

1. INTRODUÇÃO

A primeira etapa da educação básica, a educação infantil, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até os seis anos de idade, em seus aspectos físicos, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade. (BRASIL, 1996).

Dentre os cuidados prestados à criança estão os primeiros socorros prestados a ela nos casos de acidentes na creche, cuidados estes que exigem conhecimentos de técnicas e procedimentos específicos, que muitas vezes inexitem na formação das educadoras, o que pode comprometer e agravar a situação do trauma da criança nestes casos (BRASIL, 1996).

As crianças da faixa etária abaixo de cinco anos são as maiores vítimas de acidentes domésticos que são as quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, engasgos e outras lesões que constitui um importante fator na estrutura de morbimortalidade na infância (BRASIL, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde a prevenção é o caminho mais eficaz para reduzir os altos índices de acidente na infância. Para tanto, é preciso que se desenvolvam programas educacionais desde a pré-escola e junto à comunidade (MARTINS, 2006).

Porém, segundo Tunes (2006) os educadores dos Centros de Educação Infantil (CEI's) ainda são os mais carentes de informações e de capacitação, fruto de uma questão histórica na qual o emprego em creches era apenas uma questão de “ter jeito” com crianças. Nos dias atuais, é sabido que cuidar de crianças exige um olhar mais apurado (GALVÃO, 2006).

O curso de pedagogia e outros destinados à formação dos profissionais que atuam com crianças deveriam incluir na grade curricular uma disciplina de primeiros socorros, visto que a criança passa a maior parte do tempo na escola sob a supervisão do educador, e é interessante que este conheça os procedimentos corretos. O corpo docente representa a maioria dos profissionais da creche, contudo é interessante que os todos recebam uma formação para prestar os primeiros socorros (BRUNO *et al.*, 2006).

Até a década de 50, as poucas creches fora das indústrias eram de responsabilidade filantrópica, principalmente religiosa. Com o tempo, essas entidades passaram a receber ajuda governamental e donativos de famílias ricas. A finalidade do serviço era alimentar, cuidar da higiene e da segurança física das crianças, sendo pouco valorizado um trabalho orientado à educação e ao desenvolvimento intelectual e afetivo (OLIVEIRA, 2005).

De acordo com Oliveira (2005), em 1961, uma mudança importante ocorre com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que aprova na Lei 4024/61 a inclusão da educação infantil no sistema de ensino. Esses profissionais eram contratados apenas por ter gosto de lidar com crianças e não por ter capacitação para essas ações, ainda mais depois que Minas Gerais e o Governo Estadual têm um projeto piloto em que as crianças vão mais cedo para essas escolas.

E é nesses espaços coletivos que se produz a condição de saúde da comunidade e, em grande parte, de cada um de seus componentes. Nas relações sociais se afirma a concepção hegemônica de saúde e, portanto é nesse campo que se pode avançar no entendimento da saúde como valor e não apenas como ausência de doença. O reconhecimento da pertinência a grupos sociais com normas de convivência, costumes, valores e interesses compartilhados, assim como o respeito e valorização das diferenças com outros grupos, permitem perceber a responsabilidade pessoal pela proteção à saúde coletiva.

Na escola, é possível propiciar o desenvolvimento das atitudes de solidariedade e cooperação nas pequenas ações do cotidiano e nas interações do convívio escolar incentivando para que essas atitudes se estendam ao âmbito familiar e aos ambientes públicos, para que tal responsabilidade se transforme em prática de vida.

Diante do tempo prolongado que as crianças ficam sob os cuidados desses profissionais e da possibilidade da ocorrência de emergências, é necessário que os educadores sejam capacitados para a tarefa de serem socorristas. O socorrista assume a liderança da situação de emergência, com calma e competência detectando o que está errado, providenciando a assistência de emergência e quando necessário, mobilizando a vítima sem causar seqüelas, ou enquanto aguarda atendimento especializado (BERGERON; BIZJAK, 1999).

Os profissionais que atuam na Educação Infantil devem estar preparados, capacitados para atenderem situações de emergência que podem ocorrer nos CEI's, uma vez que atualmente cada vez mais crianças mais novas utilizam estes centros de educação infantil.

Durante capacitações e visitas a CEI's como enfermeiro observei, assim como Tunes (2006), que os profissionais atuantes nos Centros de Educação Infantis ainda não têm conhecimento e preparo necessários quanto a aplicação dos primeiros socorros, a crianças de 0 a 6 anos em situações de emergência, uma vez que estas crianças passam em torno de nove horas na responsabilidades de cuidadores e professores nos CEI's. Prova disto, é que muitos noticiários apresentam matérias em que crianças que não foram socorridas da maneira correta

ou em tempo hábil, ou mesmo que foram encaminhadas para casa sem os devidos atendimentos e cuidados. Algumas morreram em creches e nessas escolas de educação infantil proveniente de acidentes, traumas e agravamentos não socorridos da maneira correta.

A importância do ensino e conhecimento prévio de primeiros socorros por parte dos trabalhadores das escolas infantis e a grande responsabilidade desses educadores em cuidar de crianças nos anos iniciais de vida em contraposição à realidade encontrada nos CEI's instigou, enquanto profissional da saúde buscar respostas na literatura para a seguinte questão norteadora: No Brasil, os educadores dos Centros de Educação Infantil- CEI's tem conhecimento sobre primeiros socorros e sabem da importância desse conhecimento para sua vivência profissional?

A possibilidade de ocorrência de diversas emergências pediátricas, no âmbito dos CEI's, principalmente em crianças na faixa etária de zero a seis anos, exigirão o conhecimento em primeiros socorros por parte dos educadores destes centros. É importante destacar a grande responsabilidade destes profissionais na preservação da vida e a manutenção da integridade física da criança que está sob seus cuidados. Logo a importância do ensino sobre primeiros socorros a estes educadores e a relevância do tema.

2.OBJETIVO

Buscar na literatura através de estudos e pesquisas a importância do ensino aprendizagem sobre primeiro socorros para os educadores dos Centros de Educação Infantil do Brasil.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Sobre os CEI's

3.1.1. A História da Educação Infantil

Segundo Oliveira (2005), até meados de século XIX, o atendimento de criança pequena longe da mãe em instituições como creches praticamente não existia no Brasil. A partir da segunda metade do século XIX, período da abolição da escravatura, essa situação se modifica um pouco, quando se acentua a migração para zona urbana e surgem condições de desenvolvimento cultural e tecnológico.

Ocorre, porém, um aumento do abandono de crianças, uma vez que elas já não iriam assumir a condição de escravas como seus pais. Tal fato decorreu na criação de creches e internatos, vistos na época como instituições destinadas a cuidar das crianças pobres (OLIVEIRA, 2005).

A urbanização e a industrialização, intensificadas no início do século XX, produziram um conjunto de efeitos que modificaram a estrutura familiar tradicional no que se refere ao cuidado dos filhos pequenos. As fábricas criadas na época tiveram de admitir grande número de mulheres no trabalho, e após reivindicações sindicalistas, alguns benefícios foram concedidos, como a construção de creches dentro das fábricas para atender os filhos das operárias (OLIVEIRA, 2005).

Até a década de 50, as poucas creches fora das indústrias eram de responsabilidade filantrópica, principalmente religiosa. Com o tempo, essas entidades passaram a receber ajuda governamental e donativos de famílias ricas. A finalidade do serviço era alimentar, cuidar da higiene e da segurança física das crianças, sendo pouco valorizado um trabalho orientado à educação e ao desenvolvimento intelectual e afetivo (OLIVEIRA, 2005).

As creches surgiram para suprir uma necessidade social, como uma solução paliativa para famílias que poderiam educar seus filhos. Posteriormente, em meados da década de 50 a 60, entra na creche a corrente pedagógica, e assim são introduzidos na mesma, novos profissionais com formação específica tal como professores, psicólogos, pedagogos, dentre outros (MOURA, 1998).

De acordo com Oliveira (2005), em 1961, uma mudança importante ocorre com a Lei

de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que aprova na Lei 4024/61 a inclusão da educação infantil no sistema de ensino. Outro ponto importante foi a conquista na Constituição de 1988, do reconhecimento da educação em creches e pré-escolas como um direito da criança e um dever do Estado a ser cumprido nos sistemas de ensino (artigo 208, inciso IV).

Segundo Brasil (1998, p. 11):

A expansão da educação infantil no Brasil e no mundo tem ocorrido de forma crescente nas últimas décadas, acompanhando a intensificação da urbanização, a participação da mulher no mercado de trabalho e as mudanças na organização e estrutura das famílias.

3.1.2. Da Organização dos CEI's

De acordo com a LDB de 1996, no artigo 30, capítulo II, seção II: “A educação infantil será oferecida em: I – creches ou entidades equivalentes para crianças de até três anos de idade; II – pré-escolas, para as crianças de quatro a seis anos” (BRASIL, 1996).

Considerando as particularidades da faixa etária de zero a seis anos e suas formas específicas de aprender, adotaram-se as categorias, acima mencionadas, nas instituições de educação infantil. O CEI, portanto, é um local onde atende a creche e a pré-escola, ou seja, crianças de 0 a 6 anos.

- Berçário – destinado às crianças de zero a um ano 11 meses e 29 dias;
- Maternal 1 – para crianças de dois a dois anos 11 meses e 29 dias;
- Maternal 2 – crianças de três a três anos 11 meses e 29 dias;
- 1º Período – as crianças com quatro a quatro anos 11 meses e 29 dias;
- 2º Período - para as crianças de cinco a cinco anos 11 meses e 29 dias.

Seguindo esta divisão por faixa etária, OLIVEIRA (2005) destaca que “[...] foi realizado um censo específico para cobrir toda a educação infantil em todo o país no ano 2000, e levantou-se que 1.092.681 crianças estavam matriculadas em creche e 4.815.431 crianças estavam matriculadas em pré-escolas.”

3.1.3. A Estrutura Física dos CEI's

O ambiente que as crianças irão permanecer por um longo período de tempo, como o caso do CEI, deve ser seguro e proporcionar condições ideais para sua vida. Conforme Ducan, Shmidt e Giugliani (2006). Leis e normas que visem à proteção dos indivíduos sejam por meio da melhora da segurança de produtos, da modificação ambiental ou do comportamento, constituem uma das formas mais eficazes de proteção (DUCAN, 2006).

Segundo Brasil (1988) a arquitetura, instalação e funcionamento das creches devem obedecer a normas que no caso estão presentes na Portaria GM/MS Nº321 de 26 de Maio de 1988.

Para as crianças circularem com independência no espaço, é necessário um bom planejamento que garanta as condições de segurança necessárias. É imprescindível o uso de materiais resistentes, de boa qualidade e testados pelo mercado, como vidros e espelhos resistentes, materiais elétricos e hidráulicos de comprovada eficácia e durabilidade. É necessária também, proteção adequada em situações onde exista possibilidade de risco, como escadas, varandas, janelas, etc.

Os brinquedos devem ser seguros, seguindo as normas do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial do Ministério da Indústria, Comércio e Turismo (INMETRO), laváveis e necessitam estar em boas condições. Os brinquedos de parque devem estar bem fixados em área gramada ou coberta com areia e não sobre área cimentada (BRASIL, 1998).

As áreas de circulação devem ser providas de rampas quando houver desnível entre um bloco e outro da construção. As rampas devem ser construídas obedecendo algumas condições como a largura mínima de 2,00m; a declividade máxima de 8%; e o piso antiderrapante. Na estrutura de um CEI deve ter uma enfermaria de observação, que é um elemento destinado a acomodação de crianças com agravos à saúde, que necessitem de atendimento imediato e aguardam remoção. Esta enfermaria deve ter as seguintes características: a previsão de um berço para cada grupo de 25 crianças de até um ano e um leito para cada grupo de 25 crianças com mais de um ano; uma área mínima deve ser calculada atentando a proporcionalidade de 2,50 m²/berço e 3,50 m²/leito; e cada enfermaria deve possuir anexo, um banheiro com área mínima de três m², dotado de vaso sanitário, lavatório e chuveiro (BRASIL, 1988).

A creche deverá, de acordo com suas possibilidades, aumentar o número de pessoal. Dentre os profissionais que trabalham em uma creche, no quadro de profissionais, deve estar presente em tempo integral, um profissional da saúde que pode ser um enfermeiro. E na estrutura física de uma creche deve estar incluída uma unidade de atendimentos e cuidados com um consultório e enfermaria de observação (BRASIL, 1988). Eventualmente, os profissionais das Equipes de Saúde da Família visitam as instituições.

