional 2007**. Disponível em www.criançasegura.org.br, acessado em março de 2008.

CONSELHEIRO LAFAIETE. **Lei Nº4.623/ 2004**. Dispõe sobre a Campanha Municipal de Prevenção de Acidentes Domésticos.

DELGADO J, RAMIREZ-CARDICH ME, GILMAN RH, LAVARELLO R, DAHODWALA N, BAZAN A, RODRIGUEZ V, CAMA R, TOVAR M, and LESCANO A. **Risk factors for burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education** Inj Prev. 2002 March; 8(1): 38–41. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1730827>

DRAGO, Rogério. **Infância, Educação Infantil e Inclusão**. 1. ed. Vitória: Aquarius, 2007. v. 01. 184 p.

BARACAT, Emílio C.E.; PARASCHIN, Karen; NOGUEIRA, Roberto J.N.; REIS, Marcelo C. dos ; FRAGA, Andréa M.A.;SPEROTTO, Giuseppe. **Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas,SP**. <http://www.criançasegura.org.br/downloads/pesquisa/Artigo%2012.pdf> . Acesso maio/2008

FERNANDES, Rogério. Notas em torno de retratos de crianças. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.26, n.1, p.87-97, janeiro – junho, 2000.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Alexandre; BORELLI, Evelyse; CASON, Andresa; SANTOS, Fabiano M. dos e OLIVEIRA, Magda Lúcia F. de. **Acidentes Infantís Domésticos por Produtos Domissanitários Registrados em Centro de Assistência Toxicológica da Região Sul**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (1) :171-181,1999. www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v3n1/doc/acidentes.doc. Acesso em maio/2008.

FILÓCOMO, Fernanda Rocha Fodor et al . **Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico**. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100007&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 06 2008. doi: 10.1590/S0104-11692002000100007.

FIOCRUZ. **Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e faixa etária**, Brasil, 2005. Disponível em www.fiocruz.br/sinitox/2005/tab.7, acessado em março de 2008.

FONSECA, Sílvia S. et al . **Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares**. J. Pediatr. (Rio J.) , Porto Alegre, v. 78, n. 2, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000200007&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 04 2008. doi: 10.1590/S0021-75572002000200007.

GALVÃO, I. Henri Wallon: **Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

GASPAR VL., **Hospitalização por acidentes em crianças e Adolescentes em Ipatinga MG**. Disponível em: http://www1.capes.gov.br/estudos/dados/2002/32001010/016/2002_016_32001010035P9_Teses.pdf

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GONÇALVES, Carlos Alberto.; MEIRELLES, Anthero de Moraes. **Projetos e Relatórios em Administração**. Belo Horizonte: Atlas, 2002.

HARADA MJCS, PEDREIRA MLG, ANDREOTTI JT. **Segurança com brinquedos de parques infantis: uma introdução ao problema**. Rev Latino-am Enfermagem

2003 maio-junho; 11(3):383-6. Disponível em

<http://www.criancasegura.org.br/downloads/pesquisa/Artigo%2013.pdf>

HEYWOOD, Colin. **Uma História da Infância: da idade média à época contemporânea no ocidente**. Porto Alegre. Artmed, 2004.

HIJAR-MEDINA MC; TAPIA-YÁÑEZ JR; LÓPEZ-LÓPEZ MV; SOLÓRZANO-FLORES LI; LOZANO-ASCENCIO R **The risk factors for home accidents in children. A case-control study**. Boletín médico del Hospital Infantil de México 1993;50(7):463-74.

http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/8363745/The_risk_factors_for_home_accidents_in_children_A_case-control_study

JUNG, Carlos Fernando. **Metodologia para Pesquisa e Desenvolvimento: Aplicada à novas tecnologias, produtos e processos**. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2004.

KELLER, H. **Diferentes Caminhos de Socialização até a Adolescência**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 8 (1/2), 1-14. 1998.

KRAMER, Sonia. **Um olhar sobre a infância**. FADEPE, Juiz de Fora, setembro de 2001 (*mimeo*.)

