

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BIANCA KNEVITZ COSTA

**PREVENÇÃO DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS, PREVENÇÃO
DE ACIDENTES E PRIMEIROS SOCORROS PARA PROFISSIONAIS
DA EDUCAÇÃO INFANTIL: manual de orientações**

Porto Alegre

2010

BIANCA KNEVITZ COSTA

**PREVENÇÃO DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS, PREVENÇÃO
DE ACIDENTES E PRIMEIROS SOCORROS PARA PROFISSIONAIS
DA EDUCAÇÃO INFANTIL: manual de orientações**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito parcial
para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof^a Dr^a Nair Regina Ritter Ribeiro

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela oportunidade e pelo merecimento de conseguir concluir mais essa etapa da minha vida e por conseguir realizar esse sonho tão idealizado por mim e pela minha família.

À minha mãe, Cibele, e aos meus avós, Walmor e Ozilda, pelo esforço incansável, pela luta diária, pelo exemplo de vida e pelo amor que me dedicaram.

À minha irmã, Vanessa, aos meus tios Magali e Mika e demais familiares que sempre acreditaram no meu potencial, me deram força e incentivo para chegar até aqui.

Ao meu namorado, Guilherme, pelo apoio e compreensão e, à minha segunda família, pelo carinho com que me acolheram.

Às minhas colegas e amigas: Aline, Carol, Waleska, Michele, Tailine, Lisane, Miriã, Marina, Fran e Vanessa, pelo companheirismo, lealdade e amizade com o qual compartilharam essa trajetória. Pelos momentos maravilhosos que passamos juntas e pelas dificuldades que vencemos lado a lado.

À minha orientadora, Prof^a Nair Regina Ritter Ribeiro, pela forma como me recebeu, pela competência e exemplo de profissional e pela dedicação e ajuda constante na realização deste trabalho.

Agradeço, também, a todos os profissionais que participaram da qualificação do manual, pela atenção e por partilharem comigo seus conhecimentos que possibilitaram a qualificação desse trabalho.

Agradeço, em especial, a uma amiga que sempre esteve presente comigo ao longo dessa caminhada: Letícia; e aos demais que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desse sonho: muito obrigada!

RESUMO

Durante muito tempo, a educação da criança foi considerada de responsabilidade da família ou do grupo social do qual fazia parte, fazendo com que a educação infantil, como é hoje conhecida, seja um fato bastante recente. A educação infantil tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade. Esse desenvolvimento depende tanto dos cuidados relacionais, que envolvem a questão do afeto quanto dos cuidados com os aspectos biológicos do corpo, bem como da qualidade da alimentação, dos cuidados em relação à saúde, e de como esses cuidados são oferecidos. Abordar a questão saúde nas Instituições de Educação Infantil implica promover ações de higiene, prevenção de doenças e de acidentes, primeiros socorros, entre outros, e o educador deve estar preparado para prestar esse cuidado de forma qualificada. O presente trabalho teve como objetivo elaborar um manual para profissionais da educação infantil contendo informações sobre prevenção de doenças infecto-contagiosas, prevenção de acidentes e primeiros socorros de crianças de zero a seis anos de idade visando auxiliá-los no cuidado para com elas. Trata-se, portanto de um projeto de desenvolvimento no qual foram percorridas as seguintes etapas: revisão de literatura sobre o tema; elaboração de um manual piloto e sua disponibilização para qualificação a profissionais de diferentes áreas; revisão das sugestões recebidas e elaboração da versão final do manual. Para a qualificação do manual, a amostra foi intencional constituída por profissionais de enfermagem e da área da educação que atuam na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e também por profissionais que trabalham em educação infantil (creche ou pré-escola da UFRGS). Juntamente com o manual piloto, foi entregue, aos participantes da pesquisa, um questionário com perguntas sobre o conteúdo e organização do material. No total, o material foi avaliado por 08 pessoas, pois um dos questionários não foi devolvido. A análise dos resultados foi realizada através de tabulação das respostas e todas as sugestões, quando pertinentes, foram acrescentadas ao texto. Como resultado obteve-se um manual intitulado: “Prevenção de Doenças Infecto-contagiosas, Prevenção de acidentes e Primeiros Socorros: orientações para profissionais da educação infantil” que tem como objetivo subsidiar as orientações verbais e tornar-se um instrumento de consulta e esclarecimento de dúvidas.

Descritores: Primeiros socorros. Prevenção de acidentes. Manuais. Educação em saúde. Enfermagem pediátrica. Educação infantil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Calendário básico de vacinação da criança.	14
Figura 1 – Primeiro passo da manobra de desobstrução de vias aéreas	36
Figura 2 – Segundo passo da manobra de desobstrução de vias aéreas	37
Figura 3 – Terceiro passo da manobra de desobstrução de vias aéreas	37
Figura 4 – Primeiro passo da Manobra de Heimlich	38
Figura 5 – Segundo passo da Manobra de Heimlich	38
Quadro 2 – Sugestões dos participantes da qualificação do manual	48

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1	Prevenção de doenças infecto-contagiosas	12
3.1.1	Vacinação	13
3.1.2	Manutenção de uma boa higiene	17
3.1.2.1	<i>Lavagem de mãos</i>	17
3.1.2.2	<i>Higiene oral</i>	17
3.1.2.3	<i>Higiene e conforto</i>	18
3.1.2.4	<i>Higiene infantil no trocador</i>	19
3.1.2.5	<i>Uso do sanitário</i>	20
3.1.2.6	<i>Repouso e conforto da criança</i>	20
3.1.2.7	<i>Ventilação, iluminação e temperatura do ambiente</i>	21
3.1.2.8	<i>Uso do álcool gel</i>	22
3.2	Prevenção de Acidentes em Pediatria	22
3.2.1	Acidentes por aspiração	23
3.2.2	Acidentes por sufocamento ou afogamento	23
3.2.3	Acidentes por quedas	24
3.2.4	Acidentes por envenenamento	24
3.2.5	Acidentes por queimaduras	25
3.3.6	Acidentes corporais	25
3.2.7	Síndrome da morte súbita do lactente (SMSL)	26

3.3	Primeiros Socorros em Pediatria	26
3.3.1	Febre	27
3.3.2	Convulsões	28
3.3.3	Desmaio	30
3.3.4	Sangramento nasal	31
3.3.5	Ferimentos superficiais	31
3.3.5.1	<i>Ferimentos superficiais com solução de continuidade</i>	32
3.3.5.2	<i>Ferimentos superficiais sem solução de continuidade</i>	33
3.3.6	Corpos estranhos no nariz, ouvidos ou olhos	34
3.3.7	Acidentes na boca ou garganta	35
3.3.8	Soluços	39
3.3.9	Fraturas	39
3.3.10	Alergias	41
3.3.11	Picadas de insetos	42
3.3.12	Afogamento	42
3.3.13	Ingestão de substâncias tóxicas	43
3.3.14	Queimaduras	43
3.3.15	Mordidas por seres humanos	44
4	METODOLOGIA	45
4.1	Tipo de estudo	45
4.2	Elaboração do manual	45
4.3	Qualificação do manual	46
4.4	Coleta dos dados	46
4.5	Análise dos dados	47

4.6	Aspectos éticos	47
5	RESULTADOS	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	56
	ANEXO A - Questionário	57
	ANEXO B - Carta de aprovação da COMPESQ/UFRGS	59
	ANEXO C - Carta de aprovação do Comitê de Pesquisa e Ética da UFRGS	60

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a educação da criança foi considerada de responsabilidade da família ou do grupo social do qual fazia parte. Por um longo período na história da humanidade, não havia instituições responsáveis por dividir essa responsabilidade, fazendo com que a educação infantil, como é hoje conhecida, seja um fato muito recente (BUJES, 2001).

Atualmente, a educação infantil, no Brasil e no mundo, tem se expandido de forma crescente nas últimas décadas. Isso se deve principalmente à intensificação da urbanização; à participação da mulher no mercado de trabalho motivada pela necessidade de contribuir com a sobrevivência da família, ou pelo desejo de realização profissional, entre outros; e às mudanças na organização e estrutura das famílias, fazendo com que a família passe a ter a necessidade de contar com uma instituição que se encarregue do cuidado e da educação de seus filhos pequenos. A sociedade também se tornou mais consciente da importância das experiências das crianças na primeira infância, trazendo, ao mundo atual, a necessidade de uma educação institucional para crianças de zero a seis anos (BRASIL, 1998).

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394, a educação infantil é considerada a “primeira etapa da educação básica, tendo como finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade” (BRASIL, 1996a). Esse desenvolvimento integral da criança vai depender tanto dos cuidados relacionais, que envolvem a questão do afeto e dos cuidados com os aspectos biológicos do corpo, bem como da qualidade da alimentação e dos cuidados em relação à saúde, e de como esses cuidados são oferecidos. Os procedimentos de cuidado precisam seguir os princípios de promoção à saúde (BRASIL, 1998).

Para entender-se o significado de educação infantil, ela compreende tanto as creches para as crianças de zero a três anos como as pré-escolas para crianças de quatro a seis anos de idade, sendo a diferença entre ambas apenas pelo critério de faixa etária (BRASIL, 1998).

Segundo o Ministério da Educação e do Desporto (BRASIL, 1998), nas últimas décadas, debates realizados tanto em nível nacional como em nível internacional apontam para a necessidade de que as instituições de educação infantil incorporem de maneira integrada as funções de educar e cuidar, não mais diferenciando nem hierarquizando os

profissionais e instituições que atuam com as crianças pequenas e/ou aqueles que trabalham com as maiores.

Lançado em setembro de 2008 o Programa Saúde na Escola (PSE), resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que tem como perspectiva a atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, incluindo a educação infantil. Estruturado em quatro blocos, esse programa tem o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos alunos brasileiros. O primeiro bloco consiste na avaliação das condições de saúde; o segundo bloco trata da promoção da saúde e da prevenção. O terceiro bloco do programa é voltado para a educação permanente e capacitação dos profissionais e jovens, e o quarto bloco busca o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes através de pesquisas. Na prática, o que ocorre é a integração das redes de educação e do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Para o Ministério da Educação e do Desporto (BRASIL, 1998), educar significa:

Propiciar situações de cuidados, brincadeiras e aprendizagens orientadas de forma integrada e que possam contribuir para o desenvolvimento das capacidades infantis de relação interpessoal, de ser e estar com os outros em uma atitude básica de aceitação, respeito e confiança, e o acesso, pelas crianças, aos conhecimentos mais amplos da realidade social e cultural [...] na perspectiva de contribuir para a formação de crianças felizes e saudáveis (p.23).

Ainda, conforme o Ministério da Educação e do Desporto (BRASIL, 1998):

Contemplar o cuidado na esfera da instituição da educação infantil significa compreendê-lo como parte integrante da educação, embora possa exigir conhecimentos, habilidades e instrumentos que extrapolam a dimensão pedagógica. Ou seja, cuidar de uma criança em um contexto educativo demanda a integração de vários campos de conhecimentos e a cooperação de profissionais de diferentes áreas (p.24).

Em um estudo realizado em uma creche municipal de São Paulo, foram entrevistadas professoras e uma coordenadora pedagógica com o objetivo de identificar as percepções das educadoras sobre cuidados de saúde infantil. Constatou-se que essas profissionais não tinham conhecimento formal ao oferecer cuidados às crianças e se sentiam inseguras ao lidar com as doentes. Também destacaram que há uma lacuna na formação dos profissionais em relação aos cuidados em saúde (ALVES; VERÍSSIMO, 2007).