3.2. A Institucionalização na Infância

Em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o uso de serviços de cuidado infantil está se tornando cada vez mais comum. Calcula-se que nos Estados Unidos cerca de 30% de todas as crianças pré-escolares freqüentem algum tipo de serviço de cuidado infantil fora de suas residências (Haskins & Kotch, 1986; Osterholm *et al.*, 1992; Holaday *et al.*, 1995). No Brasil, sabe-se hoje que nas cidades médias e grandes 10% a 15% dos pré-escolares freqüentam creches gratuitas (Barros, 1996; Barros *et al.*, 1998). Este número deve aumentar consideravelmente se contarmos também as crianças freqüentando creches particulares. Além disso, a demanda por estes serviços é grande e tende a aumentar com a participação crescente da mulher no mercado de trabalho.

A criança como todo ser humano, é um sujeito social e histórico, faz parte da organização familiar que está inserida em uma sociedade, com uma determinada cultura, em um determinado momento histórico. É profundamente marcada pelo meio social em que se desenvolve, mas também o marca. A criança tem na família biológica ou não, um ponto de referência fundamental, apesar da multiplicidade de interações sociais que estabelece com outras instituições sociais (BRASIL, 1998).

As crianças possuem uma natureza singular, que as caracteriza como seres que sentem e pensam o mundo de um jeito próprio. Nas interações que estabelecem desde cedo com as pessoas que lhe são próximas e com o meio que as circunda, as crianças revelam seu esforço para compreender o mundo em que vivem as relações contraditórias que presenciam e, por meio das brincadeiras, explicitam as condições de vida a que estão submetidas e seus anseios e desejos. Nessa perspectiva as crianças constroem o conhecimento a partir das interações que estabelecem com as outras pessoas e com o meio em que vivem (BRASIL, 1998).

Compreender e conhecer o jeito particular das crianças serem e estarem no mundo é o grande desafio da educação infantil e de seus profissionais. Embora os conhecimentos da psicologia, antropologia, sociologia, medicina, possam ser de grande valia para desvelar o universo infantil apontando algumas características comuns de ser das crianças, elas permanecem únicas em suas individualidades e diferenças (BRASIL, 1998).

Segundo Oliveira (2005) os direitos da criança não foram suficientes para garantir uma melhoria significativa nas condições de vida das crianças. Elas são o grupo etário que mais sofre a pobreza, embora haja consenso de que as crianças devem ser prioridade, as decisões políticas e econômicas são tomadas sem levá-las em consideração.

A educação infantil no Brasil, com a Constituição de 1988 e a LDB de 1996, se legitimou como a primeira etapa do processo educacional. Fato sustentado na Declaração Mundial de Educação para Todos, de 1990 que afirmava que a aprendizagem inicia-se com o nascimento, porém nas políticas sociais o Estado atenta-se apenas aos menos favorecidos e com o mercado suprimindo serviços para os que possam pagar. Com isso, acirram-se as diferenças e amplia-se a necessidade de romper com o ciclo da exclusão (OLIVEIRA, 2005).

Segundo Oliveira (2005) “[...] no mundo contemporâneo, vários fatores tem provocado a institucionalização da infância. Creches e pré-escolas tornam-se importantes instituições educativas, independentemente das classes sociais a que se destinam.” Se, no passado, especialmente as creches foram concebidas para atender os filhos das mães trabalhadoras, hoje elas fazem parte da realidade de uma parcela expressiva da população.

Nos países mais desenvolvidos pode-se falar em reinstitucionalização da infância, pois há uma revalorização da educação infantil que passa a fazer parte da pauta de reivindicações do mundo contemporâneo. Com a mudança do papel das mulheres e com os avanços da psicologia, cresceu a consciência de que as crianças precisavam de espaços para conviver e para seu próprio desenvolvimento, o que levou cada vez mais as crianças às instituições educativas (OLIVEIRA, 2005).

De acordo com Oliveira (2005) pesquisas de diferentes áreas revelam que a educação infantil traz benefícios para a criança como: benefícios pessoais, adquiridos com a garantia dos direitos da criança e com a possibilidade de ampliação das suas relações com o mundo natural e social, com a troca de conhecimentos, socialização e pelo atendimento às suas necessidades. Também traz os benefícios educacionais, pelo impacto positivo na escolaridade, tanto na transição para os outros níveis, quanto no desempenho (diminuição da repetência escolar) e na continuidade. Os benefícios econômicos, que são conquistados pela inserção das

mães no mercado de trabalho e aumento da renda familiar no presente e, numa perspectiva de futuro, com um maior tempo de permanência na escola, que trará uma melhor qualificação e possibilidade de emprego e renda. E por fim, os benefícios sociais exemplificados com a redução da probabilidade de crime e delinquência e pela equidade entre os gêneros, tirando a menina dos afazeres domésticos. “Algumas pesquisas realizadas nos Estados Unidos e Europa sobre frequência à pré-escola apontam para uma efetiva redução de repetência escolar, uma economia em custos e programas educacionais de correção” (OLIVEIRA, 2005).

Embora traga esses benefícios, é importante ressaltar que a educação infantil não é a solução, pois baixa renda, exclusão, violência e outros problemas sociais, precisam de soluções econômicas e políticas. A educação infantil embora seja uma necessidade da sociedade contemporânea, não substitui a ação da família. É fundamental a interação entre escola, família e comunidade, não cabendo à substituição de uma pela outra.

De acordo com Oliveira (2005) a nova institucionalidade da infância implica qualidade de atendimento, que se dá na inter-relação entre os recursos materiais e humanos. Implica também na ocorrência simultânea e coordenada de ações que vão da adequação e organização dos espaços e tempos para o desenvolvimento de uma proposta articulada e adequada à primeira infância ao envolvimento e satisfação dos profissionais, gestão eficiente, participação das famílias e comunidade e, sobretudo, a um olhar sensível e atento à criança.

3.3. Sobre os educadores dos CEI's

A divisão de papéis sociais com base na diferença sexual confere à sociedade patriarcal a importância dos papéis atribuídos a cada um dos sexos: os homens se dedicam ao dinheiro, ao trabalho e carreira; as mulheres com a organização do lar, cuidado com alimentação e higiene dos filhos a saúde e o conforto da família. Nesse sentido, a experiência feminina no cuidar, tornou-se um requisito para o trabalho com crianças pequenas (KRAMER, 2005).

De acordo com Brasil (1998) embora não existam informações abrangentes sobre os profissionais que atuam diretamente com as crianças nas creches e pré-escolas do país, vários estudos têm mostrado que muitos destes profissionais ainda não têm formação adequada, recebem remuneração baixa e trabalham em condições bastante precárias. Se nas escolas

constata-se ainda hoje, uma pequena parcela de profissionais considerados leigos, nas creches é ainda mais significativo o número de profissionais sem formação escolar mínima.

Tunes (2006) cita que “o trabalho em creches já foi subemprego para “mocinhas que têm jeito” com crianças, mas que hoje se sabe que cuidar de um berçário exige um olhar mais apurado.” Contudo, os educadores das creches ainda são os mais carentes de informações e de capacitação, fruto de uma questão histórica.

A constatação desta realidade nacional diversa e desigual resultou em um reordenamento legislativo que deve determinar a formação de um novo profissional para responder às demandas atuais de educação da criança de zero a seis anos. As funções deste profissional vêm passando, portanto, por reformulações profundas. O que se esperava dele há algumas décadas não corresponde mais ao que se espera nos dias atuais (BRASIL, 1998).

A LDB dispõe, no título VI art. 62 que:

“A formação de docentes para atuar na educação básica far-se-á em nível superior, em curso de licenciatura, de graduação plena, em universidades e institutos superiores de educação, admitida, como formação mínima para o exercício do magistério na educação infantil e nas quatro primeiras séries do ensino fundamental, a oferecida em nível médio, na modalidade Normal”.

Considerando a necessidade de um período de transição que permita incorporar os profissionais cuja escolaridade ainda não é a exigida e buscando proporcionar um tempo para adaptação das redes de ensino, esta mesma Lei dispõe do título XI, art. 87, § 4º que: “até o fim da década da educação somente serão admitidos professores habilitados em nível superior ou formados por treinamento em serviço” (BRASIL, 1998).

Isto significa que as diferentes redes de ensino deverão colocar-se a tarefa de investir de maneira sistemática na capacitação e atualização permanente e em serviço de seus professores, sejam das creches ou pré-escolas, aproveitando as experiências acumuladas daqueles que já vêm trabalhando com crianças há mais tempo e com qualidade. Nessa perspectiva, faz-se necessário que estes profissionais, nas instituições de educação infantil, tenham ou venham a ter uma formação inicial sólida e consistente acompanhada de adequada e permanente atualização em serviço (BRASIL, 1998).

Visando garantir que os profissionais sejam aptos em relação ao pronto atendimento à criança, a convenção sobre os direitos da criança e do adolescente, normatiza que o conhecimento dos princípios básicos de saúde e ações de prevenção de acidentes assim deve

ser assegurado em todos os setores sociais, recebendo apoio para a capacitação e confirmando a importância do ensino aos educadores (FILÓCOMO, 2002).

O curso de pedagogia e outros destinados à formação dos profissionais que atuam com crianças deveriam incluir na grade curricular uma disciplina de primeiros socorros, visto que a criança passa a maior parte do tempo na escola sob a supervisão do educador, e é interessante que este conheça os procedimentos corretos. O corpo docente representa a maioria dos profissionais da creche, contudo é interessante que os todos recebam uma formação para prestar os primeiros socorros (BRUNO *et al.*, 2006).

Segundo Oliveira (2005) “[...] a falta de política municipal de educação compromete a formação profissional. Na maioria dos municípios não há exigência de preparação prévia do professor para atuar junto à criança pequena.” E o projeto de formação em serviço para os profissionais de educação infantil, quando oferecida nos municípios é desigual, predominando atividades eventuais, que tendem à descontinuidade. É bastante reduzida a participação de universidades ou faculdades públicas na formação oferecida pelos municípios. Há parcerias com grupos privados, mas poucos são os projetos que habilitam e qualificam os profissionais envolvidos (OLIVEIRA, 2005).

3.4. Sobre o conhecimento de Primeiros Socorros

Os primeiros socorros referem-se ao atendimento temporário e imediato de uma pessoa que está ferida ou que adoecer repentinamente. Os primeiros socorros incluem reconhecer condições que põem a vida em risco e tomar as atitudes necessárias para manter a vítima viva e na melhor condição possível até que se obtenha atendimento médico (HAFEN; KARREN e FRANSEN, 2002).

As situações de urgência e emergência podem ocorrer em qualquer lugar e por diversas causas, por isso, o atendimento imediato e adequado à vítima torna-se um princípio fundamental. No entanto, a primeira pessoa que se aproxima de uma vítima pode não estar capacitada para o atendimento correto no local ou durante o transporte da mesma. Na maioria dos lugares, poucas pessoas conhecem os primeiros socorros e as técnicas de suporte básico de vida. Como resultado, vítimas que poderiam ter sido salvas acabam morrendo por falta de assistência (HAFEN; KARREN e FRANSEN, 2002).

O trauma é considerado um grande problema que ocupa lugar em destaque no campo da saúde pública, devido às mortes e seqüelas que este pode acarretar causando perdas funcionais importantes (LINO JUNIOR *et al.*, 2005).

Segundo Bergeron e Bizjak (1999) a pessoa que completar satisfatoriamente um curso de Primeiros Socorros e estiver treinada, pode ser considerada como um socorrista que entre seus deveres e responsabilidades, deverá ter um estudo e treinamento árduo. E este esforço não termina no final do curso de Primeiros Socorros, porque é preciso manter-se atualizado. É preciso fazer uma reavaliação periódica.

O socorrista precisa ser capaz de assumir a liderança em uma situação, manter a calma enquanto estiver trabalhando sobre pressão e orientar as outras pessoas para fazerem o mesmo. Ao demonstrar competência e escolher bem as palavras de incentivo, o socorrista consegue ganhar a confiança das pessoas presentes ajuda a acalmar a vítima (HAFEN; KARRER e FRANDSEN, 2002).

O perfil do educador de CEI deve ser de um profissional com competência polivalente, uma vez que o trabalho com crianças pequenas exige desde os cuidados básicos essenciais até conhecimentos específicos provenientes das diversas áreas do conhecimento. Dentre essas, pode-se destacar o conhecimento em primeiros socorros. Porém, segundo Bergeron e Bizjak (1999). “Freqüentemente as vítimas necessitam de assistência no local da emergência [...] na maioria dos lugares poucas pessoas conhecem primeiros socorros e técnicas do suporte básico de vida.”