KHULMANN JR., M. **A Proteção à Infância e a “Assistência Científica”**. In: Khulmann Jr. (org) *Infância e Educação Infantil: uma abordagem histórica*. Porto Alegre: Editora Mediação, 2001. p. 59-70.

LAKATOS, Eva Maria.; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006

LANE, S. T. M. **Usos e Abusos do Conceito de Representação Social**. Em: M. J. P. Spink (Org.), *O Conhecimento no Cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995

LIBERAL, Edson Ferreira et al . **Escola segura**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 81, n. 5, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700005&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 05 2008. doi: 10.1590/S0021-75572005000700005.

MAIMONE, Eulália Henriques e TOMAS, Débora Nogueira. Observação do educador infantil pela escala de empenho do adulto. *Psicol. esc. educ.* [online]. dez. 2005, vol.9, no.2 [citado 15 Dezembro 2008], p.269-278. Disponível na World Wide Web:<http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141385572005000200009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8557.

MINAS GERAIS. **LEI 13087** 1999 de 11/01/1999.

MATTAR, F.N. **Pesquisas de Marketing**: metodologia, planejamento – 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. **Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica**. *Rev. bras. enferm.* , Brasília, v. 59, n. 3, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300017&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 04 2008. doi: 10.1590/S0034-71672006000300017.

MOLL LC, traduzido por Fani A Tesseler. **Vygotsky e a educação: implicações pedagógicas da psicologia sócio-histórica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

OLIVEIRA, M K. Vygotsky. **Aprendizado e desenvolvimento. Um processo sócio-histórico**. São Paulo: Scipione, 1993.

OLIVEIRA NETO, Alvim Antônio de, **Metodologia da Pesquisa Científica** 2 ed. Florianópolis: Visual Books, 2006.

PAES, Carlos E. N; GASPAR, Vera L. V. **As injúrias não intencionais no ambiente domiciliar: a casa segura.** J. Pediatr. (Rio J.) , Porto Alegre, v. 81, n. 5, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700004&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 05 2008. doi: 10.1590/S0021-75572005000700004.

PASSETTI, E. **Crianças carentes e políticas públicas.** In: Del Priori, M. (org). História das Crianças no Brasil. São Paulo: Contexto, 2007. p. 347-375.

PAULSEN S., Kurt; MEJIA S., Hector. **Factores de riesgo para accidentes en niños: Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uria".** Rev. chil. pediatr. , Santiago, v. 76, n. 1, 2005 . Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000100014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: maio de 2008

POSTMAN, Neil. **O Desaparecimento da Infância.** Editora – Graphia, Rio de Janeiro, 1999.

RIZZINI, Irma- **Saberes Psicológicos nas Práticas Jurídicas assistenciais dirigidas ao menor (1923-1941)**
<http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/252/381>

ROCH, Hermano José Sales et. al. **Perfil dos acidentes por líquidos aquecidos em crianças atendidas em centro de referência de fortaleza.** RBPS 2007; Vol.20 (2): 86-91. <http://www.unifor.br/notitia/file/1394.pdf>. Acesso em maio de 2008.

ROCHAT, P. & STRIANO, T. Social-Cognitive Development in the First Year. Em: Rochat, P. (Ed.), Early Social Cognition: Understanding Others in the First Months of Life. Mahwah, New Jersey & London: Lawrence Erlbaum, 1999.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Petrópolis: Vozes, 1986.

SCHVARTSMAN, S. **Intoxicações Agudas.** 4ª edição, São Paulo: Sarvier, 1991.

SEIDL DE MOURA, M. L. **Interações Iniciais e seu Papel no desenvolvimento: Uma contribuição ao estudo da gênese da atividade mediada.** Tese defendida e aprovada no concurso de Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

SEIDL DE MOURA, M. L. **Intersubjetividade e desenvolvimento cognitivo: a contribuição da observação de bebês.** (Mimeo). Ponto 08 de estudo para o concurso de Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

SOUZA, Luiza Jane Eyre Xavier de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. **Revisão Bibliográfica sobre acidentes com criança.** Rev.Esc.Enf.USP., v.33, n.2, p.107-12, jun. 1999. <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/479.pdf>. Acesso em maio de 2008.

