

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

FRANCIELE FOSCHIERA CAMBOIN

ANÁLISE DO CONHECIMENTO E DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS ACERCA DA
UTILIZAÇÃO DOS ASSENTOS DE SEGURANÇA INFANTIL NA CIDADE DE
CASCAVEL, PARANÁ

MARINGÁ
2010

FRANCIELE FOSCHIERA CAMBOIN

ANÁLISE DO CONHECIMENTO E DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS ACERCA DA
UTILIZAÇÃO DOS ASSENTOS DE SEGURANÇA INFANTIL NA CIDADE DE
CASCAVEL, PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Dalva de Barros Carvalho

MARINGÁ
2010

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação(CIP)
(Biblioteca Central – UEM, Maringá – PR,Brasil)**

- C187A Camboin, Franciele Foschiera
Análise do conhecimento e das atividades educativas acerca da utilização dos assentos de segurança infantil na cidade de Cascavel, Paraná/ Franciele Foschiera Camboin.- Maringá: UEM, 2009.
85 f. : il. color.
Orientadora : Prof. Dr. Maria Dalva de Barros Carvalho.
Dissertação (mestrado) Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, 2009.
1. Crianças – Saúde e higiene. 2. Segurança de trânsito e crianças. 3. Crianças – Violência no trânsito. 4. Cintos de segurança. 5. Trânsito – Legislação. I. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. II. Título.
- CDD 20.ed. 362.1083
363.125
388.41
629.276

FRANCIELE FOSCHIERA CAMBOIN

ANÁLISE DO CONHECIMENTO E DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS ACERCA DA
UTILIZAÇÃO DOS ASSENTOS DE SEGURANÇA INFANTIL NA CIDADE DE
CASCAVEL, PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Dalva de Barros Carvalho (Orientador)
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dra. Carmen Célia Barradas Correia Bastos
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª.Dra. Sandra Marisa Pelloso
Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho

*Aos meus pais, Antoninho e Rosicler, por passarem por tantas privações na vida, para que, em troca, eu pudesse ser agraciada com um dos maiores presentes que um pai pode dar ao seu filho: a educação.
Eles são meus verdadeiros mestres.*

Agradecimentos

Aos meus pais, Antoninho e Rosicler, por sempre ter acreditado em meu potencial.

Ao marido, companheiro de todas as horas, pelo apoio, incentivo e amor.

À minha filha, Luana. Obrigado pelo seu amor e por compreender minha ausência.

Agradeço aos meus irmãos William e Luciele, que mesmo à distância sempre torceram por mim. Amo vocês!

À minha orientadora Profa Dra. Maria Dalva de Barros Carvalho, pela compreensão, sabedoria e colaboração durante todo este período.

Aos meus colegas de turma pelo apoio e convivência fraterna. Em especial a Patrícia, Elaine, Elionésia, Ivonete, Mônica e Jaqueline amigas das horas difíceis e das idas e vindas ao Mestrado

A minha família de Cascavel, Liandra, Laércio, João Pedro e Sofia pela amizade, disponibilidade e pelo apoio que sempre me dispensaram

Aos meus colegas de trabalho, Rosa, Solange e Luiz Fernando, que me incentivaram e pelo apoio incondicional.

A UNIOESTE, por me proporcionar esta oportunidade de crescimento profissional.

Ao Colegiado de enfermagem da UNIOESTE, que tornou possível a realização desta etapa em minha vida

Aos professores Sérgio Oliveira, Nelson Luiz Batista de Oliveira, Ieda Harumi Higarashi, Dorotéia Fátima Pelissari de Paula Soares, Neusa Collet, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira e Claudia Silveira Viera pela grande colaboração na validação do instrumento de coleta de dados desta pesquisa.

A Kelen Marja Predebon, companheira no início do mestrado, pela amizade e inestimável ajuda.

A Fundação Araucária, pela bolsa de estudos fornecida durante o último semestre da realização do trabalho.

A todos que, com boa vontade, acadêmica ou pessoal, contribuíram para a realização deste trabalho.

CAMBOIN, F. F. Análise do conhecimento e das atividades educativas acerca da utilização dos assentos de segurança infantil na cidade de Cascavel, Paraná. 2009. 85f. Dissertação (mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

RESUMO

O uso dos assentos de segurança infantil no Brasil emerge como desafio na prevenção e promoção a saúde da população. O transporte correto da criança no interior do veículo automotor constitui uma importante medida para minimizar danos em casos de acidente de transporte. O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento e as atividades de orientação acerca do uso de assento de segurança infantil por profissionais enfermeiros, policiais de trânsito, agentes de trânsito e instrutores dos centros de formação de condutores. Trata-se de um estudo descritivo do tipo exploratório. Foram sujeitos desta pesquisa Instrutores de 20 Centros de Formação de Condutores; enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde que realizavam puericultura, enfermeiros de Unidade de Pediatria e/ou Maternidade; policiais de trânsito e agentes de trânsito. A amostra foi composta por: 33 (47,14%) enfermeiros, 16 (22,85%) instrutores dos Centros de Formação de Condutores, 11 (15,72%) agentes de trânsito e 10 (14,29%) policiais de trânsito. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá sob o Parecer 045.093.000-08. Os resultados revelaram que 29 (41,43%), dos indivíduos tinham pós-graduação, 21(30%) ensino médio, 18 (25,71%) ensino superior e 02 (2,86%) ensino técnico profissionalizante. Dos sujeitos 38 (54,28%) são do sexo feminino e 32 (45,72%) masculino. Quase metade das mulheres (42,9%) deste estudo conhecia parcialmente ou desconhecia as informações sobre o uso correto do assento de segurança infantil, enquanto que 25,7% dos homens desconheciam ($p=0,042$). Menos da metade dos sujeitos conseguiu apontar a idade correta para o uso do assento de segurança infantil e mais de 30 (45,7%) indivíduos não souberam responder qual o peso indicado para o uso correto do assento de segurança infantil. Os instrutores investem maior tempo orientando sobre a restrição correta de crianças em automóveis, enquanto os enfermeiros são os que menos dedicam tempo às orientações, quando comparados aos demais profissionais que dizem realizar atividades educativas ($p= 0,001$). A maioria dos profissionais 30 (50%) dedica 15 minutos diários para orientar sobre o uso do assento de segurança infantil, destes 20 (33,3%) são enfermeiros. Enquanto 24 (40%) utilizam 15 minutos até 2 horas e destes 12 (20%) eram instrutores. Somente 6 (10%) disseram utilizar mais de 2 horas com orientações e 3(5%) eram agentes de trânsito ($p= 0,000$). Apesar do assento de segurança infantil fazer parte da rotina de orientações da maioria dos profissionais estudados, estes possuem informações parciais ou incorretas sobre o seu uso. As atividades educativas individuais ou em grupos são atividades em que a educação para o trânsito deve estar presente. É preciso repensar a forma como os profissionais estão sendo formados e informados para realizar as práticas educativas na prevenção dos acidentes de trânsito, bem como o uso correto do assento de segurança infantil e comportamentos seguros no trânsito visando a prevenção e promoção da saúde da população.

Palavras chave: Saúde da criança; Cintos de segurança; Educação em saúde; Enfermagem.

CAMBOIN, F. F. Analysis of knowledge and educational activities about the use of child safety seats in the city of Cascavel, Paraná. 2009. 85f. Dissertation (Máster Degree)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

ABSTRACT

The use of child restraint systems in Brazil emerges as a challenge in prevention and health promotion of the population. The correct transportation of the child within the motor vehicle is an important measure to minimize damage in case of traffic accidents. The aim of this study was to evaluate the knowledge and orientation activities on the use of child safety seat by professional nurses, traffic officers, traffic agents and trainers of training centers of drivers. This study is exploratory descriptive. The subjects of this research were composed by 20 Instructors of Driving Training School, nurses of Primary Health Unit who performed child care, nursing Pediatric Unit and/or motherhood Unit, traffic police and traffic warden. The sample consisted of: 33 (47.14%) nurses, 16 (22.85%) instructors of the Instructors of Driving Training School, 11 (15.72%) traffic wardens and 10 (14.29%) police. A traffic study was approved by the Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá under the register 045093000-08. The results revealed that 29 (41.43%) people had post-graduate study, 21 (30%) middle school education, 18 (25.71%) higher education and 02 (2.86%) technical education. About subject, 38 (54.28%) were female and 32 (45.72%) were male. Almost half of the women (42.9%) knew of this study in part or denied knowledge information about the correct use of child safety seat, while 25.7% of men did not know ($p = 0.042$). Less than half of the subjects were able to point to the correct age for the use of child safety seat and more than 30 (45.7%) subjects could not answer how much weight was given to the proper use. Instructors, invest more time focusing on proper child restraint in cars, while the nurses are least likely to spend time guidelines, when compared to other professionals who said holding educational activities ($p = 0.001$). 30 (50%) professionals spend 15 minutes daily to focus on the use of child safety seat, these 20 (33.3%) were nurses. While 24 (40%) use 15 minutes to 2 hours and from these 12 (20%) were instructors. Only 6 (10%) said they used more than 2 hours with guidelines and 3 (5%) were traffic wardens ($p = 0.000$). Although the child safety seat make to the routine guidelines of most professionals, these professionals have incorrect or incomplete information about its use. Individual or group actions are activities in which education for car traffic must be present. We must rethink the way professionals are being informed and trained to conduct educational practices in the prevention of traffic accidents, and correct use of child safety seat, safe behavior in traffic, to prevent and promote state of health.

Keywords: Child health; Seat belts; Health education; Nursing

CAMBOIN, F. F. Análisis de los conocimientos y las actividades educativas sobre la utilización de los asientos de seguridad infantil en la ciudad de Cascavel, Paraná. 2009. 85f. Disertación (Maestría)-Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

RESUMEN

El uso de los asientos de seguridad infantil en Brasil emerge como desafío en la prevención y promoción a la salud de la población. El transporte correcto del niño en el interior del vehículo automotor constituye una importante medida para minimizar daños en casos de accidente de transporte. El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento y las actividades de orientación acerca del uso de asiento de seguridad infantil por profesionales enfermeros, policías de tránsito, agentes de tránsito e instructores de los centros de formación de conductores. Se trata de un estudio descriptivo del tipo exploratorio. Fueron sujetos de esta investigación Instructores de 20 Centros de Formación de Conductores; enfermeros de Unidades Básicas de Salud que realizaban puericultura, enfermeros de Unidad de Pediatría y/o Maternidad; policías de tránsito y agentes de tránsito. La muestra fue compuesta por: 33 (47,14%) enfermeros, 16 (22,85%) instructores de los Centro de Formación de Conductores, 11 (15,72%) agentes de tránsito y 10 (14,29%) policías de tránsito. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Estadual de Maringá bajo el Parecer 045.093.000-08. Los resultados revelaron que 29 (41,43%) de los individuos poseían postgrado, 21 (30%) enseñanza media, 18 (25,71%) enseñanza superior y 02 (2,86%) enseñanza técnica profesional. De lo sujetos, 38 (54,28%) pertenecen al sexo femenino y 32 (45,72%) masculino. Casi la mitad de las mujeres (42,9%) de este estudio conocía parcialmente o desconocía las informaciones sobre el uso correcto de los asientos de seguridad infantil, mientras que 25,7% de los hombres desconocían ($p=0,042$). Menos de la mitad de los sujetos consiguió apuntar la edad correcta para el uso de los asientos de seguridad infantil y más de 30 (45,7%) individuos no supieron responder cuál el peso indicado para el uso correcto de los asientos de seguridad infantil. Los instructores de centros de formación de conductores invierten mayor tiempo orientando sobre la restricción correcta de niños en automóviles, ya los enfermeros son los que menos dedican tiempo a las orientaciones, cuando comparados a los demás profesionales que dicen realizar actividades educativas ($p=0,001$). La mayoría de los profesionales 30 (50%) dedican 15 minutos diarios para orientar sobre el uso de los asientos de seguridad infantil, de estos, 20 (33,3%) son enfermeros. Ya 24 (40%) utilizan de 15 minutos hasta 2 horas y de estos 12 (20%) era compuesto por los instructores de los centros de formación de conductores. Solamente 6 (10%) dijeron utilizar más de 2 horas con orientaciones y 3(5%) eran agentes de tránsito ($p=0,000$). A pesar del asientos de seguridad infantil hacer parte de la rutina de orientaciones de la mayoría de los profesionales, estos poseen informaciones parciales o incorrectas sobre su uso. Las acciones/actividades educativas individuales o en grupos son actividades en que la educación para el tránsito debe estar presente. Es necesario repensar la forma cómo los profesionales están siendo formados e informados para realizar las prácticas educativas en la prevención de los accidentes de tránsito, así como el uso correcto de los asientos de seguridad infantil y comportamientos seguros en el tránsito pretendiendo la prevención y promoción de la salud de la población.

Palabras clave: Salud del niño; Cinturones de seguridad; Educación en salud; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Sistema geral de proteção aos ocupantes de carro.....	25
Gráfico 1	Relação entre a categoria profissional e informação sobre ASI durante a formação. Cascavel-PR, 2009.....	55
Gráfico 2	Relação entre categoria profissional e o modo de aquisição de informação sobre os ASI. Cascavel-PR, 2009.....	60
Gráfico 3	Distribuição da amostra de estudo, de acordo com a categoria profissional e o conhecimento sobre a nova legislação de trânsito acerca da idade e peso correto do uso dos ASI. Cascavel-PR, 2009.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da amostra de estudo, conforme dados sócio-demográficos. Cascavel-PR, 2009.....	51
Tabela 2	Renda familiar e número de carros por família. Cascavel-PR, 2009.....	52
Tabela 3	Relação entre faixa etária e frequência do uso do cinto de segurança. Cascavel-PR, 2009.....	53
Tabela 4	Distribuição da amostra de estudo, de acordo com o número de indivíduos que possuem a CNH e tempo de habilitação. Cascavel-PR, 2009.....	56
Tabela 5	Relação entre sexo e conhecimento sobre os ASI e valor de p. Cascavel-PR, 2009.....	61
Tabela 6	Relação entre categoria profissional e conhecimento da idade correta para o transporte de criança utilizando cinto de segurança. Cascavel-PR, 2009.....	62
Tabela 7	Relação entre categoria profissional e orientação realizada acerca dos ASI e valor de p. Cascavel-PR, 2009.....	65
Tabela 8	Relação entre categoria profissional e tempo dedicado a orientação sobre os ASI e valor de p. Cascavel-PR, 2009.....	67

LISTA DE SIGLAS

ASI	Assento de Segurança Infantil
CFC	Centro de Formação de Condutores
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
CETRANS	Companhia Cascavelense de Transporte e Tráfego
CIRETRAN	Circunscrição Regional de Trânsito
CNH	Carteira Nacional de Habilitação
CONTRAN	Conselho Nacional de Trânsito
COPEP	Conselho de ética em Pesquisa
DETRAN	Departamento de trânsito
GOTRAN	Grupo de Operações Policiais de trânsito
UBS	Unidade Básica de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
SENOT	Setor de Notificações de Trânsito
SUS	Sistema Único de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	Acidentes no trânsito envolvendo crianças	22
3.1.1	Acidentes e/ou violência	23
3.1.2	Cinemática do trauma e o uso do assento de segurança infantil.....	24
3.2	Educação em saúde na prevenção de acidentes de trânsito: subsídios teóricos para a proposição de mudanças da práxis	30
3.2.1	Importância da educação em saúde para mudança de comportamento.....	30
3.2.2	Contextualização do debate acerca da educação em saúde para o trânsito.....	34
3.3	Aspectos legais, normas e recomendações para o transporte de crianças	37
3.3.1	Recomendações para o transporte veicular seguro de crianças e adolescentes.....	39
3.3.1.1	Lactentes de até um ano.....	39
3.3.1.2	Crianças entre 1 e 4 anos (10 a 18 kg).....	40
3.3.1.3	Crianças entre 4 e 12 anos (18 a 35 kg).....	41
3.3.1.4	4.3.1.4 Crianças e adolescentes com mais de 35 kg	42
4	OBJETIVOS	44
4.1	Objetivo geral	44
4.2	Objetivos específicos	44
5	METODOLOGIA	45
5.1	Trajetória metodológico	45
5.2	Material e Método	46
5.3	População	46
5.4	Amostragem	47
5.5	Instrumento	48
5.6	Considerações éticas	48

5.7	Validação	49
5.8	Coleta de dados	50
5.9	Análise dos dados	50
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	51
6.1	Caracterização da Amostra	51
6.2	Educação para o trânsito: do desconhecimento ao conhecimento	54
6.3	Refletindo sobre o conhecimento dos profissionais	61
6.4	Caracterizando as atividades de orientação	65
7	CONSIDERAÇÕES	69
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES	78
	ANEXOS	86

INTRODUÇÃO

No Brasil, a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito é de 228,9 por 100.000 habitantes. Alguns estados apresentam uma taxa de mortalidade seis vezes maior que a média nacional, como é o caso de Roraima, com 1485,1 mortes por 100.000 habitantes. Estes dados mostram que os acidentes de trânsito passam a ter destaque como causa de morte no Brasil (DENATRAN, 2008).

No Estado do Paraná, o número de acidentes de trânsito no ano de 2007, para a população geral, foi de 61.009, enquanto para a faixa etária de 1 a 14 anos foi de 5.313, conforme os dados estatísticos do Sistema de Registro e Estatística de Ocorrências fornecidas pelo Corpo de Bombeiros do Estado do Paraná. Para o município de Cascavel, os dados referentes ao ano de 2008 apontam 288 acidentes envolvendo crianças entre 1 a 14 anos (CORPO DE BOMBEIROS, 2008).

O município de Cascavel apresentou um índice de mortalidade por causas externas na faixa etária de 0 a 14 anos de 11,76% no ano de 2005, enquanto as doenças infecto contagiosas foram a causa morte de 4,2% para a mesma população de crianças no mesmo período (BRASIL, 2008).

As causas externas são consideradas de grande importância e representam um sério problema de saúde pública representando um risco à vida, podendo gerar agravos, seqüelas orgânicas e emocionais e/ou provocar morte. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1993), a taxa de mortalidade por acidentes é 20 vezes superior a taxa de mortalidade por poliomielite, adquirindo um caráter endêmico e tornando-se um grave problema de saúde pública em vários países.

Os fatores preponderantes de mortes de crianças e jovens não são mais as enfermidades de origem biomédica e sim o estilo de vida, sendo que os óbitos por violências e acidentes passaram a ocupar o primeiro lugar nas faixas etárias de 5 a 19 anos (BRASIL, 2006).

As crianças e adolescentes, seres humanos em crescimento e desenvolvimento, precisam ser orientados e direcionados para se tornarem adultos saudáveis, sempre a partir de seus desejos e de seu reconhecimento como sujeitos, condições que permitem a construção da auto-estima, responsabilidade e felicidade (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Sabe-se que políticas de saúde estão sendo adotadas para a melhoria da qualidade de vida da população, implementadas por meio de medidas de saneamento básico, moradia, tratamento e abastecimento de água, imunizações que, por consequência, reduzem a mortalidade infantil por doenças imunopreveníveis e infectocontagiosas. O inverso acontece com a mortalidade de crianças por causas externas, um problema iminente, para o qual pouco tem sido feito no sentido de reduzir a morbimortalidade.

A Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, garantem legalmente a este grupo social, proteção integral por parte da sociedade e do Estado. Em todos os seus capítulos, o ECA se dedica a especificar o que considera proteção e no capítulo I apresenta o tema “Do direito à vida e à saúde”, onde o setor saúde tem papel de destaque. O estatuto aponta sua importância para a ampliação da consciência social em relação aos pré-requisitos do desenvolvimento físico, emocional e moral do ser humano, nessa faixa etária (BRASIL, 1993).

Ao considerar a violência como um problema público e social, o ECA, as legislações e políticas vigentes, evidenciam a necessidade do profissional de saúde atuar nesta área, uma vez que os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população.

As crianças e adolescentes tem sido vítima de diferentes tipos de violência tanto no ambiente domiciliar como extradomiciliar, em que o acidente de trânsito está incluído, sendo este o foco deste estudo. O acidente de trânsito está presente em todas as fases do desenvolvimento da criança e do adolescente com maior ou menor intensidade de acordo com as faixas etárias (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

No Brasil, os acidentes de trânsito com crianças e adolescentes menores de 14 anos têm o maior impacto na mortalidade. A morte é um evento trágico, mas é apenas parte do problema, pois as estimativas apontam que cada 10.000 crianças, 2.500 são vítimas, anualmente, de acidentes de trânsito, das quais 100 requerem hospitalização, cinco ficam permanentemente inválidas, três morrem e cerca de 1.300 passam por tratamentos ambulatoriais (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Um fator importante, porém, nem sempre devidamente valorizado, são as lesões e/ou danos que, além das mortes, promovem alterações também para a sociedade, pois causam prejuízos ao sistema previdenciário que dificilmente são contabilizados. Deste modo, os

familiares destas crianças passam a apresentar faltas em seus trabalhos por terem que acompanhar seus filhos às consultas, tratamentos, custear terapias medicamentosas, gerando várias dificuldades na interação familiar e na sua manutenção financeira (OLIVEIRA, CARVALHO, JOÃO, 2007).