Outro estudo foi realizado com o objetivo de descrever o trabalho de promoção da saúde desenvolvido por uma escola de educação infantil que incorpora princípios de promoção da saúde em sua prática pedagógica. Também constatou-se a necessidade de se realizar um trabalho sistemático de formação com pedagogos e profissionais de saúde, para

que compreendam a importância da efetivação de uma prática interligada e presente da educação em saúde nos diversos âmbitos de atuação da escola (GONÇALVES et al., 2008).

Diante desse contexto, faz-se necessária uma maior integração do trabalho dos profissionais de saúde com a equipe pedagógica, ficando clara a importância da atuação e integração da equipe de saúde na escola. Abordar a questão saúde nas Instituições de Educação Infantil implica promover ações de higiene, prevenção de doenças e de acidentes, primeiros socorros, entre outros, e o educador deve estar preparado para prestar esse cuidado de forma qualificada.

O interesse no assunto surgiu a partir de conversas informais que tive com profissionais que trabalham ou trabalharam durante muitos anos com educação infantil, bem como acadêmicas de pedagogia que estão cursando a disciplina de educação em saúde. Como acadêmica de enfermagem, surgiu o interesse de conhecer como é abordada a educação em saúde nas creches, bem como na área da pedagogia, qual o preparo que esses profissionais possuem para atender intercorrências com crianças. Constatou-se que esses profissionais e futuros profissionais possuem muitas dúvidas em relação ao cuidado em saúde, bem-estar e primeiros socorros em pediatria. Nesse sentido, a elaboração de um manual de orientações sobre prevenção de doenças infecto-contagiosas, prevenção de acidentes e primeiros socorros em pediatria para educadores se justifica por auxiliar esses profissionais a realizar um cuidado adequado e orientá-los quanto às práticas corretas de primeiros socorros, algo indispensável a quem convive com crianças. Convém ressaltar que o manual não tem como objetivo substituir oficinas e atividades de qualificação profissional, mas subsidiar as orientações verbais e tornar-se um instrumento de consulta e esclarecimento de dúvidas.

2 OBJETIVOS

Os objetivos desse estudo são:

- a) Elaborar um manual para profissionais da educação infantil contendo informações sobre prevenção de doenças infecto-contagiosas, prevenção de acidentes e primeiros socorros de crianças de zero a seis anos de idade visando auxiliá-los no cuidado para com elas.
- b) Qualificar o manual com os profissionais da educação infantil, enfermagem e pedagogia, a fim de que possa ser validado e utilizado como um recurso educativo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura a seguir busca contemplar os principais cuidados em saúde de crianças de zero a seis anos referentes à prevenção de doenças infecto-contagiosas, prevenção de acidentes e primeiros socorros.

3.1 Prevenção de doenças infecto-contagiosas

De acordo com Donegan (2005), doença infecto-contagiosa é qualquer doença causada pelo crescimento de microorganismos patogênicos (que causam doenças) no corpo que pode ser transmissível a outro indivíduo. Para que o processo infeccioso aconteça é necessário:

- a) um organismo etiológico;
- b) um reservatório de organismos disponíveis;
- c) um portal ou modalidade de saída a partir do reservatório;
- d) uma modalidade de transmissão do reservatório para o hospedeiro;
- e) um hospedeiro suscetível;
- f) uma modalidade de entrada para o hospedeiro.

Um organismo etiológico corresponde a todo microorganismo que pode provocar uma infecção como bactérias, fungos, vírus, protozoários e helmintos. O reservatório é o termo empregado por qualquer pessoa, vegetal, animal, substância ou localização que forneça nutrição aos microorganismos que necessitam de uma modalidade de saída a partir desse reservatório. Eles podem sair através do trato respiratório, gastrintestinal, genitourinário e sangue. Uma via de transmissão é necessária para ligar a fonte infecciosa a seu hospedeiro. Eles podem ser transmitidos através de contato sexual, contato pele a pele, pelo ar ou ferimento perfuro-cortante.

Para que a infecção aconteça, o hospedeiro deve estar suscetível, ou seja, não possuir imunidade para determinado patógeno e uma porta de entrada é necessária para que o organismo chegue ao hospedeiro.

Sempre que as crianças são reunidas em grupos, aumenta o risco de adquirir alguma doença infecto-contagiosa. As crianças de até 3 anos de idade apresentam um risco maior,

uma vez que ela têm a tendência de colocar as mãos e os brinquedos na boca, o que aumenta a chance de disseminar doenças.

Constata-se que manter todos os brinquedos da creche ou outros objetos em perfeitas condições de higiene é bastante difícil, porém há algumas práticas e precauções que ajudam a controlar a disseminação dessas infecções como a vacinação e algumas medidas de higiene (SHELOV; HANNEMANN, 2006).

3.1.1 Vacinação

A vacinação ou imunização é um método terapêutico destinado a conferir ao organismo um estado de resistência contra determinadas doenças infecciosas, representando uma medida importante para promover a proteção de doenças transmissíveis graves, assegurando às crianças crescimento e desenvolvimento adequados (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

A imunidade pode ser natural ou adquirida. A imunidade natural compreende mecanismos inespecíficos de defesa, como pele ou pH, e a conferida pela mãe, por via placentária, ao recém-nascido. A imunidade adquirida pode ser espontânea, após um processo infeccioso, ou induzida de maneira passiva ou ativa. A imunidade passiva é obtida através da administração de soros hiperimunes ou imunoglobulinas. Já a imunidade ativa é adquirida artificialmente através da vacinação, onde há a administração de antígenos que podem ser microorganismos vivos atenuados, mortos ou ainda componentes inativos que respondem com uma imunidade específica para determinada doença (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

As vacinas podem apresentar alguns efeitos adversos como febre até 38,5°C, dor e inflamação local, mialgia, entre outros, porém, não contra-indicam sua administração. Reações graves são raras e devem ser notificadas. As vacinas são contra-indicadas quando o indivíduo apresenta:

- a) doença infecciosa: febre alta, doenças eruptivas, lesões generalizadas de pele, vômitos, diarreia;
- b) imunodeficiência congênita: leucemia, linfomas;
- c) crianças com peso inferior a 2.500g ou desnutrição grave;
- d) terapia imunossupressora: uso de quimioterapia, radioterapia, corticóides e

antimetabólicos. Após 3 meses de supressão desses tratamentos poderá ocorrer a vacinação;

- e) gamaglobulinas, plasma ou transfusão de sangue há menos de 3 meses, pois diminuem ou interferem na eficácia da vacina;
- f) reação alérgica à vacina;
- g) doença neurológica progressiva (COLLET; OLIVEIRA, 2002).

Em 1973, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, cria o Programa Nacional de Imunizações (PNI) com o objetivo de promover a vacinação da população brasileira e, dessa maneira, diminuir ou até mesmo erradicar várias doenças infecto-contagiosas. A imunização é uma medida tão eficaz na prevenção de doenças que há 14 anos não há registros de paralisia infantil e há 3 anos não há registro de sarampo na população brasileira (BRASIL, 2009).

Dessa maneira, a criança que frequenta creche ou pré-escola, pela convivência diária e por um longo período com outras crianças, está mais sujeita a contrair doenças infecto-contagiosas como sarampo, rubéola, tuberculose, hepatite B, entre outras. O controle da vacinação da criança deve ser imprescindível, uma vez que a transmissão das doenças, além das crianças, atinge os educadores infantis, os familiares e a comunidade. O início do controle da vacinação deve ser realizado no momento da admissão da criança na instituição, verificando-se o cartão de vacinação. A mãe ou responsável deve sempre ser orientado a atualizar as vacinas do seu filho, caso esteja em atraso. Após a admissão, as datas das próximas vacinas devem ser acompanhadas e os pais orientados a levar a criança ao posto de saúde mais próximo (TADDEI, 2006).

No quadro 2, encontra-se o calendário básico de vacinação da criança definido pelo Ministério da Saúde.

Idade	Vacina	Doses	Doenças evitadas
Ao nascer	BCG – ID	dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina contra hepatite B (1)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª dose	Hepatite B

2 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra poliomielite)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (vacina oral de rotavírus humano) (3)	1ª dose	Diarréia por rotavírus
	Pneumocócica 10-valente (4)	1ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo
4 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra poliomielite)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (vacina oral de rotavírus humano) (5)	2ª dose	Diarréia por rotavírus
	Pneumocócica 10-valente	2ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo
6 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VOP (vacina oral contra poliomielite)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina contra hepatite B	3ª dose	Hepatite B
	Pneumocócica 10-valente	3ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo
9 meses	Vacina contra febre amarela (6)	dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	dose única	Sarampo, rubéola, caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra poliomielite)	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano, coqueluche

	Pneumocócica 10-valente	reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo
4-6 anos	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	SRC (tríplice viral)	reforço	Sarampo, rubéola, caxumba
10 anos	Vacina contra febre amarela	reforço	Febre amarela

Quadro 1 - Calendário básico de vacinação da criança.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

(1) A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

(2) O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.

(3) É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

(4) De 6 semanas a 6 meses de vida, administrar 3 doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias, sendo o, mínimo de 30 dias. Recomenda-se o reforço, preferencialmente, aos 12 meses de idade, podendo administrar até 15 meses. Crianças de 7-11 meses de idade: o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses. Crianças de 12-23 meses de idade: duas doses, com intervalo de pelo menos 2 meses entre as doses, sem a necessidade de reforço.

(5) É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.

(6) A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

Caso a criança apresente alterações em sua saúde, a instituição deverá notificar de imediato aos pais ou encaminhá-la a um serviço de saúde, não permitindo, assim, a permanência de crianças portadoras de doenças infecto-contagiosas entre as demais (KAISER, 1997).

3.1.2 Manutenção de uma boa higiene

Além de solicitar as vacinas, as creches e pré-escolas devem ser extremamente cautelosas quanto à manutenção de uma boa higiene.

A aquisição de hábitos de higiene é vista como uma peça fundamental na promoção da saúde da criança e na incorporação de valores relativos ao cuidado com o corpo, direcionados para o autocuidado. O banho diário, a lavagem de mãos, a higiene oral são ações de autocuidado que os educadores devem estimular no cotidiano (SILVA; SABATÉS, 2007). Outro cuidado que deve ser tomado é quanto aos locais de troca de fraldas; o uso do vaso sanitário, berços, lençóis e colchões.

3.1.2.1 *Lavagem de mãos*

As crianças e educadores devem ter fácil acesso às pias. A lavagem correta das mãos é um dos meios mais importantes de se evitar disseminação de doenças e as crianças devem receber ajuda, se necessário. Elas devem ser lembradas e educadas a lavar as mãos nas seguintes situações: na chegada, antes e depois das refeições, antes e depois de brincar com água que seja usada por mais de uma pessoa, após utilizar o banheiro, após brincar em caixas de areia e sempre que necessário. Os educadores também devem lembrar de lavar as mãos a cada troca de fraldas; ao trocar de grupo que está cuidando; após ajudar uma criança a utilizar o banheiro; antes e após a administração de medicamentos; após manusear qualquer líquido corporal, como secreções nasais, sangue, vômito, saliva ou feridas; após o manuseio do lixo, etc (SHELOV; HANNEMANN, 2006).

3.1.2.2 *Higiene oral*

A escovação dos dentes deve ser realizada sempre após as refeições e com a supervisão do educador e deve ser iniciada antes de nascerem os primeiros dentes (SILVA;

SABATÉS, 2007).