SOUZA, Luiza Jane Eyre Xavier de; RODRIGUES, Ana Kelve de Castro; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. **A família vivenciando o acidente doméstico: relato de uma experiência.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100012&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 06 2008. doi: 10.1590/S0104-11692000000100012.

TAILLE YDL, DE OLIVEIRA MK, DANTAS H. Piaget, Vygotsky, Wallon: **Teorias Psicogenéticas em discussão.** São Paulo: Summus; 1992.

VASCONCELLOS, V. M. R. & VALSINER, J. **Perspectiva Co-Constructivista na Psicologia e na Educação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

VERÍSSIMO, Maria de La Ó Ramalho; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.28-35, janeiro 2003.

VYGOTSKY, L. S. (1987). **Pensamento e linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 1987.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

YIN, R. K. **Estudo de Caso, planejamento e métodos**. São Paulo: Bookman, 2001.

WALVOW, Vera Regina. **Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica?** Revista Gaúcha de Enfermagem, v.19, n. 1, p. 20-32, jan. 1998. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4170/2208>. Acesso em: 06 de 2008.

WAISMAN, INGRID, NUNEZ, JOSé M. y SANCHEZ, JAVIER. **Epidemiología de los accidentes en la infancia en la Región Centro Cuyo**. Arch. Pediatr. Urug. [online]. jun. 2002, vol.73, no.3 [citado 10 Noviembre 2008], p.161-170. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842002000300009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0004-0584.

WAKSMAN, Renata D.. **Redução de lesões por causas externas: o pediatra pode intervir?** J. Pediatr. (Rio J.) , Porto Alegre, v. 80, n. 6, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000800001&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 04 2008. doi: 10.1590/S0021-75572004000800001.

WAKSMAN, Renata Dejstiar; GIKAS, Regina Maria Catucci; MACIEL Wilson. (coord.) **Crianças e adolescentes seguros/ Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: Publifolha, 2005.

7 ANEXOS

7.1 Anexo 1 – Questionário Sobre Acidentes

| | |
|---|--|
| N.º _____ 2008 | |
| 1. Data do evento: ___/___/___ Dia da Semana: _____ Hora: _____ | 2. Data do atendimento: ___/___/___ |
| 3. Sexo da criança: () M () F | 4. Idade: () menor que 1 ano () 1 ano () 2 anos () 3 anos () 4 anos () 5 anos () 6 anos () mais de 6 anos. |
| 5. Procedência: (bairro, cidade) | |
| 6. Acidente e agente. () Ferimento. Agente: _____ () Queimadura. Agente: _____ () Intoxicação. Agente: _____ () Queda. () berço () colo () própria altura () andador () bicicleta () patins () outros _____ () Colisões por auto. () com cinto de segurança no banco dianteiro () com cinto de segurança no banco traseiro () sem cinto de segurança no banco dianteiro () sem cinto de segurança no banco traseiro () atropelamentos. () Presença de corpo estranho. Onde? _____ Qual? _____ | |
| 7) Situação do acidente Havia companhia? () sim () não. Em caso positivo, de quem? () mãe () pai () babá () professora () outro _____ Havia supervisão? () sim () não () não sabe informar. Em qual local? () residência () escola () via pública () outro _____ | |
| 8) Convite para entrevista / assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido e agenda de entrevista. | |

7.2 Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Eu, _____, portador do documento nº _____, abaixo assinado, tendo em vista as informações recebidas e ciente de meus direitos, venho por meio deste, comprovar minha participação voluntária na pesquisa

“Cuidado na infância e acidentes na ótica de responsáveis por crianças acidentadas e atendidas no Pronto Socorro Municipal da Cidade de Conselheiro Lafaiete, MG: um estudo de caso.”

Estou ciente que participarei de uma entrevista, individualmente, em ambiente reservado e que minha identidade não será divulgada. Poderei, ainda, interromper todo o processo ou me recusar a responder qualquer questão, a qualquer momento, sem que nenhuma implicação recaia sobre mim.