Algumas ações podem ser realizadas para possibilitar a melhoria desta situação como investir numa reorganização do trânsito e das áreas urbanas, por meio de ações de urbanismo, interferindo assim, na forma como as cidades são planejadas e construídas. Outras incluem: melhoria nos serviços médicos de emergência, revisão de semáforos que garantam uma travessia segura para as crianças e adolescentes com tempo de percepção, ação e velocidade diferenciadas dos adultos, ações educativas junto às crianças em idade escolar, à comunidade, profissionais da engenharia e gestores e finalmente, esforços no âmbito legal (FARIA; BRAGA, 1999).

Neste sentido, o transporte correto da criança no interior do veículo automotor constitui uma importante medida para minimizar danos em casos de acidente de transporte. Segundo o INMETRO (2007), o Assento de Segurança Infantil (ASI) é um equipamento para transportar crianças de forma correta em automóveis, permitindo uma retenção segura em caso de acidente ou freada brusca.

Os ASI são equipamentos que, quando utilizados de forma adequada durante uma colisão, reduzem as mudanças de posição da criança durante as desacelerações rápidas e curvas. Restringe a movimentação espontânea inadequada da criança, distribuindo as forças de impacto para sítios corpóreos mais resistentes e impedindo também o choque da criança com outras pessoas no veículo, ou mesmo com outras partes do mesmo ou fora dele. Porém, quando utilizados incorretamente podem ser os próprios causadores da lesão, podendo resultar em traumatismos que assumem dimensões importantes na criança (MURPHY et al., 2001).

A literatura mundial revela que a utilização dos ASI não é uniforme ao redor do mundo e mantêm-se, em geral, muito aquém do desejado. Associado à não utilização dos ASI o problema se agrava pelo alto índice de erros relacionados ao seu uso. Tais erros podem estar associados ao grande número de detalhes a serem observados para o uso correto destes equipamentos (DECINA, LOCOCO, 2005; RUDIN-BROWN et al, 2003; EBEL et al., 2003; FUNK, MCERLEAN, VERDILLE, 2003).

Os erros mais comumente observados são: modelo inadequado ao tamanho da criança, fixação inadequada, folga no cinto de segurança do assento, altura inadequada das faixas dos ombros, assentos instalados no banco da frente (WAKSMAN; PIRITO, 2009).

O uso constante deste dispositivo depende da apropriação por parte dos pais ou responsáveis das vantagens de transportar uma criança restrita corretamente no veículo. Essa apropriação de conhecimento e subsídios para a adesão autonômica, ou melhor dizendo, empoderamento, não é competência apenas do setor saúde, mas envolve outras variáveis como fatores biopsicossociais, econômicos e políticos, cuja solução não é fácil.

Depoimento de mães japonesas mostrou que elas se sentem incomodadas em restringir os filhos e ainda acreditam que a presença de outro adulto no carro para transportar a criança dispensa o uso do ASI. Esses fatos ilustram atitudes negligentes e inconseqüentes expondo as crianças a riscos evitáveis (KAKEFUDA et al, 2008).

Deste modo, orientar, educar, informar para o transporte adequado de crianças em veículos são ações multiprofissionais, envolvendo o profissional da saúde, educadores, instrutores de escolas de formação de condutores, policiais de trânsito, agentes de trânsito, gestores, engenheiros de tráfego e demais profissionais. Somente uma ação conjunta e cooperativa destes profissionais, em parceria com ações governamentais, pode colaborar para uma expressiva queda do número de agravos em crianças nos acidentes de trânsito.

Basta uma rápida observação empírica do transporte de crianças em veículos nas vias públicas, para perceber que elas são transportadas inadequadamente, na maioria das vezes, o que leva a constatação de que as normas do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), vigentes desde 1998, ainda que já estabelecidas, não têm sido cumpridas de fato.

Em uma pesquisa realizada no município de Maringá com o transporte de crianças nas saídas de creches e escolas foi possível conhecer a situação e constatar que apesar da ampla divulgação quanto à utilização do cinto de segurança e sua obrigatoriedade por lei, apenas metade dos motoristas o utilizava. Já quanto ao uso do ASI, que ainda é um assunto pouco explorado cientificamente e com pouca divulgação em nível populacional observou-se que apenas 36,11% das crianças o usavam (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

Algumas hipóteses para compreender o descumprimento destas normas foram aventadas: a falta de informação e/ou displicência por parte dos pais em relação ao adequado transporte de crianças; falta de mecanismos informativos voltados aos usuários em relação aos equipamentos

de segurança e sua adequada utilização; a dificuldade da utilização do ASI devido seu alto custo, alegação de desconforto para a criança e demais passageiros do automóvel; o desconhecimento por parte de educadores e profissionais de saúde em relação aos equipamentos de segurança e sua adequada utilização como impeditivo da propagação deste tipo de conhecimento; a modesta divulgação por parte da mídia e órgãos governamentais sobre normas e equipamentos para adequado transporte de crianças e a escassez de dados sobre o uso de ASI no Brasil (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

Um ato similar à incorporação do cuidado de posicionamento correto da criança no veículo e o uso de ASI é a aplicação de vacina nas crianças. Mesmo sabendo que a criança vai chorar quando da administração do componente, os pais a levam para a vacinação, pois sabem que este mesmo componente tem a capacidade de imunizar a criança contra doenças que podem levá-la à morte. Apesar dos pais terem consciência de que o uso dos ASI é benéfico para a saúde e segurança de seus filhos, nem sempre esta conduta de entrar no carro com seu filho e acomodá-lo de forma correta e segura de fato ocorre.

Assim, o uso do ASI no Brasil emerge como desafio na prevenção e promoção à saúde da população fomentando estratégias que promovam a disseminação do seu uso para a redução das incapacidades e mortes.

O aumento das taxas de mortalidade de crianças de 0 a 14 anos por acidentes de trânsito, ou seja, por causas preveníveis, apontam para a importância da realização de estudo nesta área.

Deste modo, a estrutura deste estudo foi composta da seguinte forma: um primeiro momento que apresenta o estado da arte acerca do tema acidentes de trânsito envolvendo crianças e adolescentes, bem como as propostas de prevenção indicadas de forma implícita ou explícita nos artigos nacionais e internacionais; do segundo momento é composto por uma revisão bibliográfica sobre a educação em saúde, apontando conceitos e discussões obtidas durante as Conferências Mundiais de Saúde no decorrer dos anos e traz um debate em relação à educação em saúde para o trânsito, fazendo alusão a legislação vigente; o terceiro momento tem o propósito de indicar as orientações e legislações vigentes para o transporte seguro de crianças no interior de veículos automotores.

Estes três momentos constituem os pilares para a posterior discussão dos dados obtidos por meio do questionário que possibilitou a identificação do conhecimento e as atividades desenvolvidas em relação ao uso dos ASI na população deste estudo.

JUSTIFICATIVA

O interesse em estudar acidentes de trânsito que envolve crianças no interior de veículo, mais especificamente, o uso dos ASI para o transporte seguro de crianças, partiu da aproximação com o objeto de estudo de minha orientadora, mas que foi entendido no primeiro momento como um desafio, uma vez que, pouco ou quase nada a respeito deste assunto tinha despertado meu interesse.

No entanto, o tomar conhecimento dos trabalhos desenvolvidos na área e associar o estudo sobre o uso dos ASI com as práticas educativas que compõem a área de minha atuação profissional observei a necessidade de conhecer mais sobre o assunto, não apenas individualmente, mas trazendo resultados que possibilitassem ações para melhoria da qualidade de vida da população e a longo prazo, benefícios para a sociedade.

Neste contexto, o aumento dos acidentes e violências configura um problema de saúde pública que tem causado impacto na mortalidade e morbidade resultando em alterações no perfil epidemiológico e demográfico da população infantil brasileira. Os acidentes de trânsito envolvendo crianças têm gerado números crescentes de óbitos ou incapacidades e provocado inquietações aos profissionais de saúde. Recentemente estes vêm desenvolvendo estudos com resultados que apontam para a necessidade de ações de prevenção dos acidentes e lesões provocadas (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

Outro fator que justifica o desenvolvimento deste estudo é a constatação de que, apesar do foco ser multidisciplinar, o tema tem sido abordado quase que exclusivamente pela área da saúde, mais especificamente a epidemiologia, ou seja, com dados estatísticos, enquanto que o assunto educação em saúde no trânsito pouco tem sido explorado.

O acesso às bases de dados por artigos e textos que abordassem o uso dos ASI no transporte seguro de crianças, bem como as atividades desenvolvidas no Brasil relacionadas à educação para o trânsito, revelou um pequeno número de estudos. A falta de dados aponta para a importância de explorar este tema, estimulando uma discussão local e/ou regional e motivando novas pesquisas na área.

Neste sentido, a escolha deste tema de estudo está associada à idéia de que conhecendo as atividades de orientação acerca do uso de ASI praticadas por profissionais enfermeiros, policiais de trânsito, agentes de trânsito e instrutores dos centros de formação de condutores (CFC), bem

como o conhecimento que estes profissionais possuem para subsidiar tais práticas é possível conhecer a realidade, propor discussões e ações que possam modificar, não apenas dados estatísticos, mas comportamentos e visão de mundo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Acidentes no trânsito envolvendo crianças

3.1.1 Acidente e/ou violência

Violência é uma palavra de origem latina derivada da palavra vis que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. Segundo o dicionário Michaelis (2002), violência é qualquer força empregada contra a vontade, liberdade ou resistência de pessoa ou coisa.

Assim, a violência ou os atos violentos "referem-se a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais" (BRASIL, 2005, p.15). Estes eventos geralmente envolvem uma relação desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão. Desta forma, a violência está expressa também nas políticas educacionais, sanitárias ou econômicas que mantêm as condições que impedem ou não promovem o seu crescimento e desenvolvimento.

A violência contra crianças ainda é compreendida como toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos ao seu desenvolvimento integral. Acidente é um evento não intencional, evitável e causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o da escola, o do esporte e o do lazer. Na ocorrência de um acidente, um fator externo está sempre envolvido, afetando um hospedeiro susceptível num ambiente considerado hostil sendo, portanto, um evento prevenível (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Os acidentes passaram a ter maior destaque como causa de morte no Brasil, após a melhora das condições sanitárias e o controle das doenças infecciosas. As mortes por acidentes e violência passaram a responder pela segunda causa de óbito no quadro de mortalidade geral a partir de 1980. No Brasil, em crianças e adolescentes de até 14 anos os acidentes de trânsito têm o maior impacto na mortalidade, prevalecendo os atropelamentos (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Segundo Oliveira, Carvalho e João (2007), as duas formas de violência accidental ou proposital tiveram incremento com a urbanização ocorrida no país, atingindo principalmente a população jovem e, hoje, constituem a maior causa de morte a partir do primeiro ano de vida.

Na fase dos cinco aos nove anos as crianças possuem maior compreensão dos riscos, mas tem dificuldade em quantificá-los, de avaliar a distância e a velocidade dos veículos, o que contribui para sua maior vulnerabilidade frente ao acidente (BRASIL, 2005).

Crianças muito pequenas, de zero a quatro anos, geralmente são atropeladas no colo de seus pais ou nas imediações de suas casas. Certamente esse tipo de acidente envolve a responsabilidade dos pais no cuidado dos filhos, mas pode também, evidenciar atitude negligente do motorista que dirige de forma desatenta ou sob efeito do álcool ou outras substâncias ilícitas. Nas colisões envolvendo transporte de crianças, há negligencia do motorista quando não segue as regras de transporte adequado de crianças como determina o Código Brasileiro de Trânsito (CBT) (BRASIL, 2005).

As crianças e menores de 14 anos possuem suas características psicológicas e fisiológicas específicas. Têm maior área de superfície corporal, menor quantidade de tecido adiposo e conectivo, apresentando maior tendência a hipertermia que o adulto. Possui também diferenças nas vias aéreas em relação ao adulto. O esqueleto ainda não totalmente calcificado e em fase de crescimento, propicia menor probabilidade de fraturas, contudo, apresenta maior fragilidade para lesões em órgãos internos (OLIVEIRA et al., 2004).

A criança apresenta manifestações ao choque mais tardiamente, e se não tratada precocemente, torna-se grave e letal. Os cuidados com a restauração da via aérea e ventilação são elementos importantes no atendimento e restabelecimento da saúde da criança (OLIVEIRA et al., 2004).

Neste sentido, é preciso considerar os acidentes de trânsito envolvendo crianças um importante problema de saúde pública a ser encarado com seriedade. É de suma importância o desenvolvimento de ações que possibilitem minimizar os riscos a que esta população está exposta.

Para uma melhor compreensão do evento acidente de trânsito e criança alguns conceitos acerca da cinemática do trauma são importantes e contribuem para intervenções no campo da prevenção e educação.

3.1.2 Cinemática do trauma e o uso do assento de segurança infantil

A cinemática do trauma estabelece algumas condições de exposição dos indivíduos no interior de um veículo durante uma colisão, daí a necessidade de sua compreensão para estabelecer estratégias de atuação e de ações educativas. Segundo a lei de inércia, um corpo em movimento ou em repouso tende a se manter neste estado até que uma fonte externa de energia atue sobre ele, portanto, mesmo que o veículo que colidiu pare, seus ocupantes continuam em movimento (NAUDÉ; FREDERIC; DEMETRIOS, 2001).

Outra lei importante na física é a Lei de conservação de energia. A energia nunca é criada ou destruída pode, entretanto, mudar de forma. O veículo em movimento produz uma forma de energia conhecida como energia cinética que é transformada em outra forma se o movimento for interrompido (REIS; PAULO, 2001).

No momento em que se desencadeia uma colisão veicular, simultaneamente ocorrem 3 tipos diferentes de impacto (Figura 1): o primeiro em que o veículo colide contra o obstáculo que pode ser outro veículo, poste, muro, árvore, moto, etc.; o segundo em que o ocupante bate contra as partes internas do veículo, a cabeça/tórax com o volante/painel e com outros ocupantes etc.; e o terceiro em que os órgãos internos dos ocupantes se chocam contra suas estruturas ósseas como por exemplo: o cérebro contra a caixa craniana, o coração ou pulmão contra a caixa torácica, etc. (ROMANO, 1994).

Para os casos de acidente existe um sistema geral de proteção aos ocupantes do carro, composto por: 1- carroceria que absorve a energia inicial do impacto que será sofrido pelos ocupantes. 2- dispositivos de retenção: cinto de segurança, assentos de segurança infantil que absorvem parcela da energia do acidente não retida pela carroceria e pela elasticidade do cadoço a distribui para as partes mais fortes do ocupante (clavícula e a pélvis). 3- composto pelo corpo humano que recebe a energia que os demais componentes não comportaram (ARRUDA, 2004).



Figura 1- Sistema geral de proteção aos ocupantes de carro

Fonte: http://www.dgei.cbmerj.rj.gov.br/documentos/EPOQS-AULAS/CINEMATICA_DO_TRAUMA.pdf.

Existem ainda, algumas particularidades fisiológicas e anatômicas das crianças que devem ser consideradas como possibilidade de risco como por exemplo: o tamanho da cabeça e a diferença na flexibilidade do crânio pela fusão incompleta dos ossos resultando em diferentes reações do encéfalo ao traumatismo. As lesões raquimedulares nos níveis C1 e C2 ou nas zonas torácicas superiores são maiores em crianças (BRICCIUS; MOROFUSE, 2008).

É preciso lembrar também que há vários fatores que diferenciam a criança do adulto quanto ao comportamento e competências como usuários do trânsito. São eles: o fator físico, pois a estatura é menor, limitando o campo visual da criança o que, prejudica sua detecção por parte dos condutores; o fator perceptual-cognitivo, a criança possui limitações para julgar a origem/direção dos sons dos veículos que se aproximam, devido a sua menor acuidade visual. Ela possui aproximadamente 1/3 da visão periférica do adulto e menor percepção de profundidade. Outro fator importante é o socio-atitudinal, uma vez que as crianças possuem maior dificuldade para dividir atenção entre as várias atividades motoras e visuais e ainda alto grau de distração e desconhecimento e/ou pouca experiência da dinâmica do trânsito (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

O conjunto de informações observadas da cena do acidente que determinam as lesões resultantes das forças e movimentos envolvidos permite identificar lesões inaparentes e estimar a gravidade do estado da vítima, bem como observar os danos no veículo, a distância da frenagem, a posição das vítimas, e o uso do cinto de segurança ou sistema de retenção equivalente (OLIVEIRA et. al., 2004).

Para tanto, o propósito dos dispositivos ASI é a retenção de crianças, evitando que estas sejam projetadas e reduzindo o risco em caso de colisão ou desaceleração repentina do veículo, limitando o deslocamento do corpo da criança. Os ASI são compostos de tiras dotadas de fecho de travamento, dispositivos de ajuste, partes para fixação e, em certos casos, dispositivos, como berço portátil, porta-bebê, cadeirinha auxiliar e/ou uma proteção antichoque, que devem ser fixados ao veículo (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Os ASI comprovadamente contribuem na prevenção de traumas decorrentes de acidentes de automóveis envolvendo crianças. Pesquisas apontam uma redução do risco absoluto (RRA) de ferimentos em crianças no banco da frente e em crianças no banco de trás, utilizando assentos de segurança infantil em relação as que não utilizavam. Assim como a redução do risco absoluto em menores de 1 ano de idade e entre um a quatro anos de idade para as que utilizavam ASI em relação as que não utilizavam (ABRAMET, 2006).

Petridou (1998), em seu estudo, apresentou um resultado de redução de risco absoluto de 29% para crianças com idade entre um a cinco anos. Já Durbin (2003), apontou um resultado 1,18% de redução do risco absoluto de ferimentos em crianças entre quatro a sete anos de idade que utilizavam o booster em relação a crianças com a mesma faixa etária, porém sem o uso deste

equipamento. O uso de ASI é o método mais eficaz para diminuir a mortalidade de crianças envolvidas em acidentes automobilísticos, reduzindo em até 71% a letalidade dos acidentes de trânsito (TURNER et al., 2008).

Existe uma frequência maior de acidentes de transporte na faixa etária entre 7 e 11 anos e ainda maior risco de acidentes de transporte com menores de um ano ocupantes de automóveis. Tal constatação é preocupante devido à importância do uso dos ASI destacando a responsabilidade do condutor responsável pela segurança das crianças (MARTINS; ANDRADE; SOARES, 2007).

Pioneiramente aos estudos no setor automobilístico, o setor de aviação vem utilizando os cintos de segurança, uma vez que suas vítimas sofrem lesões graves e/ou fatais decorrentes dos impactos (ROMANO, 2005).

Os acidentes de trânsito muitas vezes são encarados como fatalidade, e com o aumento do tráfego, foram ganhando maior importância na mídia. A princípio, as medidas de segurança se concentravam apenas nos sistemas de direção, frenagem, iluminação e controle de tráfego, isso ainda durante a Primeira Guerra Mundial (MELLANDER, 2004).

Os primeiros estudos experimentais que se referem à biomecânica das lesões na cabeça nos impactos, foram desenvolvidos pela Wayne State University em 1939. Em 1942, a Faculdade de Medicina de Cornell iniciou uma pesquisa com lesões decorrentes de colisões em conjunto com um projeto com a Aviação civil (Cab Civil Aviation Board) com o Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos da América. Este projeto observou as determinações das causas das patologias nos acidentes que embasaram algumas regulamentações de segurança em veículos automotores naquele país. Em 1949, a Nash lançou bancos com cintos de segurança, porém, a baixa adesão pelos motoristas levou à retirada do produto do mercado (ROMANO, 2005).

Segundo Romano (2005), as campanhas de adesão à utilização dos cintos de segurança ganharam força em 1954, com o apoio do Diretório da Associação Médica Americana e em 1955 o Conselho Nacional de Segurança uniu-se ao Colegiado Americano de Cirurgiões e da Associação Internacional dos Delegados de Polícia uniram-se e realizaram manifestações.

O Estado de Nova York, em 1962, instituiu uma lei pela instalação dos cintos de segurança que introduzia requisitos com o propósito de garantir a eficiência da fixação dos cintos de segurança também chamada de ancoragem. Somente em 1967 a Grã-Bretanha e a Austrália passaram a aplicar esta exigência de instalação e posteriormente outros países aderiram a essa

política. O Estado de Victoria na Austrália foi o primeiro a tornar obrigatório o uso dos cintos de segurança para os ocupantes de veículos a partir de 1970 (ROMANO, 2005).