A higiene bucal nos bebês, caso ainda não tiver nascido a primeira dentição, deve ser realizada com uma gaze ou fralda limpa e umedecida que será utilizada somente para esse fim. Toda a mucosa oral deve ser massageada e limpa (PORTO ALEGRE, 2007).

Quando os dentes começarem a nascer, a gaze deve ser substituída por uma escova dental infantil macia, sem creme dental (PORTO ALEGRE, 2007). O uso do creme dental deve ser introduzido a partir do momento em que a criança aprende a cuspir (SILVA; SABATÉS, 2007). A quantidade de creme dental a ser colocado na escova deve ser do tamanho de um grão de arroz (PORTO ALEGRE, 2007). O uso do fio dental também deve ser estimulado (SILVA; SABATÉS, 2007).

A partir dos dois anos de idade é desaconselhável o uso de chupetas e mamadeiras (SILVA; SABATÉS, 2007).

Quanto às escovas dentais, estas devem ser guardadas secas após o uso e separadas umas das outras, ou seja, sem contato. Elas devem ser trocadas sempre que as cerdas estiverem abertas e curvas. A vida média de uma escova de dentes é de aproximadamente 3 meses (PORTO ALEGRE, 2007).

3.1.2.3 Higiene e conforto

A higiene corporal da criança deve ser realizada diariamente como forma de conforto e proteção. Algumas instituições de educação infantil têm o hábito de realizar o banho da criança na própria instituição. No caso dos bebês, recomenda-se que o banho seja realizado à noite, antes da última mamada, pois o bebê irá sentir-se relaxado e dormirá melhor.

Deve-se ter o cuidado de evitar correntes de ar no local onde será realizado o banho. Todos os materiais necessários também devem estar disponíveis como as roupas, toalha, fralda e outros objetos de higiene. Nunca esquecer de observar a temperatura da água antes de colocar a criança, seja na banheira ou no chuveiro, prevenindo assim, queimaduras na pele. A temperatura deve ser verificada com a parte interna do antebraço.

O banho deve ser iniciado pelos olhos, face e após a cabeça, orelhas, tronco, pernas e finalizando no períneo. Não esquecer de limpar as dobras cutâneas e genitais. A higiene da região genital feminina deve sempre ser realizada no sentido ântero-posterior e, nos meninos,

deve-se retrair o prepúcio sem forçar (ZANETELLO; RIBEIRO; PERRONE, 2007).

3.1.2.4 Higiene infantil no trocador

A criança que fizer uso de fraldas deverá ter a higiene, a troca de fraldas, realizada sempre que necessário, com água corrente e sabão neutro. Como a pele do bebê é sensível à acidez das fezes e urina e está mais sujeita ao aparecimento de assaduras, as fraldas devem ser trocadas logo que estiverem sujas. Devido à sensibilidade da pele do bebê, o períneo não deve ser lavado com sabonetes perfumados ou soluções de limpeza comerciais que possam ser irritantes (ZANETELLO; RIBEIRO; PERRONE, 2007). O talco também deve ser evitado pelo risco de inalação. Os trocadores devem ser limpos com água e sabão e desinfetados com solução de hipoclorito de sódio 2% a 2,5% ou álcool líquido a 70% após terem sido usados por uma criança (PORTO ALEGRE, 2007). Para isso, a cada troca de fraldas, é necessário;

- a) lavar as mãos;
- b) utilizar uma fralda de pano sobre o trocador para proteger a criança e manter a higiene do mesmo;
- c) providenciar todo material necessário como fraldas, paninhos, toalha, roupas, etc, para que não seja necessário ausentar-se nem por alguns instantes;
- d) nunca deixar a criança sozinha no trocador;
- e) posicionar a criança, retirando a roupa e fraldas sujas, que devem ser desprezadas no saco coletor de roupas sujas;
- f) estimular a criança através de conversa ou brinquedos durante a troca;
- g) limpar o períneo com água e sabão neutro, cuidando para que seja retirado todo o resíduo. Essa remoção é realizada de forma ântero-posterior, para que a região genital não seja contaminada com fezes;
- h) o uso de pomadas é indicado somente quando houver alteração na coloração ou integridade da pele;
- i) recolocar a roupa adequada a temperatura ambiental;
- j) lavar as mãos novamente após a troca de fraldas (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

O uso de luvas descartáveis é recomendado em casos de doenças gastrintestinais ou presença de lesões nas mãos dos funcionários. O uso de luvas não dispensa a lavagem de

mãos (PORTO ALEGRE, 2007).

3.1.2.5 Uso do sanitário

A maioria das crianças aprende a controlar suas eliminações de urina e fezes entre 18 e 24 meses, mas pode variar de criança para criança. Nos meninos, o controle voluntário das eliminações acontece mais tarde do que nas meninas. No momento de começar a retirar as fraldas da criança, ela deve ser capaz de sentar durante 10 minutos, caminhar, falar, tirar suas roupas, compreender termos usados para nomear urina e fezes e entender que existem locais adequados para suas eliminações (ZANETELLO; RIBEIRO; PERRONE, 2007).

Ao deixar as fraldas, a criança necessita de orientação e auxílio do educador às suas idas ao banheiro. A criança deve ser auxiliada com paciência e carinho ensinando-a a controlar as eliminações, a usar o vaso sanitário, o papel higiênico de maneira correta, a puxar a descarga e a lavar as mãos (KAISER, 1997).

É importante que a criança seja orientada da mesma forma tanto na creche como em sua casa. São necessários, no mínimo, três meses de esforços diários e dedicação dos educadores e dos pais. A retirada da fralda pode ser realizada em qualquer época do ano. Os limites da criança devem ser respeitados, não postergando as eliminações. Ela deve ser levada ao banheiro toda vez que solicitar. Caso ocorram acidentes durante o aprendizado, a criança não deve ser punida. O controle noturno da micção acontece entre 6 a 12 meses após o controle diurno (ZANETELLO; RIBEIRO; PERRONE, 2007).

Na instituição de educação infantil, os assentos dos banheiros devem ser especiais para crianças e também devem ser limpos a cada uso. Os penicos e troninhos para treinamento não devem ser usados, pois são difíceis de limpar podendo disseminar infecções (SHELOV; HANNEMANN, 2006).

3.1.2.6 Repouso e conforto da criança

O repouso e conforto da criança é um fator importante a ser considerado no

acompanhamento da saúde infantil, podendo variar de criança para criança.

No primeiro ano de vida, a criança necessita dormir, pelo menos, em dois momentos ao dia, pela manhã e à tarde (KAISER, 1997). À medida que ganham mais idade, os lactentes tendem a diminuir gradualmente o tempo total despendido no sono e aqueles mais ativos dormem menos do que as crianças mais quietas (ZANETELLO; RIBEIRO; PERRONE, 2007). Entre o primeiro e o quarto ano de vida, as crianças devem dormir de uma a duas horas, de preferência após o almoço. A partir dos quatro anos de idade, a criança não necessita mais dormir durante o dia, porém deve-se propiciar momentos de repouso através de músicas, histórias, vídeos, etc (KAISER, 1997).

Os berços e lençóis devem ser separados para cada criança e os colchões devem ser revestidos com plástico resistente e impermeável a fim de proteger a criança de excreções e facilitar a limpeza dos colchões de eventuais sujidades (SHELOV; HANNEMANN, 2006). Esses colchonetes devem ser expostos ao sol, pelo menos uma vez por semana e os cobertores, almofadas e travesseiros devem ser lavados sempre que necessário (KAISER, 1997).

3.1.2.7 Ventilação, iluminação e temperatura do ambiente

Outro fator importante para a saúde infantil e da coletividade é a ventilação, iluminação e temperatura do ambiente.

A temperatura da sala deve ser adequada para o clima e acolhedora para quem entra no ambiente. Deve-se evitar correntes de ar, porém a ventilação natural deve ser idealizada. As crianças devem estar bem agasalhadas no inverno, porém tomar o cuidado para aliviar as roupas caso a temperatura aumente. A iluminação deve ser natural, ou seja, sol direto nas salas.

O sol é de fundamental importância na absorção de vitaminas e desenvolvimento ósseo das crianças, por isso, atividades ao sol, devem ser planejadas até às 10 horas e após às 16 horas. Nos demais horários, as crianças poderão brincar em espaços livres à sombra (KAISER, 1997).

3.1.2.8 Uso do álcool gel

A pele da criança, principalmente dos lactentes, é bastante delicada devido à imaturidade das estruturas que a constituem, fazendo com que seja mais facilmente atravessada por materiais exógenos potencialmente prejudiciais e menos apta a manter a homeostasia. A pele da criança é extremamente sensível ao excesso de secreções glandulares (suor e sebo), aos ácaros presentes no pó das casas, às bactérias presentes no ambiente exterior, às impurezas acumuladas na zona das fraldas (fezes e urina), à oclusão pelo material das fraldas e às condições atmosféricas extremas (MEIRELES et al., 2007).

A permeabilidade cutânea é muito elevada, sobretudo durante a primeira quinzena da vida. À medida que o tempo passa, a pele da criança vai ficando mais impermeável porém mantém-se sempre inferior à pele do adulto (MEIRELES et al., 2007). Devido a essas características da pele infantil, principalmente no que diz respeito à permeabilidade, o uso do álcool gel torna-se contra-indicado nessa fase. Para a diminuição da transmissão das doenças infecto-contagiosas, a lavagem das mãos várias vezes ao dia, é o suficiente.

3.2 Prevenção de Acidentes em Pediatria

As principais causas externas de morbidade e mortalidade em crianças são acidentes de transporte, afogamento e submersão acidentais, outros riscos acidentais à respiração e exposição à fumaça, ao fogo e às chamas (BRASIL, 2007).

A busca pela promoção de espaços seguros é algo que deve ser de interesse do profissional de educação infantil, pois enquanto a criança estiver sob seus cuidados é de sua responsabilidade zelar para que nada de mal lhe aconteça e para isso é necessário conhecer como evitar os principais acidentes a que as crianças estão expostas.

3.2.1 Acidentes por aspiração

Segundo Hockenberry (2006), para prevenir acidentes por aspiração, é necessário:

- a) não pulverizar talco infantil diretamente sobre a criança, coloque-o primeiramente na mão e após na pele do bebê;
- b) guardar o frasco de talco infantil longe do alcance da criança;
- c) não empurrar a mamadeira, apenas segurá-la quando for alimentar a criança;
- d) manter pequenos objetos como botões, contas, tampinhas e outros longe do alcance de lactentes;
- e) manter o chão livre de pequenos objetos;
- f) não alimentar os lactentes com doces duros ou alimentos com sementes ou caroços, ou ainda com salsichas inteiras ou em pedaços circulares;
- g) cuidado ao oferecer biscoitos, pois pedaços grandes podem se quebrar e serem aspirados;
- h) não alimentar a criança deitada;
- i) ter cuidados com partes soltas de brinquedos;
- j) evitar pedaços grandes e redondos de carne.

3.2.2 Acidentes por sufocamento ou afogamento

No caso de acidentes por sufocamento ou afogamento, é necessário ter cuidado nos seguintes itens:

- a) manter todos os sacos plásticos longe do alcance de crianças;
- b) não cobrir colchões com plásticos;
- c) não amarrar a chupeta ao redor do pescoço do lactente;
- d) remover os babadores quando a criança for deitar;
- e) nunca deixar a criança sozinha no banho;
- f) manter as portas dos banheiros fechadas;
- g) se for guardar eletrodomésticos não utilizados remover a porta;
- h) manter balões de látex fora do alcance das crianças;

- i) remover cordões de roupas;
- j) manter baldes ou bacias com água longe das crianças pois elas podem se afogar mesmo com pouca quantidade de água (HOCKENBERRY, 2006).