Concordo em participar da pesquisa, como entrevistado, sem qualquer remuneração e autorizo a publicação das informações para fins científicos, garantindo a privacidade e o sigilo da minha identidade.

Conselheiro Lafaiete, ____ de Setembro de 2008.

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click “print”, select the “Broadgun pdfMachine printer” and that’s it! Get yours now!

7.3 Anexo 3 – Ficha de Atendimento – Ambulatorial/Emergência

| HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ | | |
|--|-------------------|-----------------------------|
| Ficha de Atendimento – Ambulatorial/Emergência | | CONVENIO |
| Emissão: __/__/__ | | Horas: __: __ |
| ----- Nome ----- | | |
| Registro: XXXXXXXX | | Prontuário: XXXXXXXX/XX |
| ----- DADOS PESSOAIS ----- | | |
| PACIENTE: | INDENT: | SEXO: |
| FILIAÇÃO: | E | |
| NASC.: | IDADE: | FONE: |
| ESTADO CIVIL: | | MATRICULA |
| ----- ENDEREÇO RESIDENCIAL ----- | | |
| ENDEREÇO: | Nº.: | BAIRRO: |
| CIDADE: | CEP: | |
| CONVENIO: | DATA ATENDIMENTO: | |
| ----- | | |
| MEDICO | | |
| HISTORICO CLINICO: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| SOLICITAÇÃO DE EXAMES: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| CONDUTA MÉDICA: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| OBSERVAÇÕES: _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| PACIENTE OU RESPONSÁVEL | | 033886 – MÉDICO RESPONSÁVEL |
| CONSELHEIRO LAFAIETE, ____ DE _____ | | DE 200__. |

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

7.4 Anexo 4 – Ficha de Atendimento Ambulatorial de Urgência

|  SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS Secretaria Municipal de Saúde de Conselheiro Lafaiete FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA | |
|--|--|
| ⑤ IDENTIFICAÇÃO | |
| ① NOME | ② REGISTRO |
| ③ IDENTIFICAÇÃO | ④ DATA NASC. ⑤ SEXO ⑥ OCUPAÇÃO |
| ⑦ ENDEREÇO | TELEFONE |
| ⑧ DATA ____/____/____ HORA ____:____ HS ASSINATURA PACIENTE _____ | |
| ⑨ NOME DA MÃE: _____ | |
| TIRAGEM DA PA _____ P _____ T _____ INFORME: _____ ANAMNESE | |
| ⑩ QUEIXA PRINCIPAL: _____ SINTOMAS E SINAIS: _____ _____ _____ | |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: _____ | |
| EXAMES COMPLEMENTARES: _____ | |
| PROCEDIMENTO: _____ | PORTE: _____ CID: _____ |
| ⑪ DESTINO: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS | |
| CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO | |

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

8 APÊNDICE

8.1 Apêndice 1 – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

**PUBLICADA NO DOU N.º 96 SEÇÃO 1e – DE 18/5/2001 Portaria n.º 737 MS/GM,
de 16 de maio de 2001**

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, Considerando a necessidade de definição, no setor saúde, de uma política decisiva no sentido da redução da morbimortalidade por Acidentes e Violências; Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema, e considerando a aprovação da proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por parte da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução n.º 309, de 8 de março de 2001, resolve:

Art. 1.º aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Parágrafo único. A aprovação de que trata este artigo tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas.