Para Romano (2005, p. 18), os cintos de segurança trazem alguns benefícios, sendo eles:

1. Mantém os ocupantes no lugar com a parada brusca do veículo;
2. Evita que as pessoas sejam lançadas para fora do veículo quando de uma colisão;
3. Absorve parte da energia remanescente do impacto e redistribui a restante pelos pontos mais fortes do corpo dos ocupantes (clavícula e pelve, respectivamente para os cadarços diagonal e abdominal);
4. Minimiza a chamada segunda colisão, ou seja, que os ocupantes se choquem contra o interior do veículo e/ou entre si;
5. Diminui a possibilidade de perda da consciência em um acidente, o que poderia inviabilizar a rápida saída dos ocupantes do veículo;
6. Garante uma posição correta e estável de dirigir, sem a necessidade de se segurar em curvas acentuadas, solavancos e/ou paradas bruscas, diminuindo a fadiga e as chances do envolvimento em um acidente.

O propósito dos dispositivos ASI é a retenção de crianças, evitando que sejam projetadas e reduzindo o risco em caso de colisão ou desaceleração repentina do veículo, limitando o deslocamento de seu corpo.

Os acidentes de transporte no país representaram a mais significativa parcela dos registros de óbitos por causas externas, na década de 90, na faixa de zero a nove anos, com uma média de 1.917 mortes anuais. Cerca de 300.000 crianças morrem anualmente no mundo em decorrência de acidentes de trânsito, 25.000 apenas nos EUA (BRASIL, 2005).

No Brasil, no ano de 2005, houve 36.611 óbitos decorrentes de acidentes de transporte, desses, 1.368 eram crianças de zero a nove anos e 996 de 10 a 14 anos. No estado do Paraná, no mesmo, ano foram notificados 3.047 óbitos totais, sendo que, destes, 138 foram de crianças entre zero a nove anos e 76 entre 10 a 14 anos (BRASIL, 2009).

Atualmente, há necessidade de ações preventivas enfatizando os programas de educação e sensibilização no trânsito que, de acordo com o artigo 76 do CTB, devem ser promovidos desde a pré-escola, por meio de planejamento e ações em conjunto com órgãos e entidades do Sistema Nacional de trânsito, da União, dos Estados (SILVA; MARASCHI; TONIN, 2008).

Desta forma, os acidentes compreendidos como atos de violência passam a ser considerados um problema de saúde pública, avançando com a Portaria Ministerial 142/1997, que codificou as causas externas para internamento hospitalar para o SUS, com a criação do CBT em 1998 e a Portaria Ministerial nº737 de maio de 2001 que dispõe sobre a política nacional para a

redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Tais documentos, bem como campanhas realizadas com o objetivo de conscientizar os profissionais de saúde e a sociedade foram desenvolvidos com o propósito de criar medidas de prevenção e promoção da saúde da criança e do adolescente. Mais recentemente, o Ministério da Saúde, com a Portaria 687/2006 que dispõe sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, estipula que a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito faz parte da promoção de saúde para o país (ALVES; FERREIRA; MAGGI, 2004).

Faz-se necessário a desmistificação da acidentalidade dos acidentes de transporte, por meio de atitudes que possibilitem mudanças no padrão de comportamento da população, além de intervenções mais efetivas das autoridades (MARTINS; ANDRADE, 2007). Desta forma serão apresentadas algumas proposições acerca de práticas educativas para a prevenção dos acidentes de trânsito.

3.2 Educação em saúde na prevenção de acidentes de trânsito: subsídios teóricos para a proposição de mudanças da práxis

3.2.1 Importância da educação em saúde para mudança de comportamento

Existe um crescente interesse em discutir e refletir sobre os conceitos de educação em saúde nos últimos anos. Essas reflexões não vêm sendo traduzidas para as práticas educativas que permanecem pautadas em concepções behavioristas e deterministas. Assim, percebe-se que a prática profissional enfatiza nas atividades de educação em saúde, a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros. Ficando às pessoas informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de assumir as novas informações e adotar um estilo de vida mais saudável cabe inteiramente a ela (GAZINELLI et al., 2005).

Existe confusão entre os conceitos de educação em saúde, educação para a saúde e promoção da saúde. Neste sentido se faz necessário conhecer os significados destes termos, mais aceitos por especialistas da área.

Educação em saúde de acordo com Candeias (1997, p. 210), "*são combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde*". Na prática, constitui-se apenas de atividades técnicas voltadas para a saúde, em que se tem como pretensão organizar o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em diferentes níveis de atuação.

A subjetividade do sujeito, sua história de vida e outros fatores que interferem na saúde do cidadão são, muitas vezes, desconsiderados nos processos educativos. Esta prática reforça a idéia de que há sempre um agente externo causador da doença que deve ser combatido como um inimigo, a doença (GAZINELLI et al., 2005).

As Diretrizes da Educação em Saúde (BRASIL, 2007 p. 21) trazem como definição para Educação em saúde:

Um sistema baseado na participação das pessoas visando à mudança (transformação) de determinada situação, rompendo com o paradigma da concepção estática de educação como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas.

Esta posição rompe com o conceito de educação para a saúde, que destaca a compreensão de que não são as situações de desigualdade que têm de mudar, mas os sujeitos.

Outro equívoco na compreensão do conceito de educação em saúde é a idéia de que os vários problemas de saúde da população são resultantes da precária situação educacional, sugerindo que medidas corretivas e/ou educativas podem saná-los. Esta hipótese pode levar à utilização de uma prática em que a apreensão de saber leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. Enquanto que os comportamentos inadequados do ponto de vista da promoção da saúde são, explicados como resultantes de um déficit cognitivo e cultural (GAZINELLI et al., 2005).

Quanto ao conceito de promoção em saúde, Candeias (1997, p. 210) define como, "*uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde*". Quem trabalha com educação deve ter como principal foco o objetivo de provocar mudanças pessoais, justificáveis do ponto de vista das recomendações científicas na área de saúde, na tentativa de buscar introduzir mudanças organizacionais/estruturais mais amplas no sistema de saúde.

Este conceito é o paradigma apresentado pela Carta de Ottawa em 1986, que discutiu, principalmente, as necessidades em saúde nos países ditos industrializados e foram baseados nos progressos da Declaração de Alma Ata em 1978.

Faz-se necessário, neste momento, tecer algumas considerações sobre o conceito de empoderamento que influencia muito este trabalho. Assim, alguns conceitos historicamente construídos permeiam a educação em saúde realizada pelos enfermeiros que são profissionais que tem, nas práticas educativas, um processo particular de trabalho.

Para Iorio (2002), o conceito de empoderamento teve seu início nos anos 1960, no cenário político norte-americano e nos movimentos feministas espalhados pelo mundo. Esses grupos desenvolveram um árduo trabalho de conceitualização e de implementação de estratégias de empoderamento, definindo-o como a idéia de "poder sobre". Assim, uma pessoa ou um grupo de pessoas é capaz de controlar, de alguma forma, as ações ou as possibilidades de outros que pode ser respondido com resistência ou aceitação.

Nesta perspectiva, o empoderamento é como uma substância transferível, tomável e finita, ou seja, se alguém ganha poder, outros perdem. O poder sobre pode também ser delegado ou tirado de uma pessoa para a outra (IORIO, 2002).

Entre os anos 1970 e 1980, o poder assumiu outras formas que, de maneira geral, podem ser descritas como poder para, como um poder generativo ou produtivo que cria possibilidades e ações sem dominação. Poder com, que envolve um sentido de que o todo é maior do que a soma das partes, especialmente quando um grupo enfrenta os problemas de maneira conjunta. E o poder de dentro, que é a força espiritual que reside em cada um de nós e que nos faz humanos. Este conceito é baseado na auto-aceitação e no auto-respeito, que por sua vez significa o respeito e aceitação dos outros como iguais (IORIO, 2002).

Por fim Iorio (2002, p. 24), traz uma reflexão sobre o significado de empoderamento:

é o poder sobre recursos (físicos, humanos, financeiros) ou sobre ideologias (crenças, valores e atitudes) o que empodera, ou é o poder para ou de dentro, como habilidade, capacidade de ser ou de se expressar por si mesmo que conduz ao acesso e controle de meios necessários à existência. Ou seja, é o controle e poder sobre recursos externos ou é o processo de transformação interna que leva ao empoderamento das pessoas.

Acredita-se que uma estratégia de educação em saúde privilegiando o empoderamento pode ser capaz de colocar os indivíduos vulneráveis, ou seja, as crianças e seus responsáveis no centro da questão. Esta estratégia possibilita a construção e/ou ampliação das capacidades dessas pessoas e/ou grupos, para assumir o controle de seus próprios assuntos, produzirem, criar, gerar novas alternativas, mobilizando-se para o respeito aos seus direitos. Contudo, este conceito de empoderamento não acontece naturalmente, mas sim como um processo induzido, que deve permear as atividades educativas.

A carta de Ottawa aponta políticas de promoção da saúde incluindo legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais e ainda apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Os conteúdos possibilitam à população estabelecer fatores que oportunizem maior controle sobre sua própria vida e sobre o meio-ambiente (BRASIL, 1996).

No ano 1988, em Adelaide, as discussões se centraram no tema das Políticas Públicas Saudáveis, reforçando o entendimento da saúde como um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Em 1991, na cidade de Sundsvall/Suécia, durante o III Congresso Internacional sobre Promoção da Saúde, o tema ambiente foi colocado na agenda da saúde, contribuindo para a melhor caracterização do campo de ação relacionado aos ambientes saudáveis.

Em 1992, em Bogotá/Colômbia, a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde contou com a participação de representantes de vários países do continente latino americano, possibilitando a adequação da incorporação dos conceitos do novo paradigma da Promoção da Saúde no contexto desta região.

Na V Conferência Internacional de Promoção à Saúde realizada em 1997, na cidade de Jacarta/Indonésia, destacou a importância de formular ações concretas para alcançar os propósitos e de estabelecer uma articulação mundial para efetivá-las, dadas as condições desiguais vivenciadas pelos diferentes países. Na V Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada em 2000, na Cidade do México, surge a necessidade de construir um mundo com mais equidade. Na VI Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, na Tailândia, em 2005 o enfoque foi dado ao tema políticas e parceria para a saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde (CARTA DE BANGKOK, 2005).

Por fim, a VII Conferência Internacional de Promoção a Saúde em Vancouver no Canadá, promoveu uma ampla discussão do contexto atual e suas repercussões para a saúde e qualidade de vida da População (BRASIL, 1996).

Na atualidade, o Ministério da Saúde traz também como base conceitual para a Educação em Saúde

é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social (BRASIL, 2007, p. 22).

Essa prática rejeita a concepção estática de educação, entendida, apenas, como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas. Em um sistema baseado na participação, a prática educativa é parte integrante da própria ação da saúde. Neste sentido, a educação para o trânsito pode possibilitar a mudança de comportamento no trânsito minimizando a exposição de riscos a que as crianças estão expostas. Desenvolvendo a educação em saúde é possível acontecer a prática da liberdade na qual educador e educando tornam-se sujeitos assumindo seus papéis significativos, fazendo com que o processo educativo ocorra de forma expressiva, capaz de provocar mudanças, por mais sutis que sejam.

As práticas educativas para o trânsito devem preocupar-se em levantar as noções que os sujeitos têm sobre determinado fenômeno, gerando efetivamente um modo de se dar o processo

de conhecer. Para tanto, existem alguns instrumentos como o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, o Código de trânsito de 1998, a Política Nacional para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências a Portaria Ministerial nº737 de maio de 2001, a Portaria 687/2006 que dispõem sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde abordando a redução da morbimortalidade por acidentes dentre outros que serão brevemente apresentados nesta revisão, pois servirão de base para se criar uma experiência educativa.

3.2.2 Contextualização do debate acerca da educação em saúde para o trânsito

Os acidentes de trânsito são considerados formas de violência e são discutidos entre os trabalhadores da saúde, apesar de não ser objetivo específico da área da saúde. Porém, além de atender as vítimas de acidentes de trânsito é preciso criar estratégias que estimulem a população a fim de promover a prevenção dos acidentes e promoção da saúde .

A partir dos anos noventa, a OPAS considera que a violência adquire um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países e que o setor saúde torna-se o abrigo destas vítimas, devido a demanda que exercem nos serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação, física, psicológica e de assistência social (OPS, 1993).

No entanto, para Minayo e Souza (1998, p. 524) "*a violência não pode ser considerada uma epidemia passível de ser tratada pelos métodos tradicionais da epidemiologia geral e de serviços*". Os acidentes merecem uma abordagem social, biológica, psicológica e epidemiológica, levando em conta as medidas de educação em saúde e os aspectos preventivos.

Neste sentido, a Portaria Ministerial nº737 de maio de 2001 (p. 13), foi formulada com o propósito de reduzir "*a morbimortalidade por acidentes e violências no País, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas de modo a contribuir para a qualidade de vida da população*". Este instrumento possibilita a orientação da atuação do setor saúde, estabelecendo diretrizes e responsabilidades às instituições como os setores governamentais, sociais e da população em geral que contemplam a promoção e prevenção desses eventos, visando à qualidade de vida.

Outro instrumento que avança na discussão da redução dos acidentes e violência contra as crianças e adolescentes é a Lei 8069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o ECA e trata da

proteção integral à criança e ao adolescente e progrido ao tornar obrigatória a comunicação de ocorrências suspeitas ou confirmadas à autoridade competente (BRASIL, 2003).

A Lei n.º 9.503 que entrou em vigor em 22 de janeiro de 1998 dispõe sobre o CTB, privilegia as questões de segurança e de preservação da vida. É caracterizada pelo conjunto de medidas de prevenção que contém, não sendo, apenas um instrumento punitivo. Para a completa implantação do CTB e a efetiva fiscalização na aplicação das leis, algumas medidas precisam ser tomadas para a redução da violência no trânsito, sendo elas: o controle de tráfego, a inspeção e segurança veicular, a fiscalização adequada, a agregação de normas e procedimentos de engenharia de trânsito, o treinamento para a habilitação de novos condutores e a promoção da saúde sensibilizando a sociedade quanto à relevância do Código (DENATRAN, 1997).

A Portaria Ministerial 1.968 de 26 de outubro de 2001, que dispõe sobre a notificação às autoridades competentes dos casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde é posta em vigor, fortalecendo o compromisso do Ministério da Saúde com a sociedade e a legislação brasileira, por meio das notificações de caráter obrigatório garantindo a proteção também da equipe que presta atendimento às situações de violência (BRASIL, 2001).

Em 18 de maio de 2004, a Portaria 936 é aprovada dispondo sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência, Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, com o objetivo de:

Articular a gestão e as ações do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Prevenção da Violência e Causas Externas, da Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde - DAPES/SAS/MS, com os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde Estaduais e Municipais e do Distrito Federal, com instituições acadêmicas e organizações não governamentais conveniadas com o Ministério da Saúde e outras iniciativas dos Municípios e Estados que contribuam para o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência (BRASIL, 2004, p. 1).

No Brasil, em 2006, os acidentes de transporte envolvendo crianças entre 0 a 9 anos correspondeu a 31,5% do total de óbito nessa faixa etária e se configuram como a principal causa de morte (BRASIL, 2008). Porém, ao trabalhar os dados epidemiológicos isoladamente permite-se que a magnitude dos dados e a tendência dos mesmos sejam relativizadas, correndo o risco de tratar as mortes de crianças por acidentes como um fenômeno sempre crescente e sem solução.

A Portaria 687/2006 que dispõe sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde propõe a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Esta portaria estabelece especificamente estratégias de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, tendo como base as práticas educativas incorporadas nas grades curriculares de todos os níveis de formação e apoio a campanhas de divulgação (BRASIL, 2006).

Segundo Minayo (2006), as crianças e adolescentes, até 18 anos, são considerados titulares de interesses subordinados, frente à família, à sociedade e ao Estado e as normas que cuidam de crianças e de adolescentes as concebem como cidadãos plenos, porém sujeitos à proteção prioritária, tendo em vista que são pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral. Estas normas são sintetizadas no caput do artigo 227 da Constituição Federal de 1988:

Art. 227 É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2001).

Nos agravos à saúde da criança e do adolescente, a violência e os acidentes de trânsito são eventos que, cada vez mais, tem acometido a população. É no âmbito destas questões que é preciso pensar em modificações nos projetos dos veículos, melhorias nas vias de circulação, aumento dos ASI, assim como práticas educativas com toda a população que possibilitem o empoderamento de hábitos saudáveis no trânsito e na vida de maneira geral.

Apesar dos progressos que já se fizeram em relação à prevenção da morbimortalidade por acidentes de trânsito, ainda há que se realizar muitas ações e mobilizações para garantir o direito à saúde e segurança de crianças e adolescentes. Para provocar ações de promoção da saúde serão apresentados alguns balizamentos extraídos de legislações e orientações existentes para a segurança do transporte de crianças no interior de veículos automotores, foco deste estudo.

3.3 Aspectos legais, normas e recomendações para o transporte de crianças

Diante das especificidades de cada faixa etária e das demais condições em que a criança está envolvida no momento do acidente, é preciso compreender que as mortes por acidente de trânsito na faixa etária de 0 a 14 anos ceifam vidas em seu início, desestruturam famílias por meio de injúrias físicas e psíquicas, constituindo-se assim, em um verdadeiro caos para a sociedade. Acredita-se na necessidade de uma atenção especial para essa população, mediante estratégias de prevenção de acidentes e lesões.

Com esse objetivo existem leis e normas que regem o transporte de crianças menores de 10 anos no Brasil, como o CTB que, desde 1998, dispõe de aspectos preventivos como os contidos nos artigos 64 e 65, das normas gerais de circulação e conduta.

Art. 64. As crianças com idade inferior a dez anos devem ser transportadas nos bancos traseiros, salvo exceções regulamentadas pelo CONTRAN. Art. 65. É obrigatório o uso do cinto de segurança para condutor e passageiros em todas as vias do território nacional, salvo em situações regulamentadas pelo CONTRAN (CÓDIGO DE TRANSITO BRASILEIRO, 1998)

O artigo 64 determina que os menores de 10 anos devam ser transportados no banco traseiro, enquanto o artigo 65 regulamenta a obrigatoriedade do uso individualmente do cinto de segurança ou sistema de retenção equivalente.

A Resolução 15, de 6 de fevereiro de 1998, considera a necessidade de regulamentação dos artigos 64 e 65 do Código de Trânsito Brasileiro estabelecendo as condições mínimas de segurança para o transporte de passageiros menores de 10 anos.

A Lei 9503, institui o CTB apresentando normatizações que regem o trânsito em todo território nacional. Define o trânsito como um direito de todos e dever dos órgãos e entidades componentes do Sistema Nacional de Trânsito adotar as medidas destinadas a assegurar esse direito (DENATRAN, 1997)

Entre os anos de 1997 e 2007, as orientações disponíveis no CTB estavam contidas nestes dois artigos 64 e 65. Somente uma década depois, a Resolução 277 do CTB, promulgada em 28 de maio de 2008, indica a obrigatoriedade do transporte de crianças menores de 10 anos nos bancos traseiros e com o uso individual do cinto de segurança ou sistema de retenção equivalente e indica sucintamente quais os modelos de ASI e idade correta para o seu uso (CONTRAN, 2008).

Porém, observa-se uma lacuna nesta legislação, na medida em que não há explicação da indicação do uso dos ASI ou ainda não especifica qual o sistema indicado de acordo com faixa etária e peso da criança. Esta orientação é de fundamental importância, pois pesquisas colocam o uso do ASI como método mais eficaz para diminuir a mortalidade de crianças envolvidas em acidentes automobilísticos (TURNER et al., 2005).

O CTB aponta algumas medidas educativas para esclarecimento dos usuários dos veículos quanto à necessidade do uso dos ASI, porém, efetivamente as ações e mudanças de comportamento no trânsito são discretas. O artigo 166 de 2004 aprova as diretrizes da política nacional de trânsito enfocando a importância da multidisciplinaridade da educação no trânsito (DENATRAN, 2008).

Em 28 de maio de 2008, o CONTRAN dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do ASI para o transporte de crianças em veículos. O artigo 7º aponta que as autoridades de trânsito e seus agentes deverão adotar medidas de caráter educativo para esclarecer as normas do transporte correto de crianças em veículos. Somente a partir de 360 dias após a publicação desta Resolução, os órgãos e entidades componentes do Sistema Nacional de Trânsito deverão iniciar campanhas educativas para esclarecimento dos condutores dos veículos no tocante aos requisitos obrigatórios relativos ao transporte de crianças.

Somente 730 dias após a publicação da resolução 277, os órgãos e entidades componentes do Sistema Nacional de Trânsito iniciarão a fiscalização do uso obrigatório dos ASI para o transporte de criança, com poder de multa.