3.2.3 Acidentes por quedas

Para prevenir acidentes por quedas, é necessário:

- a) sempre levantar as grades dos berços;
- b) nunca deixar a criança sozinha em uma superfície alta sem proteção, principalmente nos trocadores. Em vista disto, colocar tudo o que for usar ao alcance para que não seja necessário ausentar-se nem por alguns segundos;
- c) quando estiver em dúvida sobre onde colocar a criança, colocá-la no chão;
- d) prender a criança na cadeira de bebê, nunca deixá-la solta;
- e) evitar utilizar a cadeira alta até que a criança consiga sentar-se bem apoiada;
- f) evitar andadores, principalmente perto de escadas;
- g) assegurar-se de que os móveis sejam firmes para que a criança possa se apoiar;
- h) cercar a parte superior e inferior das escadas;
- i) usar proteção nas janelas;
- j) remover tapetes inseguros e espalhados;
- k) aplicar decalques antiderrapantes no banheiro ou no chuveiro (HOCKENBERRY, 2006).

3.2.4 Acidentes por envenenamento

Para prevenir acidentes por envenenamento

- a) coloque substâncias tóxicas, produtos de limpeza e medicamentos em uma prateleira alta ou em armário fechado;
- b) não deixe plantas ao alcance de lactentes;
- c) administre medicamentos como uma droga e não um doce;

- d) coloque o número do Centro de Informações Toxicológicas visível próximo ao telefone (HOCKENBERRY, 2006).

3.2.5 Acidentes por queimaduras

Para prevenir acidentes por queimaduras

- a) sempre cheque a temperatura do líquido com a parte interna do antebraço antes de oferecê-lo a criança;
- b) cheque a temperatura do banho com a parte interna do antebraço;
- c) não manipule líquidos quentes quando a criança estiver por perto;
- d) não deixe a criança no sol por mais de alguns minutos;
- e) não deixe as crianças perto de aquecedores ou fornos;
- f) mantenha fios elétricos escondidos e tomadas com tampa de proteção;
- g) mantenha toalhas de mesa fora do alcance das crianças pois elas podem puxá-las (HOCKENBERRY, 2006).

3.3.6 Acidentes corporais

Para prevenir acidentes corporais

- a) evite objetos pontiagudos e cortantes;
- b) não utilize alfinetes nas roupas das crianças;
- c) evite brinquedos longos e pontiagudos;
- d) não permite que a criança fique com pirulito ou objeto pontiagudo na boca enquanto caminha ou corre (HOCKENBERRY, 2006).

É muito importante deixar o número do telefone de um serviço médico de urgência sempre visível e próximo ao telefone.

3.2.1 Síndrome da morte súbita do lactente (SMSL)

Uma questão que tem sido bastante discutida é quanto à posição ideal de o bebê dormir. A síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) é a principal causa de mortalidade infantil nos países desenvolvidos, sendo considerada um importante problema de saúde pública (NUNES et al., 2002). De acordo com Shelov e Hannemann (2006), aproximadamente um em cada dois mil recém-nascidos morrem durante o sono, sem nenhuma razão aparente, entre quatro e dezesseis semanas de vida. Esses bebês geralmente são bem cuidados e não demonstram sinais aparentes de doenças. A autópsia não revela nenhuma causa identificável de morte, por isso é utilizado o termo morte súbita do lactente.

Existem muitas teorias sobre as causas de SMSL, mas nenhuma foi ainda comprovada. Infecções, alergia ao leite, pneumonia e abuso infantil forma algumas das teorias refutadas. A teoria mais provável, no momento, é de que haja um retardo no amadurecimento dos centros de despertar nos cérebros de certos bebês, o que os predispõe a parar de respirar, em certas condições.

Atualmente, a melhor medida preventiva que se pode tomar é colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal. Caso a criança esteja acostumada a dormir em decúbito lateral, não forçar a criança a ficar em decúbito dorsal, pois poderá prejudicar seu sono (ZANETELLO; RIBEIRO; PERRONE, 2007). O importante é que ela não seja colocada para dormir em decúbito ventral. Antes que essa recomendação fosse feita, mais de cinco mil bebês morriam de SMSL a cada ano nos Estados Unidos. Hoje em dia, com a diminuição do número de bebês dormindo em decúbito ventral, as mortes por SMSL caíram para menos de três mil ao ano nos EUA (SHELOV; HANNEMANN, 2006).

Caso a criança tenha se alimentado a menos de 1 hora, colocá-la para dormir em decúbito lateral para evitar o risco de vômitos e asfixia.

3.3 Primeiros Socorros em Pediatria

Primeiros socorros são procedimentos de emergência que devem ser aplicados a uma pessoa em perigo de morte, visando manter os sinais vitais e evitando o agravamento ou dano

permanente, até que ela receba assistência definitiva.

A manipulação incorreta da vítima em casos de acidentes, bem como a chamada desnecessária de socorro especializado em emergência são situações que podem ser evitadas se a população tiver um conhecimento adequado a respeito dos primeiros socorros (FIORUC et al., 2008). Nesse sentido, é importante que o profissional de educação infantil tenha conhecimentos adequados sobre o manejo das principais injúrias, sejam elas graves ou não, que podem acometer crianças em uma instituição infantil.

3.3.1 Febre

De acordo com Costa (s.d.), febre é definida como um quadro sindrômico onde há associação de hipertermia, taquicardia, sudorese profusa e calafrios. A temperatura corporal normal varia de 36°C a 37,5°C e pode ser verificada em vários pontos como na via timpânica, oral, retal ou axilar. A escolha da via ocorre levando em consideração a idade e à condição física do cliente, salvo em condições que seja solicitada uma via específica. O termômetro de vidro-mercúrio não é indicado para a verificação da temperatura pela via oral em crianças pequenas pois há risco de quebra. Já a verificação da temperatura pela via timpânica exige um termômetro especial (infravermelho) e pela via retal deve ser evitada quando há lesão anal, hemorróidas ou sangramento (COSENDEY, 2006). Por questões de higiene, segurança e facilidade, a via axilar é a melhor escolha para verificação da temperatura corporal de crianças em uma instituição de educação infantil. O uso de termômetros eletrônicos digitais é atualmente recomendado pela Academia Americana de Pediatria, pois os termômetros de vidro tem risco de quebra e como o mercúrio vaporiza, pode ser inalado a níveis tóxicos (SHELOV; HANNEMANN, 2006).

A hipertermia, aumento da temperatura corporal acima dos limites normais, descreve uma temperatura axilar acima de 36,9°C. O tempo de leitura do termômetro de vidro-mercúrio não deve ser inferior a quatro minutos para se obter um valor correto. (SHELOV; HANNEMANN, 2006). As causas de hipertermia incluem: infecção, traumatismo, neoplasias malignas, discrasias sanguíneas, reações medicamentosas, distúrbios imunológicos, entre outras (COSENDEY, 2006).

A febre por si só não é uma doença. Ela é, geralmente, um sinal positivo de que o

corpo está lutando contra uma infecção, porém, pode fazer a criança se sentir desconfortável. Em crianças, a febre acompanha, com mais frequência, as doenças respiratórias, como o cruque ou a pneumonia, as otites, gripes, resfriados fortes e infecções orofaríngeas bem como infecções intestinais ou urinárias e várias doenças virais. Nas crianças entre seis meses e cinco anos, a febre pode desencadear crises convulsivas, chamadas convulsões febris (SHELOV; HANNEMANN, 2006).

Às vezes, o aumento da temperatura corporal da criança não se deve a uma infecção e sim ao aumento da atividade física, ao uso de muitos agasalhos em um clima quente e úmido ou ao fato de a criança estar em um ambiente muito quente. Nesses casos, a temperatura corporal também pode atingir níveis perigosos (acima de 40,5°C), devendo ser reduzida rapidamente com o alívio de roupas, compressas com água fria, banho morno, uso de ventiladores ou remoção para um local mais fresco (SHELOV; HANNEMANN, 2006). Se a temperatura da criança atingir níveis perigosos, ela deve ser levada imediatamente a um pediatra ou emergência, enquanto realiza-se essas medidas de diminuição da temperatura corporal. Oferecer líquidos à criança é outra medida que deve ser realizada a fim de se evitar a desidratação. É importante lembrar, que nenhuma criança deve ser medicada sem prescrição médica.

Para evitar-se a disseminação de doenças infecto-contagiosas, é importante limpar o termômetro com álcool antes e após o uso.

3.3.2 Convulsões

Segundo Costa (s.d.), convulsão é definida como uma contração muscular generalizada ou localizada, involuntária ou iterativa, ou seja, que se repete várias vezes. Elas podem ser generalizadas ou localizadas em determinados músculos. De acordo com Hockenberry (2006), as convulsões podem ter diferentes causas, porém, as causas mais comuns de convulsões em crianças são epilepsia, infecções agudas ou febre. A maioria das convulsões febris ocorre após os 6 meses de idade e antes dos 3 anos, com maior frequência em crianças com menos de 18 meses. As convulsões febris afetam entre 2 e 5% das crianças até 5 anos de idade, sendo sua maior frequência no sexo masculino, sendo a maioria do tipo simples (80%) ou do tipo complexo (CAPEHORN; SWAIN; GOLDSWORTHY, 2002). A

convulsão febril simples dura menos de que 15 minutos, não se repete durante o mesmo episódio, não é acompanhada de manifestações focais e a criança se recupera completamente dentro de uma hora. A convulsão febril complexa, ora é prolongada (acima de 15 minutos de duração), ora focal, ou ainda, seguida por recuperação incompleta da criança (CAPEHORN; SWAIN; GOLDSWORTHY, 2002). As convulsões desencadeadas por infecções agudas ocorrem mais comumente em lactentes mais velhos e crianças pequenas. Em crianças com mais de 3 anos, a causa mais comum é a epilepsia (HOCKENBERRY, 2006). O estado epilético é uma convulsão isolada que se prolonga por mais de 30 minutos ou uma série de convulsões, entre as quais o paciente não recupera plenamente a consciência (CAPEHORN; SWAIN; GOLDSWORTHY, 2002). Segundo Kawamoto (2002), a pessoa com convulsão pode apresentar; além da perda da consciência e contração involuntária dos músculos acompanhados de movimentos descoordenados; dentes travados, excesso de salivação, evacuação e micção após a crise. Devido à falta de controle sobre os seus movimentos, a pessoa pode cair em qualquer lugar, o que poderá ocasionar ferimentos ou fraturas. No caso de febre, acredita-se que a convulsão é desencadeada pela rápida velocidade com que a temperatura corporal sobe e não pela temperatura elevada.

As principais medidas que devem ser tomadas são as seguintes:

- a) afrouxar as roupas da criança, de modo a facilitar a respiração;
- b) não segurar a criança enquanto ela convulsiona, deixá-la se debater à vontade.
- c) retirar objetos que possam feri-la, como óculos, brinquedos, pedras, etc;
- d) proteger a cabeça com almofada ou forro;
- e) não dar tapinhas no rosto ou jogar água;
- f) não oferecer algo para ela cheirar ou beber durante a crise;
- g) não há problemas em tocar na pessoa durante a crise, pois a epilepsia não é uma doença contagiosa;
- h) não dar nenhuma medicação pela via oral, pois há risco de aspiração;
- i) não colocar pano dobrado ou outro objeto entre os dentes para proteger a língua durante a crise, devido ao risco de asfixia por aspiração desses objetos ou danos nos dentes ou língua;
- j) manter a criança deitada após a crise convulsiva, até que ela esteja consciente;
- k) se necessário, limpar o excesso de saliva.