Art. 2.º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE Resolução n.º 309, de 08 de março de 2001

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de março de 2001, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e **considerando que:**

a) o alarmante crescimento da mortalidade por causas externas no país nas últimas décadas, que em vários centros urbanos já ultrapassa a causada pelo câncer, figurando como a segunda causa de mortalidade;

b) dentre as várias causas externas de mortalidade, o que cresce mais intensamente são os homicídios, que na última década ultrapassaram os acidentes de trânsito, colocando-se como a primeira causa de mortalidade entre os adolescentes e adultos jovens;

c) as causas externas matam, anualmente, em nosso país, por volta de 120.000 pessoas, mais que todas as doenças infectocontagiosas, e mais que o total de soldados norte-americanos mortos nos doze anos de guerra do Vietnã, o que nos constrange em reconhecer o estado de plena guerra civil em nossa sociedade;

d) cresce igualmente a morbidade por causas externas, apesar do baixo registro, totalizando em várias vezes a mortalidade, verdadeira multidão de mutilados e portadores de várias deficiências e incapacidades, com o conseqüente e altíssimo custo social imposto às famílias e à população;

e) as causas básicas da morbimortalidade por acidente e violência em nosso país, encontram-se ligadas aos alarmantes níveis de desigualdade, pobreza, impunidade e descontrole do tráfico de armas e drogas, assim como à aparente fragilização dos valores sociais da justiça, solidariedade, igualdade de oportunidades e da esperança, e

f) as causas básicas apontadas no item anterior não justificam, contudo, a baixa prioridade com que as políticas públicas, inclusive a de saúde, vêm tratando a questão, tanto quanto à participação dos órgãos de saúde em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos vários grupos expostos a esse grave risco, como à explicitação de metas e compromissos nos planos e orçamentos de saúde

das três esferas de governo, de redução da morbimortalidade por acidente e violência.

Resolve:

1. Aprovar a proposta do Ministério da Saúde de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência;
2. Criar Grupo de Trabalho no Conselho Nacional de Saúde, composto pelos Conselheiros representantes da Comunidade Científica e da Sociedade Civil – ABRASCO (Coordenador), COBAP, Comunidade Científica e Sociedade Civil, CONASEMS, CNBB-Pastoral da Criança e Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi-FENASP, com o objetivo de acompanhar a implementação desta política, nas três esferas da Gestão do SUS, e propor ao CNS ações de informação e mobilização dos Conselhos de Saúde, entidades e instituições da sociedade, com vistas à elevação do tratamento desta questão ao primeiro nível de prioridade das Políticas Públicas e de Saúde, e
3. Estabelecer o prazo de trinta a sessenta dias para o Grupo de Trabalho apresentar um primeiro relato ao Plenário do CNS.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 309, de 08 de março de 2001, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

8.2 Apêndice 2 – Lei Nº 4.623/2004 – Dispõe sobre a Campanha Municipal de Prevenção de Acidentes Domésticos



Lei : Lei Nº 4.623/2004 - DISPÕE SOBRE A CAMPANHA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS

DISPÕE SOBRE A CAMPANHA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS.

A Câmara Municipal de Conselheiro Lafaiete decreta e eu, Prefeito Municipal, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – Fica o Município de Conselheiro Lafaiete autorizado, através das Secretarias Municipais da Saúde e Educação, a promover, anualmente, a Campanha Municipal de Prevenção de Acidentes Domésticos, propiciando o aumento da segurança no ambiente familiar, reduzindo o número de acidentes e atenuando sua gravidade.

Art. 2º – A campanha será realizada em órgãos públicos municipais, prioritariamente em escolas, hospitais, ambulatórios, creches, centros de saúde e locais de concentração de crianças e adolescentes.

Parágrafo único – A campanha poderá ainda ser realizada em entidades beneficentes, clubes de serviços, associações, conselhos comunitários e outras entidades que manifestem interesse.

Art. 3º – A campanha desenvolver-se-á por meio das seguintes ações:

I – divulgação dos principais fatores causadores de acidentes no ambiente doméstico;

II – combate à manifestação de negligência caracterizada pela criação ou pela facilitação de situações de risco;

III – instruções sobre uso, armazenamento e demais cuidados relativos a substâncias, produtos e seres potencialmente perigosos, tais como:

- a. líquido quente;
- b. fiação elétrica;
- c. fogo;
- d. fogos de artifício;
- e. água;
- f. substâncias inflamáveis e tóxicas;
- g. animais peçonhentos;
- h. plantas tóxicas; e
- i. medicamentos.