O conhecimento de primeiros socorros no Brasil ainda se restringe, na maioria das vezes, aos profissionais da saúde. “Para prestar socorro a uma vítima é fundamental que o socorrista conheça estruturas básicas do corpo humano e suas localizações” (BERGERON, 1999). Tais conhecimentos não são difundidos nos cursos de Licenciatura, Letras e Ciências Exatas.

O aprendizado em Primeiros Socorros requer não apenas a transmissão da informação; é fundamental que seja tomado o conhecimento do assunto e retido na memória através do estudo, observação, experiência e outros. E deve ser contínuo, uma vez que algumas técnicas podem mudar e a atualização influenciará em um atendimento eficaz.

Reforçando a importância dos socorristas, Santos *et al.*, (2003) afirma:

O trauma assumiu proporções endêmicas nos dias atuais e em muitas faixas etárias, tornou-se a principal causa de mortalidade [...] há uma necessidade de tornar o homem cada vez mais capaz de enfrentar as emergências clínicas e traumáticas de forma técnica e profissional para uma recuperação mais completa das vítimas no menor tempo possível.

Segundo Brasil (1998), a educação continuada dos educadores deve fazer parte da rotina institucional e não pode ocorrer de forma esporádica. Hora e lugar especialmente destinados à formação devem possibilitar o encontro entre os professores para a troca de idéias e estudos sobre os mais diversos temas pertinentes ao trabalho. A instituição deve proporcionar condições para que todos os profissionais participem de momentos de formação de naturezas diversas como reuniões, palestras, visitas, atualizações por meio de filmes, vídeos etc. Hoje segundo leis sancionadas localmente e após a intervenção da mídia, municípios tem votado a favor do aprendizado e capacitação destes profissionais das CEI's.

De acordo com Bergeron e Bizjak (2000), a maioria do socorristas presta atendimento com um pequeno arsenal de equipamentos, como por exemplo, pacotes de gases, tesoura, fita adesiva, ataduras, jogo de talas para imobilização de membros superiores e inferiores além de equipamentos de proteção individual como luvas, óculos protetores, máscaras ou outro acessório de proteção utilizado nas manobras de ventilação e avental, deverão ser utilizados pelos socorristas. Por isso, nos CEI's devem estar disponibilizados e de fácil acesso, os equipamentos de proteção individual que devem ser utilizados pelo socorrista, e os materiais para atendimento da vítima. O que na maioria das vezes não é observado.

3.5. Sobre o Desenvolvimento Infantil e as Emergências

Conforme Brasil (2002) existe uma relação direta entre o tipo de acidente e o estágio de desenvolvimento da criança. Portanto é necessário que os profissionais dos CEI's, conheçam as crescentes habilidades que a criança vai adquirindo, de modo a poder antecipar e se organizar para a prevenção dos acidentes e ao mesmo tempo, possibilitar que o seu processo de desenvolvimento aconteça com segurança. E se necessário, em situações de emergência, saberem agir de maneira correta para preservarem a vida da criança.

Segundo Filócomo (2002) mais marcantes que os índices de mortalidade são os dados de morbidade: estima-se que para cada criança que morre haja de 20 a 50 hospitalizações (1/3 das quais resulta em seqüelas permanentes), 350 a 1000 atendimentos ambulatoriais. Considera-se ainda a ocupação de leitos hospitalares (10% a 30% dos leitos, em média), a sobrecarga do Sistema de Saúde (anualmente uma a cada 10 crianças normais necessita de

atendimento no Sistema de Saúde por injúria física), seqüelas permanentes com incapacitação física.

Segundo Botelho (2003), traumatismo continua sendo causa importante de morte na faixa etária pediátrica. Devido ao fato de as crianças apresentarem significativo potencial de recuperação total, a reanimação deve ser reiniciada mais precocemente possível, de preferência no próprio local do acidente.

Reis (2004) e Soares (2003) têm a mesma opinião quando tratam da categoria docente, dizendo que é uma das mais expostas a ambientes conflituosos e de alta exigência. Com isto afirmamos, mais uma vez, que na infância é primordial ter um cuidador apto para desempenhar seu papel mediante aos acidentes, prestando a devida assistência e estando seguro de seus atos para solucionar problemas comuns, evitando maiores agravos e até fazendo melhor, prevenindo e desmistificando com base científica, ditos populares e culturais.

No decorrer do seu desenvolvimento a criança passa por várias etapas, e sua curiosidade inata impele a investigar as atividades, e a imitar o comportamento dos outros, o que resulta em descobertas e riscos. Esta fase de descobertas determina parcialmente, os tipos de acidentes mais prováveis em uma determinada faixa etária específica e, desta forma fornecem indicações de medidas preventivas que poderiam ser implantadas (WONG, 1999).

De acordo com Brasil (1996), o desenvolvimento, vai transcorrendo por etapas ou fases que correspondem a determinados períodos do crescimento e da vida em geral. Cada um desses períodos tem suas próprias características e ritmos - ainda que não se deva perder de vista que cada criança tem seu próprio padrão de desenvolvimento. “As diferenças nos níveis de desenvolvimento ocorridas entre as crianças são as resultadas de uma combinação de fatores ambientais e genéticos, além das diferenças individuais no tempo da maturação cortical” (ATKINSON e MURRAY, 1989).

A primeira infância é o período que vai do primeiro ao sexto ano de vida. Segundo Atkinson e Murray (1989) os anos da primeira infância são muito ricos do ponto de vista dos crescimentos cognitivo, físico e social. No período compreendido entre o primeiro e o terceiro anos de vida ocorrem mudanças mais rápidas com uma diminuição progressiva até o final do período pré-escolar, aos seis anos de idade.

Na infância e adolescência, são relevantes os acidentes e as respectivas injúrias deles consequentes como, por exemplo, as quedas, atropelamentos, disparo de arma de fogo causando trauma mecânico; afogamento a aspiração de corpo estranho causando asfixia; contato com líquido fervente ou chama causando queimadura e ingestão de substâncias

tóxicas causando envenenamento.

Ducan, Schmidt e Giugliani (2006) afirmam que “[...] os fatores de risco para injúrias físicas são: idade, sexo, condição socioeconômica e ambiente.” Sobre a idade, algumas injúrias específicas acontecem em idades definidas; representam janelas de vulnerabilidade em que a criança ou jovem encontra ameaças à sua integridade física que exigem certas ações defensivas para as quais ela ainda não é madura o suficiente. Por outro lado, a idade também influencia a gravidade da injúria. Por exemplo, crianças abaixo de dois anos têm maior tendência a sofrer danos neurológicos em caso de traumatismo craniano do que crianças maiores. Quanto ao sexo, a partir do final do primeiro ano de vida, os meninos têm o dobro de chance de sofrer injúrias do que as meninas. Isso não parece dever-se a diferença de desenvolvimento, coordenação ou força muscular, mas a variações na exposição. Devem-se mais a diferenças de comportamento.

Sobre as condições socioeconômicas e ambientais, a pobreza é um dos maiores fatores de risco para acidentes. De acordo com Unicef (2001); Ducan, Schmidt e Giugliani (2006) 98% das mortes de crianças e jovens causadas por injúrias físicas ocorrem nos países em desenvolvimento. Para cada 100.000 crianças nascidas em 26 nações mais desenvolvidas do mundo, cerca de 200 morrem por trauma até os 15 anos; no mundo em desenvolvimento, essa cifra sobe para mais de 1000. Os principais fatores relacionados são: mãe solteira e jovem, baixo nível de educação materna, desempregos, habitações pobres, famílias numerosas e uso de álcool e drogas pelos pais. Meio ambiente desfavorável como exposição às vias de tráfego intenso, vizinhanças mais violentas e menos acesso aos serviços de socorro também potencializam o risco (UNICEF, 2001).

As crianças da faixa etária abaixo de cinco anos, são as maiores vítimas de acidentes domésticos que são as quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, engasgos e outras lesões que constitui um importante fator na estrutura de morbimortalidade na infância (BRASIL, 2002).

Em um estudo sobre mortalidade de crianças usuárias de creches no município de São Paulo no período de 1995 a 1999, Vico e Laurenti (2004) levantaram que as quatro principais causas de óbitos, por ordem de importância, foram: doenças respiratórias (36,8%), que em 94,0% dos casos atingiu menores de três anos, com predomínio das pneumonias (80,5%). Em seguida, as doenças infecciosas e parasitárias (31,8%), que em 71,9% também ocorreram nos menores de três anos. Nesse grupo destacaram-se as infecções meningocócicas (40,8%), as gastroenterites (24,0%) e varicela (17,0%). As causas externas (13,5%) ocuparam o terceiro

lugar. Quedas, atropelamentos, afogamentos, queimaduras e agressões foram as principais circunstâncias. No quarto posto, as doenças do sistema nervoso (9,4%), basicamente devido a meningites e ocorridas exclusivamente em menores de três anos.

Os acidentes mais comuns na infância por faixa etária são classificados conforme faixa etária, mas podem ser citados: queimaduras durante o banho, sufocações, intoxicações medicamentosas, aspiração alimentar com mamadeiras, quedas da própria altura e da cama, ingestão de pequenos objetos, enforcamento no berço, acidentes na porta da creche pelo trânsito, feridas por objetos pontiagudos, choques elétricos, afogamentos (MINAS GERAIS, 2005).

Segundo Hafen, Karren e Frandsen (2002):

As crianças não são simplesmente adultos pequenos; há na verdade diferenças psicológicas e físicas muito importantes entre ambos. Embora um distúrbio respiratório seja sempre um distúrbio respiratório, e um ferimento seja sempre um ferimento, a abordagem pediátrica pode ser diferente daquela usual em adultos.

O manejo da maior parte das emergências pediátricas é efetuado como o de adultos. Entretanto, o tamanho e desenvolvimento psicológico diferentes na criança são indicadores da necessidade de se tratar algumas emergências de modo diferenciado. Por exemplo, a cabeça de um bebê ou de uma criança pequena é grande em proporção ao corpo e por isso há mais probabilidade de ocorrência de traumatismo craniano. Deve-se sempre suspeitar de lesão da coluna cervical se a criança apresentar qualquer lesão acima da clavícula ou estiver inconsciente. Em relação aos órgãos como o fígado, o baço e os rins de uma criança ainda não têm a proteção como a encontrada no adulto; por esse motivo e por constituírem a maior parte da cavidade abdominal, esses órgãos são mais susceptíveis ao trauma fechado (HAFEN; KARREN e FRANDEN, 2002).

Outra consideração é a de que a criança por ter a superfície cutânea extensa em relação à massa corpórea, é mais susceptível à hipotermia, hipertermia e desidratação. E os bebês apresentam mecanismo de controle de temperatura imaturo e instável. Sobre as vias aéreas de crianças, estas são menores, com mais partes moles e estreitamento na cartilagem cricoide. As aberturas da traquéia e esôfago estão bem próximos entre si; e as crianças têm línguas proporcionalmente maiores, e uma língua relaxada pode obstruir as vias aéreas; outra ressalva é a de que a maior parte das crianças com traumatismo apresentará estômago aumentado, que pode pressionar o diafragma e dificultar a respiração. É particularmente importante estancar imediatamente o sangramento em criança; as crianças têm menor quantidade de sangue e,

portanto, tem um risco maior de ameaça à vida por sangramento decorrente de ferimento relativamente sem importância ou por desenvolvimento de choque grave. Com isso, uma perda comparativamente insignificante para um adulto pode representar uma hemorragia significativa para uma criança (HAFEN; KARREN e FRANSEN, 2002). “Emergências clínicas em saúde abrangem um largo espectro de doenças e condições. Elas podem ser produzidas por micróbios, falência de órgãos e/ou sistemas ou por algum agente externo como substâncias tóxicas” (PIRES e STARLING, 2002).

Segundo Ducan, Schmidt e Giugliani (2006) um dos maiores problemas mundiais de saúde pública, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são as causas externas (principalmente injúrias físicas não intencionais – os chamados acidentes – e agressões) que representam aproximadamente 16% da sobrecarga global de doenças, considerando-se os anos perdidos de vida saudável. Os acidentes atingem principalmente a população jovem, freqüentemente levando à incapacitação permanente; nos países menos ricos das Américas, as causas externas respondem por 53% da sobrecarga total das 10 doenças entre indivíduos de cinco a 14 anos.