Para prevenir convulsões desencadeadas por febre, evitar o aumento súbito da temperatura corporal com banho morno ou compressas na temperatura ambiente em regiões

como a testa, axilas e virilha.

3.3.3 Desmaio

Segundo Kawamoto (2002), o desmaio é definido como uma perda de consciência que pode ser causada pela diminuição do nível de glicose no sangue (devido a jejum prolongado, por exemplo), permanência em ambientes pouco ventilados, nervosismo, batidas na cabeça, entre outras. Normalmente, ele é causado por uma má circulação cerebral repentina, provocando: perda de consciência com queda, relaxamento muscular, palidez, bradicardia e respiração superficial. Sintomas que antecedem o desmaio como: tontura, palidez, frio, suor, dificuldade para se manter em pé, entre outros, ocorrem com frequência. É importante reconhecer esses sinais para evitar a queda da vítima.

As principais medidas a serem tomadas são as seguintes:

- a) deitar a pessoa de costas, com a cabeça mais baixa em relação ao restante do corpo, facilitando assim, a chegada do sangue ao cérebro. Não fazer isso no caso de trauma na cabeça;
- b) virar a cabeça da vítima para o lado (exceto nas suspeitas de fratura de cabeça e pescoço) a fim de facilitar a respiração;
- c) verificar se há corpos estranhos nas vias respiratórias e retirá-los conforme as manobras descritas posteriormente;
- d) afrouxar as roupas, se necessário.
- e) nunca tentar acordar uma pessoa desmaiada jogando água fria, sacudindo a cabeça ou tentar colocá-la em pé;
- f) não permitir que a vítima levante ou caminhe logo após recuperar-se de um desmaio.

Para evitar desmaios, nunca se levantar bruscamente da cadeira, cama ou sofá evitando assim queda de pressão arterial; não ficar muito tempo sem se alimentar para evitar diminuição de glicose sanguínea; não permanecer em ambiente pouco ventilado, pois pouca quantidade de oxigênio no ar leva à diminuição de oxigenação cerebral.

3.3.4 Sangramento nasal

Normalmente, o sangramento nasal é de pequena quantidade e pára espontaneamente. As principais causas são o calor excessivo, esforço físico exagerado, uso da unha dentro do nariz, rinite, hemofilia, entre outras.

A seguir, o que fazer no caso de sangramento nasal:

- a) sentar a pessoa com a cabeça inclinada para a frente para facilitar a saída do sangue pelo nariz. Nunca inclinar a cabeça para trás pois a pessoa pode aspirar o sangue ou ter náuseas ou vômitos pelo sangue deglutido;
- b) comprimir o nariz por 10 a 15 minutos;
- c) pode-se colocar compressa de gelo sobre o nariz. Cuidar para não causar queimaduras sobre a pele protegendo a região com um pano;
- d) não permitir que a pessoa assoe o nariz;
- e) não deitar a pessoa, pois assim, dificulta a respiração e aumenta o sangramento (KAWAMOTO, 2002).

3.3.5 Ferimentos superficiais

Segundo Melo e Vasconcelos (2005), trauma é, genericamente, a lesão de um tecido em sua integridade anatômica e vitalidade celular, podendo ser produzido por agentes físicos (mecânicos, térmicos, elétricos e irradiantes), químicos (cáusticos) e biológicos (substâncias venenosas).

Em comparação aos ferimentos em adultos, as que ocorrem em crianças, curam-se rapidamente e as complicações são raras, desde que o tratamento seja adequado (CAPEHORN; SWAIN; GOLDSWORTHY, 2002). A maioria desses ferimentos é de origem extrínseca, acidental e doméstica, sendo que a prevenção e medidas simples de cuidados são a melhor maneira de evitá-los (MELO; VASCONCELLOS, 2005).

Os ferimentos podem ser classificados quanto ao grau de acometimento, em superficiais ou profundos. Os ferimentos superficiais são aqueles que acometem apenas a pele e o tecido celular subcutâneo. Os ferimentos profundos são aqueles que acometem fâscias,

músculos e estruturas nobres, como nervos, tendões, vasos, ossos e vísceras (MELO; VASCONCELLOS, 2005).

Os ferimentos também podem ser classificados quanto à solução de continuidade. Os ferimentos sem solução de continuidade incluem contusões leves, edemas traumáticos, equimoses, hematomas e seromas superficiais. Já os ferimentos com solução de continuidade, ou seja, quando há a divisão anormal de estruturas teciduais orgânicas que anteriormente apresentavam-se contínuas, podem ainda ser classificados quanto à natureza do agente em:

- a) ferida incisa: o agente vulnerante é cortante, produzindo ferida linear e com bordas regulares;
- b) ferida contusa: o agente é de superfície geralmente romba, produzindo feridas irregulares, com bordas traumáticas;
- c) ferida perfurante: o objeto é fino e pontiagudo, produzindo lesão puntiforme ou linear com bordas regulares ou não;
- d) ferida penetrante: o objeto é pontiagudo e penetra numa cavidade natural do organismo;
- e) ferida transfixante: é uma ferida perfurante em que o agente penetra e atravessa um tecido ou órgão em toda a sua espessura (MELLO; VASCONCELLOS, 2005).

3.3.5.1 Ferimentos superficiais com solução de continuidade

Caso a criança tenha sofrido um ferimento superficial com solução de continuidade, deve-se seguir os seguintes passos:

- a) lavar o local com soro fisiológico (cloreto de sódio a 0,9%) ou água corrente e sabão neutro e secar com gaze ou com um pano limpo;
- b) caso ocorra sangramento, comprimir o local com gaze por 2 a 3 minutos;
- c) manter as pernas ou braços elevados caso o ferimento ocorra neles;
- d) nunca tocar a ferida diretamente com os dedos para evitar-se infecção;
- e) não retirar corpos estranhos como farpas e cacos de vidro entranhados nas feridas e que estejam resistentes à remoção;
- f) se o corpo estranho for de fácil remoção, retirá-lo no mesmo sentido em que penetrou a pele e não em sentido contrário pois pode aumentar o tamanho do

ferimento;

- g) não assoprar o local da ferida para evitar-se contaminação;
- h) após a limpeza da ferida, não cobri-la diretamente com esparadrapo, deve-se cobri-la com gaze estéril ou curativos próprios para esta finalidade como o “band-aid” (KAWAMOTO, 2002).

Após realizado esse primeiro atendimento, deve-se observar o tamanho do ferimento e a presença de corpo estranho pois caso tenha necessidade de sutura ou remoção de corpo estranho, a criança deverá ser encaminhada a um atendimento médico imediatamente.

A limpeza de rotina com solução fisiológica constitui-se um meio simples e eficaz para diminuir a concentração bacteriana (CAPEHORN; SWAIN; GOLDSWORTHY, 2002). O uso de iodo ou outra solução anti-séptica não é indicado pois têm pouco valor protetor e podem trazer mais dor e desconforto à criança (SHELOV; HANNEMANN, 2006). O curativo deve ser trocado diariamente, podendo ser no horário do banho, ou sempre que for necessário (quando estiver úmido, apresentando secreção ou sujidade). É importante manter o curativo seco e limpo para evitar infecção.

Se as vacinas da criança estiver em dia, não é necessário realizar vacina contra tétano. No entanto, se a criança não tiver recebido um reforço da vacina anti-tetânica nos últimos cinco anos, é importante levá-la a um posto de saúde.

3.3.5.2 Ferimentos superficiais sem solução de continuidade

Os ferimentos sem solução de continuidade geralmente são o resultado de uma batida forte que não apresenta divisão anormal de estruturas teciduais orgânicas que anteriormente apresentavam-se contínuas como, por exemplo, o hematoma ou “mancha roxa” que é o resultado da acumulação do sangue entre os tecidos. Nesse caso, deve-se seguir as orientações abaixo:

- a) lavar o local com água corrente e sabão e secar com gaze ou com um pano limpo;
- b) manter as pernas ou braços elevados caso o ferimento ocorra neles;
- c) se a batida não causar ferimento na pele, pode-se aplicar gelo dentro de um saco plástico envolvido em um pano. A aplicação do gelo não deve ultrapassar 20 minutos por vez, pois do contrário poderá causar lesão na pele (WILLENS, 2005).

Repete-se esse procedimento durante as primeiras 24 horas. Após esse período, aplica-se calor pois o objetivo do tratamento agora é dissolver o coágulo e não mais parar o sangramento dos vasos sanguíneos;

- d) não colocar uma faca sobre o “galo na cabeça” pois a criança poderá querer repetir esse gesto e causar acidentes graves (KAWAMOTO, 2002).

Caso a batida tenha ocorrido na cabeça, é necessário levar a criança a um atendimento médico para avaliar-se a gravidade da lesão.

O entorse é uma torção da articulação que provoca lesões nos ligamentos (estrutura que sustenta uma articulação). O entorse é acompanhado por inchaço no local, dor e dificuldade de movimentar o membro afetado. O que fazer?

- a) elevar o membro afetado e mantê-lo em repouso;
- b) não apoiar o pé do membro afetado no chão;
- c) aplicar compressas de gelo durante 48 horas e após aplicar compressas quentes (KAWAMOTO, 2002).

3.3.6 Corpos estranhos no nariz, ouvido ou olhos

Um acidente que ocorre frequentemente em crianças é a introdução de objetos pequenos dentro do nariz, ouvido ou olhos. Se o objeto estiver dentro do nariz, deve-se seguir as seguintes recomendações:

- a) pedir para a criança assoar o nariz cuidando para ela, respirar forte;
- b) pingar óleo morno no nariz e pedir para ela assoar o nariz;
- c) se o corpo estranho não sair, encaminhar a um atendimento de urgência, nunca tentar retirar o objeto com o dedo ou outros instrumentos pois poderá empurrá-lo ou machucar a mucosa nasal.

Caso o objeto esteja dentro do ouvido:

- a) deitar a criança com o ouvido afetado voltado para cima, pingar óleo morno e virar a cabeça para o lado contrário após alguns minutos, facilitando, assim, a saída do corpo estranho;
- b) caso o corpo estranho seja um inseto vivo, aproximar o ouvido afetado próximo a uma fonte de luz, facilitando assim, a saída do inseto que voará em direção à

clareza;

- c) assim como no nariz, não tentar retirar o objeto ou inseto do ouvido com cotonete, palito, grampo ou outro objeto, pois esse ato poderá perfurar o tímpano da criança (KAWAMOTO, 2002).

Mesmo que a literatura recomende o uso de óleo morno nas cavidades nasais e auriculares, não é aconselhável que o educador infantil realize esse procedimento pelo risco de o óleo estar em uma temperatura que possa causar queimaduras na criança.

A introdução de corpos estranhos nos olhos é algo extremamente perigoso podendo levar ao trauma ocular e cegueira. Caso a criança introduza algum objeto nos olhos, deve-se lavar os olhos com soro fisiológico ou água corrente e evitar a manipulação excessiva, a qual pode agravar muitas vezes o quadro. A retirada de um corpo estranho deve ser realizada por um oftalmologista, pois eles possuem treinamento e aparelhagem para a realização do procedimento.

É importante lembrar que a prevenção, é sempre a melhor forma de evitar qualquer injúria que possa acometer uma criança.