Estudos apontam que, quando se transportam crianças em automóveis mais de 50% das mortes fatais por acidentes de trânsito poderiam ser evitadas se estas viajassem no assento traseiro utilizando os assentos de segurança infantil. O risco aumenta significativamente quando as crianças são transportadas sem proteção e no assento dianteiro. Foi identificado que, em 56% dos automóveis observados, havia a presença de uma criança ou mais no assento dianteiro (BELTRAMINO; CARRERA, 2007).

Outros autores abordam o caráter endêmico dos acidentes de trânsito ou ainda, o tratam como epidemia de traumas por acidentes de trânsito, devido ao alarmante número de casos fatais. Apontam para a importância do uso dos equipamentos de proteção, bem como a existência de legislações que obriguem o uso destes equipamentos e fiscalização efetiva (BELTRAMINO; CARRERA, 2007; WILLIAMS et al., 2007).

3.3.1 Recomendações para o transporte veicular seguro de crianças e adolescentes

Em 2008, entra em vigor a Resolução 227 que dispõe sobre as normas para o transporte de menores de 10 anos e a utilização dos dispositivos de retenção para o transporte de crianças no interior de veículos, propondo aperfeiçoar os artigos 64 e 65 do Código de Trânsito Brasileiro.

Cabe lembrar que a posição no veículo ocupado pela criança é uma importante variável, capaz de interferir no risco de morte em acidentes de tráfego. Assim, a criança quando transportada no centro do banco traseiro se expõe a menor risco de lesões, se comparada as crianças transportadas nas laterais, não havendo diferença significativa quanto ao risco da criança entre os lados direito e esquerdo. No caso de acidentes automobilísticos, crianças transportadas no centro do banco traseiro têm 24% menor risco de morte do que aquelas transportadas nas posições laterais (ABRAMET, 2006).

O problema mais grave no transporte de lactentes é o transporte da criança no colo, que pode ser fatal. No caso de colisão, mesmo em baixa velocidade, o corpo do adulto pode se projetar sobre o corpo da criança, esmagando-a, assim como há o risco dessa ser arremessada contra as estruturas internas do veículo ou para fora deste (PIRITO; WAKSMAN, 2005).

3.3.1.1 Lactentes de até um ano

Na primeira infância, os processos de imitação são muito mais freqüentes do que, por exemplo, o aprendizado pelo sucesso, pelo condicionamento e pelo conhecimento. Essa é uma dificuldade encontrada no que se refere ao comportamento no trânsito, pois se o adulto se comporta de forma incorreta, a criança irá aprender a forma incorreta através da imitação. Por isso a educação no trânsito deve atingir inclusive os pais e adultos que convivem com as crianças (MULLER, 1977).

Portanto, o uso do assento infantil deve ser iniciado no transporte do bebê desde a saída da maternidade. No momento da anamnese na consulta pediátrica ou na puericultura, o profissional de saúde deve conhecer como a criança está sendo transportada e a partir de então reforçar as orientações como por exemplo: crianças com estatura inferior a 1,45 m, é recomendado, a posição central do banco traseiro do automóvel (PIRITO; WAKSMAN, 2005).

Outra recomendação importante é de nunca transportar a criança no colo, mesmo no banco traseiro. O uso correto do assento de segurança proporciona segurança ideal no momento do acidente. O uso inadequado ao tamanho ou se este estiver mal posicionado na criança poderá provocar lesões graves em vez de evitá-las.

Conforme a Resolução 277 do Contran, as crianças de até um ano devem ser transportadas no equipamento denominado bebê conforto, entre um a quatro anos no assento de retenção infantil e de quatro a sete anos e meio em assentos de elevação. Porém o §3 indica que o uso do ASI não será obrigatório para veículos com peso bruto total superior a 3,5t, os de transporte coletivo, táxi e escolares (CONTRAN, 2008).

É preciso considerar não apenas a idade, mas o peso e altura da criança para fazer a escolha correta do ASI. Assim, segundo Oliveira, Carvalho e João (2007), crianças com até um ano de idade e peso inferior a 10 kg, deverão utilizar obrigatoriamente, o dispositivo denominado “bebê conforto ou conversível”. O dispositivo deve ficar firmemente fixo ao banco e com a criança de costas para o motorista.

O bebê conforto possui duas alças de contenção que equivalem a cintos de segurança, que são presas à parte superior do dispositivo, passam acima do ombro da criança, aproximam-se da região peitoral através de um clipe e seguem juntas até o acento para a fixação entre as pernas do bebê por meio de uma fivela com trava mecânica. Estas devem permanecer próximas ao corpo, com uma distância de no máximo dois dedos (ABRAMET, 2006).

3.3.1.2 Crianças entre 1 e 4 anos (10 a 18 kg)

As crianças com idade entre 1 e 4 anos, que pesem entre 10 a 18 Kg e possuam estatura inferior a 102 cm, devem utilizar o dispositivo de retenção denominado “cadeirinha” obrigatoriamente. Esta deve ser posicionada para frente no automóvel e estar firmemente fixada ao banco traseiro (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

Existem ainda cadeirinhas bidirecionais, que podem ser voltadas para frente ou para trás no veículo, podendo ser usadas a partir do sexto mês de vida ou quando a criança atingir 67cm ou mais de altura. As cadeirinhas voltadas para trás podem ser usadas até a criança atingir o peso de 13Kg, para maior proteção da coluna cervical. Porém, as cadeirinhas bidirecionais apresentam

maior índice de erro na utilização, devido aos detalhes na instalação (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

A fixação da cadeirinha ao veículo deve ser firme e utilizar o auxílio do cinto de segurança, limitando o movimento do dispositivo em 2,5cm e proporcionar grande base de contato entre a cadeirinha e o banco. As alças da cadeirinha devem ser mantidas da mesma forma que no bebê conforto. O correto é a criança utilizar a cadeirinha enquanto a extremidade superior da orelha não ultrapassar a altura da cadeirinha. A utilização da cadeirinha deve ser mantida enquanto confortável e uma vez ultrapassados os limites descritos a criança deve migrar para o uso dos assentos elevadores (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

3.3.1.3 Crianças entre 4 e 12 anos (18 a 35 kg)

De acordo com o Oliveira, Carvalho e João (2007), as crianças com idade superior a quatro anos e inferior ou igual 12 anos e peso entre 18 e 35 Kg, deverão utilizar o ASI denominado “assento de elevação”. Porém a Resolução 277, indica o uso dos assentos elevadores, para crianças com idade superior a quatro anos e inferior ou igual a sete anos e meio (CONTRAN, 2009).

É preciso considerar que as crianças com idade inferior a 12 anos não podem ser apenas restritas da mesma forma que um adulto, utilizando apenas o cinto de segurança, em virtude da pequena dimensão que as crianças possuem, uma vez que o segmento diagonal do cinto fica sobre a região cervical e o segmento horizontal sobre o abdome, sem qualquer estrutura óssea de apoio (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

O mau posicionamento do cinto, em caso de acidente, possibilita a ação das forças sobre estruturas corpóreas frágeis como pescoço, abdome, região lombar, causando um conjunto de lesões denominado de síndrome do cinto de segurança, caracterizada pela contusão da parede abdominal, lesão intra-abdominal, lesões da coluna vertebral lombar e enforcamento (TONKIN et al., 2003).

Desta maneira, o adequado posicionamento da criança nesta faixa etária requer a utilização dos assentos elevadores colocados no banco de trás, possibilitando que o cinto de três pontos possa ser usado adequadamente (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

Os assentos elevadores permitem que o cinto de segurança fique instalado em uma posição correta, mas não são fixados nos veículos. Portanto, seu uso permite que, o segmento diagonal do cinto de segurança, passe pelo centro da clavícula e do peito, enquanto que o segmento horizontal fica sobre os ossos pélvicos (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

Existem dois modelos de elevadores de assento com encosto, também chamado de cadeirão alto e os assentos elevadores sem encosto ou cadeirão baixo, ambos devem ser utilizados exclusivamente com cinto de três pontos (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

3.3.1.4 Crianças e adolescentes com mais de 35 kg

Os adolescentes possuem características psicossociais como a necessidade de romper as ligações familiares, a necessidade de se sentir forte e atraente, a procura de novas emoções, a busca de uma identidade grupal, a relativa imaturidade para enfrentar algumas situações de risco. Estes fatores podem influenciar o indivíduo a expor-se a problemática de acidentes nesse período da vida (ARRUDA, 2004).

Dessa maneira, a educação para o trânsito deve ter início na idade pré-escolar e ter continuidade durante todas as fases do ciclo vital infanto-juvenil, enfatizando-se, na adolescência, os riscos para os acidentes e os modos de segurança que devem ser respeitados e utilizados pelos jovens durante suas atividades escolares, sociais e/ou recreativas.

O cinto de segurança de três pontos é o dispositivo adequado para restrição de adolescentes, sempre levando em consideração as dimensões corporais, a saber: a criança deve ter ao menos 27 kg e 145 cm, ou seja, nos adolescentes muito pequenos, o cinto abdominal é inapropriado, como também para os adultos, por não restringir o movimento do tronco (EBEL; GROSSMAN, 2003).

Para verificar a possibilidade do uso isolado do cinto de segurança é utilizado um questionário baseado em quatro itens, sendo eles:

1-Os joelhos da criança estão posicionados no fim do assento de modo que suas pernas fiquem confortavelmente pendentes? 2- O seguimento diagonal do cinto passa entre o ombro e o pescoço, distante deste último? 3- O seguimento horizontal está baixo, passando pela pelve e não pelo abdômen? 4- A criança está confortável, a ponto de permanecer nesta posição durante todo o trajeto?. Quando uma das respostas é negativa, o uso isolado do cinto de segurança é inadequado (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

Ao se adquirir o assento infantil, é necessário observar se o equipamento possui aprovação do Inmetro conforme a norma técnica brasileira 14.400 de 1999. Somente desse modo a sua qualidade estará garantida (Inmetro, 2009). Há que se ter cuidado no momento da instalação do ASI e seguir as instruções do fabricante rigorosamente ao instalar o assento no automóvel, garantindo a segurança. Preferencialmente, antes da aquisição, o assento deve ser experimentado no veículo testando a adaptação correta do equipamento e ao colocar a criança no veículo verificar se o assento está instalado de acordo com o manual de instruções e se a criança foi acomodada de maneira correta (WAKSMAN; PIRITO, 2005).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento e as atividades de orientação acerca do uso correto de ASI praticadas por profissionais enfermeiros, policiais de trânsito, agentes de trânsito e instrutores dos Centros de Formação de Condutores (CFC).

4.2 Objetivos específicos

Levantar os estudos nacionais e internacionais que abordam o tema acidentes de trânsito envolvendo crianças e adolescentes, bem como as recomendações existentes acerca do uso dos ASI, e as propostas de intervenção indicadas de forma implícita ou explícita.

Caracterizar a população em relação às variáveis sócio demográficas.

Verificar o conhecimento dos sujeitos acerca do ASI

Identificar as ações educativas desenvolvidas pelos sujeitos

Relacionar o conhecimento e as ações educativas com as variáveis

5 METODOLOGIA

5.1: Revisão de literatura

Com o objetivo de apresentar o estado da arte no que tange a violência infantil e causas externas que envolvem esta população específica, assim como os acidentes de trânsito com criança no interior de veículos automotores, foi apresentado um quadro teórico composto por dois capítulos construídos por meio da técnica de revisão bibliográfica.

Para a confecção do primeiro capítulo foi utilizada a compilação e fichamento das fontes localizadas nas bases de dados (Lilacs, Biblioteca Cochrane, Scielo, Adolec, BBO, Bdenf, Desastres, Medcarib, Repidisca), além de materiais disponíveis pelo Ministério da Saúde, dissertações e teses, livros-texto e legislações vigentes.

Utilizaram-se como critérios de inclusão os artigos publicados entre 2000 e 2009 que apresentavam o cruzamento dos seguintes descritores: Acidentes de trânsito, saúde da criança; violência; cintos de segurança.

Na primeira fase, foi feito o cruzamento dos descritores acidentes de trânsito x crianças nas bases de dados dos principais periódicos da área de ciências da saúde, em 30 de junho de 2009. Foi encontrado um total de 2828, destes, 2807 eram artigos, 14 monografias, 5 teses e 2 referenciais encontrados foram considerados não convencionais. Desse acervo identificou-se 149 publicações, sendo 122 artigos, 14 monografias, 6 teses. Ao excluir os materiais em duplicidade e pesquisas que não abordavam acidentes de trânsito envolvendo crianças e ainda manter apenas as publicações entre os anos de 2000 a 2009 restaram apenas 49.

Também foi realizado o cruzamento dos descritores acidentes de trânsito x saúde da criança x violência x cintos de segurança. Foram encontrados 12 resultados conforme as datas estabelecidas acima e, quatro destes, não possuíam conteúdo afim para a realização deste estudo. Ficaram então oito referências a serem utilizadas, sendo elas, seis artigos científicos e duas teses. Não se encontrou nenhuma referência na base MEDLINE e no SciELO foi encontrada apenas uma.

O segundo capítulo foi construído tendo como base os descritores educação em saúde e acidentes de trânsito. A princípio foram obtidos 259 artigos. Especificando o período de 2000 a 2009 restaram 138 artigos nas mesmas bases de dados do primeiro capítulo e seguindo a mesma

técnica de pesquisa. Após a leitura dos materiais, foram utilizadas as seguintes categorias para a classificação inicial deles: artigos com enfoque epidemiológico e que consideraram os acidentes de trânsito como problemas de saúde pública; publicações com enfoque nos aspectos legais; materiais em que o uso dos assentos de segurança infantil (ASI) era o objetivo da discussão; materiais que apresentaram normas e recomendações para o transporte de crianças e por fim, publicações que discutiam a compreensão dos pais e ações de prevenção dos acidentes de trânsito.

O terceiro capítulo foi construído por meio das recomendações existentes acerca do uso dos ASI, ou seja, utilizamos o CTB, o ECA, resoluções e normatizações existentes que orientam o transporte seguro de crianças no interior de veículos automotores, assim como artigos científicos da área.

Procurando possibilitar perspectivas de natureza diferentes, e que fossem complementares na busca de aproximação da realidade que se queria conhecer, os dados foram analisados quantitativamente e apresentados em números absolutos. Por outro lado, os dados qualitativos foram categorizados conforme a técnica de análise de conteúdo. Assim, as fases percorridas para o tratamento das informações qualitativas foram a leitura e releitura das publicações. Em seguida, se deu a organização por categorização e a apresentação dos resultados de forma descritiva (LAKATOS; MARCONI, 2001).

Após a construção do referencial teórico, partiu-se para a construção do estudo a que se propôs esta pesquisa.

5.2 Material e Método

Este estudo se caracteriza como descritivo do tipo exploratório. Segundo GIL (2007), estudos descritivos são desenvolvidos com o objetivo de proporcionar uma visão geral de tipo aproximativo.

5.3 População

Devido às características exploratórias inédita deste assunto, sem haver dados prévios para o embasamento, a população do estudo foi escolhida intencionalmente por entender que

esses profissionais realizam ou deveriam realizar atividades educativas para a prevenção dos acidentes de trânsito.

Considerando essa premissa básica os seguintes profissionais fizeram parte deste estudo:

I – Instrutores dos 20 CFC cadastrados pelo DETRAN do município de Cascavel.

II – Enfermeiros que realizam puericultura nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), enfermeiros de Unidade de Pediatria e/ou Maternidade dos hospitais do município de Cascavel-PR.

III - Policiais de trânsito que atuam no 6º Batalhão de Polícia Militar de Cascavel

IV - Agentes de trânsito da Companhia Cascavelense de Transporte e Tráfego (CETRANS).

5.4 Amostragem

Dos 20 CFCs cadastrados pelo DETRAN no município de Cascavel, 16 possuem aulas teóricas. Estes têm 28 instrutores e a amostra foi formada aleatória por 26 indivíduos, destes, 16 instrutores se dispuseram a responder o questionário.

O município de Cascavel possui 33 enfermeiros que atuam nas UBS fazendo puericultura, portanto, realizando atividades de orientação a pais e responsáveis de crianças. A amostra desta população foi calculada em 30 indivíduos. Destes, 19 se disponibilizaram a participar da pesquisa.

No município de Cascavel, existem 3 hospitais com unidade de pediatria e/ou maternidade que, juntos, possuem uma população de 19 enfermeiros. Fizeram parte desta pesquisa 14 enfermeiros.

O 6º Batalhão de Polícia Militar do Paraná, sediado no município de Cascavel, possui em sua escala de trabalho 21 policiais de trânsito, sendo que destes 10 trabalham no plantão de acidentes de trânsito, 6 no Grupo de Operações Policiais de trânsito (GOTRAN), 3 na Circunscrição Regional de Trânsito (CIRETRAN) e 2 no Setor de Notificações de Trânsito (SENOT).

Como a proposta do estudo era analisar o conhecimento e as orientações de profissionais que realmente realizavam ações educativas, fizeram parte deste estudo apenas os policiais que trabalhavam no plantão de acidentes de trânsito e no GOTRAN, totalizando 16 policiais. A

amostra foi composta por 16 indivíduos que atuavam no município de Cascavel, porém 10 indivíduos aceitaram participar da pesquisa.

O CETRANS tem 50 agentes de trânsito, porém, 32 destes atuam no setor de estacionamento regulamentado e 19 no setor de operações, ou seja, efetivamente na fiscalização e orientação no trânsito. Destes, 18 indivíduos deveriam compor este grupo da amostra, mas devido à recusa, 11 indivíduos responderam.

5.5 Instrumento

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu de um questionário estruturado com um total de 34 questões que foram elaboradas com alternativas previamente definidas de resposta (Apêndice A).

Foi utilizado como referencial teórico de base para elaboração do questionário de coleta de dados o estudo realizado por Oliveira; Carvalho; João (2007) para caracterização da amostra e comportamento da população do estudo. Porém, para responder aos objetivos deste estudo, foram incluídas ao instrumento 6 questões sobre o conhecimento a respeito dos ASI e 6 questões relacionadas às atividades educativas.

Assim, o questionário estruturado foi constituído de 3 partes: a primeira intitulada "Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos, experiências e comportamento sobre os assentos de Segurança Infantil (ASI)" composta por 15 questões fechadas, 3 semi-estruturadas e 3 abertas, totalizando 21 questões direcionadas a compreensão dos dados que permitissem traçar um perfil dos entrevistados. A segunda parte denominada apenas como "Conhecimento" foi composta por 6 questões fechadas relacionadas ao conhecimento e comportamento pessoal acerca do ASI e por fim, a terceira parte, com 3 questões semi-estruturadas e 4 fechadas, totalizando 6 questões direcionadas a conhecer as atividades educativas realizadas pelos sujeitos e sua opinião acerca dos direitos e deveres dos cidadãos.

5.6 Considerações éticas

Inicialmente, foi encaminhada uma cópia do Projeto de Pesquisa a cada uma das instituições onde iria ser realizada a coleta de dados, ou seja, à todos os Centros de Formação de

condutores, aos hospitais, ao 6º Batalhão de Polícia Militar do Paraná, à Companhia Cascavelense de Transporte e Tráfego e à Prefeitura Municipal de Cascavel.

Após a apreciação e obtenção da autorização dos responsáveis o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa – COPEP da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 045.093.000-08) (ANEXO 1).

Os questionários só foram entregues aos sujeitos da pesquisa, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando o conteúdo do questionário, esclarecimento de dúvidas e mantendo o anonimato (Apêndice C).

5.7 Validação

Após a confecção dos instrumentos de coleta de dados para verificar se os mesmos estavam respondendo o objetivo inicialmente proposto pelo estudo, foi realizada a validação ou também chamada de análise de conteúdo, que segundo Pasquali (1998), "*procura verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s) ... onde os juízes devem ser peritos na área do conteúdo do instrumento*".

A validação foi realizada por 7 avaliadores ou peritos, sendo eles docentes pesquisadores com atuação na área de educação em saúde, acidentes de trânsito, pediatria e pesquisa metodológica.

Os experts que validaram o questionário foram escolhidos a partir de pesquisa na Plataforma Lattes, no site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq.

Para melhor compreensão do estudo pelos juízes, foi enviado junto ao Questionário o provável título do trabalho, seus objetivos e o procedimento para a coleta de dados. Esses juízes foram instruídos a analisarem o questionário quanto à objetividade, clareza, relevância e precisão.

Após o cumprimento dessa etapa, as sugestões foram acatadas e o instrumento reelaborado.

5.8 Coleta de dados

Esta pesquisa foi realizada em uma cidade localizada na região oeste do Estado do Paraná, entre os meses de janeiro e maio de 2009. A coleta de dados foi feita por meio da técnica de questionário auto-aplicado e os dados foram coletados unicamente pela pesquisadora.

Cabe lembrar que houve grande dificuldade durante a realização da coleta de dados levando em conta a heterogeneidade dos pesquisados e a dificuldade de entrar em contato com eles devido a carga horária de trabalho.

5.9 Análise dos dados

As respostas foram digitadas em um banco de dados (Planilha Eletrônica do Microsoft Excel 2000). Os dados foram agrupados e contabilizados por frequência e porcentagens simples. A apresentação dos resultados quantitativos foi na forma de Tabelas, Gráficos e Quadros.

A análise dos dados foi realizada com a utilização do software SPSS versão 17.0 (2008). Para as comparações, foi utilizado o Teste Qui-quadrado. O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$, considerando o intervalo de confiança de 95% para todos os testes.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Caracterização da Amostra

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos em relação às variáveis sócio-demográficos. Cascavel-PR, 2009

Variável	Categoria	N	%
Profissional	Agente de trânsito	11	15,72
	Policial de trânsito	10	14,29
	Enfermeiro	33	47,14
	Instrutor	16	22,85
Sexo	Masculino	32	45,72
	Feminino	38	54,28
Escolaridade	Ensino médio	21	30,00
	Ensino Profissionalizante	02	02,86
	Ensino superior	18	25,71
	Pós graduação	29	41,43
Estado civil	Casado	38	54,29
	Solteiro	26	37,14
	Divorciado	05	7,14
	Viúvo	01	1,43
Numero de filhos	01	16	22,86
	02 ou mais	08	11,43
	Nenhum	39	55,71
	Não responderam	07	10,00
Total		70	100

Da população de 115 sujeitos, 70 indivíduos participaram desta pesquisa perfazendo um total de 61%:

Os indivíduos estudados apresentavam idade entre 20 e 52 anos, com média de 32 anos.

De acordo com a categoria profissional, a maior parte dos profissionais que responderam o questionário era de enfermeiros 33 (47,14%), seguidos pelos instrutores dos CFC 16 (22,85%), agentes de trânsito 11 (15,72%) e policiais de trânsito 10 (14,29%). Quanto ao sexo 38 (54,28%) eram mulheres e 32 (45,72%) homens.

Quanto a escolaridade, observou-se uma maior freqüência de indivíduos com pós-graduação 29 (41,43%), seguidos pelos 21(30%) sujeitos que possuíam o ensino médio, 18

(25,71%) com ensino superior e 02 (2,86%) com ensino técnico profissionalizante. O alto nível de escolaridade pode ser devido à necessidade exigida pelo mercado de trabalho. Corroborando com os dados do IBGE (BRASIL, 2007), que apontaram para a população nacional, acima de 15 anos, do ano de 2006 que 11,18% possuíam menos de 1 de escolaridade, 11,8% possuíam de 1 a 3 anos, 26,74 % entre 4 a 7 anos, enquanto que 50,99% possuíam 8 ou mais de escolaridade. Em relação ao estado civil, pode-se verificar, na Tabela 1, que a maioria dos indivíduos 38 (54,28%) são casados, 26 (37,14%) solteiros, 05 (7,14%) divorciados e 01(1,43%) viúvo.

Quanto ao número de filhos, 39 (55,71%) não possuíam filhos, 16 (22,86%) possuíam 1 filho, 8 (11,46%) 2 ou mais filhos e 7 (10%) indivíduos não responderam a questão. Estes dados parecem refletir o panorama nacional das duas últimas décadas apresentado pelo IBGE (2001), em que houve uma queda substancial do tamanho da família brasileira, pois diminuiu em todas as regiões: de 4,3 pessoas por família em 1981, chegando a 3,3 pessoas em 2001, sendo que o número médio de filhos por família é de 1,6 filhos.

Tabela 2- Relação entre renda familiar e número de carros por família. Cascavel-PR, 2009

Variável	Categorias	Número de carros		
		Nenhum	1	2 ou mais
Renda Familiar	Abaixo de 3 salários	3	2	1
	3 a 6 salários	2	29	5
	7 a 10 salários	0	12	12
	A cima de 10 salários	0	1	2
Total		5	45	20

A Tabela 2 ilustra a renda familiar dos sujeitos e número de carros por família referidos nos questionários. Observa-se pelos dados que a maioria da população, 36 indivíduos possui renda entre 3 a 6 salários e destes, 29 possuem 1 carro para a locomoção da família. A minoria, ou seja, 6 sujeitos referiram ter um rendimento mensal abaixo de 3 salários mínimos. Estes dados divergem da média nacional apresentada pelo IBGE, em que 30,5% dos cidadãos recebem de 1 a 2 salários, enquanto que 8,4% da população recebem entre 3 a 5 salários mínimos e apenas 3,1% recebem acima de 10 salários mínimos (BRASIL, 2007).

Tabela 3- Relação entre faixa etária e frequência do uso do cinto de segurança. Cascavel-PR, 2009

Variável I	Categorias	Uso do cinto de Segurança				Total		P
		Sempre		Nunca, ou às vezes		n	%	
		N	%	n	%			
Faixa etária	De 20 a 29	27	90	3	10	30	42,86	0,056
	De 30 a 39	27	100	0	0	27	38,57	
	De 40 a 52	12	92,3	1	7,7	13	18,57	
Total		66	94,3	4	5,7	70	100	

Na seqüência, a Tabela 3 apresenta dados referentes ao comportamento dos sujeitos em relação ao uso do cinto de segurança de acordo com a faixa etária.

Dos 70 (100%) indivíduos do estudo, 66 (94,2%) disseram sempre utilizar o cinto de segurança. Faziam parte da faixa de idade entre 20 a 29 anos 30 (42,86%) dos sujeitos e destes, 3 (10%) não utilizam o cinto de segurança sempre. Houve significância estatística entre as variáveis faixa etária e uso do cinto de segurança ($p \leq 0,05$).

O achado do presente estudo é preocupante, pois esses jovens que não aderem aos comportamentos preventivos são os que têm a obrigação de orientar e educar em relação à segurança no trânsito e eventualmente punir essas infrações. É difícil acreditar que um profissional que não segue as normas preconizadas, portanto, com comportamento menos respeitoso e que esteja em uma faixa etária mais susceptível à exposição de risco, possa exercer atividades educativas em relação à segurança no trânsito.

Para Oliveira et. al (2009), ha associação entre homens motorista e uso de cinto de segurança indicando que entre os homens motoristas irrestritos, 81,7% das crianças também estavam irrestritas, sugerindo que a negligência com a própria segurança refletiu-se no cuidado à criança.

Camacho (2000) aponta que alguns estudos têm mostrado que a população jovem está vivendo um período mais prolongado de relativa despreocupação e isenção de responsabilidades, sendo uma destas evidências, a que os jovens de hoje moram com os pais não apenas até completar a maioridade, mas permanecem até terem a vida estabelecida.

Em um inquérito aplicado em estudantes universitários na faixa etária entre 17 e 27 anos foi identificada, além de outros fatores que apontam despreocupação, a baixa frequência do uso de cinto de segurança, dados que corroboram os destes estudo (ANDRADE et al, 2003).

De acordo com Panichi; Wagner (2006), para que se possam realizar intervenções de prevenção contra a exposição à riscos, direcionando para atitudes seguras tanto na condução como no transporte de crianças é preciso capacitar educadores e multiplicadores redimensionando a visão psicossocial da população e a importância da prevenção nos seus diversos segmentos.

Panichi; Wagner (2006), evidenciaram em uma revisão bibliográfica, que vários estudos apontam que os jovens reúnem condições favoráveis à maior exposição de risco na condução de automóveis podendo ser influenciados pela família e escola uma vez que transmitem valores, crenças e atitudes que constituem o processo de socialização. Assim, os jovens podem aderir a determinados comportamentos que implicam conseqüências negativas ou positivas para a saúde.

Outro fator a ser considerado é o perfil psicológico do bom condutor que, para Gouveia et al (2002), precisa levar em conta as áreas psicológicas da inteligência, a percepção e o caráter. Ainda, vários estudos verificam uma forte conexão entre agressividade e trânsito, principalmente, entre a população jovem e adolescente.

Assim, o uso do cinto de segurança configura uma das atitudes de um bom condutor que segundo Machado (2001), são pessoas que pouco se acidentam ou quase não se envolvem com problemas de trânsito e, em sua vida, agem de forma respeitosa, solidária e consciente, o que as levam a dirigir de forma educada, respeitando as normas, cientes dos riscos e valorizando a vida de todos inclusive a própria.

Em estudo desenvolvido na cidade de Maringá/PR, para observar a utilização de assento de segurança infantil por crianças de até quatro anos de idade foi constatado que apesar da ampla divulgação quanto à utilização do cinto de segurança e sua obrigatoriedade por lei, apenas metade dos motoristas o utilizava, ou seja, entre os motoristas, 51,8% usavam cinto de segurança (60,4% das mulheres, 44,9% dos homens). Desta forma, a baixa utilização de ASI, visto ser um assunto inexplorado cientificamente não surpreende, apesar de nos deixar preocupados com a pouca adesão deste dispositivo pela população brasileira (OLIVEIRA et al., 2009).

6.2 Educação para o trânsito: do desconhecimento ao conhecimento

Durante a formação, o profissional que atua como educador precisa ser orientado de que as práticas educativas devem ocorrer como uma tentativa de permitir relativizar o conhecimento e

ser seduzido pelo outro para criar novas ou outras representações, possibilitando trocas possíveis com os sujeitos (GAZZINELLI et al, 2005).

Acredita-se que a educação em saúde precisa explorar a forma como os acidentes de trânsito envolvendo crianças são elaborados culturalmente, na tentativa de levar os sujeitos ao reconhecimento deste, como algo anômalo, vindo a favorecer comportamentos de recusa, negação e remoção deste fenômeno que precisa ser extraído de um contexto em que este é tido como normal e natural.

Para tanto, o bebê conforto, as cadeirinhas, cadeirão com e sem encosto que compõem os ASI devem fazer parte dos conteúdos a serem adquiridos pelos profissionais de saúde e demais profissionais que realizam atividades educativas à população, mais especificamente a educação no trânsito.

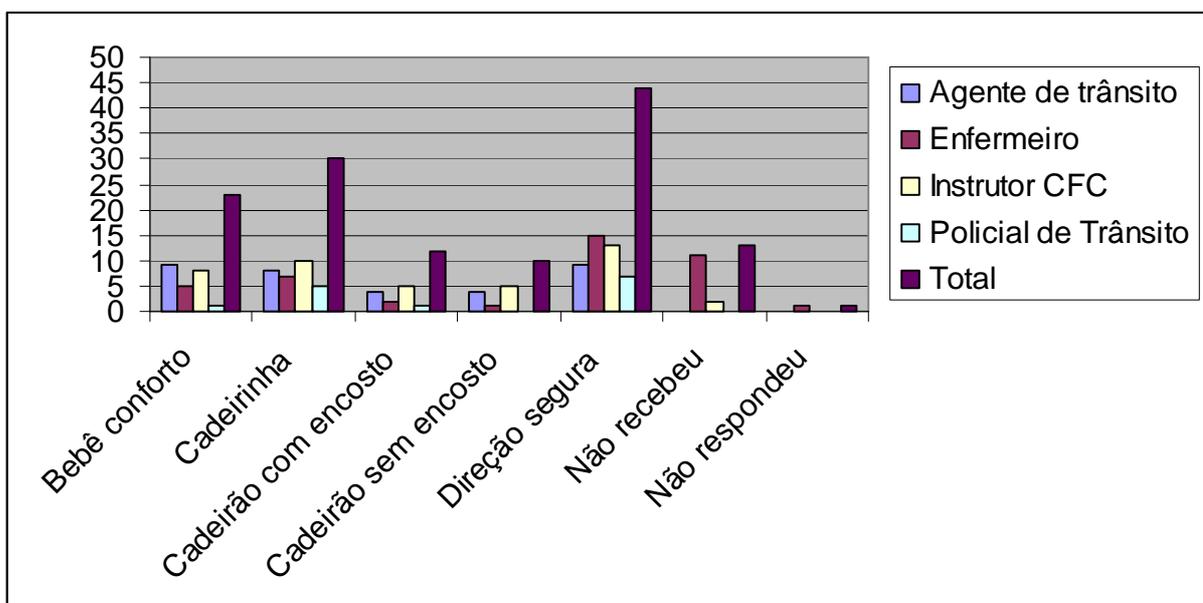


Gráfico 1- Relação entre a categoria profissional e informação sobre ASI durante a formação. Cascavel-PR, 2009

O Gráfico 1 sugere que uma parcela pequena desta população recebeu informação sobre os ASI e que os agentes de trânsito são os profissionais que em maior número disseram ter sido informados. Apenas quando questionados sobre as cadeirinhas é que os enfermeiros se sobressaem e ainda assim, do total de enfermeiros, pouco mais de 5, referiram ter sido informados acerca dos ASI durante a formação. Do total de 70 (100%) indivíduos, 13 (18,5%) não receberam informação alguma acerca dos ASI durante sua formação.

Outra consideração importante é a direção segura que, na totalidade, foi o conteúdo que mais de 40 sujeitos receberam durante a formação profissional conforme o GRÁFICO 1 apresenta.

Pode-se observar que mais da metade dos entrevistados referiram ter recebido informações sobre direção segura e, no entanto, não conseguiram articular com os conhecimentos acerca dos ASI, pois a utilização do cinto de segurança ou ASI equivalente deve ser inerente as práticas de segurança no trânsito.

Uma das mudanças positivas que ocorreram com a legislação de trânsito brasileira que data de 23 de setembro de 1997, foi a formação de condutores que fica instituída incluindo, além dos conteúdos de legislação e direção veicular, o conteúdo de direção defensiva e de conceitos básicos de proteção ao meio ambiente relacionados com o trânsito. Assim, parece que o Estado passa a dar importância ao assunto como se pode observar no artigo 74 apontando que "a educação para o trânsito é direito de todos e constitui dever prioritário para os componentes do Sistema Nacional de Trânsito" (CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO, 1997).

Parece ser incoerente este apontamento, uma vez que, ao receber informações sobre o comportamento seguro ou direção segura, o conteúdo utilização de cinto de segurança ou ASI deve estar contemplado nestas informações ou seja, deve fazer parte destas práticas educativas e do comportamento seguro.

Tabela 4- Distribuição dos sujeitos, de acordo com as variáveis CNH e tempo de habilitação. Cascavel-PR, 2009

Variável	Categorias	Tempo de Habilitação				Total	
		Depois de 1998		Antes de 1998		n	%
		N	%	n	%	n	%
Possui CNH	Sim	44	62,85	22	31,42	66	94,28
	Não	00	00	00	00	03	4,29
	Não respondeu	00	00	00	00	01	1,43
Total		44	62,85	22	31,42	70	100

A grande maioria da população de estudo 66 (94,28%) possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH), sendo que destes, 44 (62,85%), a obtiveram após o ano de 1998 e 22 (31,42%) antes de 1998 (Tabela 4). Neste ano entraram em vigor as novas leis de trânsito

estabelecendo como critério para obtenção da CNH a obrigatoriedade das aulas práticas e teóricas, ou seja, a educação para o trânsito.

Anteriormente a 1998, para se obter a permissão para dirigir bastava realizar a prova prática de direção e caso o indivíduo realizasse as atividades práticas sem sofrer infração seria habilitado. Não havia orientação ou formação de condutores obrigatória, as pessoas podiam optar por fazer as aulas nos CFC ou ter aulas com alguém da família, amigo, ou seja, uma pessoa que nem sempre tinha formação e informação correta para instruir o futuro motorista.

O artigo 140 do CTB estabelece como requisitos para obtenção da CNH os seguintes critérios: ser penalmente imputável; saber ler e escrever; possuir Carteira de Identidade ou equivalente. E para tanto, o cidadão deverá submeter-se a exames realizados pelo órgão executivo de trânsito, conforme o Artigo 147 apresenta, na seguinte ordem: de aptidão física e mental; escrito, sobre legislação de trânsito; de noções de primeiros socorros, conforme regulamentação do CONTRAN; de direção veicular, realizado na via pública, em veículo da categoria para a qual estiver habilitando-se (CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO, 1998).

É sabido que a CNH não é um direito do cidadão e o Estado cumpre seu papel fornecendo a mesma para aqueles que fazem por merecer. Não para quem precisa, mas para aqueles que apresentam boas condições de enfrentar o trânsito nosso de cada dia, pois, para obtê-la, o indivíduo é submetido às avaliações realizadas pelo DETRAN e, anteriormente a estas, as aulas práticas e teóricas devem preparar os cidadãos e desta forma, por meio destas medidas deve-se ter a constatação das boas condições para ser motorista (MACHADO, 2001).

De acordo com o artigo 158, do CTB, a aprendizagem para obtenção da CNH, só poderá realizar-se: nos termos, horários e locais estabelecidos pelo órgão executivo de trânsito desde que o aprendiz esteja acompanhado por instrutor autorizado. Esta medida parece Regular as atividades do instrutor dos CFC na tentativa de formar de motoristas comprometidos com a segurança no trânsito (CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO, 1998).

Do total de 70 (100%) da amostra de estudo, apenas 03 (4,29%) não possuem permissão para dirigir (Tabela 4). É sabido que algumas pessoas não apresentam condições para lidar com situações perigosas e estressantes, desorganizando-se e não dando conta das tarefas implicadas na questão. Com o Trânsito não é diferente, pois o perigo está presente em cada esquina e o indivíduo que pretende dirigir deve estar bem ciente desses riscos, e de suas condições para enfrentá-los (MACHADO, 2001).

A padronização das aulas práticas e teóricas, no treinamento e nos exames objetiva a formação de bons motoristas. Assim, a Resolução 267 do CONTRAN que data de 15 de fevereiro de 2008, dispõe sobre o exame de aptidão física e mental, a avaliação psicológica e o credenciamento das entidades públicas e privadas de que tratam o art. 147, I e §§ 1º a 4º e o art. 148 do CTB (CONTRAN, 2008).

Esta resolução apresenta a padronização dos formulários, em seus anexos, a serem aplicados aos candidatos, assim como disciplina sua aplicação pelas instituições públicas e privadas responsáveis pela sua aplicação. Por meio do Art. 2º estabelece que: “*cabará ao Departamento Nacional de Trânsito – DENATRAN, criar e disciplinar o uso do formulário Registro Nacional de Condutores Habilitados – RENACH*” (CONTRAN, 2008, p. 01).

Quanto à padronização das aulas práticas e teóricas o CONTRAN, por meio da Resolução 168, de 14 de dezembro de 2004, estabelece normas e procedimentos para a formação de condutores de veículos automotores. Assim o candidato, após a conclusão do curso de formação, será submetido a exame teórico-técnico, constituído de uma prova que conterà no mínimo 30 (trinta) questões, incluindo todo o conteúdo programático, proporcional à carga horária de cada disciplina, devendo obter aproveitamento de, no mínimo, 70% (setenta por cento) de acertos para aprovação (CONTRAN, 2004).

O candidato somente poderá prestar exame de Prática de Direção Veicular depois de cumprida a seguinte carga horária de aulas práticas:

- I – obtenção da ACC: mínimo de 15 (quinze) horas/aula;*
- II – obtenção da CNH: mínimo de 15(quinze) horas/aula por categoria pretendida;*
- III – adição de categoria: mínimo de 15 (quinze) horas/aula em veículo da categoria na qual esteja sendo adicionada;*
- IV – mudança de categoria: mínimo de 15 (quinze) horas/aula em veículo da categoria para a qual esteja mudando (CONTRAN, 2004 p.04) .*

E segue descrevendo as avaliações e critérios que o candidato será submetido no processo de obtenção da CHH e no Anexo II apresenta a estrutura curricular básica, abordagem didático-pedagógica e disposições gerais dos cursos.

A Resolução 285, de 29 de julho de 2008 altera e complementa o Anexo II da Resolução nº 168, de 14 de dezembro de 2004 do CONTRAN, que trata dos cursos para habilitação de condutores de veículos automotores e dá outras providências. Esta resolução estabelece carga

horária para os conteúdos, sendo que para legislação de trânsito são destinadas 18 horas/aula, direção defensiva 16 horas/aula, noções de primeiros socorros 4 horas/aula, noções de proteção e respeito ao meio ambiente e de convívio social no trânsito de 4 horas/aula, noções sobre funcionamento do veículo de duas ou mais rodas de horas/aula totalizando para a formação de condutores, a carga horária para o curso teórico-prático será de 45 horas/aula. Quanto ao curso de direção veicular possui carga horária total de 20 horas/aula para cada categoria pretendida (CONTRAN, 2008).

É possível observar que não há especificação explícita nos conteúdos a serem abordados durante os cursos de formação de condutores, em ambas as resoluções 168/04 e 285/08, acerca do uso dos ASI, apesar de conter assuntos como: Segurança e atitudes do condutor, passageiro, pedestre e demais atores do processo de circulação; Equipamentos de uso obrigatório do veículo, sua utilização e cuidados que se deve ter com eles.

Refletindo sobre a precariedade da legislação que trata da formação do motorista no que tange às informações sobre o uso de equipamento de segurança, é possível compreender o comportamento dos condutores no transporte de crianças e os alarmantes dados epidemiológicos. Por outro lado, essa mesma situação pode e deve servir de estímulo para as mudanças que são absolutamente necessárias e urgentes para mudar o panorama da violência do trânsito com a criança

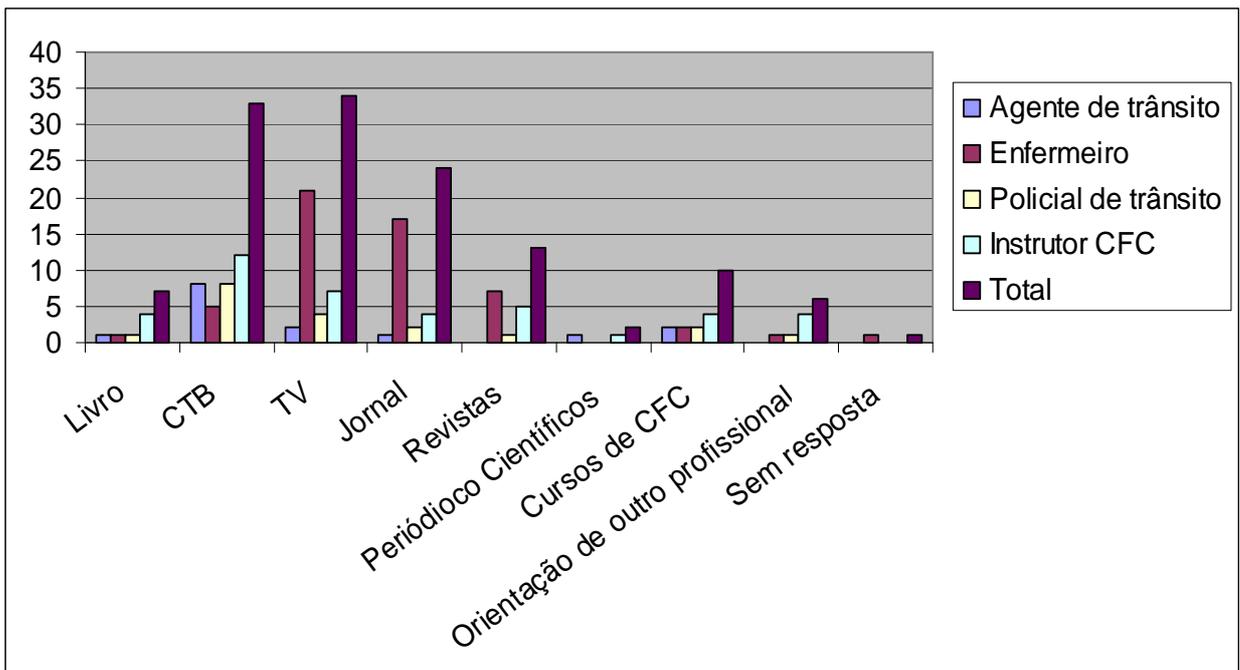


Gráfico 2- Relação entre categoria profissional e o modo de aquisição de informação sobre os ASI. Cascavel-PR, 2009

A forma de informação sobre os ASI mais utilizada pelos profissionais foi o televisor, seguido pelo CTB e por jornais (Gráfico 2). Esses dados ratificam os anteriores, já que as resoluções que tratam da formação de condutores são vagas no que diz respeito aos equipamentos de segurança e em especial os ASI. Dados semelhantes foram observados por Rothenstein et al (2004), que apontou que 38% dos pediatras obtinham informações pela legislação vigente (Transpot Canada Agencies), enquanto que 17% da população citou artigos científicos e jornais médicos como fonte de informação.

A fonte mais comumente citada foi o panfleto educativo que totalizaram 42%. No entanto, muitos profissionais (46%) não ofereciam nenhuma informação para os pais sobre o transporte veicular seguro de criança.

Ao se realizar a comparação entre os grupos de profissionais, pode-se observar que, para os agentes de trânsito, o CTB é a forma que mais frequentemente recorrem para obter informação acerca dos ASI, seguido pelo uso do televisor, cursos de CFC, jornais e artigos científicos.

No caso dos enfermeiros, a ordem se inverte. Primeiramente os profissionais buscam se informar por meio do televisor, seguido do CTB, jornais, revistas, cursos de CFC, orientação por outro profissional ou livro e não mencionaram os periódicos científicos.

Para os policiais de trânsito, o resultado é semelhante ao dos agentes de trânsito que apontaram o CTB como principal forma de adquirir conhecimento, seguido pelo uso do televisor, jornais, cursos de CFC, livros, e orientação de outros profissionais, mas não mencionaram o uso de artigos científicos.

Os instrutores dos CFC apresentaram resultado semelhante aos policiais de trânsito, disseram ser CTB a principal forma de adquirir conhecimento acerca dos ASI, seguido pelo uso do televisor, jornais, cursos de CFC, livros, e orientação de outros profissionais, mas não mencionaram os artigos científicos.

6.3 Reflexão sobre o conhecimento dos profissionais

Greenberg-Seth; Hemenway; Gallaghe; Lissy; Ross (2004) examinaram os padrões dos ASI em uma comunidade latino-americana em Massachusetts, com o objetivo de determinar os

fatores associados ao transporte de crianças em veículos automotores, quando as crianças encontravam-se sentadas no banco traseiro de carros. Os achados mostram que o posicionamento de crianças no assento traseiro foi fortemente associado com a presença de motoristas do sexo feminino ($p = 0,01$).

Estes dados contrariam os resultados encontrados nesta pesquisa que apontaram que 30 (42,9%) das mulheres conheciam parcialmente ou desconheciam informações sobre o uso correto dos ASI, enquanto que 18 (25,7%) homens desconheciam. É possível associar o não conhecimento ao não cumprimento da regra. Se por um lado conhecer não é garantia de mudança de comportamento, o desconhecimento neste caso, implica em uma condição mais frágil ainda, principalmente porque ocorre em um grupo que tem a missão precípua de educar.

Tabela 5- Relação entre sexo e conhecimento sobre os ASI e valor de p. Cascavel-PR, 2009

Variável	Categorias	Conhecimento				Total		p
		Conhece		Conhece parcialmente ou desconhece		n	%	
		N	%	n	%			
Sexo	Feminino	8	11,4	30	42,9	38	54,3	0,042
	Masculino	14	20,0	18	25,7			
	Total	22	31,4	48	68,6	70	100,0	

A Tabela 5 elucida a significância entre o conhecimento dos entrevistados de acordo com o sexo. Assim, o resultado do estudo aponta que o conhecimento sobre os ASI está relacionado aos indivíduos do sexo masculino.

Davantel, Peloso, Carvalho, Oliveira (2010) sugerem uma mudança do perfil da mulher no trânsito, que são em sua maioria jovens com nível de escolaridade acima do ensino médio (58,0%) e predominantemente condutoras (65,0%). Das mulheres envolvidas em acidentes de trânsito, 44,5% utilizavam algum dispositivo de segurança, capacete ou cinto de segurança. Já 14,2% delas não usavam nenhum dispositivo de segurança, um perfil muito semelhante ao do homem condutor.

Esta divergência nos resultados aqui encontrados, pode ter se dado, devido ao fato de que esta população foi formada por profissionais da área da saúde, segurança e educação no trânsito, sendo que a maioria das mulheres é da área da saúde e apontaram conhecer parcialmente ou desconhecer tais informações.

Tabela 6 - Relação entre categoria profissional e conhecimento da idade correta para o transporte de criança utilizando cinto de segurança. Cascavel-PR, 2009

Variável	Categoria	Idade correta para o uso do cinto de segurança					
		Correto		Incorreto		Total	
		n	%	n	%	n	%
Profissão	Agente de trânsito	7	10	3	4,28	10	14,28
	Policia de trânsito	7	10	3	4,28	10	14,28
	Enfermeiro	20	28,57	12	17,14	32	45,71
	Instrutor CFC	9	12,87	6	8,56	15	21,43
	Dados perdidos					3	4,30
	Total	43	61,44	24	34,26	70	100

Em relação à idade correta para o transporte de crianças utilizando cinto de segurança semelhante ao do adulto, conforme a Tabela 6 apresenta a grande maioria, 43 indivíduos (61,42%), conhecem. Porém 24 (38,57%) não souberam apontar a idade correta e indicaram idades abaixo da idade recomendada. Outro fator importante a ser discutido, é o local em que a criança é transportada, segundo a Resolução 277 as crianças com idade até 10 anos devem ser transportadas apenas no banco traseiro utilizando ASI de acordo com a idade e peso indicados. Porém ao indicar idade incorreta para o uso do cinto de segurança quer parecer que a compreensão do local incorreto para o transporte também não esteja sendo adequada (BRASIL, 2008).

Para Smith; Cumming (2004), estima-se que a posição de passageiros do assento traseiro pode reduzir o risco de morte em um acidente de automóvel em cerca de 39% e reduzir o risco de morte ou ferimentos graves em um acidente em 33%, em comparação com o banco do passageiro da frente. Assim, a criança posicionada no banco traseiro, em comparação com o banco da frente, pode prevenir cerca de 4 em cada 10 mortes de passageiros, ou 3 em cada 10 passageiros mortos e feridos, que poderiam ocorrer.

De acordo com Rothenstein (2004), um terço dos pediatras identificou corretamente o peso recomendado para a transição do booster para o uso do cinto de segurança, um terço da população diz recomendar que crianças com peso menor que de 27 quilos pode ser transportado utilizando apenas o cinto de segurança e um terço da população não soube identificar o peso recomendado. Enquanto que um quarto dos pediatras identificou corretamente a idade

recomendada para a transição e 31% recomenda que as crianças menores de oito anos poderiam ser transportados utilizando apenas o cinto de segurança e 44% não identificaram a idade recomendada para a transição.

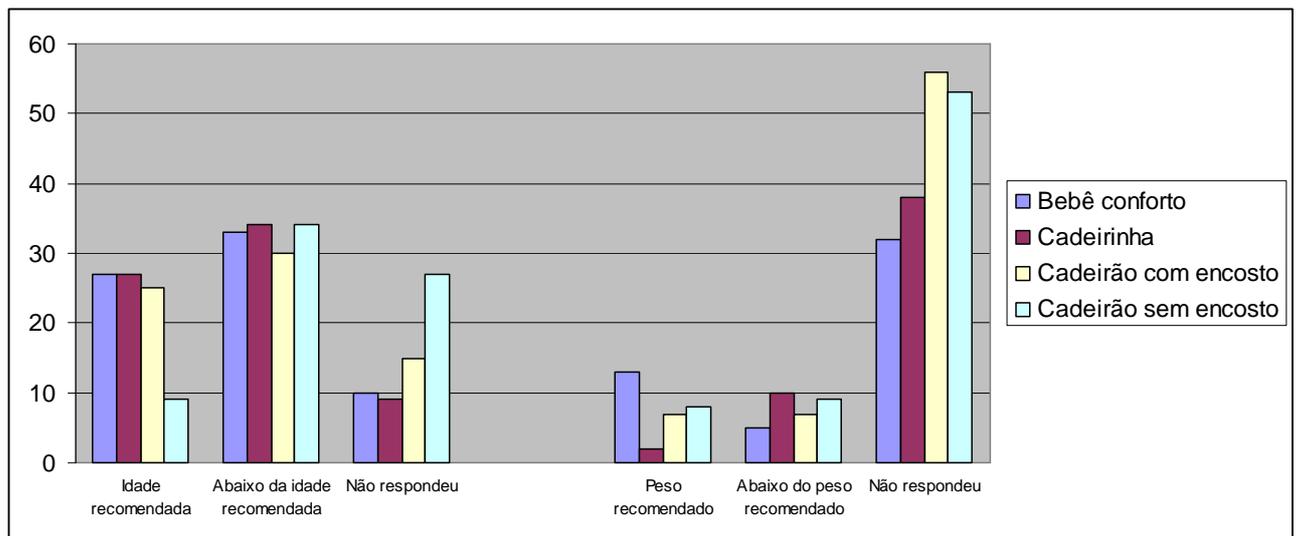


Gráfico 3- Distribuição da amostra de estudo, de acordo com a categoria profissional e o conhecimento sobre a nova legislação de trânsito acerca da idade e peso correto do uso dos ASI. Cascavel-PR, 2009

Menos da metade dos sujeitos conseguiu apontar a idade correta para o uso dos ASI. Quanto ao Cadeirão sem encosto menos de 10 indivíduos puderam apontar a idade correta do uso deste (Gráfico 3).

Estes dados demonstram o desconhecimento dos profissionais acerca do uso do ASI e da prevenção de acidentes o que vai influenciar no desenvolvimento de suas práticas educativas. Também confirma a necessidade de informação sobre os ASI não só de quem tem a responsabilidade de transportar as crianças, como a população em geral, mas a responsabilidade dos profissionais da presente pesquisa que orientam os usuários.

Esses resultados são inferiores e divergentes aos apresentados por Rothenstein et al (2004), onde 92% da população pesquisada identificou corretamente a idade recomendada para a transição para a banco da frente, 46% identificaram corretamente a idade recomendada. Mais de metade dos pesquisados não soube identificar a idade correta para a transição da cadeirinha para o booster.

O gráfico 3, também mostra que quando questionados sobre a idade correta para o uso do cadeirão sem encosto, mais de 20 pessoas não responderam a questão e mais de 30 apontaram idade abaixo da recomendada. Aproximadamente 10% dos entrevistados conseguiram apontar a idade correta do uso deste ASI.

Cabe lembrar que, em caso de acidente, o mau posicionamento do cinto possibilita a ação de forças sobre estruturas corpóreas frágeis como pescoço, abdome, e região lombar, o que causa um conjunto de lesões denominadas de síndrome do cinto de segurança (OLIVEIRA; CARVALHO; JOÃO, 2007).

Quanto à recomendação correta do uso do ASI de acordo com o peso, pouco mais de 10 pesquisados souberam informar o peso recomendado para o bebê conforto (18,57%), cadeirão com (10%) e sem encosto (11,4%). Para a cadeirinha, menos de 5 (2,85%) pessoas responderam corretamente. O Gráfico 3, portanto, mostra que a maioria, ou seja, mais de 30 (45,7%) indivíduos não souberam responder qual o peso indicado para o uso correto dos ASI.

Os resultados desta pesquisa ficaram muito aquém dos apresentados por Rothenstein et al (2004), onde menos de 63% identificou corretamente o peso recomendado para o transporte em de crianças em Booster ou cadeirão sem encosto, e só um terço identificou corretamente o peso recomendado para a transição de uma criança com uso de Booster para o uso cinto de segurança exclusivamente.

6.4 Características das atividades de orientação

Tabela 7- Relação entre categoria profissional e orientação realizada acerca dos ASI e valor de p. Cascavel-PR, 2009

Variável	Categoria	Orientação				Total		p
		Não		Sim		n	%	
		n	%	n	%			
Profissional	Agente de trânsito	1	1,4	9	12,9	10	14,3	0,001
	Policia de trânsito	3	4,3	7	10,0	10	15,7	
	Enfermeiro	19	27,1	11	15,7	33	47,1	
	Instrutor CFC	2	2,9	14	20,0	16	22,9	
Total		25	35,7	41	58,6	70	100	

Quanto a realização de atividades de orientação sobre o uso dos ASI, a Tabela 7 mostra que 14 (20,%) instrutores dos CFC disseram realizar orientação, seguidos pelos enfermeiros 11(15,7%), 9 (12,9%) agentes de trânsito e por últimos os policiais de trânsito 7 (10%).

Em relação aos profissionais que não dedicam de seu tempo para orientar sobre os ASI, os enfermeiros 19 (27,1) foram os profissionais que menos investem tempo nestas práticas educativas. Seguidos pelos policiais de trânsito 3 (4,3%), e posteriormente pelos instrutores de CFC 2 (2,9%) que não orientam e dos agentes de trânsito, em que apenas 1 (1,9%) diz não orientar.

Segundo a Tabela 7, o tipo de profissão está fortemente relacionada com a orientação $p=0,001$, evidenciando que os enfermeiros são os profissionais que menos orientam quando comparados aos demais profissionais ou forte relação. Assim sendo, no total de 70(100%) indivíduos, 41(58,6%), dizem orientar e 25(35,7%) não realizam atividades de orientação sobre o estudo em questão

Para Rothenstein et al .(2004), orientar sobre a segurança no transporte de crianças em veículos automotores não faz parte da rotina de orientações preventivas realizadas pelos profissionais de saúde e quase metade da população de seu estudo não orientava. Os dados da presente pesquisa mostram outra realidade, talvez influenciada pela diversidade de sujeitos.

Observa-se incoerência entre os resultados da Tabela 7 demonstrando que, apesar do ASI fazer parte da rotina de orientações da maioria dos profissionais, o Gráfico 3 aponta que os mesmos possuem informações incorretas sobre o seu uso. Esta é uma situação preocupante, uma vez que a orientação deve ocorrer, porém há que se ter informação e formação para praticar tais ações.

Estes dados corroboram com Rothenstein et al. (2004), que observou que as recomendações para o uso correto dos ASI em crianças são conhecidas de maneira incompleta e que existe a necessidade de melhorá-las, bem como divulgá-las para os profissionais de saúde e os pais, para que o seu uso seja eficaz.

Para Gazinelli et al .(2005), na maioria das vezes, as práticas educativas se apóiam na idéia de que se pode educar para saúde, ou seja, a apreensão do saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. Os comportamentos inadequados são explicados como decorrentes de um déficit cognitivo e cultural, que pode ser superado por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior. Compreende-se que o conhecimento

não é garantia de mudança de comportamento, mas sem conhecimento não se muda comportamento.

É preciso considerar o fato de que comportamentos traduzem percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos, que nem sempre, podem ser modificados, unicamente, com a aquisição de novos conhecimentos. Assim, a subjetividade existe no modo dos sujeitos verem e representarem o processo saúde-doença (GAZINELLI et al, 2005).

Os profissionais que educam para o trânsito, assim como as outras pessoas, estão reatualizando hábitos, modos de vida e sensibilidades herdadas de um passado sempre presente, de acordo com os significados históricos e culturalmente construídos e assim elaborando suas representações da saúde e doença (GAZINELLI et al, 2005).

Hoje se sabe que há um trabalho educativo a ser feito, que extrapola o campo da informação, ao integrar a consideração de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas.(...) Neste momento preciso, a aposta localiza-se, então, em torno das representações dos sujeitos e do seu papel na (re)criação de novas práticas (GAZINELLI et al, 2005, p. 202).

Macedo (2006) coloca que educar para a cidadania no trânsito, nos reporta a uma diversidade de valores e princípios norteadores colocando o sujeito como protagonistas da cena vivenciada. Neste sentido, a educação não deve ser entendida como adaptação do indivíduo a norma, mas levar o indivíduo a reflexão provocando os sujeitos a repensarem suas escolhas e suas implicações na coletividade. Quanto aos profissionais comprometidos, estes, tentam atuar buscando mudança do comportamento individual e mudança do comportamento organizacional e coletivo para a saúde, que propõe a educação em saúde (CANDEIAS, 1997).

Tabela 8- Relação entre categoria profissional e tempo dedicado a orientação sobre os ASI e valor de p. Cascavel-PR, 2009

Variável	Categoria	Tempo						Total		p
		Até 15 min		Acima de 15 min até 2 horas		Acima de 2 horas		n	%	
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Profissão	Agente de trânsito	1	1,7	6	10,0	3	5,0	10	16,7	0,00
	Policia de trânsito	8	13,3	1	1,7	1	1,7	10	16,7	
	Enfermeiro	20	33,3	5	8,3	0	0,0	25	41,7	
	Instrutor CFC	1	1,7	12	20,0	2	3,3	15	25,0	
	Total	30	50,0	24	40,0	6	10,0	60	100,0	

A Tabela 8, mostra em panorama geral que a maioria dos profissionais, 30 (50%), dedicam 15 minutos diários para orientar sobre o uso dos ASI, enquanto 24 (40%), utilizam 15 minutos até 2 horas e somente 6 (10%) disseram utilizar mais de 2 horas com orientações.

Ao comparar os grupos, fica evidente que os enfermeiros são os profissionais que, em maior número, disseram orientar ($p=0,00$), porém em menor tempo, pois 20 (33,3%) dispõem até 15 minutos, 5(8,3%) mais de 15 minutos até 2 horas diárias para orientação sobre os ASI e nenhum orienta a cima de 2 horas. Em seguida os policiais de trânsito 8(13,3%) disseram orientar por até 15 minutos, 1(1,73%) utilizam a cima de 15 minutos até 2 horas diárias e 1(1,73%) orienta acima de 2 horas.

Os instrutores de CFC, são os profissionais que mais investem seu tempo orientando sobre a restrição correta de crianças em automóveis. Apenas 1(1,73%) disse orientar por até 15 minutos, 12(20%) mais de 15 minutos até 2 horas diárias e 2(3,3%) orientam acima de 2 horas. Dados similares aos dos agentes de trânsito em que 1(1,73%) disse orientar por até 15 minutos, 6(10%) mais de 15 minutos até 2 horas diárias e 3(5%) orientam a cima de 2 horas.

Rothenstein et al. (2004), realizou uma pesquisa com o objetivo de identificar o que profissionais da saúde conheciam das recomendações sobre o uso dos ASI, bem como analisou se os profissionais aconselhavam os pais e responsáveis por crianças em relação a transporte veicular seguro de criança. Esta pesquisa foi composta por 60 indivíduos e destes, 48 (80%) responderam ao questionário enviado.

Segundo ele, a maioria dos indivíduos (69%) referiu ter aconselhado os pais que o assento traseiro era o lugar mais seguro para as crianças. Além disso, pouco mais de metade 55% diz

instruir os pais sobre as diferentes idades corretas para transportar as crianças com ASI, ao invés de cintos de segurança. 29% dos pesquisados referiram educar os pais quanto ao transporte seguro e 36% da população diz informar sobre os riscos associados ao uso prematuro do cinto de segurança.

Neste sentido, os profissionais que fizeram parte da amostra deste estudo precisam conhecer e implementar ações em suas atividades diárias que otimizem as orientações direcionadas ao uso dos ASI, aumentando, não somente o tempo dedicado às práticas educativas, mas também a qualidade destas orientações.

7 CONSIDERAÇÕES

A construção do quadro teórico deste estudo apresentou evidências da efetividade da educação para segurança no transporte da criança e do adulto. Contudo, mais do que aumento do conhecimento dos perigos que o trânsito representa e mudanças de comportamento, modificações ambientais e reforço das leis no que se refere ao controle de velocidade conseguem uma efetividade maior em proteger as crianças destes perigos.

Os estudos destacam a necessidade de pensar o acidente de trânsito como uma forma de violência e a chamar de crimes as infrações e fatalidades que, por vezes, são resultantes de omissões estruturais quanto às condições das estradas e vias públicas, às condições dos veículos, à fiscalização, às imperícias, imprudências e negligências dos usuários, motoristas ou pedestres, órgãos gestores, instituições e empresas ligadas ao setor.

Neste sentido, os ASI são equipamentos de uso obrigatório que promovem prevenção dos agravos provocados nos acidentes e trânsito e precisam fazer parte das ações cotidianas dos agentes de trânsito, profissionais de saúde, policiais de trânsito, instrutores dos CFC, ou seja, dos educadores.

Considera-se importante retomar alguns aspectos metodológicos. Por ser um estudo inédito, houve dificuldade ao confeccionar o instrumento de coleta de dados, pois a pretensão era criar um instrumento que pudesse ser aplicado não apenas aos profissionais de saúde, mas aos demais profissionais que atuam na educação para o trânsito. Porém, os resultados demonstraram que o questionário pode ser aplicado a populações heterogêneas, mas a análise estatística ficou comprometida devido a algumas limitações metodológicas presente neste trabalho, que devem ser levadas em consideração. Primeiramente, os procedimentos adotados na constituição das amostras estudadas limitaram a comparabilidade, pois apesar de tentar utilizar um procedimento aleatório de seleção, houve muitas perdas do total da população.

No entanto, uma vez obtida a permissão para a coleta de dados nas instituições previamente selecionadas, procedeu-se ao sorteio dos pesquisados no sentido de amenizar as possibilidades de vies inerentes da seleção de uma amostra de conveniência.

Em segundo lugar, este estudo se baseia em questionários auto-respondidos e têm limitações, geralmente levando as menores taxas de relatos de comportamentos socialmente condenáveis. Essa limitação foi atenuada pela utilização de questionários anônimos, de

preenchimento voluntário e com garantia verbal e escrita, por parte dos pesquisadores quanto ao caráter confidencial das informações.

Por outro lado, durante a coleta de dados, as discussões realizadas com os diversos profissionais despertaram de forma indireta um interesse dos pesquisados sobre o assunto, motivando-os a saber mais sobre ele. Nos locais que demonstraram interesse, os resultados serão apresentados não apenas de forma escrita e digitalizada, mas organizando atividades educativas com os profissionais que possibilitem esclarecimento sobre os ASI e os resultados da pesquisa.

Conclui-se que quase metade das mulheres (42,9%) deste estudo conhece parcialmente ou desconhece as informações sobre o uso correto dos ASI, enquanto que 25,7% dos homens desconhece. Portanto, os homens possuem maior conhecimento em comparação as mulheres ($p=0,042$).

Em relação a idade correta para o transporte de crianças utilizando cinto de segurança semelhante ao do adulto, 43 indivíduos (61,42%), conhecem, porém 24 (38,57%) não souberam apontar a idade correta e indicaram idades abaixo da idade recomendada. Menos da metade dos sujeitos conseguiu apontar a idade correta para o uso dos ASI e mais de 30 (45,7%) indivíduos não souberam responder qual o peso indicado para o uso deste.

Portanto, as recomendações acerca do uso correto dos ASI em crianças são conhecidas de maneira incompleta e existe a necessidade de melhorá-las, bem como divulgá-las para os profissionais e para a população em geral.

Os instrutores de CFC, são os profissionais que mais investem tempo orientando sobre a restrição correta de crianças em automóveis, enquanto que os enfermeiros caracterizam a classe profissional com número de profissionais que menos dedicam tempo as orientações, quando comparados aos demais profissionais que dizem realizar atividades educativas em relação ao uso dos ASI ($p= 0,001$).

Os números sugerem que a maioria dos profissionais 30 (50%) dedicam 15 minutos diários para orientar sobre o uso dos ASI. Destes, 20 (33,3%) são enfermeiros. Enquanto 24 (40%) utilizam de 15 minutos até 2 horas e destes 12 (20%) é composto pelos instrutores de CFC. Somente 6 (10%) disseram utilizar mais de 2 horas com orientações e 3(5%) eram agentes de trânsito ($p= 0,000$).

Apesar do ASI fazer parte da rotina orientações, da maioria dos profissionais, os profissionais possuem informações parciais ou incorretas sobre o seu uso. Revelando uma

situação preocupante, pois há que se ter informação correta para poder orientar a população adequadamente.

Observou-se que o televisor é o principal meio de obtenção de informação, seguido do CTB e de jornais. Deve-se pensar em atividades específicas durante a formação que possibilitem ao profissional iniciar suas atividades conhecendo sobre os ASI e constantemente renovar estas informações por meio da educação em serviço.

O papel educativo de todos os profissionais envolvidos e em especial os da saúde, quanto ao uso do assento infantil desde o primeiro transporte da criança até o domicílio se faz necessário para que o transporte adequado aconteça. Essa orientação deve ser reforçada a cada fiscalização de trânsito, a cada aula prática e teórica na formação de condutores, a cada revalidação de habilitação, a cada consulta ao pediatra, a cada consulta de puericultura. São informações simples que devem estar na rotina de orientações de todos esses profissionais, pois sedimentam mudanças de comportamento da população.

As abordagens individuais ou em grupos são atividades pertinentes, não apenas dos enfermeiros, mas dos profissionais de saúde de maneira geral e são momentos em que a educação para o trânsito deve permear as práticas educativas buscando a prevenção e promoção da saúde.

Uma questão a ser repensada é a forma como os profissionais estão sendo formados e informados para realizar as práticas educativas na prevenção dos acidentes de trânsito, bem como o uso correto dos ASI e comportamentos seguros no trânsito visando a prevenção e promoção da saúde da população.

Por fim, o estudo aponta para a necessidade de proposição de projetos direcionados a educação continuada dos enfermeiros, policiais de trânsito, agentes de trânsito e instrutores dos CFC, em decorrências dos achados obtidos neste estudo, ou seja, direcionando os profissionais que atuam na educação para o trânsito a aconselharem pais, responsáveis e crianças quanto ao comportamento seguro no trânsito.

REFERÊNCIAS

ABRAMET. Associação Brasileira de Medicina de Tráfego. *Segurança no transporte de crianças: Parte I*. Adura FE, Montal JHC, Racy FFF, Ribeiro MA, Sabbag AF, Seid. Projeto Diretrizes. ABRAMET: Projeto Diretrizes, 2008.

ABRAMET. Associação Brasileira de Medicina de Tráfego. *Segurança no transporte de crianças: Parte II*. Adura FE, Montal JHC, Racy FFF, Ribeiro MA, Sabbag AF, Seid ME Projeto Diretrizes. ABRAMET: Projeto Diretrizes, 2006.

ALVES, J. G.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. *Pediatria: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMP)*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

ANDRADE, S.M. et al. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v.49, n.4, Falta as paginas e o ano.

ARRUDA, A. C. F.; ROMANO, M. Projeto criança e segurança. In: *XV Prêmio Volvo de segurança no trânsito*. Menção Honrosa. Curitiba, 2004 p. 439-44, 2003..

BRICCIUS,M.; MOROFUSE, N. T. Atendimento de crianças realizado pelo SIATE de Cascavel no ano de 2004. *Revista Eletrônica de enfermagem*. 2008. v. 10, n.1, p. 152-166. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a14.htm>. Acesso em: 10 jun. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistemas de informação. Mortalidade*. 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe?sim/cnv/extuf.def>. Acesso em: 18 de mar. 2008.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência. Lei nº 8.069/90. *Ministério do Bem-Estar Social*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos Brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. In: Souza, E. R.; Minayo, M. C. S.; Malaquias, J. V. Violência no trânsito expressão da violência social. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. *Informações de Saúde*. 2006. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B0C0D0E0F359G1HIJd1L2M0N&VInclue=../site/texto.php>. Acesso em: 14 mar. 2009.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção a saúde*: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF: Funasa, 2007.

BRASIL. *Promoção da saúde*: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa-fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 11-18, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM/MS nº 1.968* de 25 de outubro de 2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Portaria 936, de 18 de maio 2004. *Diário Oficial da União*. República Federativa do Brasil. Imprensa Nacional. 96. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 5 de outubro de 1988, 17. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese das informações disponíveis pelo IBGE 2001*. 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/familia.html#anc1>. Acesso em: 6 de out. 2009.

BRASIL. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese das informações disponíveis pelo IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD*. 2007. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/exibedados.php?idnivel=BR&idserie=ECE350. Acesso em: 6 de out. 2009.

BELTRAMINO J.C., CARRERA E. El respecto a las normas de tránsito en la ciudad de Santa Fe, Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. Argentina: vol. 22, n.2, p.141-5, 2007.

CAMACHO, L. M. Y. *Violência e indisciplina nas práticas escolares de adolescentes: um estudo das realidades de duas escolas semelhantes e diferentes entre si*. 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação da USP, São Paulo, 2000.

CANDEIAS, N.; MARTINS, F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública* [online], vol. 31, n.2, p. 209-13, 1997.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [online]. vol.34, n.6, p. 636-645, 2000.

- CARTA DE BANGKOK. *VI Conferência Global de Promoção da Saúde*, de 7 e 11 de agosto de 2005. Boletim da Sub-Região Brasil, vol. 10, Uipes/Orla Sub-Região Brasil, 2005.
- CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO (CTB). 1998. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/codigos/transito/htoc.htm>. Acesso em: 1 de nov. 2009.
- CONTRAN. *Conselho Nacional de Trânsito*. 2008 Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/download/RESOLUÇÃO-CONTRAN-277>. Acesso em: 23 de set. 2008.
- CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO – CONTRAN. *Resolução 168 de 14 de dezembro de 2004*. Disponível em: http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/RESOLUCAO_CONTRAN_168.pdf Acesso em: 1 de jan. de 2009.
- CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO – CONTRAN. *Resolução 267 de 15 de fevereiro de 2008*. Disponível em: http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/RESOLUCAO_CONTRAN_267.pdf. Acesso em: 1 de out. 2009.
- CORPO de Bombeiros. *Sistema de registro e estatística de ocorrências Corpo de bombeiros do Paraná*. Disponível em: <http://www.bombeiroscascavewl.com.br/registroccb/imprensa.php>. Acesso em: 18 mar. 2008.
- DENATRAN. *Anuário estatístico do Denatran – RENAEST*. 2008. Disponível em: <http://www.2.cidades.gov.br/renaest/detalhenoticia.do?noticia.codigo=245>. Acesso em: 18 de mar 2008.
- DENATRAN. Departamento Nacional de Trânsito. *Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997*. Disponível em: <http://www.denatran.gov.br/ctb.htm>. Acesso: 19 de set. 2009.
- DECINA LE, LOCOCO KH. Child restraint system use and misuse in six states. *Accid Anal Prev*. vol. 37, p.583-90, 2005.
- DAVANTEL, Pedro Paulo; PELLOSO Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros; OLIVEIRA, Nelson Luis Batista de. A mulher e o acidente de trânsito: caracterização do evento em Maringá, Paraná. *Rev. bras. epidemiol.* [periódico na Internet]. 2009 Set [citado 2010 Mar 14]; 12(3): 355-367. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300006&lng=pt.
- DURBIN D. R.; ELLIOT M. R.; WINSTON F. K. Beltpositioning booster seats and reduction in risk of injury among children in vehicle crashes. *JAMA*. vol. 289, n. 21, p. 2835-40, 2003.
- EBEL B. E.; GROSSMAN D. C. Crash Proof Kids? An overview of current motor vehicle child occupant safety strategies. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. vol. 33, n. 2, p. 38-55, 2003.

- EBEL B. E.; KOEPESELL T. D.; BENNETT E. E.; RIVARA S. P. Too small for a seatbelt: predictors of booster use by child passenger. *Pediatrics*.; vol. 111, n. 4, p. 323-7. 2003
- FARIA, E. O.; BRAGA M. G. C. Propostas para minimizar os riscos de acidentes de trânsito envolvendo crianças e adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro: vol.4, n.1, 1999.
- FUNK D. L.; MCERLEAN M.; VERDILLE V. P. Parental report of child restraint device use in an emergency department population. *J Emerg Med*, vol. 24, n. 3, p. 247-51, 2003.
- GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro: vol. 21, n.1, p. 200-206, 2005.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2007.
- GOUVEIA, V. V. et al. Atitudes frente à avaliação psicológica para condutores: perspectivas de técnicos, estudantes de psicologia e usuários. *Psicol. cienc. prof.*, vol.22, n.2, p.50-59, 2002.
- IORIO, C. Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos. In: ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. *Empoderamento e direitos no combate à pobreza* . Rio de Janeiro: Ed. ActionAid Brasil, 2002.
- GREENBERG-SETH J. et al. Factors associated with rear seating of children in motor vehicles: a study in two low- income, predominantly Hispanic communities. [Accident Analysis & Prevention](#), vol. 36, n. 4, p. 621–626, 2004.
- INMETRO. Instituto Nacional de Metrologia. *Normatização e qualidade Industrial*. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/cadeirainfantil.asp>. Acesso em: 2 de maio 2008.
- KAKEFUDA, I. Child restraint seat use behavior and attitude among Japanese mothers. *Accident Analysis & Prevention*. vol. 40, n. 3, p. 1234-1243, 2008.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A . Ciência e conhecimento científico. In: *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo: Ed. Atlas, 2001.
- MACEDO, G. M. Subjetividade e conflitos no trânsito urbano: desafios às políticas públicas de educação e promoção de saúde. *Cad ESP*, Ceará, vol., n. 1, p. 20-8, 2006.
- MACHADO, A. P. *Dirigir não é para qualquer um*. (2001). Disponível em:<http://psicotran.cjb.net/>. Acesso em: 31 de out. 2009.
- MARTINS C. B. G.; ANDRADE S. M.; SOARES D. A. Morbidade e mortalidade por acidente de transporte terrestre entre menores de 15 anos no município de Londrina, Paraná. *Cienc Cuid Saude* . vol. 6, n. 4, p. 494-501, 2007.
- MELLANDER, H. The history of automotive safety. In: Chalmers, The global automotive safety engineering. USA, 2004.

MICHAELIS. *Dicionário escolar língua portuguesa*. São Paulo: Ed. Melhoramentos, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 4, n. 3, p. 513-531, nov 1997-fev 1998.

MINAYO, M. C. S. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: *Violência faz mal à saúde*. LIMA, C. A. (Coord.) et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde.

MÜLLER K. *Psicologia aplicada à educação*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. São Paulo: Ed. EPU; 1977.

MURPHY, R. X.; BIRMINGHAM, K. L.; OKUNSHI, W. J. Influencing of restraining devices on patters of pediatrics facial trauma in motor vehicle collisions. *Plast Reconstr Surg*, vol. 107, n. 1, p. 34-7, 2001.

OLIVEIRA, B. F. M. et al. *Trauma: atendimento pré-hospitalar*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004.

OLIVEIRA, R. L.; CARVALHO, M. D. B.; JOÃO, P. R. D. Normas de segurança para o transporte de crianças em automóveis. *Pediatria*, São Paulo: vol. 29, n. 2, p. 129-143, 2007.

OLIVEIRA, S. R. L. et al. Utilização de assentos de segurança por crianças matriculadas em creches. *Rev Saúde Pública*. vol. 43, n. 5, p. 761-7, 2009.

OPS *Organização Panamericana da Saúde*. GUERRERO, R. Plan de Acción Regional del Programa de Salud y Violencia. OPS Washington, DC. 1993. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-accion_violencia.pdf . Acesso em: 7 de set. 2009.

PANICHI, R. M. D. ; WAGNER, A. Comportamento de risco no trânsito: revisando a literatura sobre as variáveis preditoras da condução perigosa na população juvenil. *Interam. J. Psycho*, Porto Alegre: v.40, n.2. 2006.

PAQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. Psiq. Clin.*, São Paulo: vol. 25, n. 5, edição especial, p. 206-213, 1998.

PETRIDOU E.; SKALKIDOU A.; LÊSCOHIER I.; TRICHOPOULOS D. Car restraints and seating position for prevention of motor vehicle injuries in Greece. *Arch Dis Child*, vol. 78, p. 335-9. 1998;

NAUDÉ G. P.; FREDERIC B. S.; DEMETRIOS D. *Segredos do trauma: respostas necessárias ao dia-a-dia*. 1. ed., Porto Alegre: Ed. Artmed, 2001.

OLIVEIRA Sergio Ricardo Lopes de, CARVALHO Maria Dalva de Barros, SANTANA Rosângela Getirana, CAMARGO Gabriela C S, Lüders Ludmila, FRANZIN Simone. Utilização de assentos de segurança por crianças matriculadas em creches. *Rev. Saúde Pública* [periódico

na Internet]. 2009 Out [citado 2010 Mar 14]; 43(5): 761-767. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500004&lng=pt.

REIS A. G. A. C.; PAULO R. L. P. Suporte avançado de vida em pediatria. In: TIMERMAN S. (Org.) *Suporte básico e avançado de vida em emergência*. Brasília: Câmara dos deputados, coordenação de publicações, p. 699-719, 2000.

ROMANO. M.; ONUSIC, H.; HIEHL, G. Considerations Concerning of traffic accident anlysis. In: *World congress of the internacional association of accident an traffic medicine*, 13. ed., São Paulo: 1994.

ROMANO M. *Comportamento dos Cintos de Segurança Infantis em impactos veiculares*. 2005. Dissertação (Mestrado em Engenharia Mecânica) – Faculdade de engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

ROTHENSTEIN, J. et al. Community paediatricians' counseling patterns and knowledge of recommendations relating to child restraint use in motor vehicles. *Inj. Prev.* vol. 10, n. 2 , p. 103-106, 2004.

Rudin-Brown C. M. et al. Usability issues concerning child restraint system harness design. *Accident Analysis & Prevention*, vol. 35, n. 3, p. 341-8, 2003.

SILVA R. P.; MARASCHI M. S.; TONIN N. S. Ocorrência de acidentes de trânsito com jovens em Cascavel. *Revista Nursing*, vol. 11, n. 126, p. 513-17, 2008.

SMITH, KM; CUMMING, P. Passenger seating position and the risk of passenger death or injury in traffic crashes. *Accident Analysis & Prevention*, vol. 36, n. 2, p. 257–60, 2004.

TURNER C. et al. Community-based programs to promote car seat restraints in children 0-16 years – a systemic review. *Accident Analysis & Prevention*, vol. 37, n. 1, p. 77-83, 2005.

TONKIN S. L. et al. Simple car seat insert to prevent upper airway narrowing in preterm infants: a pilot study. *Pediatrics*, vol. 112, n. 4, p. 907-13, 2003.

WAKSMAN R. D.; PIRITO R. M. O pediatra e a segurança no trânsito. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro: vol. 81, n.5, Supl, p.181-188, 2005.

WILLIAMS E. W. et al. Association Between exposure/non-exposure to the mandatory seat belt law with regards to compliance in vehicle accident victims – A hospital review. *West Indian Med J*, vol. 56, n. 3, p. 236-9, 2007.

APÉNDICES

Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados

Caracterização sociodemográfica dos sujeitos, experiência e comportamento sobre o assento de segurança infantil (ASI)	
<p>Data da coleta:.....</p> <p>Local da coleta:.....</p> <p>Profissional:.....</p> <p>1. Sexo: <input type="checkbox"/> masc <input type="checkbox"/> fem</p> <p>2. Idade anos</p> <p>3. Grau de escolaridade: <input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> ensino técnico profissionalizante Área:..... <input type="checkbox"/> Ensino superior Área:..... <input type="checkbox"/> Pós graduação (especialização) Área:..... <input type="checkbox"/> Mestrado Área:..... <input type="checkbox"/> Doutorado Área:.....</p> <p>Tempo de atuação na sua atividade atual.....</p> <p>4. Qual a situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) / União estável <input type="checkbox"/> Separado(a) / divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)</p> <p>5. Qual a renda familiar <input type="checkbox"/> até 3 salários mínimos (R\$ 1245,00) <input type="checkbox"/> de R\$ 1246 a R\$ 2655 <input type="checkbox"/> de R\$ 2656 a R\$ 5310 <input type="checkbox"/> acima de R\$ 5311</p> <p>6. Quantos carros a família tem? <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Apenas 1 carro <input type="checkbox"/> 2 ou mais</p>	<p>7. Número de filhos menores de 12 anos: <input type="checkbox"/> 1 filho <input type="checkbox"/> 2 filho <input type="checkbox"/> 3 filho <input type="checkbox"/> 4 filho</p> <p>8. Como seu filho é transportado de casa à escola e/ou creche? <input type="checkbox"/> veículo automotor <input type="checkbox"/> motocicleta <input type="checkbox"/> bicicleta <input type="checkbox"/> caminhada <input type="checkbox"/> outros.....</p> <p>9. Em relação aos seus filhos menores de 12 anos. Qual o dispositivo mais frequentemente utilizado:</p> <p>Filho mais velho – idade (.....) <input type="checkbox"/> bebê conforto <input type="checkbox"/> cadeirinha <input type="checkbox"/> cadeirão <input type="checkbox"/> cinto <input type="checkbox"/> nenhum destes</p> <p>Segundo filho – idade (.....) <input type="checkbox"/> bebê conforto <input type="checkbox"/> cadeirinha <input type="checkbox"/> cadeirão <input type="checkbox"/> cinto <input type="checkbox"/> nenhum destes</p> <p>Terceiro filho – idade (.....) <input type="checkbox"/> bebê conforto <input type="checkbox"/> cadeirinha <input type="checkbox"/> cadeirão <input type="checkbox"/> cinto <input type="checkbox"/> nenhum destes</p> <p>Quarto filho – idade (.....) <input type="checkbox"/> bebê conforto <input type="checkbox"/> cadeirinha <input type="checkbox"/> cadeirão <input type="checkbox"/> cinto <input type="checkbox"/> nenhum destes</p>

<p>10. Você possui carteira de habilitação? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>11. Se sim , você se lembra quanto tempo foi destinado ao esclarecimento do uso dos ASIs ? (minutos)</p> <p>12. Havia material teórico orientando o uso correto dos ASIs? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>13. Há quanto tempo você é motorista habilitado? (anos)</p> <p>14. Você já fez algum curso de educação no trânsito? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>15. Você já recebeu alguma informação sobre os ASISs? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quando?.....(ano). De que tipo? <input type="checkbox"/> Prático <input type="checkbox"/> Teórico Duração:..... horas Onde?.....</p> <p>16. Se você tem carteira nacional de habilitação, assinale quais os assuntos abaixo listados você recorda de terem sido abordados no material teórico do curso de formação de condutores: <input type="checkbox"/> Legislação de trânsito <input type="checkbox"/> Infrações <input type="checkbox"/> Primeiros socorros <input type="checkbox"/> Dispositivos de retenção <input type="checkbox"/> Assentos de segurança infantil <input type="checkbox"/> Noções de mecânica</p>	<p>17. Quais dos assuntos abaixo listados, você recorda de terem sido abordados durante as aulas teóricas para a obtenção da carteira de habilitação: <input type="checkbox"/> Uso do bebê conforto <input type="checkbox"/> Uso de cadeirinhas <input type="checkbox"/> Uso de cadeirão com encosto <input type="checkbox"/> Uso de cadeirão sem encosto <input type="checkbox"/> Uso de Booster <input type="checkbox"/> Direção segura</p> <p>18. Assinale com X os itens abaixo listados em que você recebeu alguma informação específica, durante sua formação profissional: <input type="checkbox"/> Uso do bebê conforto <input type="checkbox"/> Uso de cadeirinhas <input type="checkbox"/> Uso de cadeirão com encosto <input type="checkbox"/> Uso de cadeirão sem encosto <input type="checkbox"/> Direção segura</p> <p>19. Você já foi abordado por algum policial ou agente de trânsito para orientação sobre o transporte de crianças em automóvel? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>20. Como você adquiriu informação sobre as novas leis de trânsito que regem o transporte infantil em veículos automotores <input type="checkbox"/> Livro <input type="checkbox"/> Código Nacional de Trânsito <input type="checkbox"/> Televisão <input type="checkbox"/> Jornal <input type="checkbox"/> Revistas <input type="checkbox"/> Periódico científico <input type="checkbox"/> Curso de auto-escola <input type="checkbox"/> orientação de outro profissional Qual?..... <input type="checkbox"/> Outros.....</p> <p>21. Frequência que usa cinto de segurança? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca</p>
---	---

Conhecimento	
<p>22. Quais destes assentos de segurança infantil utilizados em veículos você conhece?</p> <p>Bebê conforto <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Cadeirainha <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Assento elevador ou cadeirão com encosto <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Assento elevador ou cadeirão sem encosto <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>23. Assinale com V para verdadeiro ou F para falso</p> <p><input type="checkbox"/> o bebê conforto só deve ser usado até 9 meses de idade <input type="checkbox"/> o bebê conforto pode ser instalado no banco do carona <input type="checkbox"/> o bebê conforto não deve ser instalado no banco do carona (dianteiro) <input type="checkbox"/> toda criança menor de 10 anos deve permanecer no banco de trás.</p> <p>24. Assinale com V para verdadeiro e F para falso:</p> <p><input type="checkbox"/> criança de 6 anos pode estar no assento do carona <input type="checkbox"/> crianças menores de 10 anos devem permanecer no banco de trás <input type="checkbox"/> uma criança pequena pode ser transportada seguramente no colo de adulto. <input type="checkbox"/> um recém nascido deve ser transportado em cadeirinha ou no bebê conforto <input type="checkbox"/> um recém nascido, não deve usar bebê conforto, é mais seguro o colo <input type="checkbox"/> o policial ou agente de trânsito não pode multar quem estiver transportando uma criança solta no banco de trás.</p> <p>25. Assinale com um X qual a idade aproximada, a partir da qual, a criança pode utilizar cinto de segurança, igual a um adulto:</p> <p><input type="checkbox"/> 2 anos <input type="checkbox"/> 4 anos <input type="checkbox"/> 6 anos <input type="checkbox"/> 7 anos <input type="checkbox"/> 10 anos</p>	<p>26. Assinale com X as informações corretas sobre os diferentes usos dos ASIs, conforme peso e idade:</p> <p>O bebê conforto deve ser utilizado: <input type="checkbox"/> até 6 meses <input type="checkbox"/> até 9 meses <input type="checkbox"/> até 12 meses <input type="checkbox"/> até 8Kg <input type="checkbox"/> até 10Kg <input type="checkbox"/> até 12Kg</p> <p>A cadeirinha deve ser utilizada <input type="checkbox"/> de zero até 4 anos <input type="checkbox"/> de 1 até 5 anos <input type="checkbox"/> de 1 até 7 anos <input type="checkbox"/> Até 15 ou 30 Kg <input type="checkbox"/> Até 15 ou 20 Kg <input type="checkbox"/> Até 18 ou 20 Kg</p> <p>O uso de cadeirão com encosto deve ocorrer: <input type="checkbox"/> Entre 2 a 5 anos <input type="checkbox"/> Entre 4 a 6 anos <input type="checkbox"/> Entre 5 a 10 anos <input type="checkbox"/> Entre 10 a 20 Kg <input type="checkbox"/> Entre 12 a 30 Kg <input type="checkbox"/> Entre 15 a 25 Kg</p> <p>O uso do cadeirão sem encosto deve ocorrer: <input type="checkbox"/> Entre 5 a 11 anos <input type="checkbox"/> Entre 5 a 12 anos <input type="checkbox"/> Entre 6 a 11 anos <input type="checkbox"/> Entre 20 a 36 Kg <input type="checkbox"/> Entre 25 a 40 Kg <input type="checkbox"/> Entre 22 a 36 Kg</p> <p>27. Assinale com X a resposta correta sobre o uso do ASI:</p> <p>Uso do bebê conforto <input type="checkbox"/> De costa para o painel <input type="checkbox"/> De frente para o painel</p> <p>Uso de cadeirinhas <input type="checkbox"/> Até 15 meses: de costas p/ painel <input type="checkbox"/> Até 15 meses: de frente p/ painel <input type="checkbox"/> Após 15 meses de frente p/ painel <input type="checkbox"/> Após 15 meses de costas p/ painel</p> <p>Uso de cadeirão com encosto <input type="checkbox"/> Usando cinto de 3 pontos <input type="checkbox"/> Sem usar cinto de 3 pontos</p> <p>Uso de cadeirão sem encosto <input type="checkbox"/> Usando cinto de 3 pontos <input type="checkbox"/> Sem usar cinto de 3 pontos</p>

Atividades de orientação	
<p>28. Você realiza orientações em relação ao transporte de crianças menores de 12 anos em veículos automotores? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>29. Na questão abaixo responda somente os itens referentes a sua atividade profissional:</p> <p>Enfermeiro</p> <p>No último mês, quanto tempo você dispendeu em suas atividades de orientação sobre o uso do ASI:</p> <p><input type="checkbox"/> 15 minutos ou menos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 1 hora ou mais <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> de 2 a 4 horas <input type="checkbox"/> mais de 4 horas</p> <p>Instrutor</p> <p>No último mês, durante os cursos de formação de condutores que você ministrou, quanto tempo você dedicou para a orientação do uso do ASI:</p> <p><input type="checkbox"/> 15 minutos ou menos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 1 hora ou mais <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> de 2 a 4 horas <input type="checkbox"/> mais de 4 horas</p> <p>Policial ou agente de trânsito</p> <p>No último mês, durante suas abordagens no trânsito, quanto tempo você dedicou para a orientação do uso do ASI:</p> <p><input type="checkbox"/> 15 minutos ou menos <input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 1 hora ou mais <input type="checkbox"/> 2 horas <input type="checkbox"/> de 2 a 4 horas <input type="checkbox"/> mais de 4 horas</p> <p>30. Como você realiza atividades educativas em relação ao uso de assentos de segurança infantil, qual a modalidade de atividade você desenvolve?</p> <p>Enfermeiros: <input type="checkbox"/> orientação individual <input type="checkbox"/> orientação em grupo <input type="checkbox"/> orientação na comunidade <input type="checkbox"/> uso do brinquedo terapêutico <input type="checkbox"/> Outros Qual?.....</p> <p>Instrutor: <input type="checkbox"/> orientação individual <input type="checkbox"/> orientação em grupo <input type="checkbox"/> orientação na comunidade <input type="checkbox"/> aula <input type="checkbox"/> Outros Qual?.....</p> <p>Agente ou policial: <input type="checkbox"/> orientação individual <input type="checkbox"/> orientação em grupo <input type="checkbox"/> orientação na comunidade <input type="checkbox"/> blitz <input type="checkbox"/> operações no trânsito <input type="checkbox"/> Outros Qual?.....</p>	<p>31. Em quais situações abaixo relacionadas você realiza atividades educativas em relação ao transporte correto de crianças em veículos automotores</p> <p><input type="checkbox"/> consulta de enfermagem <input type="checkbox"/> puericultura <input type="checkbox"/> alta hospitalar <input type="checkbox"/> admissão <input type="checkbox"/> a qualquer momento <input type="checkbox"/> multa <input type="checkbox"/> blitz <input type="checkbox"/> aula <input type="checkbox"/> Carteira nacional de habilitação (CNH) <input type="checkbox"/> Renovação de CNH <input type="checkbox"/> curso Período <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> não tenho conhecimento suficiente para poder orientar <input type="checkbox"/> outros.....</p> <p>32. Na sua opinião o que precisa ser feito para que os cidadãos tenham mais consciência dos seus deveres e direitos no trânsito?</p> <p><input type="checkbox"/> atividades educativas <input type="checkbox"/> punição <input type="checkbox"/> material informativo <input type="checkbox"/> maior fiscalização <input type="checkbox"/> campanha educativas <input type="checkbox"/> outros.....</p> <p>33. Assinale com X quais as informações abaixo fazem parte das suas atividades educativas.</p> <p>Bebê conforto <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Cadeirainha <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Assento elevador ou cadeirão com encosto <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Assento elevador ou cadeirão sem encosto <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Primeiros socorros <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>34. Assinale com um X qualquer alternativa que você concordar</p> <p><input type="checkbox"/> achei este questionário muito longo ou difícil <input type="checkbox"/> acho que esta pesquisa é inútil <input type="checkbox"/> acho que eu sei muito pouco sobre normas de segurança para crianças em automóveis <input type="checkbox"/> acho que eu sei o suficiente sobre normas de segurança para crianças em automóveis <input type="checkbox"/> eu tenho muitas dúvidas e gostaria de receber ajuda sobre o assunto <input type="checkbox"/> não me interessa pelo assunto</p>

Apêndice B - Termo de Autorização para Coleta de Dados para Pesquisa



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Autorização da Direção do Hospital Universitário do Oeste do Paraná

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS PARA PESQUISA

A/C –

Eu, Franciele Foschiera, pós-graduanda em nível de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), venho solicitar autorização desta conceituada instituição, para realização de um estudo que tem como objetivo avaliar as atividades de orientação acerca do uso de ASI realizado por profissionais enfermeiros, policiais de trânsito e instrutores das escolas de formação de condutores.

O estudo será realizado por meio de pesquisa exploratória, de caráter descritivo e com esta população especificamente pretendemos verificar como e quando os profissionais enfermeiros da cidade de Cascavel abordam o assunto uso do ASI. A coleta de dados será feita por meio de um questionário fechado e estarão sendo seguidos os preceitos éticos da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde que dá as diretrizes e as normas para as pesquisas que envolvem seres humanos.

Como autora do estudo e responsável por sua execução, informo que os dados só serão utilizados com a anuência dos indivíduos abordados e que esta pesquisa não tem nenhuma intenção de punir ou advertir alguém, que os dados pessoais permanecerão no mais absoluto anonimato. Também permanecerão sob sigilo as repostas dadas ao questionário e a identidade dos pesquisados. Este projeto de pesquisa passará por aprovação do comitê de ética em pesquisa da UEM.

A coleta dos dados começará após a aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa da UEM (COPEP / UEM) no ano de 2008.

Caso tenha entendido o propósito desta pesquisa e concorde em me permitir desenvolvê-la nesta instituição, por favor, preencha os campos abaixo e assine no local indicado.

Qualquer dúvida entre em contato através do e-mail; smfran@certto.com.br. Caso queira poderá consultar também o comitê de ética em pesquisa da UEM (COPEP / UEM, fone 3261 4444).

Muito obrigado!

Franciele Foschiera Camboin

Eu, _____ portador do RG _____ afirmo que após ter recebido informações sobre o objetivo desta pesquisa, resolvo por minha vontade permitir que o pesquisador realize a coleta de dados no estabelecimento _____ no qual exerço minhas atividades na função de _____.

Cascavel, ____/____/2008

Assinatura responsável pela Instituição

Endereço do responsável pela pesquisa no município de Cascavel:

Nome: Franciele Foschiera Camboin Assinatura:
Endereço : Rua Vicente Machado, 3479
CEP: 85813-251 Cidade: Cascavel Telefone: 45 – 9922-9549

Cascavel, 04 de abril de 2008.

Ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa

Envolvendo Seres Humanos da UEM – COPEP

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO A SER PESQUISADA

Eu _____, portador do RG _____, desempenhando atividades profissionais na instituição, declaro que recebi informações da enfermeira Franciele Foschiera, sobre a realização de um estudo que tem como objetivo compreender como o paciente hospitalizado vítima de causas violentas percebe o cuidado de enfermagem recebido durante a hospitalização atual e que finalmente tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação do no mencionado estudo e estando consciente dos benefícios da participação desta instituição, concordo em permitir a realização da pesquisa e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Cascavel, ____/____/____

Assinatura e carimbo

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro Sr(a)

Meu nome é Franciele Foschiera Camboin, sou enfermeira, Mestranda do Programa de Mestrado em Enfermagem da UEM.

Os acidentes de trânsito são uma grande ameaça às nossas crianças. Muitas morrem por conta deles e outras tantas sofrem muitos traumas e seqüelas. Existem meios eficazes de prevenir tais situações indesejáveis. O meio mais eficaz é a utilização correta dos dispositivos de retenção infantil, conhecidos como cadeirinhas para o transporte de crianças em carros.

Com o objetivo de avaliar as atividades de orientação acerca do uso de assentos de segurança infantil, estou desenvolvendo esta pesquisa.

Saiba que esta pesquisa não tem nenhuma intenção punitiva e que seus dados pessoais permaneceram no mais absoluto anonimato. Também permanecerão sob sigilo as repostas dadas ao questionário e a identidade de sua criança. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da UEM em ____ / ____ / 2008, sob o registro 00000000000000.

Este termo de consentimento é feito em duas vias de igual teor.

Caso você tenha entendido o propósito desta pesquisa e concorde que eu possa utilizar os dados observados em relação ao transporte de sua criança e as respostas do questionário, por favor, assine e escreva o número de seu RG no local indicado. Você pode desistir de participar a qualquer momento, retirando a concessão dada através deste termo, sem qualquer prejuízo ou retaliação. Deverá apenas me enviar uma mensagem informando sua desistência e o número desta ficha, para que eu possa desconsiderar seus dados. Caso você não concorde em permitir sua participação, desconsidere este termo e o questionário. Garantimos que os dados observados em relação ao transporte e de sua criança também não serão utilizados.

Qualquer dúvida entre em contato através do e-mail;smfran@certto.com.br. Caso você queira pode consultar também o comitê de ética em pesquisa da UEM (COPEP / UEM, fone 3261 4444).

Muito obrigado, conto com você!

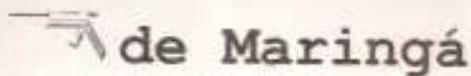
Franciele Foschiera Camboin

Eu, portador do RG _____ afirmo que após ter recebido informações sobre os objetivos e métodos desta pesquisa, resolvo por minha vontade permitir que o pesquisador utiliza os dados observados e as repostas do questionário para os fins descritos acima.

Assinatura

Maringá, ____ / ____ / 2008.

ANEXOS



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1988

GOVERNO DO
PARANÁ

CAAE N°. 0405.8.093.000-08

PARECER N°. 687/2008

Pesquisador (a) Responsável: Maria Dalva de Barros Carvalho	
Centro/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Avaliando as atividades educativas acerca da utilização dos assentos de segurança infantil (ASI) na cidade de Cascavel-Paraná	
<p>Considerações:</p> <p>Este projeto de pesquisa foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, enquadra-se no Grupo III do fluxograma e tem como objetivo <i>avaliar o conhecimento e as atividades de orientação acerca do uso de ASI por profissionais enfermeiros, policiais de trânsito, agentes de trânsito e instrutores dos centros de formação de condutores (CFCs) da cidade de Cascavel-Paraná.</i></p> <p>Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva que envolverá a participação de 112 sujeitos, os quais deverão responder a um questionário com 34 questões.</p> <p>O projeto está bem fundamentado e o termo de consentimento livre e esclarecido está adequado (TCLE); o período de execução da pesquisa é de outubro de 2008 a novembro de 2009; o total de gastos previstos é de R\$240,00, a serem custeados pelos pesquisadores e dentre a documentação apresentada, encontram-se as autorizações de todas as instituições onde a pesquisa deverá ser realizada.</p> <p>Considerando as adequações do projeto à Res. CNS 196/96, somos de parecer favorável à aprovação do trabalho, recomendando que a redação do TCLE seja revista e redigida na forma de convite ao sujeito da pesquisa.</p>	
Situação: APROVADO COM RECOMENDAÇÃO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 12/12/2008	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 31/12/2009	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n°. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 166ª reunião do COPEP em 12/12/2008.</p>	 Prof.ª Dra. Ieda Harumi Higashihara Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro de seu protocolo.
 Bloco 10 sala 01 - Avenida Colombo, 5790 - CEP: 87020-900 - Maringá - PR
 Fone-Fax: (44) 261-4444 - e-mail: copep@uem.br