O conceito moderno de acidente, ou mais propriamente “evento potencialmente causador de injúria física” é de que se trata de uma cadeia de eventos que ocorre em um período relativamente curto de tempo (geralmente segundos ou minutos); não tenha sido desejada conscientemente; começa com a perda de controle do equilíbrio entre um indivíduo (vítima) e seu sistema (ambiente); termina com a transferência de energia (cinética, química, térmica, elétrica ou radiação ionizante) do sistema ao indivíduo, ou bloqueio dos seus mecanismos de utilização de tal energia (DUCAN; SCHMIDT e GIUGLIANI, 2006).

No Brasil, a mortalidade tem apresentado tendência decrescente em todas as idades, certamente em virtude da promoção das ações básicas de saúde como, amamentação, hidratação oral, monitorização do crescimento, imunização, etc. Enquanto as injúrias físicas, cujo controle é relegado a um segundo plano, demonstram tendência ascendente. “Mais marcantes que os índices de mortalidade são os dados de morbidade: estima-se que para cada criança que morre haja 20 a 50 hospitalizações – um terço das quais resulta em seqüelas permanentes” (OMS, 2003; DUCAN; SCHMIDT e GIUGLIANI, 2006).

Silvani, Gomes e Souza (2008) ressaltam a importância dos enfermeiros que são profissionais fundamentais no processo de trabalho da ESF incluir-se no processo de prevenção de acidentes com programas educativos de prevenção, atuando na identificação dos fatores de risco, assim como médicos, corpo de bombeiros, defesa civil e outros envolvidos na

formação dos profissionais dos CEI's.

3.6. Atendimento às Emergências Pediátricas

3.6.1. O socorrista e o atendimento à criança

Os atendimentos às enfermidades e traumas da infância podem ser estressantes para o socorrista, que em algumas situações sentirá triste ou revoltado, porém as emoções devem ser controladas na frente da criança (BERGERON e BIZJAK, 1999).

Segundo Hafen, Karren e Frandsen (2002), alguns procedimentos devem ser tomados no atendimento à criança, como o preparo psicológico para transmitir confiança, competência e cordialidade. Outra atitude importante no atendimento pediátrico é ficar o mais próximo do nível dos olhos da criança e se apresentar, explicando de modo simples, o que estiver fazendo para que ela possa compreender. Também se deve falar em tom baixo, com calma e evitar falar de modo infantil.

Uma atitude considerada sábia é a de deixar as partes mais dolorosas para o final do exame. Também se deve falar a verdade, por exemplo: “Vai doer um pouco quando eu tocar a sua perna, mas é só por um minuto, se você sentir vontade de chorar, pode chorar.” O socorrista deverá ser amável e fazer tudo o que puder para diminuir o sofrimento da criança; e, somente quando absolutamente necessário, repreendê-la de maneira leve.

3.6.2. O Suporte Básico à Vida

O suporte básico à vida é um termo que descreve os procedimentos de primeiros socorros necessários para preservar a vida em uma situação de emergência. “Os primeiros passos no suporte básico à vida são: a avaliação da vítima, a desobstrução das vias aéreas e o provimento de respiração de salvamento” (HAFEN, KARREN e FRANDSEN, 2002).

A avaliação inicial é o primeiro passo crucial no suporte básico à vida. É um processo que tem por finalidade identificar e corrigir situações de risco de vida. A avaliação inicial é feita em seis passos. O primeiro deles é a observação geral do paciente e do ambiente; seguindo da avaliação das condições emocionais e capacidade de resposta. A avaliação da

permeabilidade das vias aéreas, da respiração e da circulação (presença de pulso, ausência de sangramento), permite a realização do último passo que é a decisão da prioridade ou urgência para o transporte do paciente.

O ABC constitui a base da assistência de emergência e seu significado advém das iniciais das palavras inglesas *airway* (A) - Vias Aéreas (abertura das vias aéreas superiores); *breathe* (B) - Respiração (manutenção das vias aéreas permeáveis; ventilação artificial) e *circulate* (C) Circulação - (compressão torácica, controle do sangramento).

“Se o paciente não responde, a respiração deve ser imediatamente verificada. Nessa etapa são realizados dois procedimentos. Primeiro assegurar as vias aéreas e em seguida verificar a respiração” (BERGERON e BIZJAK, 1999). Segundo Hafen, Karren e Frandsen (2002) a abertura de vias aéreas, se não houver suspeita de lesão na coluna cervical, realiza-se com a manobra de inclinação da cabeça/elevação do queixo. Esta manobra é realizada da seguinte maneira: primeiro coloca-se as pontas dos dedos de uma mão embaixo do maxilar inferior, perto do queixo, e com a outra mão apoiada na testa da vítima, aplica-se pressão firme para trás. Depois se deve trazer o queixo para frente, apoiando o maxilar e inclinando a cabeça para trás, mantendo a pressão na testa da vítima para que a cabeça continue na mesma posição. Em seguida, levanta-se o queixo de modo que os dentes fiquem quase juntos; usando o polegar para manter a boca ligeiramente aberta.

Com crianças deve-se ser especialmente cuidadoso, pois estender demais a cabeça e o pescoço pode causar colapso da traquéia. Nunca inclinar a cabeça de um bebê além da posição neutra; em crianças maiores, a cabeça pode ser ligeiramente inclinada para trás. Uma toalha enrolada sobre os ombros pode ser suficiente para ajustar a posição.

De acordo com Hafen, Karren e Frandsen (2002) a manobra da mandíbula pode ser usada se a manobra da inclinação da cabeça/ elevação do queixo não for bem sucedida ou se houver suspeita de lesão na coluna cervical. Para realizar esta manobra, a primeira ação é posicionar-se em frente ao topo da cabeça da vítima apoiando os cotovelos na superfície em que a vítima está deitada, com as mãos nas laterais da cabeça. Em seguida, segurar o osso do maxilar dos dois lados da cabeça, na região onde ele forma um ângulo para cima em direção às orelhas e mover o maxilar para frente e para cima. Depois retraindo o lábio inferior com o polegar se a boca fechar. Após ter deslocado o osso do maxilar para frente, apoiar a cabeça cuidadosamente sem incliná-la para trás ou movê-la para os lados.

Para determinar a ausência de respiração, após as vias aéreas estarem desobstruídas, o socorrista deve colocar o ouvido perto da boca e do nariz da vítima durante três a cinco

segundos e observar se o tórax sobe e desce; ouvir se o ar é expelido durante a exalação; e sentir a respiração contra a sua face.

Se a vítima estiver respirando, é importante colocá-la na posição de recuperação rolando-a para o lado e movendo a cabeça, os ombros e o tronco simultaneamente, sem torcer. Em seguida, flexionar uma das pernas da vítima, colocando a parte inferior do braço atrás das costas. Flexionar a parte de cima do braço, colocando a mão embaixo da face. Manter sempre as vias aéreas desobstruídas.

Santos *et al.*; (2003) destaca que “o acesso às vias aéreas tem prioridade em condutas de reanimação em crianças, pois a obstrução pode causar a morte em poucos minutos.” A falta de oxigênio e conseqüentemente a parada respiratória, causam ou contribuem para as paradas cardíacas na maioria dos casos que ocorrem em crianças e esta evolução ocorre em segundos.

A falta de respiração e de circulação por mais de quatro a seis minutos resulta um dano irreversível nas células do cérebro e, após 10 minutos, as células do cérebro começam a morrer. Em um período de tempo muito pequeno, as células de vários órgãos e estruturas do corpo são destruídas. A morte das células cerebrais não é um processo reversível e uma vez mortas elas não são capazes de executar as funções vitais e nunca mais o farão. Se muitas células morrerem a pessoa virá a óbito (BERGERON e BIZJAK, 1999).

Segundo Hafen, Karren e Frandsen (2002) a causa mais comum de emergência respiratória é a obstrução das vias aéreas superiores – um corpo estranho bloqueando o nariz, o fundo da boca ou a área ao redor da laringe. Enquanto que a obstrução das vias áreas inferiores que pode ser causada por corpos estranhos ou por broncoespasmos ocorre em menor freqüência.

As causas mais comuns de obstrução das vias aéreas nas crianças são as quedas de língua devido ao relaxamento da musculatura que sustenta a língua em indivíduos inconscientes e corpos estranhos; crianças pequenas são mais propensas a aspirar objetos para as vias aéreas, pois tendem a colocar brinquedos na boca e nas narinas. Mais de 90% dos casos de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças ocorrem abaixo dos cinco anos de idade, e mais da metade delas tem menos de um ano de idade. Os objetos que mais causam obstrução são brinquedos e alimentos (SANTOS *et al.*, 2003).

Segundo Hafen, Karren e Frandsen (2002) a obstrução pode ser total ou parcial, sendo que na parcial, a vítima conseguirá tossir e poderá haver um ruído semelhante a um ronco quando ela respira. Já no caso da obstrução total, a vítima não emite não consegue tossir nem emitir som, sendo, portanto necessário a realização da manobra de Heimlich. Esta manobra

consiste em um sistema de compressões no abdome para remover corpos estranhos das vias aéreas.

Para iniciar a manobra, deve-se ficar atrás da vítima, de pé ou sentado, e envolver os braços ao redor de sua cintura. Mantendo os cotovelos afastados das costelas da vítima, colocar o polegar de uma das mãos na linha média do abdome, ligeiramente acima da cicatriz umbilical e bem abaixo do processo xifóide e formando um punho. Agarrar o punho com a outra mão com os polegares em direção à vítima. Com um impulso rápido para dentro e para cima, pressione o punho contra o abdome da vítima. Dar cinco impulsos separados e distintos, e depois reavaliar a vítima. Se as vias aéreas ainda estiverem obstruídas, outro ciclo de impulsos deverá ser repetido. “É importante lembrar que, vários ciclos de impulsos podem ser necessários para desalojar o objeto, por isso deve-se continuar até que isso aconteça ou até que a vítima perca a consciência” (HAFEN, KARREN e FRANSEN, 2002).

Se a vítima estiver inconsciente, a técnica deverá ser iniciada colocando a vítima de costas no chão, desobstruindo as vias aéreas e verificando a ausência de respiração. Em seguida, deve-se abrir a boca da vítima com a mão, colocando o polegar sobre a língua segurar o polegar entre a língua e o maxilar inferior apoiado nos outros dedos. Levantar o queixo da vítima e com o dedo indicador da outra mão percorrer toda a bochecha, descendo até a base da língua, com um movimento lento e cuidadoso. Segurar firme qualquer material estranho e removê-lo, tomando o máximo de cuidado para não empurrá-lo para o fundo da garganta.

Continuando, o socorrista deverá posicionar-se para respiração de salvamento e dar dois sopros completos. Se o tórax da vítima subir e descer, continuar a respiração artificial. Se o tórax não se mover, reposicionar a cabeça e o pescoço da vítima e tentar novamente. Se os sopros ainda não surtirem efeitos, ajoelhar-se com as pernas abertas sobre a vítima ou ao lado dela, colocando a parte superior da palma das mãos na linha média do abdome (entre a cicatriz umbilical e o processo xifóide) colocando a outra mão sobre a primeira. Os dedos devem estar apontados para a cabeça da vítima.

É importante deixar os cotovelos firmes e imóveis, fazendo pressão com os ombros, pressionando para dentro e para cima com um impulso rápido. Fornecer até cinco impulsos separados e distintos. Em seguida abrir a boca da vítima e fazer nova varredura e tentar ventilar mais uma vez. Continuar os ciclos de impulso, desobstrução com os dedos e tentativas de ventilação até que o objeto seja desalojado e a vítima esteja respirando espontaneamente ou até ser substituído pela equipe de emergência (HAFEN; KARREN e

FRANDBSEN, 2002).

Se a vítima for uma criança com mais de um ano de idade, ajoelhar com as pernas abertas sobre elas e usar muito menos impulso do que usaria com um adulto, ou usar apenas uma das mãos para dar o impulso.

Segundo Hafen, Karren e Frandsen (2002) se a vítima for um bebê, não deve ser usada compressão abdominal, pois há um risco significativo de lesão de órgãos dessa região. Por isso, o bebê deverá ser colocado no braço do socorrista com as pernas abertas e a face para baixo, em um nível inferior ao do tronco, formando um ângulo de aproximadamente 60 graus. O socorrista deverá também apoiar a cabeça e o pescoço do bebê na mão e por o antebraço na coxa para garantir firmeza e usar a parte posterior da mão para dar cinco golpes fortes e entre as escápulas.