3.3.7 Acidentes na boca ou garganta

Muito comum, em crianças, são os acidentes na boca ou garganta como quebra ou queda de dentes, sangramento na boca por causa de alguma queda ou aspiração de corpo estranho. No caso de perda de dentes, deve-se:

- a) colocar o dente quebrado ou que caiu dentro de um frasco limpo com soro fisiológico ou leite, evitando assim, sua desidratação e possibilitando que o dente possa ser reimplantado, se for o caso;
- b) pode-se tentar colocar o dente novamente no orifício da gengiva caso ele tenha caído inteiro;
- c) levar a criança ao dentista, o mais rápido possível, com o dente para que possa ser reimplantado. Para o reimplante ter sucesso, é necessário que ocorra dentro de no máximo 1 hora;
- d) caso o dente caia em local sujo, não lavá-lo nem tentar retirar a sujeira pois isso poderá danificar a estrutura dentária e impossibilitar o reimplante;

- e) se houver sangramento na boca, comprimir o local com gaze ou pano limpo por 5 minutos e após fazer compressas frias (KAWAMOTO, 2002).

De acordo com Taddei, et al. (2006), a criança que aspira um corpo estranho pode apresentar tosse, ruídos respiratórios, taquipnéia e cianose. Nesse caso deve-se:

- f) estimular a criança a tossir;
- g) não oferecer nenhum alimento a ela;
- h) não colocar os dedos na garganta da criança sem estar vendo o objeto pois pode introduzi-lo ainda mais na sua via aérea. Se for possível visualizar o objeto, pode-se tentar retirá-lo utilizando os dedo polegar e o indicador, como em um movimento de pinça.

Se a criança é menor de 1 ano de idade e não consegue tossir, falar ou chorar e está apresentando coloração arroxeadada na pele, é necessário iniciar manobras de desobstrução de vias aéreas, conforme a ilustração a seguir:



Fig.1- Primeiro passo da manobra de desobstrução de vias aéreas - Coloque o bebê, com o rosto virado para baixo, em seu antebraço, mantendo-o de cabeça para baixo, com a cabeça e o pescoço estabilizados. Descanse seu antebraço firmemente contra seu próprio corpo, para firmar melhor. Se o bebê for grande, segure-o com a face virada para baixo, sobre seu colo, com a cabeça mais baixa que o tronco, segurando firmemente, em vez de usar a posição anterior.

Fonte: SHELOV; HANNEMANN, 2006.



Fig.2- Segundo passo da manobra de desobstrução de vias aéreas - Dê cinco golpes rápidos nas costas da criança com o punho, entre as escápulas.

Fonte: SHELOV; HANNEMANN, 2006.



Fig.3- Terceiro passo da manobra de desobstrução de vias aéreas - Se a criança ainda não estiver respirando, vire-a, colocando-a em decúbito dorsal, apoiada sobre uma superfície firme. Realize cinco compressões torácicas rápidas sobre o esterno, usando somente dois dedos. Caso essas manobras não sejam efetivas, solicite atendimento médico de emergência.

Fonte: SHELOV; HANNEMANN, 2006.

Se a criança tiver mais de um ano, inicia-se com compressões abdominais, conforme as ilustrações abaixo:



Fig.4 - Primeiro passo da Manobra de Heimlich - Aplique uma série de até cinco compressões abdominais rápidas, até que o corpo estranho seja expulso. Se a criança for pequena, coloque-a na posição de decúbito dorsal. Uma criança maior e mais velha pode ficar em pé ou sentada.
Fonte: SHELOV; HANNEMANN, 2006.

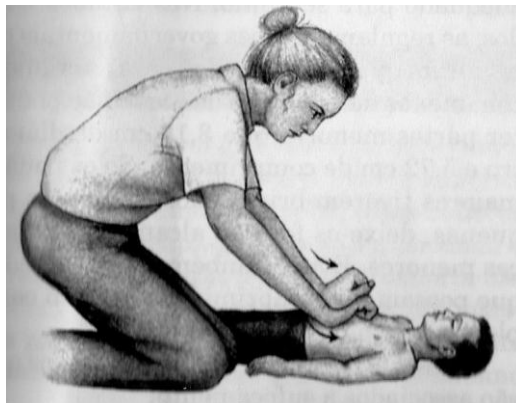


Fig.5- Segundo passo da Manobra de Heimlich - Se a criança estiver deitada no chão, ajoelhe-se aos seus pés e coloque o punho de uma de suas mãos no centro de seu corpo entre o umbigo e caixa torácica. Coloque a outra mão sobre a primeira, conforme a figura acima. Faça uma pressão sobre o abdômen com um impulso rápido para cima e para dentro. Os impulsos devem ser realizados com delicadeza em uma criança pequena. Não hesite em pedir socorro caso as manobras acima não sejam efetivas (SHELOV; HANNEMANN, 2006).
Fonte: SHELOV; HANNEMANN, 2006.

Quando a criança volta a respirar sozinha depois de um episódio de sufocamento provavelmente não sofrerá nenhum dano a longo prazo. Porém, quanto mais tempo a criança ficar sem oxigênio, maior o risco de lesão permanente. Em geral, quando o cérebro fica sem oxigênio por mais de quatro minutos, pode ocorrer dano cerebral permanente ou até mesmo a morte. Geralmente, um episódio de sufocamento é seguido por tosse persistente, gemidos, sibilância, salivação excessiva ou dificuldade para engolir ou respirar, podendo significar que algum objeto ainda esteja bloqueando parcialmente a via aérea (SHELOV; HANNEMANN, 2006). Mesmo que o corpo estranho tenha sido eliminado pela criança, ela deve ser encaminhada a um atendimento médico de urgência.

3.3.8 Soluços

Soluços são contrações do músculo diafragma provocado pela irritação do nervo frênico. Pode ocorrer devido à ingestão de líquidos ou comida em excesso, retenção de gases no estômago ou intestino, frio, ingestão de líquidos gelados, muito quentes ou com muito gás. As medidas adotadas nesse caso, são as seguintes:

- a) aquecer a criança;
- b) caso a criança entenda, orientá-la para prender a respiração ou para inspirar e expirar em um saco de papel preso à boca e ao nariz, pois aumenta a taxa de gás carbônico no organismo e elimina o soluço (KAWAMOTO, 2002).

3.3.9 Fraturas

Fratura é uma ruptura na continuidade do osso e é definida de acordo com seu tipo e extensão. Ela ocorre quando um osso está sujeito a um estresse maior do que ele pode absorver. Podem ser causadas por impacto direto, força de esmagamento, movimentos de torção súbitos ou contrações musculares extremas. As estruturas adjacentes ao osso também são afetadas, o que resulta em edema de tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxações articulares, tendões rompidos, nervos e vasos sanguíneos lesados. Os

fragmentos da fratura ainda podem causar lesão em algum órgão corporal. Os tipos de fraturas são os seguintes:

- a) fratura completa: envolve uma quebra em todo o perímetro do osso e frequentemente se desloca de sua posição normal;
- b) fratura incompleta: também chamada de “galho verde”, a ruptura ocorre apenas em parte do perímetro do osso;
- c) fratura cominutiva: produz vários fragmentos ósseos;
- d) fratura fechada: também chamada de fratura simples, não provoca ruptura na pele;
- e) fratura aberta: também chamada de composta ou complexa, é aquela em que a ferida da pele ou mucosa se estende até o osso fraturado. Podem ser de grau I quando são limpas com menos de 1cm de comprimento. O grau II é uma ferida maior sem lesão extensa dos tecidos moles. Já a fratura aberta de grau III é altamente contaminada, apresentando lesão extensa de tecidos moles e é considerada a mais grave (LIDDEL, 2005).

Uma fratura em uma criança é diferente daquela de um adulto, porque os ossos jovens são mais flexíveis e têm uma cobertura mais espessa, o que faz com que absorvam melhor o impacto, raramente necessitando de correção cirúrgica (SHELOV; HANNEMANN, 2006). Dentre as manifestações clínicas da fratura encontram-se a dor, perda da função, deformidade, encurtamento do membro, crepitação, equimose e edema, podendo nem todas estar presentes em todas as fraturas (LIDDEL, 2005). Nesse caso, deve-se:

- a) observar se há sangramento e mexer o mínimo possível com o local fraturado;
- b) aplicar bolsa de gelo no local, se não for fratura exposta (o osso fraturado atravessa o músculo e a pele e expõe-se para o exterior);
- c) imobilizar o membro, inclusive as articulações mais próximas, com tala própria ou improvisar com tiras de pano ou papelão antes de transportá-lo à um Pronto Socorro;
- d) se for fratura de perna, manter o membro elevado e apoiado sobre almofadas no trajeto até o atendimento médico;
- e) nunca tentar recolocar o osso ou articulação no lugar;
- f) não colocar nenhuma medicação como antissépticos ou pomadas sobre a fratura (KAWAMOTO, 2002).
- g) Se a fratura for aberta, cobrir a ferida com um curativo limpo para evitar a contaminação dos tecidos moles.

3.3.10 Alergias

De acordo com Costa (s.d.), a alergia é descrita como a hipersensibilidade de um organismo a uma substância normalmente inofensiva chamada de alérgeno. O alérgeno pode ser pêlos de animais, pólen, poeira, leite, frutas ou outros alimentos, entre outros.

Os primeiros contatos do alérgeno com o organismo predisposto à alergia fazem aparecer anticorpos específicos ao alérgeno que se torna um antígeno. Quando a reação alérgica é desencadeada há liberação de histamina, uma substância que tem a propriedade de estimular a contração dos músculos lisos (dos brônquios, artérias, intestino, etc) e de aumentar a permeabilidade dos vasos capilares, formando edemas (na pele, em forma de urticárias).

As alergias podem se manifestar através da asma ou bronquite, reações na pele ou intolerância a alimentos ou medicamentos. Uma crise de asma pode ser desencadeada por poluentes do ar (fumaça do cigarro ou cheiro de tinta), poeira, ácaros, baratas, pêlo de animais, grama, pólen, mofo, exercício, inalação de ar frio e até por certos medicamentos e alimentos. Ela pode ser identificada quando a criança apresenta dificuldade respiratória, tosse, sibilos expiratórios, dor no tórax, dificuldade para falar, dispnéia, retrações costais.

Durante uma crise asmática, deve-se manter a criança sentada e orientá-la a expirar (soltar o ar) lentamente e providenciar a medicação que ela costuma receber. Caso a criança esteja apresentando a boca ou os dedos arroxeados, encaminhá-la a um recurso de saúde o mais rápido possível;

Durante uma crise alérgica de outra procedência, agir da seguinte maneira:

- a) lavar a pele com água e fazer compressas frias caso apresente-se avermelhada e/ou com coceira;
- b) se a criança tiver uma medicação anti-alérgica prescrita pelo médico, dar a medicação a ela. Caso não haja melhora, encaminhá-la a um atendimento médico;
- c) não oferecer leite ou outros produtos com o objetivo de diminuir a alergia (KAWAMOTO, 2002).

3.3.11 Picadas de insetos

As picadas de insetos podem provocar reações como coceira, vermelhidão local, dor intensa no local, infecção, reação alérgica grave e até transmissão de doenças como dengue e malária. Diante de um quadro de picada de inseto:

- a) fazer compressas frias para aliviar a coceira e o ardor;
- b) retirar os ferrões de insetos sem romper a bolsa de veneno, pressionar a região para sair o sangue com o veneno e fazer compressas frias;
- c) se for carrapatos, passar óleo no local para soltar os carrapatos. Não puxar o carrapato sem passar o óleo pois parte dele poderá se encravar;
- d) evitar coçar o local para evitar infecção na área afetada (KAWAMOTO, 2002);
- e) nas manifestações clínicas mais intensas como: dificuldade para respirar, palpitações, vômitos, perda de consciência ou convulsões, a criança deve ser encaminhada rapidamente a um atendimento médico de urgência (TADDEI et al., 2006).