IV- esclarecimento sobre os primeiros procedimentos recomendáveis para atenuar os danos decorrentes dos acidentes domésticos;

pdfMachine

A pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, simply open the document you want to convert, click "print", select the "Broadgun pdfMachine printer" and that's it! Get yours now!

V – orientação aos postos de saúde, conselhos municipais, pastoral da saúde e associações de moradores para a implantação de serviços locais de prevenção de acidentes domésticos;

Art. 4º – Os termos da campanha serão divulgados em:

I - jornais, emissoras de rádios e televisão;

II - material audiovisual;

III - cartazes, cartilhas e folhetos educativos;

IV - palestras e debates;

V - cursos; e

VI - outros veículos de informação.

Art. 5º – A campanha será realizada por um período não inferior a noventa dias, distribuídos entre os meses do ano.

Art. 6º – Para garantir a plena implantação da campanha criada por esta Lei, deverá a mesma ser incluída no Plano Plurianual referente ao quadriênio 2006/2009, e demais leis orçamentárias posteriores ao referido PPA, sendo criada dotação orçamentária para atender as despesas decorrentes de sua implantação.

Art. 7º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º – Revogam-se as disposições em contrário.

Mando, portanto, a todas as autoridades a quem o conhecimento e execução desta lei pertencerem que a cumpram e a façam cumprir, tão inteiramente como nela se contém.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE, EM 01 DE JULHO DE 2004.

VICENTE DE FARIA PAIVA

-Prefeito Municipal-

JOSÉ ANTÔNIO DOS REIS CHAGAS

-Procurador Municipal

8.3 Apêndice 3 - Lei 13087 1999 de 11/01/1999 (texto original)

Dispõe sobre a Campanha Estadual de Prevenção de Acidente Doméstico.

O Povo do Estado de Minas Gerais, por seus representantes, decretou e eu, em seu nome, sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - O Estado promoverá, anualmente, a Campanha Estadual de Prevenção de Acidente Doméstico, destinada a promover o aumento da segurança no ambiente familiar, com o objetivo de reduzir o número de acidentes e de atenuar sua gravidade.

Art. 2º - A Campanha será realizada em órgãos públicos estaduais, prioritariamente em escolas, hospitais, ambulatorios, centros de saúde e locais de concentração de crianças e adolescentes, bem como em creches e associações de bairro.

Art. 3º - A Campanha se desenvolverá por meio das seguintes ações:

- I - divulgação dos principais fatores causadores de acidentes no ambiente doméstico;
- II - combate a manifestação de negligência, caracterizada pela criação ou pela facilitação de situações de risco;
- III - instruções sobre uso, armazenamento e demais cuidados relativos a substâncias e seres potencialmente perigosos, como:
 - a) líquido quente;
 - b) fiação elétrica;
 - c) fogo;
 - d) fogo de artifício;
 - e) água;
 - f) substância inflamável e tóxica;
 - g) animal peçonhento;
 - h) planta tóxica;
 - i) medicamento;
- IV - esclarecimento sobre os primeiros procedimentos recomendáveis para atenuar os danos decorrentes de acidentes;

V - orientação às secretarias municipais de saúde e às administrações regionais para a implantação de serviços locais de prevenção de acidentes domésticos.

Art. 4º - Os temas da Campanha serão divulgados em:

- I - emissoras de rádio e televisão;
- II - material audiovisual;
- III - cartazes e folhetos educativos;
- IV - palestras;
- V - cursos;
- VI - outros veículos de informação.

Parágrafo único - Os temas da Campanha serão priorizados de acordo com a incidência de acidentes e de fatores de risco no local e na época de sua divulgação.

Art. 5º - A Campanha será coordenada por profissional de nível superior com conhecimento técnico reconhecido na área de seguridade ambiental.

Art. 6º - A Campanha será realizada por um período não inferior a noventa dias, distribuídos entre os meses do ano.

Art. 7º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º - Revogam-se as disposições em contrário.

Dada no Palácio da Liberdade, em Belo Horizonte, aos 11 de janeiro de 1999.

Itamar Franco - Governador do Estado