Em seguida o socorrista deverá posicionar os dedos anular e médio da outra mão, no terço inferior do esterno do bebê, aproximadamente à largura de um dedo abaixo da linha imaginária entre os mamilos e dar até cinco impulsos rápidos no tórax posicionando para trás.

Depois, deve-se repetir o ciclo de golpes nas costas e compressões torácicas até que o objeto seja expelido ou até que o bebê perca a consciência. E, se o bebê estiver ou ficar inconsciente, usar uma elevação de língua-maxilar delicada para desobstruir a boca. Se conseguir ver o objeto que está causando a obstrução, removê-lo com o dedo mínimo.

E por fim, o socorrista deverá tentar a respiração de salvamento. Se o tórax não subir e descer, continuar a seqüência de golpes nas costas, compressões torácicas, verificação e remoção de corpo estranho e respiração de salvamento. Na respiração de salvamento, o método mais eficiente, é o boca a boca, porém, deve se usar uma máscara anti-refluxo ou pelo menos garantir a compressão cardíaca eficiente e eficaz como a utilizada para parada cardíaca ou parada cardiopulmonar (GUIDELINES, 2010). Deve-se usar uma barreira durante a técnica para impedir a transmissão de doenças infecciosas. Utilizar a respiração boca-nariz se a boca da vítima não puder ser aberta, estiver gravemente ferida ou caso não seja possível formar uma vedação hermética ao redor da boca. Usar a respiração boca-estoma para vítimas com estomas (abertura cirúrgica no pescoço) (HAFEN, KARREN e FRANDBSEN, 2002).

A respiração boca a boca é o modo mais simples, rápido e eficaz de realizar a respiração de salvamento. Antes de começar, certificar-se que a posição da vítima está adequada, e as vias aéreas desobstruídas. Então, o socorrista deverá proceder da seguinte maneira: usar o polegar e o dedo da mão que está inclinando a testa da vítima para apertar as narinas; em seguida deverá abrir bem a boca, inspirar profundamente e cobrir toda a boca da

vítima com a própria boca, formando uma vedação hermética. Soprar o ar na boca da vítima de forma lenta e uniforme até ver o tórax subir. Afastar a boca e observar o tórax descer. Sentir a respiração da vítima contra a face.

Com a cabeça ainda afastada inspirar profundamente mais uma vez, voltar a cobrir a boca da vítima com a sua e repetir a ação; caso não veja o tórax subir e descer na primeira tentativa, reposicionar as vias aéreas e tentar outra vez (a maior dificuldade durante o fornecimento de respiração artificial é o posicionamento inadequado da cabeça e do queixo).

Se a segunda tentativa também falhar, assuma que as vias aéreas estão bloqueadas por um corpo estranho, realizar a desobstrução. Após os dois primeiros sopros, o socorrista deverá observar se a vítima tem pulso, para isso, deve-se usar a ponta dos dedos e verificar o pulso carotídeo por durante cinco a 10 segundos. Se não houver pulso, deverá começar imediatamente as compressões torácicas externas. Se a vítima tiver pulso continuar a respiração de salvamento, fazendo duas ventilações efetivas, de um segundo por ventilação (uma ventilação a cada cinco a seis segundos), ou aproximadamente 10 a 12 por minuto. Continuar a respiração de salvamento até que a vítima comece a respirar espontaneamente ou até ser substituído pela equipe de emergência (HAFEN; KARREN e FRANDSEN. 2002).

Hafen, Karren e Frandsen (2002) informam que em crianças, a técnica é a mesma, com algumas ressalvas como a de que em crianças menores de um ano a cabeça poderá ser levemente inclinada para trás, pois a garganta é muito mais flexível em bebês ou crianças, e inclinar a cabeça muito para trás poderá obstruir as vias aéreas.

E em bebês, a boca e o nariz deverão ser cobertos com a boca do socorrista. Deve-se fornecer uma quantidade de ar pequena e lenta. Ter o cuidado de não inflar demasiadamente ou soprar com muita força.

Outro ponto é o de que o pulso da criança deverá ser verificado no lado interno do braço. E para bebês de até um ano, deverão ser realizadas duas ventilações efetivas, com um segundo por ventilação, de 12 a 20 ventilações por minuto. Para crianças maiores de um ano até o início da puberdade, deverão ser realizadas duas ventilações efetivas, de um segundo de duração cada, com intervalo de três a cinco segundos, e 12 a 20 ventilações por minuto.

Sobre parada cardíaca, Santos *et al.*, (2003) ressalta que as causas são diferentes nas crianças; a parada causada por problemas cardíacos é rara. O mais freqüente é que o trauma ou doença causem o choque ou problema respiratório que levam à parada cardíaca. A recuperação completa de crianças em parada cardíaca é incomum, porém, se houver apenas parada respiratória as chances de recuperação aumentam para 50% se a reanimação for

iniciada precocemente. A parada cardiorrespiratória em pacientes pediátricos é mais comum em crianças menores de um ano e as causas mais comuns são traumatismos acidentais.

O prognóstico das vítimas de parada cardiorrespiratória depende, dentre outros fatores, da rapidez com que se dá início às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). A ressuscitação deve ser iniciada imediatamente pelo primeiro socorrista que presenciar a vítima inconsciente. Como a maioria das paradas cardíacas ocorre fora do ambiente hospitalar, é de vital importância o treinamento de leigos no suporte básico de vida. Assim, cerca de trinta mil vítimas anuais de morte súbita no Brasil teriam a possibilidade de serem salvas (DUCAN, SHCMIDT e GIUGLIANI, 2006).

Segundo Sekimoto (2001) e Ducan, Shcmidit e Giugliani (2006) estudos mostram que a sobrevivência das pessoas com parada cardiorrespiratória atendida por cidadãos comuns com a aplicação do suporte básico de vida varia entre quatro a 10% sendo melhor para pacientes que se encontravam comprovadamente com fibrilação ventricular durante o início da ressuscitação.

Segundo Hafen, Karrem e Frandsen (2002, 85) “[...] a RCP só deve ser iniciada depois de comprovada a ausência de respiração e pulso.” A RCP em bebês com menos de um ano e crianças até oito anos consiste em posicionar o dedo médio a anular sobre a região torácica na metade inferior do esterno, imediatamente abaixo da linha imaginária entre os dois mamilos. Colocando a outra mão sobre a testa do bebê ou embaixo dos ombros para dar apoio e realizar compressões na profundidade de 1/3 a 1/2 da profundidade do tórax.

Se forem dois socorristas, o que estiver próximo ao tórax do bebê coloca os dois dedos polegares; Se for criança, a parte posterior da palma de apenas uma das mãos sobre a metade inferior do esterno.

De acordo com Melo *et al.*, (2008) “a proporção de compressão por ventilação em bebês e crianças de 1 a 8 anos, quando houver 1 socorrista é de 30 compressões por 2 ventilações; havendo dois socorristas, a proporção será de 15 compressões para 2 ventilações”.

“A habilidade da técnica da RCP se perde rapidamente sem a prática freqüente e novos treinamentos. Os treinamentos em RCP devem ocorrer trimestralmente, e novos certificados devem ser expedidos a cada um ou dois anos.” (HAFEN; KARREN e FRANDSEN, 2002).

Por isso, mais uma vez, pode-se enfatizar a importância dos treinamentos em primeiros socorros, para educadores dos CEI's uma vez que não possui essa informação na grade curricular na formação pedagógica, e ainda em projeto político pedagógico.

Em situações de hemorragias, o corpo não só perde as células do sangue e elementos de coagulação, como perde plasma e o volume de sangue total. Este volume deve ser mantido em certo nível para que o coração tenha uma ação como bomba e conseqüentemente garantam um fluxo sangüíneo e trocas entre o sangue e as células do corpo. Em um adulto de aproximadamente 70 Kg, o volume total de sangue é de 6,61 Litros sendo considerada uma perda letal de sangue o valor de 2,21 Litros. Já em uma criança, o volume de sangue total é de 1,5 a 2, 0 Litros, e a perda de 0,5 a 0,71 Litro de sangue é letal (BERGERON e BIZJAK, 1999).

Antes de tomar medidas para controlar o sangramento, determinar a causa e a fonte do sangramento, assim como a condição geral da vítima. Proteger-se de doenças transmitidas pelo sangue através do uso de luvas de látex, se possível; do contrário, usar filme plástico, compressas extras de gaze ou um pano limpo e grosso dobrado. Como último recurso, use a mão da própria vítima (HAFEN, KARREM e FRANDSEN, 2002).

O melhor método de controlar o sangramento - e o que deve ser tentado primeiro - é a pressão direta no ferimento. Para isso deve-se colocar um curativo estéril sobre o ferimento, cobrindo-o completamente. Se não houver o curativo estéril, use o material disponível mais limpo (como um lenço, absorvente higiênico ou lençol).

Em seguida, pressionasse firmemente usando os dedos ou a parte posterior da mão; isso assegura que a pressão seja distribuída de maneira uniforme. E manter a pressão firme e constante por no mínimo, 10 minutos. Depois, o socorrista deverá elevar a região que apresenta o sangramento acima do nível do coração. Exceto suspeita de fratura, deslocamento, objeto cravado ou lesão medular e, se quiser usar uma compressa fria sobre o ferimento enquanto aplica pressão direta e elevação; o frio pode desestimular o fluxo de sangue para a área. Não devendo esquecer, porém, de colocar uma camada de gaze ou outro material fino entre a compressa e a pele da vítima.

Após esses procedimentos, o socorrista deverá verificar o curativo em intervalos pequenos. Se ele estiver ensopado de sangue, não deverá removê-lo, e sim, colocar outro curativo sobre ele e reaplicar a pressão.

Outro ponto importante é que o socorrista nunca deverá aplicar pressão direta em um ferimento se houver objeto cravado ou osso em protusão através dele. Nesses casos deverá uma compressa em forma de rosca sobre o ferimento e então, aplicar pressão moderada. (HAFEN, KARREM e FRANDSEN, 2002). Se necessário para aumentar a pressão utiliza-se a bandagem ao redor do curativo com firmeza suficiente para exercer pressão moderada.

Verificar periodicamente os pulsos distais e se a pele está matizada ou as unhas esbranquiçadas, sinais de que a bandagem está muito apertada.

Se a pressão direta e elevação não forem suficientes, o sangramento de uma artéria poderá ser controlado utilizando-se um ponto de pressão – local onde a artéria fica próxima a estrutura óssea e à superfície cutânea – com o polegar ou os dedos. Pode ser difícil localizar e usar tais pontos, mas a pressão aplicada a eles pode ser eficiente no controle do fluxo de sangue para o local da lesão (HAFEN, KARREM e FRANDSEN, 2002). Mas o socorrista nunca deverá substituir a pressão direta pela indireta – ambas devem ser usadas simultaneamente. Por isso, deve-se segurar o ponto de pressão somente o tempo necessário para parar o sangramento e reaplicar pressão indireta se o sangramento voltar. Lembrar-se de usar os pontos de pressão com cautela, pois a pressão indireta pode causar danos decorrentes do fluxo sangüíneo inadequado. Nunca usar pressão indireta se suspeitar de lesão no osso abaixo da artéria.

Segundo Hafen, Karren e Frandsen (2002) “[...] o torniquete deverá ser usado como o último recurso, quando todos os métodos de controle de hemorragias potencialmente fatais tiverem falhado, e seu uso está restrito aos membros.” Em quase todos os casos de aplicação de torniquetes, o membro tem que ser amputado. Em regra geral, considerar o uso de um torniquete somente quando houver rompimento de uma grande artéria; quando o membro tiver sido parcialmente ou totalmente decepado, e se o sangramento estiver incontrolável.

Sobre a fratura, define-se como quebra ou rachadura do osso e pode ser fechada (sem rompimento da pele) ou exposta (com rompimento da pele). Os três principais sinais e sintomas de um trauma de membros são: dor, edema e deformidade (BERGERON e BIZJAK, 1999).

A imobilização é o procedimento emergencial mais importante em caso de suspeita de fratura. Qualquer dispositivo utilizado para imobilizar uma fratura ou deslocamento é uma tala que pode ser mole ou rígida e deve ser longo o suficiente para estender tanto acima quanto abaixo da fratura (HAFEN; KARREN e FRANDSEN, 2002).

As regras de imobilização são: não imobilizar a vítima caso provoque mais dor; tanto antes quanto depois da imobilização, avaliar o pulso e a sensibilidade abaixo da lesão a cada 15 minutos para garantir que a tala não impeça a circulação; imobilizar as articulações acima e abaixo da lesão; imobilizar a área lesionada na posição em que foi encontrada. Se não houver pulso distal ou movimento, deve-se tentar reposicionar o osso em seu alinhamento normal, colocando uma das mãos acima da lesão e a outra abaixo. Em seguida, puxar com

leve tração para recolocar o membro na posição anatômica; e remover ou cortar roupas e jóias ao redor do local da lesão (HAFEN; KARREN e FRANDSEN, 2002).

Hafen, Karren e Frandsen (2002) ressaltam que “[...] os ossos longos devem ser imobilizados com delicadeza aplicando pressão suave e firme para estabilizar o osso.” É importante a realização de avaliação do pulso e função sensorial abaixo do local da lesão. A verificação da existência de parestesia (sensação de picada ou formigamento que indica perda de circulação) ou paralisia também são importantes. Se a lesão envolver um membro superior, a função nervosa estará intacta se a vítima conseguir abrir e fechar a mão, esticar os dedos e fazer um sinal de positivo com o dedo polegar. Se a lesão envolver um membro inferior, a função nervosa estará intacta se a vítima conseguir esticar o joelho e mover o pé para cima e para baixo, como se estivesse pisando no acelerador de um carro.

Considerar se o membro estiver seriamente deformado, cianótico ou se houver ausência de pulsos distais, será necessário fazer o alinhamento com pressão suave e firme combinada com tração. O socorrista deverá parar o procedimento se aumentar a dor da vítima ou a crepitação. Medir a tala para certificar-se que ela está do tamanho correto – pois ela deverá ser longa o suficiente para imobilizar o osso inteiro e as articulações de ambos os lados. Aplicar a tala imobilizando o osso e a articulação acima e abaixo da lesão e fixar todo o membro lesionado (pode-se usar tiras ou fechos de velcro que vem nas talas industrializadas ou passar bandagens em rolo ao redor de talas improvisadas) e prendê-las com gravatas.

“Uma imobilização imprópria pode comprimir os nervos, tecidos e vasos sanguíneos abaixo da tala, agravando a lesão existente e causando novas lesões; reduzir a circulação distal ameaça o membro” (HAFEN; KARREN e FRANDSEN, 2002).

Sobre a crise convulsiva, é importante lembrar que ela é uma alteração involuntária e repentina dos sentidos, no comportamento, na atividade muscular ou no nível de consciência que resulta da irritação ou da superatividade das células cerebrais. Em geral as crises convulsivas são causadas por uma descarga anormal de energia elétrica no cérebro. As crises convulsivas podem acontecer em qualquer pessoa como resultado de lesão cerebral aguda ou uma condição cerebral crônica (HAFEN; KARREN e FRANDSEN, 2002).

Segundo Bergeron e Bizjak (1999) “[...] muitas crianças apresentam convulsões, mas essas raramente oferecem risco de vida.” Porém a convulsão causada por febre deverá ser considerada seriamente e o paciente deverá ser levado o mais rápido possível para o hospital. Qualquer criança que teve uma convulsão deverá ser submetida a avaliação médica.

Em crise convulsiva, o socorrista deverá ajudar a vítima a se deitar no chão para evitar

quedas e lesões subseqüentes; só movendo-a se ela estiver próxima de um objeto perigoso que não puder ser afastado. Caso contrário, afastar os objetos da vítima. Em seguida, deverá colocar um apoio macio sob a cabeça da vítima a fim de evitar lesões; manter as vias aéreas desobstruídas; afrouxar as roupas e remover objetos principalmente envoltos no pescoço.

É importante também que o socorrista mantenha-se calmo e se a vítima estiver consciente tranquilizá-la. Também nunca deverá tentar colocar nada a força entre os dentes da vítima, e nunca administrar nada por via oral. Posicione a vítima do lado esquerdo com o rosto virado para baixo para que as secreções e vômitos possam drenar rapidamente e para que a língua não caia para trás, bloqueando a garganta.

Se a vítima parar de respirar, desobstruir as vias aéreas, remover qualquer coisa que possa dificultar a respiração e aplicar respiração artificial. “Não tentar restringir os movimentos da vítima, a menos que ela esteja próxima a objetos perigosos que não possam ser movidos. E por fim, cobrir a vítima com um cobertor para mantê-la aquecida” (BERGERON e BIZJAK, 1999).

Sobre os afogamentos e quase-afogamentos nem sempre ocorrem em grandes corpos de água: um adulto pode afogar-se em apenas poucos centímetros de água, e uma criança pode se afogar em uma quantidade ainda menor. Estudos recentes indicam que 25% dos afogamentos de crianças acontecem em baldes de 18 litros; outros afogamentos acontecem em banheiras e vasos sanitários (HAFEN; KARREN e FRANDSEN, 2002).

No atendimento de quase afogamento, o socorrista deverá retirar a vítima da água o mais rápido possível, com cautela para suspeita de lesão medular e em seguida avaliar a respiração e o pulso. Na ausência de respiração, desobstruir as vias aéreas o mais rápido possível e começar a respiração de salvamento. Se não houver pulso, começar as compressões torácicas e realizar a RCP até a chegada da equipe de emergência. “Uma vítima de afogamento deve ser levada a um hospital ou a um centro médico, mesmo se tiver recuperado a respiração e batimentos cardíacos” (HAFEN; KARREN E FRANDSEN, 2002).

De acordo com Azevedo e Rosa, 1982 e Ferreira *et al.*, 1998, a intoxicação é um conjunto de sinais e sintomas que demonstra o desequilíbrio promovido pela ação de uma substância tóxica no organismo. Essas intoxicações por materiais de limpeza não são raras e são facilitadas devido ao fato dos produtos apresentarem embalagens de cores atrativas o que aguça a curiosidade infantil, além do fácil acesso por serem muitas vezes armazenados em armários ou pias. O ideal nesses casos é não induzir ao vômito ou dar líquidos, o correto é identificar se possível à substância ou produto ingerido, monitorar sinais de dormência e

reflexos na criança e encaminhar para o hospital.

Mediante essas manobras e procedimentos básicos de suporte e garantia de vida, ha importância do processo ensino aprendizagem em primeiros socorros em Centros de Educação Infantil se faz necessária e continua. Logo a relevância da pesquisa propostas sobre a importância do ensino em primeiros socorros aos educadores dos Centros de Educação Infantil no Brasil.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1. Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as ações de promoção da saúde em relação ao processo ensino aprendizagem sobre primeiro socorros nos centros de educação infantil do Brasil ressaltando o trabalho como estratégia de educação para saúde. Este método tem a finalidade de identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o assunto, em diferentes lugares e momentos, de maneira sistemática e ordenada (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; SOUSA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Neste contexto, a revisão integrativa oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico. Ou seja, proporciona uma síntese do conhecimento já produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume grande de publicações e alterações, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Pontua-se, então, que o impacto da utilização da revisão integrativa se dá não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita (SOUSA, SILVA e CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa da literatura é composta por 6 etapas de desenvolvimento, que segundo Galvão, Sawada, Rossi, (2002) são:

- **Primeira etapa:** identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa (elaboração da pergunta norteadora);
- **Segunda etapa:** estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura;
- **Terceira etapa:** definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos (coleta de dados);
- **Quarta etapa:** avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa (análise crítica);
- **Quinta etapa:** interpretação e discussão dos resultados;
- **Sexta etapa:** apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

4.2. População e amostra

A população do presente estudo foi constituída pela produção científica relacionada ao tema/problema do estudo disponíveis nas fontes de produção científica das bases de dados existentes como Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), bibliotecas convencionais e virtuais, anais de congressos, livros e revistas eletrônicas. Sendo encontrados 85 artigos relacionados.

Já a amostra do estudo é constituída pelas publicações científicas que atenderem aos critérios de inclusão definidos na revisão. Sendo sete publicações que atendiam aos critérios e objetivos da pesquisa, que é a importância do ensino sobre primeiros socorros aos educadores dos Centros de Educação Infantil no Brasil.

4.3. Critérios de inclusão

Foram critérios para inclusão a produção científica produzida no período de 1996 a 2011, publicada em quatro bases de dados indexadas citadas acima, que possuem textos completos e que tratem do tema em estudo. Para o levantamento dos artigos, serão utilizados

os descritores controlados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos Descritores em Ciências da Saúde.

4.4. Variáveis de Estudo

Relacionadas à importância do ensino sobre primeiro socorros aos educadores dos Centros de Educação Infantil do Brasil. São elas relacionadas aos autores: profissão, área de atuação, país de origem, qualificação. Relacionadas à publicação: fonte, ano de publicação, periódico, tipo de publicação, delineamento.

4.5. Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados será utilizado um instrumento (APÊNDICE I) a partir das variáveis selecionadas com o objetivo de facilitar o processo de coleta e análise dos dados.

4.6. Análise dos Dados

Nas revisões integrativas, a análise é descritiva e os dados são apresentados em quadros sinópticos, elaborados a partir das variáveis do estudo (APÊNDICE II).

4.7. Estratégias de Pesquisa

Foram utilizadas várias estratégias na busca eletrônica, na tentativa de encontrar o máximo de publicações. Na Tabela 1 descreve-se, o caminho percorrido no levantamento de artigos relacionados ao processo ensino aprendizagem sobre primeiro socorros nos centros de educação infantil do Brasil.

TABELA 01 – Estratégia de busca eletrônica

Banco de Dados	Palavras-chave / Descritores	Artigos encontrados	Artigos selecionados
PUBMED	1. Crianças, Centros de educação infantil, primeiros socorros	1	0
	3. Creches, primeiros socorros	05	00
	4. Crianças, educador infantil	00	00
LILACS	1. Crianças, educador infantil	00	00
	2. Creches, primeiros socorros	02	00
	3. Educação infantil, pré-escolar, traumatismos faciais, cavidade oral, dente decíduo.	01	01
	4. Educação em saúde, acidentes infantis, prevenção	01	01
BDENF	1. Crianças, educador infantil	00	00
SCIELO	1. Crianças, creches e primeiros socorros	55	00
	2. Crianças, primeiros socorros	18	00
	3. Creches, primeiros socorros	05	00
	4. Crianças, educador infantil	00	00
	5. Primeiros socorros, crianças, acidentes na infância	01	01
MEDLINE	1. Educador, infantil e acidentes	2	00
SBIS- SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMATICA EM SAUDE	1. Crianças, creches e primeiros socorros	00	00
	2. Crianças, primeiros socorros	00	00
	3. Creches, primeiros socorros	00	00
	4. Crianças, educador infantil	00	00
	5. Instrução por computador, prevenção de acidentes, educação infantil.	00	00
		01	01
UNESP UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO	1. Educação infantil, pré-escolar, traumatismos faciais, cavidade oral, dente decíduo.	01	01
	2. Enfermagem, creche, acidentes, prevenção.	01	01
13o CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM	1. Crianças, prevenção, traumas.	01	01
TOTAL		85	07

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados sete estudos com textos completos que atenderam aos critérios de inclusão. Dentre os estudos, cinco eram artigos, uma dissertação de mestrado e uma monografia. Apesar do estudo compreender aos anos de 1996 a 2011, os estudos selecionados estavam delimitados no período de publicação entre 2006 a 2010. Percebe-se que apesar de existir creches há muitas décadas, a importância e a atribuição para trabalhar com crianças eram mais relacionadas com atribuições de saber lidar com crianças e que pouco em pesquisas agrega valores interdisciplinares entre a educação e saúde.

Quanto à quantidade de profissionais por aluno com grau superior de ensino 14,28% satisfatório, 28,60% insatisfatório e 42,87% não mencionam quanto a dimensionamento de educadores com ensino superior. Como em Bruno *et al.*, (2006); Forlin *et al.*, (2008); Cordeiro *et al.*, (2010), embora não existam informações abrangentes sobre os profissionais que atuam diretamente com as crianças nas creches e pré-escolas do país, vários estudos têm mostrado que muitos destes profissionais ainda não têm formação adequada, recebem remuneração baixa e trabalham sob condições bastante precárias. Se nas escolas constata-se ainda hoje, uma pequena parcela de profissionais considerados leigos, nas creches é ainda mais significativo o número de profissionais sem formação escolar mínima.

Dentre os objetivos dos artigos selecionados 28,60% objetivavam fornecer subsídio para profissionais da saúde, educação e autoridades cabíveis sobre a importância do tema. 28,60% objetivavam-se em analisar a resposta frente o trauma na infância nestes centros de educação infantil. Outros 42,80% objetivavam identificar o nível de conhecimento frente aos traumas nesta faixa etária em centros de educação infantil.

De acordo com Bruno *et al.*, (2006), Forlin *et al.*, (2008), os profissionais devem ser aptos em relação ao pronto atendimento à criança, a convenção sobre os direitos da criança e do adolescente, normatiza que o conhecimento dos princípios básicos de saúde e ações de prevenção de acidentes, deve ser assegurado em todos os setores sociais, recebendo apoio para a aplicação destes conhecimentos.

Assim, com proposto por Bruno *et al.*, (2006); Araujo *et al.*, (2010), o curso de pedagogia e outros destinados à formação dos profissionais que atuam com crianças deveriam incluir na grade curricular uma disciplina de primeiros socorros, visto que a criança passa a maior parte do tempo na escola sob a supervisão do educador, e é interessante que este conheça os procedimentos corretos. O corpo docente representa a maioria dos profissionais

da creche, contudo é interessante que os todos recebam uma formação para prestar os primeiros socorros.

Dos artigos analisados, apenas 14,28% relataram treinamento e capacitação por parte da instituição, outros 85,72% relatavam não haver treinamento em primeiros socorros por parte da instituição e sim que utilizava conhecimentos populares, de experiência profissional ou capacitavam se por meios próprios. Citado por Bruno *et al.*, (2006); Fujimura *et al.*, (2007); Araujo *et al.*, (2010) “[...] a falta de política municipal de educação compromete a formação profissional. Na maioria dos municípios não há exigência de preparação prévia do professor para atuar junto à criança pequena.” E o projeto de formação em serviço para os profissionais de educação infantil, quando oferecida nos municípios é desigual, predominando atividades eventuais, que tendem à descontinuidade. É bastante reduzida a participação de universidades ou faculdades públicas na formação oferecida pelos municípios. Há parcerias com grupos privados, mas poucos são os projetos que habilitam e qualificam os profissionais envolvidos. Fato esse, observado e exemplificado como em leis municipais que exigem a capacitação dos profissionais, mas não fornecem subsídios para essa exigência.

Como lembrado em Rodrigues (2010); Fujimura *et al.*, (2007); Bruno *et al.*, (2006); Araujo *et al.*, (2010), as instituições que proporcionam aos seus funcionários esse tipo de capacitação estão reafirmando seu compromisso de responsabilidade civil quanto à saúde dos seus alunos. Pois estão assegurando a integridade física dos escolares, a partir de medidas educativas que previnam os acidentes na escola, como afirma o Artigo 186 do Código Civil Brasileiro, é obrigatória a reparação de danos causados por negligência, imprudência ou imperícia que por ação ou omissão, aquele que violar o direito e causar algum tipo de dano mesmo que este seja moral. Além disso nessa pesquisa conclui se o interesse dos educadores e a necessidade emergencial nesta educação interdisciplinar permanente em primeiros socorros.

Observou se também que em 100% dos artigos selecionados, os funcionários dos centros de educação infantil relatam ter presenciado acidentes e traumas com crianças dos quais necessitavam de atendimento em primeiros socorros e de não terem referência para avaliação da criança com segurança. Apesar de pouco sobre o assunto, uma pesquisa realizada em CEI's de São Jose dos Campos, por Bruno *et al.*, (2006), sobre prevenção de acidentes na infância, apresenta estatísticas que concordam com pesquisas norte americanas nas quais a incidência dos traumas pediátricos sejam responsável por 30% de todas as mortes entre crianças e adolescentes. Por esse motivo, tem aumentado o interesse nas pesquisas visando à prevenção, buscando o conhecimento dos fatores e processos pelos quais os acidentes e traumas ocorrem.

Dentre a amostra dos artigos selecionados 42,85% concluem o interesse dos profissionais em capacitação para primeiros socorros, 14,28% concluem a falta de profissionais capacitados da área da saúde nas creches e 42,87% concluem desconhecimento da responsabilidade e ao mesmo tempo descumprimento da legislação referente aos direitos das crianças e das exigências estruturais dos CEI's, uma vez que utilizam vivências profissionais populares pra atuar em situações de acidentes com crianças como relatado em Fujimura *et al.*, (2007); Forlin *et al.*, (2008) sobre prevenção de acidentes e traumas na infância.

Uma pesquisa realizada em Porto Alegre com 55 educadores em um pré-teste e pós-teste relacionado à capacitação em primeiros socorros comprovou que após o treinamento foi demonstrado um aumento na assertividade total de 92,04% contra 74,77% de acertos no pré-teste (RODRIGUES, 2010). O perfil do educador de CEI deve ser de um profissional com competência polivalente, uma vez que o trabalho com crianças pequenas exige desde os cuidados básicos essenciais até conhecimentos específicos provenientes das diversas áreas do conhecimento. Dentre essas, pode-se destacar o conhecimento em Primeiros Socorros.

Porém, segundo Forlin *et al.*, (2008); Araujo *et al.*, (2010), “Freqüentemente as vítimas necessitam de assistência no local da emergência [...] na maioria dos lugares poucas pessoas conhecem primeiros socorros e técnicas do suporte básico de vida.” O conhecimento de Primeiros Socorros no Brasil ainda se restringe, na maioria das vezes, aos profissionais da saúde ou simplesmente às vivências profissionais destes educadores. Ainda esse mesmo autor relata que “para prestar socorro a uma vítima é fundamental que o socorrista conheça estruturas básicas do corpo humano e suas localizações”. Tais conhecimentos não são difundidos nos cursos de Licenciatura como, por exemplo, nos cursos de Letras, Pedagogia (ARAUJO, 2010).

Ainda em Bruno *et al.*, (2006); Rodrigues (2010); Cordeiro *et al.*, (2010); Silvani (2006); Araujo *et al.*, (2010), as crianças não são pequenos adultos, há variações anatômicas e fisiológicas nos atendimento de primeiros socorros e que um profissional da saúde é imprescindível para a prevenção de acidentes evitáveis, para um espaço sócio educativo na troca de saberes e do binômio educar/cuidar.

6. CONCLUSÃO

Atualmente estamos vivenciando um aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, elevando cada vez mais a quantidade de matrículas de período integral ou parcial nas creches tanto públicas quanto particulares. Em consequência surge uma maior preocupação sobre a saúde e bem-estar dessas crianças, não só pelo bem-estar físico, mas, também, pelo fator psicológico na separação de seus familiares e mudanças de ambiente. Vemos a responsabilidade e a dificuldade do cuidador em suprir as necessidades da criança de acordo com cada idade, muitas vezes substituindo o papel dos pais, sendo que o número de crianças para cada cuidador muitas vezes é elevado, o que promove falhas nas prevenções básicas de acidentes, além de muitas vezes não saber qual atitude tomar para socorrer de maneira correta, evitando seqüelas.

Há dificuldades em encontrar textos e artigos científicos referentes ao tema da pesquisa, com intuito e embasamento científico e não apenas textos sensacionalistas ou leis e decretos pontuais de municípios. Esses exigem essa capacitação por meio do legislativo, mas deixa a cargo e responsabilidade da instituição ou por meios próprios dos educadores este ensino.

O perfil do educador de CEI deve ser de um profissional com competência polivalente, uma vez que o trabalho com crianças exige desde os cuidados básicos essenciais até conhecimentos específicos provenientes das diversas áreas do conhecimento, como os de primeiros socorros. Percebe-se que para ser um socorrista é preciso conhecer teorias e desenvolver habilidades através das práticas, manter-se atualizado, por meio da troca de informações, estudos e treinamentos práticos.

Desta forma, cabe aos profissionais a busca de aprimoramento de seus conhecimentos, para a melhoria dos serviços nas creches, proporcionando assim maior segurança e confiabilidade para os pais, não só do ponto de vista pedagógico, mas também em relação às práticas dos cuidados.

Segundo vários artigos, conselhos municipais de saúde e sites referentes ao aprendizado de primeiros socorros para educações de centro de educação infantil, há projetos e leis pontuais e de iniciativa municipal que mostram a preocupação em exigir a capacitação destes profissionais dos Centros de Educação Infantil. Na maioria das vezes e segundo a maioria das leis que estão sendo criadas, esta capacitação deve partir da instituição. Muitos educadores estão sendo treinados por associações como, por exemplo, Corpo de

Bombeiros, Defesa Civil, e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Estratégias Saúde da Família. Porém, ainda há muitas lacunas sobre a importância do ensino aprendizagem sobre primeiros socorros aos educadores dos que atuam nos Centros de Educação Infantil- CEI's no Brasil e até mesmo sobre suas atribuições e responsabilidades institucionais.

Diante da importância do ensino de primeiros socorros e a exposição destas crianças nos CEI's a traumas, essas capacitações permanentes, as manobras e procedimentos básicos de suporte de vida se fazem necessárias. A responsabilidade deste aprendizado deve iniciar não somente de leis e decretos governamentais que exijam essa capacitação, mas também das instituições formadoras do processo pedagógico e de seus profissionais educadores.

O curso de pedagogia e outros destinados à formação dos profissionais que atuam com crianças deveriam incluir na grade curricular uma disciplina de primeiros socorros, visto que a criança passa a maior parte do tempo na escola sob a supervisão do educador, e é interessante que este conheça os procedimentos corretos, uma vez que estas crianças passam em média nove horas sobre a responsabilidade da instituição.

Porém, o que pode ser observado com o estudo é que os educadores dos CEI's ainda não demonstraram ter capacitação em primeiros socorros capaz de assegurar a vida e integridade física das crianças em possíveis situações de emergência. E que o tema deveria ser mais valorizado pelas políticas públicas, sociais e administrativas dos municípios.

Constatou-se, portanto, a importância do ensino e a necessidade de capacitar estes profissionais para atuarem de forma segura e eficiente em possíveis situações de emergências ou mesmo para preveni-las uma vez que observou-se neste estudo que muitos dos traumas são evitáveis.

Para a prestação de um atendimento de qualidade e seguro às crianças frequentadoras dos CEI's, é necessário investimento em recursos materiais de boa qualidade e adaptados especialmente para atender o público infantil; e investimentos em recursos humanos, capacitando e aperfeiçoando sempre os profissionais para lidarem com as crianças. Outra forma de enriquecer esse atendimento é complementando o quadro de profissionais com um enfermeiro, que pode atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes, além de compartilhar conhecimentos e experiências com os educadores dessas instituições.

Espera-se que esse estudo sirva de base para a criação de políticas de aprimoramento na formação e atualização permanente dos profissionais da educação infantil, enfatizando a importância do ensino e a capacitação em Primeiros Socorros como um dos requisitos básicos

para a atuação dos educadores dos Centros de Educação Infantil do Brasil. E ampliando assim o espaço para que os profissionais da saúde atuem de forma interdisciplinar com os profissionais da educação, uma vez que também contribuem para a formação de novos cidadãos.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, Anna Cláudia Freire de; FEITOSA, Patrício Karine Jardim; DURIER, Isabelle Híris de Santos; SOUZA, Luciana Ferreira de. **Prevenção e manejo do trauma na infância, 2010**. Disponível em: [http://189.75.118.67 /CBCENF/sistema inscrições/ arquivos Trabalhos/I17071. E8. T4001. D4AP.pdf](http://189.75.118.67/CBCENF/sistema_inscrições/arquivos_Trabalhos/I17071_E8_T4001_D4AP.pdf). Acessado em Dezembro de 2011.
2. ATKINSON, Leslie D; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1989, 147-175p.
3. BARROS, Fernando; VICTORIA, César G. **Epidemiologia da Saúde Infantil: Um manual de diagnósticos comunitários**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC-UNICEF, 1998.176 p.
4. BARROS, Alúcio J. D. ; GONÇALVE, Evandro V. s; BORBA, Cátia R. S. de; LORENZATTO, Cláudia S.; MOTTA ,Débora B.; SILVA ,Vera Regina L. da; SCHIROKY ,Viviane M. **Perfil das creches de uma cidade de porte médio do sul do Brasil: operação, cuidados, estrutura física e segurança**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(3): 597-604 Jul-Set, 1998. Artigo 597.
5. BERGERON, David J.; BIZJAK, Glória. **Primeiros Socorros**. São Paulo: Atheneu, 1999. 623 p.
6. BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1996. p.27833-41.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União; Brasília 18 de maio de 2001, Seção 1e.
8. BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil**. Vol. 1. Brasília: 1998. 103 p.
9. BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9,394/96, de 20 de dezembro de 1996.
10. BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Departamento de Políticas Educacionais. Coordenação Geral de Educação Infantil. **Proposta pedagógica e currículo de educação infantil: um diagnóstico e a construção de uma metodologia de análise**. Brasília: MEC/SEF/COEDI, 1996.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**. Série A.N. 167. Brasília, DF, 2002.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 321**. Brasília, DF, 26 de maio de 1988.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF, 2002.
14. BRUNO, Bianca Batista; FONSECA, Mariana Colombani; DIAS, Tatiane Pereira; MOREIRA, Leandra Ruzende Carlucio. **Prevenção de acidentes com crianças de 3 a 6 anos de idade em uma creche no município de São José dos Campos. UVS**. São José dos Campos/SP, X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – 2006. Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/inic/.../INIC0000563_OK.pdf. Acesso em Novembro 2011.
15. BOTELHO, C.; CORREIA, A .L., SILVA, A .M.C., MACEDO, A G.; SILVA, C.O.S. **Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.18, n.4, nov./dez, 2003. Disponível em:http://local.artigosinformativos.com.br/Conheça_as_técnicas_de_primeiros_socorros_para_creches_Natal_Rio_Grande_do_Norte-r1184686-Natal_RN.html Acesso em Novembro 2011.
16. CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica: Para uso dos estudantes universitários**. 3. Ed. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1983. 67 p.
17. CRIANÇA de quatro anos morre ao cair de balanço em creche no DF. **G1**, São Paulo, 26 julho 2008. Disponível em: <http://www.g1.com.br/creches/morte.html> Acesso em 22 Janeiro 2011.
18. CORDEIRO, Priscila Monteiro; FONTES, Luciana de Barros Correia; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; MACIEL, Miliani do Amaral Souza; LUCAS, Rilva Suely de Castro Cardoso. **Percepção de diretores, professores e berçaristas de creches públicas sobre traumatismos orofaciais, 2010**. Disponível em: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v39n3a06.pdf>. Acessado em Dezembro de 2011
19. DUCAN, Bruce B. SHCMIDT, Maria Inês. GIUGLIANI. Elsa R. **J.Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2006. cap. 21. p. 211-218.
20. FLETCHER, Roberth H.; FLETCHER, Suzanne W.; WAGNER, Edward H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**, 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 281.p.
21. FERREIRA, A. et al. **Acidentes infantis domésticos por produtos domésticos sanitários registrados em centro de assistência toxicológica da região Sul**. Disponível em:<http://74.125.93.132/search?q=cache:KBacUBVvPIEJ:www.ccs.uel.br/%C3%B3gica+da+regi%C3%A3o+Sul&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> . Acesso em: 08 Out. 2011.
22. FILÓCOMO F.R.F. et al. **Estudo dos Acidentes na Infância em um Pronto**

- Socorro Pediátrico.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. [online]. Jan. 2002. V.10. n.1. Citado 24Junho2006,p.41-47.Disponível na WorldWideWeb:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000100007&lng=pt&nrm=iso>.ISSN 0104-1169. Acesso em: 08 Out. 2011.
23. FREITAS A.C.R.; MAIA A.C.C.; LOPES A.B. **A Importância das Atividades de Enfermagem no Contexto Creche.** 86f. Trabalho de Graduação (Faculdade de Ciências da Saúde) – Universidade do Vale do Paraíba, p.9, 22, 40, 2004.
24. FORLIN, Claudia. **Avaliação do conhecimento sobre primeiros socorros dos cuidadores de crianças de 6 meses a 6 anos de idade,** 2008. Disponível em: <http://www.artigonal.com/ciencia-artigos/avaliacao-do-conhecimento-sobre-primeiros-socorros-dos-cuidadores-de-criancas-de-6-meses-a-6-anos-de-idade-532753.html>. Acessado em Dezembro de 2011.
25. FUNCOR. **Consenso Nacional de respiração cardiorrespiratória.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v. 66. n. 6. Jun. 1996.
26. FUJIMURA ,Fernanda K.; ZEM-MASCARENHAS, Silvia H.; GROSSI,Manoela G. **Elaboração de conteúdo instrucional sobre acidentes na infância utilizando ferramenta informatizada.**Grupo de Estudo e Pesquisa em Organização Hospitalar e Cuidado GEPOHC) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos(UFSCar),2007. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/1013.pdf>. Acessado em Dezembro de 2011.
27. GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; ROSSI, Lídia A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 690-695, 2002.
28. Guidelines 2010 **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE** Pg. 3. Disponível em www.heart.org/crp . Acesso em 10 Setembro de 2011.
29. HAFEN, Brent Q.; KARRER, Keith J.; FRANSEN, Kathryn J. **Guia de Primeiros Socorros para Estudantes.** 7. ed. Barueri: Manole, 2002. p 516.
30. JEKEL, James F.; ELMORE, Joann G.; KATZ, David L. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva.** Porto Alegre: Artmed, 1999. 328 p.
31. KOCHÉ. José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa.** 20.ed. Petrópolis: Vozes. 2002, 181 p.
32. KRAMER, Sônia. **Profissionais de educação infantil: gestão e formação.** São Paulo: Ática. 2005.p 82.
33. LINO JUNIOR, W. et al. **Análise estatística do trauma ortopédico infanto-juvenil do pronto socorro de ortopedia de uma metrópole tropical.** *Revista Ortopédica Brasileira*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1-4, jul. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141378522005000400005>. Acesso em: 08 Outubro de 2011.

34. MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1994. 100 p.
35. MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas S. A., 1991. 197 p. 87.
36. MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 3, jun. 2006.
37. MARTINS, C.B.G. **Acidentes na infância e adolescência**: uma revisão bibliográfica. *Rev.Bras. Enferm.* 2006 59(3): 344-348.
38. MELO. Maria do Carmo Barros de. *et al.* **Atendimento à parada cardiorrespiratória**: suporte progressivo à vida. *Revista Médica de Minas Gerais*, ano 18. n. 4, p. 267-274, abr. 2008.
39. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. 1. ed. Belo Horizonte: Gutenberg Publicações, 214 p.37 2005.
40. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Resolução n.7, 19 de março de 2004. Disponível em.http://local.artigosinformativos.com.br/Conheca_as_tecnicas_de_primeiros_socorros_para_creches_Natal_Rio_Grande_do_Norte-r_1184686-Natal_RN.html. Acessado em Novembro de 2011.
41. MOURA, M.R.A.L. **Creche**: de Substituta da Família à Instituição Educacional. 45f. Monografia (Curso de Especialização em Psicopedagogia) – Universidade do Vale do Paraíba, p. 6-7, 1998.
42. NASCIMENTO, Dayane Meire. **Análise do conhecimento de primeiros socorros dos educadores dos centros de educação infantil (CEI's) de Formiga-MG**. 2009.
43. OLIVEIRA, Sílvio Luiz de. **Tratado de Metodologia Científica**: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 1997. 315 p.
44. OLIVEIRA, Zilma Ramos de. **Educação Infantil**: fundamentos e métodos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 91-120.
45. PIRES, Marco Túlio Baccharini; STARLING, Sizenando Vieira. **Manual de Urgências em pronto socorro**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. 837 p.
46. POLÍCIA investiga morte de bebê em creche na Zona Norte de SP. **G1**, São Paulo, 26 julho 2008. Disponível em: <<http://www.g1.com.br/creches/morte.html>> Acesso em 22 Julho de 2011.
47. REIS, E. J. F. B. et al. **Trabalhos e distúrbios psíquicos em professores da rede**

- municipal de Vitória da Conquista**, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v.20, n.4, set./out. 2004 Disponível em :http://local.artigosinformativos.com.br/Conheca_as_tecnicas_de_primeiros_socorros_para_creches_Natal_Rio_Grande_do_Norte-r1184686-Natal_RN.html. Acesso em Dezembro de 2011.
48. RODRIGUES, Isabel Cristina Martins. **Conhecimento dos educadores sobre condutas perante aos acidentes da infância em instituições de educação infantil privadas de Porto Alegre, 2010**. Disponível em: <http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaIsabeIRodrigues.pdf>. Acessado em Dezembro de 2011.
49. SILVANI, C. B.; GOMES, G. C.; SOUSA, L. D. **Prevenção de Acidentes em uma Instituição de Educação Infantil: o conhecimento das cuidadoras**. *Revista de enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 1-6, abr. /jun. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a10.pdf>>. Acesso em: 08 Outubro de 2011.
50. SANTOS, Raimundo Rodrigues. et al. **Manual de Socorro de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2003. 369 p.
51. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte, 2005.
52. SOARES, C. B., SALVETTI, M. G., ÁVILA L. K. **Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o ponto de vista da escola pública de uma região periférica do município de São Paulo**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v.19, n.4,jul./ago.2003.http://local.artigosinformativos.com.br/Conheca_as_tecnicas_de_primeiros_socorros_para_creches_Natal_Rio_Grande_do_Norte-r1184686-Natal_RN.html
53. TUNES, Suzel. Em busca de qualificação. **Nova Escolha**, São Paulo, p. 49-51 abr. 2006.
54. UNICEF. **A league table of child deaths by injury in rich nations**. Innocenti report card. N.2. Florence: Unicef Innocenti Research Centre. 2001.
55. VICO, Eneida S. Ramos; LAURENTI, Ruy. Mortalidade de crianças usuárias de creches no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, fev.2004.
56. WONG D.L. Whaley & Wong *Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.74-91, 286-413, 1999. X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica.

APENDICE I

Instrumento de Coleta de Dados

Número da Referência	1	2	3	4	5	6	7
Autor da Referência							
Título do Artigo							
Objetivo do Estudo							
Receberam Treinamentos ou Capacitação Continuada em Primeiros socorros							
Quantidade de Profissionais com Perfil Superior							
Relatos de Acidentes na Creche							
Conclusão do Artigo							
Local de Publicação							
Fonte de Dados							
Ano de Publicação							
Descritores							
Acesso							
Observações							

APENDICE II

Referencias dos Artigos Utilizados

1. FUJIMURA, Fernanda K; MASCARENHAS, Silvia H. Zem; GROSSI, Manoela G. **Elaboração de conteúdo instrucional sobre acidentes na infância utilizando ferramenta informatizada. SBIS, 2007** Disponível em: <http://.sbis.org.br/cbis11/arquivos/1013.pdf>. Acessado em Dezembro de 2011
2. BRUNO, Bianca Batista; FONSECA, Mariana Colombani; DIAS, Tatiane Pereira; MOREIRA, Leandra Ruzende Carlucio. **Prevenção de acidentes com crianças de 3 a 6 anos de idade em uma creche no município de São José dos Campos, 2006.** Disponível em: prope.unesp.br/xxi_cic/27_36588878850.pdf Acessado em Dezembro de 2011.
3. ARAÚJO, Anna Cláudia Freire de; FEITOSA, Patrício Karine Jardim; DURIER, Isabelle Híris de Santos; SOUZA, Luciana Ferreira de. **Prevenção e manejo do trauma na infância, 2010.** Disponível em: http://189.75.118.67/CBCENF/sistema_inscrições/arquivos_Trabalhos/I17071.E8.T4001.D4AP.pdf. Acessado em Dezembro de 2011.
4. RODRIGUES, Isabel Cristina Martins. **Conhecimento dos educadores sobre condutas perante aos acidentes da infância em instituições de educação infantil privadas de Porto Alegre, 2010.** Disponível em: <http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaIsabeIRodrigues.pdf>. Acessado em Dezembro de 2011.
5. SILVANI, Cristiana Baldo; GOMES, Giovana Calcagno; SOUSA, Lenice Dutra de; SOUZA, Jociel Lima de. **Prevenção de acidentes em uma instituição de educação infantil: o conhecimento das cuidadoras, 2006.** Disponível em: bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/.../online/?. Acessado em Dezembro de 2011.
6. CORDEIRO, Priscila Monteiro; FONTES, Luciana de Barros Correia; GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia; MACIEL, Miliani do Amaral Souza; LUCAS, Rilva Suely de Castro Cardoso. **Percepção de diretores, professores e berçaristas de creches públicas sobre traumatismos orofaciais, 2010.** Disponível em: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v39n3a06.pdf>. Acessado em Dezembro de 2011.
7. FORLIN, Claudia. **Avaliação do conhecimento sobre primeiros socorros dos cuidadores de crianças de 6 meses a 6 anos de idade, 2008.** Disponível em: <http://www.artigonal.com/ciencia-artigos/avaliacao-do-conhecimento-sobre-primeiros-socorros-dos-cuidadores-de-criancas-de-6-meses-a-6-anos-de-idade-532753.html>. Acessado em Dezembro de 2011.