3.3.12 Afogamento

Segundo Taddei, et al. (2006), afogamento é a sufocação por imersão na água. Representa a maior causa de morte acidental em crianças, sendo que no primeiro ano de vida, o banho é a causa de maior frequência. No caso de criança afogada, proceder da seguinte maneira:

- a) retira-se a criança da água o mais rápido possível;
- b) verifica-se se ela está respirando por si mesma;
- c) caso a criança não responda a um estímulo tátil ou ao chamado, ela deve ser imediatamente levada a um serviço médico de urgência.

Qualquer criança que esteve perto de se afogar deve passar por um exame médico completo, mesmo que pareça estar bem. Se ela parou de respirar, perdeu a consciência ou inalou água, ela deverá permanecer sob observação médica para que se tenha certeza que não houve nenhum dano aos sistemas respiratório ou nervoso (SHELOV; HANNEMANN, 2006).

É importante lembrar que a prevenção é a melhor maneira de evitar acidentes com crianças.

3.3.13 Ingestão de substâncias tóxicas

A ingestão de substâncias tóxicas ocorre quando a criança engole, acidentalmente, substâncias como produtos de limpeza e higiene. Quando essas substâncias são ingeridas, atingem o sistema digestivo levando a lesões graves ou, se absorvidas, ocasionar intoxicação. Nesse caso, deve-se:

- a) se suspeitar desse acontecimento, a criança deve ser encaminhada imediatamente ao pronto-socorro;
- b) não deve-se provocar vômitos em nenhum momento (TADDEI et al., 2006).

3.3.14 Queimaduras

De acordo com Taddei, et al. (2006), as queimaduras podem ser de três tipos: primeiro, segundo ou terceiro graus. As queimaduras de primeiro grau são as leves, que se manifestam com vermelhidão e/ou inchaço na pele. As de segundo grau causam bolhas, dor e inchaço na pele. As de terceiro grau são graves e a pele se apresenta esbranquiçada ou carbonizada e a criança não sente dor devido à lesão nos nervos, e nesse caso, a criança deve ser encaminhada ao pronto-socorro. O que fazer com a criança queimada?

- a) lavar a área queimada com água corrente em temperatura ambiente com o objetivo de esfriar a pele e diminuir a dor;
- b) não usar gelo ou água gelada;
- c) colocar água fria sobre os tecidos que estão sobre a região queimada ou em volta dela. Remover com cuidado a roupa, sem puxar os pedaços que estiverem aderidos à pele. Se necessário, recortar a roupa ao redor da ferida;
- d) secar o local com um pano limpo (não usar algodão, pois solta fiapos);
- e) não utilizar nenhuma medicação caseira ou talco, manteiga, creme dental, pomada

- ou outros produtos;
- f) não romper as bolhas, caso haja;
 - g) dar bastante água à criança para evitar desidratação. Utilizar analgésicos previamente prescritos e com autorização dos pais caso a criança sinta dor;
 - h) para diminuir o inchaço, deixar a parte queimada mais alta em relação ao resto do corpo;
 - i) levar a criança imediatamente a um atendimento médico.

3.3.15 Mordidas por seres humanos

De acordo com Shelov e Hannemann (2006), as crianças geralmente sofrem mordidas pelos irmãos ou colegas. Muitas crianças em idade pré-escolar mordem outras por frustração ou raiva. Como a gengiva e a placa dentária humanas possuem microrganismos patogênicos, todas as mordidas humanas devem receber atenção especial pois a demora no tratamento aumenta o risco de infecção. Caso a criança tenha sido mordida por outra pessoa, é necessário avaliar a gravidade da lesão, ou seja, se os dentes da pessoa que mordeu perfuraram a pele ou se o tamanho da lesão é grande o suficiente para necessitar de pontos. Se a laceração tiver menos que 0,5 cm de comprimento, a ferida poderá ser tratada em casa, lavando-a vigorosamente com água e sabão e aplicando, em seguida, um curativo para estancar o sangramento. As aplicações de gelo minimizam o desconforto e a dor. O aumento da dor ou do eritema no local da ferida são indicações para levar a criança a um atendimento médico, assim como as feridas maiores de 0,5 cm. Também é necessário conferir se as vacinas anti-tetânica e contra hepatite B estão em dia (HOCKENBERRY,2006).

Apesar da gravidade de cada situação, para realizar os primeiros socorros em uma criança é essencial agir com calma, evitando o pânico. É muito importante agir rapidamente, porém dentro dos limites, sempre transmitindo confiança, tranquilidade e segurança à criança. Nunca deve-se esquecer de colocar luvas sempre que for necessário tocar em secreção, mucosas, feridas, etc.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um projeto de desenvolvimento que, conforme Goldim (2000), é decorrente de uma pesquisa prévia. O autor ainda refere que este tipo de projeto é integrado por etapas metodológicas previstas com o objetivo de sistematizar e organizar as atividades necessárias à elaboração de materiais instrucionais.

4.2 Elaboração do Manual

A elaboração do manual foi guiada pela proposta de Echer (2005) e seguiu os seguintes passos

- a) elaboração do projeto de desenvolvimento;
- b) revisão de literatura especializada em busca de conhecimento científico sobre o assunto;
- c) montagem de um manual piloto segundo a revisão de literatura utilizando linguagem simples;
- d) qualificação do manual piloto distribuindo-o entre sujeitos de uma amostra intencional.

Conforme Echer (2005), essa última etapa compreende submeter o material construído à avaliação de outros profissionais, inclusive de outras áreas, valorizando as diferentes opiniões e enfoques sobre o assunto, visando construir algo que realmente atenda suas expectativas e necessidades.

4.3 Qualificação do Manual

Para a qualificação do material, a amostra foi intencional constituída por profissionais de enfermagem e da área da educação que atuam na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e também por profissionais que trabalham na educação infantil (creches ou pré-escolas da UFRGS), todos concordantes em participar do estudo. Acreditou-se que com 09 avaliadores teríamos o resultado esperado. Caso fosse necessário, seria ampliado o número de avaliadores. Assim sendo, foram contatados:

- a) 02 enfermeiros;
- b) 02 pedagogos;
- c) 05 profissionais que trabalham em creche ou pré-escola.

No total, o material foi avaliado por 08 pessoas, pois um dos manuais não foi devolvido.

O critério de inclusão dos participantes foi a experiência em atividades com crianças na faixa etária até 6 anos. Os critérios de exclusão foram experiência inferior a 6 meses e a não concordância em participar do estudo. Acreditou-se que, com pouca experiência, o profissional poderia sentir-se inseguro na avaliação do manual.

4.4 Coleta dos Dados

No momento da entrega do material aos sujeitos da amostra, foi explicado o objetivo do estudo e a importância de sua participação para a qualificação do manual. Juntamente com o manual piloto, os participantes da pesquisa receberam um instrumento (Anexo A) com perguntas sobre o conteúdo do material bem como sua organização. Os participantes tiveram liberdade de corrigir o material e fazer as considerações necessárias para a sua melhoria.

4.5 Análise dos Dados

A análise dos dados dos questionários foi realizada através de tabulação das respostas obtidas, e as sugestões, quando pertinentes, foram acrescentadas ao texto. A versão final do manual foi obtida a partir da revisão do manual piloto (BATASSINI, 2009).

4.6 Aspectos Éticos

Foi oferecido aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para registrar sua participação no estudo e garantir o anonimato, de acordo com a Resolução 196 que prevê as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996a). Também estava assegurado o direito do (a) participante em retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para a sua pessoa. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO B) e pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO C).

5 RESULTADOS

O quadro a seguir apresenta as sugestões dadas pelos profissionais que fizeram parte da etapa de qualificação do manual.

Nº Questionário	Sugestões
01	Não houve sugestões.
02	Quanto à linguagem utilizada; redução no tamanho dos textos; aumento do número de gravuras. Algumas modificações ao longo dos textos.
03	Quanto à linguagem utilizada; inclusão de assuntos como momentos de higiene, banho, manejo quanto à escabiose e pediculose.
04	Quanto à linguagem utilizada; tamanho maior da letra.
05	Não houve sugestões.
06	Não houve sugestões.
07	Quanto ao estilo da letra e salienta uma contradição existente no manual quanto ao uso do talco.
08	Não houve sugestões.
09	Formulário não devolvido

Quadro 2 – Sugestões dos participantes da qualificação do manual

Todos os participantes acharam que as informações contidas no manual são importantes e que a leitura do manual contribuiu para diminuir suas dúvidas. Todos os participantes também consideraram que as informações contidas no manual favorecem a realização dos cuidados de crianças de zero a seis anos.

Convém ressaltar que as sugestões, quando pertinentes, foram utilizadas no manual. As sugestões referentes à inclusão do manejo frente a situações de crianças com escabiose ou pediculose não foi atendida, pois não se enquadra em nenhum dos temas abordados no manual. Porém seria interessante que fosse elaborado outro material que abordasse esses assuntos.

Frente a estes resultados foi elaborada a nova versão do manual intitulado “Prevenção de Doenças Infecto-contagiosas, Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros: orientações para profissionais da educação infantil”.

O manual, configurado em formato livreto frente e verso pronto para impressão, está disponível em um arquivo anexo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia proposta por Echer (2005), a qual foi utilizada na elaboração do manual, certamente foi muito importante para a concretização desse trabalho, pois a descrição dos passos a serem seguidos facilitou bastante a elaboração de um manual que realmente atendesse as expectativas do público-alvo, no caso, os profissionais da educação infantil.

Na primeira etapa do estudo, na revisão de literatura, encontro-se dificuldades em localizar livros ou artigos sobre primeiros socorros, principalmente no que se refere a primeiros socorros em pediatria, sendo a literatura muito escassa nesse assunto.

Na etapa da construção do manual piloto - criado a partir da revisão de literatura – obteve-se dificuldade de apresentá-lo em uma linguagem acessível, a fim de que o conteúdo fosse compreendido por pessoas leigas que não tivessem conhecimento dos termos técnicos utilizados na área da saúde. Outra dificuldade encontrada foi em relação ao “layout” do manual, encontrar um que fosse bem atrativo e com ilustrações que auxiliassem na compreensão das informações.

A etapa de qualificação do manual por profissionais de diferentes áreas, o qual foi submetido após sua elaboração, foi de extrema importância para a concretização de um manual que realmente atendesse às necessidades dos educadores infantis. Foram poucas as sugestões, entretanto, importantes para a qualificação. As reformulações sugeridas pelos profissionais da área da enfermagem foram pertinentes, pois abordaram detalhes importantes que não haviam sido contemplados no manual piloto. As principais sugestões dos profissionais da educação infantil foram quanto à linguagem, pois solicitavam uma linguagem compreensiva e com menos uso de termos técnicos. Todas as sugestões, quando pertinentes, foram acrescentadas ou reformuladas no texto.

Outra dificuldade encontrada, ainda na etapa de qualificação, foi quanto à devolução do manual piloto, pois muitos participantes esqueciam o dia combinado ou pediam mais tempo para a leitura. Em função disso, alguns participantes chegaram a necessitar de 3 semanas para a devolução do material revisado, enquanto que o combinado foi de 1 semana. Dos 9 manuais distribuídos, 1 não foi devolvido, ficando a amostra totalizada em 8 participantes.

Apesar das dificuldades encontradas, foi uma experiência bastante enriquecedora e um aprendizado incomparável.

Ressalta-se, porém, a importância de novos estudos que resulte em outros manuais direcionados a esse grupo de profissionais que passam em torno de 8 horas diárias em contato e cuidando de crianças.

Como forma de divulgação do manual, este será oferecido gratuitamente às pessoas que ajudaram em sua qualificação. Visto que a monografia ficará disponível no Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (LUME) – portal de acesso que reúne os documentos digitais gerados na universidade para sua preservação e divulgação – o manual poderá ser reproduzido por aqueles que tiverem interesse.

Espera-se que esse manual possa auxiliar os profissionais da educação infantil e que possa ser utilizado como um recurso de aprendizagem ou esclarecimento de dúvidas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Roberta C P; VERÍSSIMO, Maria D R. Os educadores de creche e o conflito entre cuidar e educar. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. 2007;17(1):13-25. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-462452>> Acesso em: 06 set. 2009.

BATASSINI, Erica. Elaboração de um manual de orientações sobre cirurgia de valvas cardíacas para pacientes e familiares. *In*: SILVEIRA, Denise Tolfo; MARTINATO, Luisa Helena Machado; BRONDANI, Stephani Catherini Paz. (Org.). **Coletânea de trabalhos de conclusão do Curso de Enfermagem: primeiro semestre de 2009**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 1 CD-ROM. p.1-39.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**. *In*: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996a. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 10 set. 2009.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 10 set. 2009.

_____. _____. Secretaria de Educação Fundamental. Departamento de Política da Educação Fundamental. Coordenação Geral de Educação Infantil. **Referencial curricular nacional para a educação infantil**. Brasília: MEC, 1998. 3 v.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Datasus**. Brasília: 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/infuf.def>>. Acesso em: 06 nov. 2009.

_____. _____. Portal da Saúde. **Plano Nacional de Imunização**. Brasília: 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462>. Acesso em: 06 nov. 2009.

_____. _____. Portal da Saúde. **Orientações Sobre a Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais**. Brasília: 2010. Disponível em: <dab.saude.gov.br/docs/geral/orientacoes_pse.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2010.

BUJES, Maria Isabel Edelweiss. Escola infantil: pra que te quero? *In*: CRAIDY, Carmem; KAERCHER, Gládis E. **Educação Infantil: pra que te quero?** Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. 164 p. p. 13-22.

CAPEHORN, DMW; SWAIN, AH; GOLDSWORTHY, LL. Emergências no ambulatório. *In: _____*. **Manual de acidentes e emergências em pediatria** – guia baseado na sintomatologia. 1.ed. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda, 2002. 380p. p.21-182.
COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de. Doenças infecto-contagiosas. *In: _____*. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2002. 352p. p.298-300.

COSENDEY, Carlos Henrique et al. (Trad.) Técnicas fundamentais do exame físico. *In: _____*. **Semiologia: bases para a prática assistencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 424 p. p.33-34.

COSTA, Francisco Mario Viceconti (Coord). **Grande dicionário de enfermagem atual**. Rio de Janeiro: Revisão Editorial Ltda. E R.B.E Editorial Ltda, s.d. 451 p. p.218

DONEGAN, Nancy E. Tratamento de pacientes com doenças infecciosas. *In: SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G.* **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 4v. 2420p. p.2237-2241.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.5, p.754-7, 2005.

FIORUC, Bianca Elisabete et al. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.3, p.695-702, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a15.pdf>>. Acesso em: 15 nov.2009.

GOLDIM, José Roberto. A montagem do projeto. *In: _____*. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. p. 32-36.

GONÇALVES, F.D. et al. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100014&lang=pt>. Acesso em: 06 set. 2009.

HOCKENBERRY, Marilyn. Promovendo o crescimento e o desenvolvimento ideais. *In: _____*. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1303 p. 286-292.

_____. Promoção da saúde de crianças de 1 a 3 anos e de sua família. *In: _____*. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1303 p. 333-339.

_____. Promoção da saúde do pré-escolar e de sua família. *In:* _____. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1303 p. 409-411.

KAISER, Dagmar E. Saúde em instituições de atendimento e educação infantil. *In:* CRAIDY, Carmen Maria (Coord.). **Caderno para educadores das instituições de atendimento e educação infantil**. Porto Alegre, 1997.

KAWAMOTO, Emilia Emi. **Acidentes:** como socorrer e prevenir. São Paulo: EPU, 2002. 110 p.

LIDDEL, Dorothy B. Tratamento de pacientes com distúrbios musculoesqueléticos. *In:* SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 4v. 2420p. p.2199-2201.

MEIRELES, Carlos; HERGY, Fátima; MOUSINHO, Maria Cristina; AFONSO, Sofia; ROSADO, Catarina. Caracterização da pele infantil e dos produtos cosméticos destinados a esta faixa etária. *Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 2007; (4) 1: 73-80. Disponível em: < <http://revistas.lusofona.pt/index.php/revistasaude/article/view/700/0>>. Acesso em: 22 mar. 2010.

NUNES, Magda Lahorgue et al . Orientações adotadas nas maternidades dos hospitais-escola do Brasil, sobre posição de dormir. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300038&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2010.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria municipal de saúde. Coordenadoria geral de vigilância em saúde. Equipe de vigilância de serviços e produtos de interesse à saúde. **Manual de orientação para organização e funcionamento das escolas de educação infantil**. Porto Alegre: 2007.

SILVA, Conceição Vieira; SABATÉS, Ana Llonch. Promoção da saúde do pré-escolar e sua família. *In:* KALINOWSKI, Carmen Elizabeth; OLIVEIRA, Maria Emélia; RIBEIRO, Nair Regina Ritter (Coord.). **Programa de atualização em enfermagem:** saúde da criança e do adolescente: PROENF. Ciclo 2, módulo 1. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2007. 151 p. 9-26.

SHELOV, Steven P; HANNEMANN, Robert E. Emergências. *In:* _____. **Cuidando de seu filho do nascimento aos cinco anos**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 784 p. 509-532.

_____. Cuidados com a criança enquanto a mãe trabalha. *In:* _____. **Cuidando de seu filho do nascimento aos cinco anos**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 784 p. 421-453.

TADDEI, José Augusto de A. C. (Org.). **Manual crecheeficiente**: guia prático para educadores e gerentes. Barueri, SP: Minha Editora, 2006. 305 p.

WILLENS, Joice S. Tratamento da dor. *In:* SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 4v. 2420p. p.230-264.

ZANETELLO, Margery Bohrer; RIBEIRO, Nair Regina Ritter; PERRONE, Solanger Graciana Paulão. Consulta de enfermagem e a promoção da saúde do lactente. *In:* KALINOWSKI, Carmen Helizabeth; OLIVEIRA, Maria Emília; RIBEIRO, Nair Regina Ritter. **Programa de atualização em enfermagem**: saúde da criança e do adolescente: PROENF. Ciclo 1, módulo 3. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2007. 155 p. 57-95.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos convidando você a participar de um estudo intitulado **“Elaboração de um Manual de Orientações sobre Primeiros Socorros, Vacinação e Prevenção de Acidentes em Pediatria para Profissionais da Educação Infantil”**, cujo objetivo é construir um manual educativo para profissionais da educação infantil contendo informações sobre cuidados em saúde de crianças de zero a seis anos de idade visando orientá-los e auxiliá-los no cuidado para com elas. Esse estudo foi elaborado pela aluna Bianca Knevit Coste e pela Profª Drª Nair Regina Ritter Ribeiro da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Sua participação consiste na leitura do manual e preenchimento de um questionário com informações sobre a qualidade do material. Você terá a liberdade de corrigir o material e fazer as considerações necessárias para a sua melhoria.

Os direitos dos participantes serão preservados, uma vez que será mantido o anonimato, bem como estará assegurado o direito do (a) participante em retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para a sua pessoa.

Esse documento foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS. Qualquer dúvida sobre a questão ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê através do telefone: (51) 33083629.

Eu, _____ RG _____, aceito participar deste estudo. Declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada a respeito do objetivo da pesquisa; da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo a minha pessoa, a garantia de requerer resposta a qualquer dúvida e a segurança de que não serei identificado (a) no estudo.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

Telefones para contato com Bianca Knevit
Costa: (51) 34889556 ou (51) 93356023 e
Profª Nair Regina Ritter Ribeiro: (51) 21018596
Ou (51) 33407317

Data: ____/____/____

ANEXO A - Questionário¹

Qualificando estas orientações

Gostaríamos de qualificar as informações do manual “**Prevenção de Doenças Infecto-contagiosas, Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros: orientações para profissionais da educação infantil**” e para isso, as suas sugestões serão muito importantes. Contamos com sua colaboração respondendo este questionário.

1. As orientações contidas neste manual:

são importantes são pouco importantes não são importantes

2. A linguagem usada neste material é:

acessível pouco acessível não é acessível

O que pode ser melhorado? _____

3. A leitura deste manual contribuiu para diminuir suas dúvidas?

contribuiu contribuiu pouco não contribuiu

O que pode ser acrescentado ou melhorado? _____

4. A quantidade de informações está:

adequada pouco adequada não está adequada

O que pode ser modificado? _____

¹ Instrumento adaptado do manual de ECHER, I. C. *et al.* **Vamos falar sobre neutropenia: orientações para pacientes e seus familiares.** Porto Alegre: HCPA, 2009.

5. O manual dispõe de muita informação? Seu tamanho:

é adequado é pouco adequado não está adequado

6. O tamanho e estilo da letra do manual:

são adequados são pouco adequados não estão adequados

7. A forma de disposição das informações no texto:

é adequada é pouco adequada não está adequada

O que pode ser modificado?

8. As gravuras do manual contribuem para o melhor entendimento do texto?

Sim Não Às vezes

9. As informações são facilmente localizadas no manual?

Sempre Na maioria das vezes Raramente

10. Você considera que as informações contidas no manual favorecem a realização dos cuidados em saúde de crianças de zero a seis anos?

Sim Não Às vezes

Por quê? _____

Este espaço está reservado para suas sugestões, que nos auxiliarão a melhorar este manual:

Agradecemos sua colaboração.

ANEXO B - Carta de aprovação da COMPESQ/UFRGS**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL****CARTA DE APROVAÇÃO**

Projeto: Nº TCC 49/09
Versão 12/2009

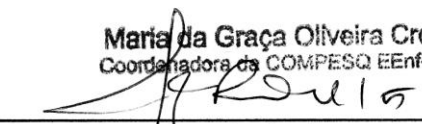
Pesquisadores: Nair Regina Ritter Ribeiro e Bianca Knevez Costa

Título... Elaboração de um manual de orientações sobre primeiros socorros, vacinação e prevenção de acidentes em pediatria para profissionais da educação infantil.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 11 de Dezembro de 2009.

Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ EEnf-UFRGS


Profª Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO C - Carta de aprovação do Comitê de Pesquisa e Ética da UFRGS

**U F R G S**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 17770

Título: Elaboração de um Manual de Orientações sobre Primeiros Socorros, Vacinação e Prevenção de Acidentes em Pediatria para Profissionais da Educação Infantil


Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

NAIR REGINA RITTER RIBEIRO - coordenador desde 01/03/2010

O mesmo foi aprovado pelo Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs, em reunião realizada em 15/04/2010 - Sala de Reuniões do Gabinete do Reitor (Ex Salão Vermelho) - Prédio Reitoria, 6º andar, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quinta-Feira, 15 de Abril de 2010



JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética