

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JAQUELINE BROSSO ZONTA

Autoconfiança no manejo das intercorrências de saúde na escola entre professores da  
educação infantil e fundamental I

São Carlos

2018

JAQUELINE BROSSO ZONTA

Autoconfiança no manejo das intercorrências de saúde na escola entre professores da  
educação infantil e fundamental I

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos  
(UFSCar) para fins de avaliação, como parte dos  
requisitos para obtenção do título de Mestre em  
Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Aline C. Cavicchioli Okido

São Carlos

2018

## Ficha Catalográfica

Zonta, Jaqueline Brosso

Autoconfiança no manejo das intercorrências de saúde na escola entre professores da educação infantil e fundamental I / Jaqueline Brosso Zonta. -- 2018.

130 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Profa. Dra. Aline C. Cavicchioli Okido

Banca examinadora:

Bibliografia

1. Enfermagem, Primeiros Socorros. 2. Saúde Escolar. 3. Criança. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Jaqueline Brosso Zonta, realizada em 21/02/2018:

Profa. Dra. Aline Cristiane Cavicchioli Okido  
UFSCar

Profa. Dra. Aline Helena Appoloni Eduardo  
UFSCar

Profa. Dra. Maria Verônica Ferrareze Ferreira  
USP

*Dedicatória*

---

Dedico esse trabalho aos meus pais **Luiz e Sandra**,  
ao meu esposo **Leandro**, e ao meu querido filho **Thiago**.

Obrigada por permanecerem ao meu lado todos os dias.

Vocês são a luz da minha vida.

Amo vocês imensamente.

*Agradecimientos*

---

## *Agradeco...*

A **Deus**, pelos caminhos percorridos diante de tantas dificuldades e provações, por conseguir construir, desenvolver e finalizar este trabalho com êxito.

Ao meu alicerce, meus pais, **Luiz e Sandra**, pessoas fundamentais em minha vida, por me ensinarem sobre os valores da vida, a percorrer em busca de sonhos, a ter determinação, coragem, a seguir em frente aos obstáculos e conquistar meus objetivos, por serem meu exemplo de pessoas, caráter, família e AMOR.

A minha família, meu esposo **Leandro**, amigo e companheiro, meu filho **Thiago**, a quem tenho amor incondicional, por disporem muitas vezes da minha companhia por horas ou até dias para que eu pudesse traçar os caminhos deste trabalho, por segurarem em minhas mãos e enxugarem minhas lágrimas quando o desespero batia em meu ser, por serem meu refúgio e aconchego em dias de aflição, e definitivamente por serem minha morada.

A minha querida irmã **Lilian**, pessoa parceira de vida, a você todo meu carinho e afeto, pelos dias de correria, pelo auxílio diverso em meu trajeto.

Ao meu príncipe **Guilherme**, por me mostrar a cada dia a inocência que é ser criança, por me mostrar a simplicidade da vida, por deixar meus dias felizes com sua presença.

Aos meus sogros **Denocir e Cleusa**, por cuidarem do meu bem mais precioso, meu filho, para que eu pudesse presenciar as aulas do programa e adquirir mais conhecimento.

A uma pessoa que tenho muito carinho e admiração, **Suelen**, por me incentivar com sua persistência no caminho acadêmico, me mostrar a cada dia a essência do ser enfermeira neonatologista. Pelos momentos vividos junto a mim, pelo conhecimento compartilhado sobre os cuidados necessários a serem realizados aos nossos pequeninos internados em cuidados intensivos. Por ser minha “chefa”, ou melhor, minha amiga, pessoa de coração enorme. E por me proporcionar contatos indispensáveis para que eu pudesse iniciar o meu caminho acadêmico.

À professora **Monika**, pelos contatos iniciais e oportunidade de adentrar ao programa de pós-graduação em Enfermagem.

A minha querida orientadora **Aline Okido**, por aceitar este árduo trabalho, por pegar na minha mão e me mostrar os caminhos da vida acadêmica, pela paciência, compreensão, pelos

ensinamentos, por ser parte do meu crescimento pessoal e profissional. Pelas palavras de entusiasmo, por acreditar e depositar uma confiança enorme em mim, pela amizade que ao longo deste trabalho pôde nos permitir e principalmente pela grande parceria nas etapas de desenvolvimento e conclusão deste lindo trabalho – esse mérito também é seu.

A você minha eterna Gratidão!

As instituições que foram realizadas as coletas de dados, pela recepção e assentimento para que este estudo fosse desenvolvido.

Aos meus colegas de pesquisa: **Gabriela, Paulinha, Gabizinha, Maria, Cassio, Rafael, Larissa e Débora**, vocês foram fundamentais para a realização deste trabalho, sem vocês nada seria possível.

Aos professores das escolas de educação infantil e fundamental I que participaram da coleta de dados, que contribuíram significativamente para os resultados obtidos.

As professoras que puderam ler este trabalho, por ocasião do exame de qualificação e defesa, por suas relevantes contribuições.

Aos meus familiares e amigos que vibram junto a mim a conquista desta fase da minha vida.

A todos os funcionários e professoras que compõem o Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, pelo acolhimento, pela minha formação e pelos meios utilizados para que isso ocorresse.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo acolhimento e conhecimentos oferecidos nas disciplinas que presenciei ao longo deste trajeto.

Enfim, agradeço imensamente a todos que fizeram com que este meu sonho se tornasse realidade.

Guardo em meu coração e em minha memória o nome de cada pessoa que se fez e se faz importante no decorrer da caminhada em busca de novos conhecimentos.

*Muito Obrigada!*

---

*"Há duas formas para viver sua vida. Uma é acreditar que não existe milagre. A outra é acreditar que todas as coisas são um milagre". (Albert Einstein)*

---

*Resumo*

---

ZONTA, J.B. **Autoconfiança no manejo das intercorrências de saúde na escola entre professores da educação infantil e fundamental I**. 2018. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2018.

## Resumo

**Introdução:** a escola é um ambiente favorável para intercorrências de saúde. As ações de prevenção e promoção à saúde são prioritárias, porém, faz-se necessário que os professores saibam como manejar a situação. Todavia, os educadores apresentam medo e insegurança.

**Objetivo geral:** analisar a autoconfiança de professores da educação infantil e fundamental I com relação ao manejo das intercorrências de saúde na escola. **Objetivos específicos:** descrever a construção e validação da Escala visual analógica de autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola e identificar os fatores associados à autoconfiança antes e após atividade educativa mediada pela simulação e associados à promoção da autoconfiança. **Método:** organizado em duas etapas: a primeira etapa refere-se ao primeiro objetivo específico e se caracteriza por estudo metodológico. Doze juízes participaram da validação do conteúdo e 25 professores da validação semântica. Foi determinada a consistência interna pelo coeficiente de alfa de Cronbach. A segunda etapa contemplou o segundo objetivo específico e se caracteriza por estudo quase experimental, do tipo pré e pós-teste. Participaram 76 professores, subdivididos em quatro escolas. Para cada escola, a produção do material empírico deu-se em três encontros. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram: instrumento de caracterização; Escala visual analógica de autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola; Questionário de avaliação do conhecimento para atuar diante de intercorrências de saúde na escola e Escala de satisfação com as experiências clínicas simuladas. A atividade educativa foi composta por quatro cenários simulados. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva e analítica, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, coeficiente de correlação de Spearman e regressão linear univariada e multivariada. Cumpriram-se os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos. **Resultados:** a escala visual analógica final

é composta por 12 itens. Todos os itens foram avaliados como pertinentes, obteve-se concordância de 100% entre os juízes e foi considerada clara pelo público-alvo, apresentando alta consistência interna entre os itens. Com relação à segunda etapa constatou-se baixo escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa. Após participação nos cenários simulados houve promoção da autoconfiança. A variável “experiência anterior” apresentou associação estatisticamente significativa com o escore médio de autoconfiança anterior a atividade educativa ( $p=0.026$ ) e com o escore médio de promoção da autoconfiança ( $p=0.001$ ). A variável “promoção do conhecimento” apresentou correlação negativa fraca com escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa ( $p=-0.273$ ). A variável “experiência profissional” manteve relação significativa com escore médio de autoconfiança após atividade educativa ( $p=0.008$ ). **Considerações finais:** os professores sentem-se pouco confiantes para manejar intercorrências de saúde na escola. Os resultados podem subsidiar o planejamento das ações de educação em saúde no ambiente escolar.

**Descritores:** Criança; Saúde Escolar; Enfermagem; Primeiros Socorros.

*Abstract*

---

ZONTA, J.B. **Self-confidence in the management of school health problems among preschool and basic education teachers.** 2018. Master's Thesis – Graduate Nursing Program, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2018.

### **Abstract**

**Introduction:** school is a favorable environment for health problems. Prevention and health promotion actions are priorities, however, it is necessary for teachers to know how to handle the situation. Yet educators are fearful and insecure. **General objective:** to analyze the self-confidence of preschool and basic education teachers with regard to the management of health problems at the school. **Specific objectives:** to describe the construction and validation of the visual analog scale of self-confidence of teachers to handle health problems at school and to identify the factors associated with self-confidence before and after educational activities and associated to the promotion of self-confidence. **Method:** organized in two stages: the first stage refers to the first specific objective and is characterized as a methodological study. Twelve judges participated in the content validation and 25 teachers in the semantic validation. Internal consistency was determined by Cronbach's alpha coefficient. The second stage addressed the second specific objective and is characterized as a quasi-experimental pre- and post-test study. Seventy-six teachers participated, subdivided into four schools. For each school, the production of the empirical material took place in three meetings. The research instruments used were: characterization tool; Visual analog scale of teachers' self-confidence to manage health problems at school; Knowledge assessment questionnaire to deal with health problems at school and Scale of satisfaction with the simulated clinical experiences. The educational activity consisted of four simulated scenarios. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics, using the Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis, Spearman's correlation coefficient and multivariate linear regression. The ethical provisions for research involving human beings were met. **Results:** The final visual analog scale consists of 12 items. All items were evaluated as pertinent, obtaining 100% of agreement among the judges and being considered clear by the target audience, with high internal consistency among the items. Regarding the second stage, a low average self-confidence score was found before the educational activity. After participating in the simulated scenarios, self-confidence was promoted. The variable "background experience with health problems" presented a

statistically significant association with the mean self-confidence score ( $p=0.026$ ) and the mean self-confidence promotion score ( $p=0.001$ ). The variable "knowledge promotion" had a weak negative correlation with the mean self-confidence score ( $p=-0.273$ ). The variable "professional experience" maintained a significant relationship with the mean self-confidence score in the post-phase ( $p=0.008$ ). **Final considerations:** teachers feel uncomfortable to cope with health problems at school. The results can support the planning of health education actions in the school environment.

**Descriptors:** Child; School Health; Nursing; First Aid.

*Resumen*

---

ZONTA, J.B. **Autoconfianza en el manejo de los problemas de salud en la escuela entre profesores de la educación infantil y básica.** 2018. Disertación (Maestría) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2018.

## Resumen

**Introducción:** la escuela es un ambiente favorable para problemas de salud. Las acciones de prevención y promoción de salud son prioritarias, pero es necesario que los profesores sepan como manejar la situación. Sin embargo, los educadores muestran miedo e inseguridad. **Objetivo general:** analizar la autoconfianza de profesores de la educación infantil y básica respecto al manejo de los problemas de salud en la escuela. **Objetivo específico:** identificar los factores asociados a la autoconfianza pre y post actividad educativa y asociados a la promoción de la autoconfianza. **Método:** organizado en dos etapas: la primera etapa se refiere al primer objetivo específico y se caracteriza por estudio metodológico. Doce jueces participaron de la validación del contenido y 25 profesores de la validación semántica. Se determinó la consistencia interna con el uso del coeficiente de alfa de Cronbach. La segunda etapa contempló el segundo objetivo específico y se caracteriza por estudio casi experimental, del tipo pre y post-prueba. Participaron 76 profesores, subdivididos en cuatro escuelas. Para cada escuela, el material empírico fue producido durante tres encuentros. Los instrumentos de investigación utilizados fueron: instrumento de caracterización; Escala visual analógica de autoconfianza de los profesores para manejo de los problemas de salud en la escuela; Cuestionario de evaluación del conocimiento para actuar ante los problemas de salud en la escuela y Escala de satisfacción con las experiencias clínicas simuladas. La actividad educativa incluyó cuatro escenarios simulados. Los datos fueron analizados a partir de la estadística descriptiva y analítica, utilizándose la prueba de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, coeficiente de correlación de Spearman y regresión lineal multivariada. Se cumplieron las premisas éticas de investigaciones con seres humanos. **Resultados:** la escala visual analógica final abarca 12 ítems. Todos los ítems fueron evaluados como pertinentes, con 100% de concordancia entre los jueces, y fueron considerados claros por el público-blanco, presentando alta consistencia interna entre los ítems. Respecto a la segunda etapa, se constató baja puntuación media de autoconfianza pre-actividad educativa. Tras la participación en los escenarios simulados, se promovió la autoconfianza. La variable “experiencia anterior con

problemas de salud” mostró asociación estadísticamente significativa con la puntuación media de autoconfianza pre ( $p=0.026$ ) y con la puntuación media de promoción de la autoconfianza ( $p=0.001$ ). La variable “promoción del conocimiento” presentó correlación negativa débil con la puntuación media de autoconfianza pre ( $p=-0.273$ ). La variable “experiencia profesional” mantuvo relación significativa con puntuación media de autoconfianza post ( $p=0.008$ ).

**Consideraciones finales:** los profesores se sienten poco seguros para manosear problemas de salud en la escuela. Los resultados pueden apoyar la planificación de las acciones de educación en salud en el ambiente escolar.

**Descriptores:** Niño; Salud Escolar; Enfermería; Primeros Auxilios.

*Lista de Abreviaturas e Siglas*

---

EVA- Escala Visual Analógica de Autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola

HTPC- Horário de trabalho pedagógico coletivo

IVC - Índice de Validação de Conteúdo

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCR - Parada cardiorrespiratória

SAMU - Serviço Médico de Urgência

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



<b>1. Introdução</b>	<b>22</b>
1.1 Intercorrências de saúde na infância	23
1.2 A problemática das intercorrências de saúde no contexto escolar	26
1.3 Contribuições das estratégias educativas relacionadas ao manejo das intercorrências de saúde na escola	27
<b>2. Objetivo</b>	<b>29</b>
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
<b>3. Método</b>	<b>31</b>
3.1 Primeira etapa	32
3.2 Segunda etapa	34
3.2.1 Local do estudo	34
3.2.2 Participantes do estudo	34
3.2.3 Coleta de dados	35
3.2.3.1 Primeiro encontro	35
3.2.3.2 Segundo e terceiro encontro	35
3.2.3.4 Instrumentos de pesquisa	37
3.2.4 Organização e análise dos dados	38
3.2.5 Procedimentos éticos da pesquisa	39
<b>4. Apresentação dos Resultados</b>	<b>40</b>
4.1 Primeira etapa	41
4.2 Segunda etapa	44
4.2.1 Caracterização dos professores	44
4.2.2 Autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola anterior à atividade educativa mediada pela simulação	45
4.2.3 Autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola após atividade educativa mediada pela simulação.	48
4.2.4 Promoção da autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola.	51
4.2.5 Análise da consistência interna dos instrumentos de pesquisa	54
<b>5. Discussão</b>	<b>55</b>
5.1 Primeira etapa	56
5.2 Segunda etapa	57
<b>6. Conclusão</b>	<b>62</b>
<b>Referências</b>	<b>64</b>
<b>Apêndices</b>	<b>71</b>
<b>Anexos</b>	<b>124</b>

## *1. Introdução*

---

Para apresentar o objeto de estudo desta investigação foram desenvolvidos três subitens. Assim, inicialmente foi feito um resgate na literatura sobre as principais intercorrências de saúde que acometem a infância. A seguir, apresentou-se a problemática das intercorrências de saúde no ambiente escolar com ênfase nos sentimentos de insegurança, medo e nervosismo vivenciados pelos professores. Por fim, foram abordadas as estratégias educativas desenvolvidas para proporcionar habilidade, conhecimento e autoconfiança com relação às diferentes intercorrências de saúde entre os professores.

### **1.1 Intercorrências de saúde na infância**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infância corresponde ao período entre o nascimento até os dez anos de idade (WHO, 1995). Trata-se de uma fase de intensa maturação imunológica e neurológica sendo comum intercorrências de saúde, sejam elas relacionadas a doenças ou a acidentes (GALINDO NETO, 2015). Assim, em virtude da maturidade imunológica em desenvolvimento, as crianças tornam-se vulneráveis as doenças bem como, mais susceptíveis a complicações e óbito (SILVA et al., 2016). Nessa direção, os processos de exploração dos ambientes e de ampliação das relações sociais para além do ambiente doméstico e familiar, favorecerem a exposição das crianças aos riscos de acidentes. (MALTA et al., 2015).

Os problemas respiratórios estão entre as principais intercorrências de saúde na infância. Aproximadamente 13 milhões de crianças no mundo evoluem para morte em consequência das doenças respiratórias sendo, o diagnóstico de pneumonia o mais comum (SILVA et al., 2016). No Brasil, 1,5 milhões de novos casos de pneumonia ocorrem anualmente, sendo a primeira causa de internações em todas as regiões do país (PINA et al., 2017). No que se refere às doenças crônicas que acometem o sistema respiratório, destaca-se a asma. A asma é caracterizada por broncoespasmo, hipersecreção e inflamação das vias aéreas e se não controlada pode levar à morte (HARRIS et al., 2015). Dentre as outras doenças comuns na infância destacam-se as doenças diarreicas, as quais são responsáveis por 16% das mortes em crianças menores de cinco anos, ocupando o segundo lugar entre as causas de hospitalização (OLIVEIRA et al., 2017).

A hipertermia geralmente está associada às afecções agudas da infância e é conhecida popularmente como febre. Embora seja um sintoma comum entre as crianças, quando não controlada efetivamente pode evoluir para convulsões febris (PEREIRA et al., 2013; CHANG et al., 2016). A convulsão febril é um problema neurológico comum na infância, estima-se que 2% a 5% das crianças menores de cinco anos de idade apresentarão pelo menos um episódio de convulsão decorrente da febre ao longo da vida (ALENCAR, 2015). A crise convulsiva também pode ser resultante do diagnóstico de epilepsia (ZUBERI; SYMONDS, 2015).

A epilepsia é um dos distúrbios mais frequentes em neurologia e se caracteriza pela predisposição em gerar convulsões. Estima-se que 65 milhões de pessoas possuam esse diagnóstico (ZUBERI; SYMONDS, 2015; CASTAÑO-CASTRILLÓN et al., 2016). Na infância, a prevalência é de aproximadamente 5:1000, sendo mais frequente em crianças entre 0 a 9 anos de idade (FONSECA et al., 2016).

Com relação aos acidentes na infância, estes são caracterizados como um grave problema de saúde pública (WHO, 2008). No Brasil, os acidentes estão entre as principais causas de morte em crianças a partir de um ano de idade com destaque para os acidentes de trânsito, envenenamento, afogamento, quedas e queimaduras (BRASIL, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde, os acidentes envolvendo crianças entre zero a nove anos ocasionaram 3.142 mortes e mais de 75mil internações em 2012 (BRASIL, 2012). Estudo brasileiro que tinha como objetivo analisar o perfil dos atendimentos de emergência por acidente e violência envolvendo crianças menores de 10 anos identificou que, no ano de 2011, dos 7.224 atendimentos, 19,5% tinham até 1 ano de idade, 42,7% entre 2-5 anos e 37,7% de 6-9 anos (MALTA et al., 2015).

Os acidentes por obstrução das vias aéreas, popularmente conhecido como engasgo, correspondem a terceira maior causa de morte no Brasil e nas crianças está associado à falha no reflexo de fechamento da laringe, controle inadequado de deglutição e hábito de levar objetos à boca (ALMEIDA; LIMA; SILVA, 2013). Na Coreia do Sul, no período de 2012 a 2015, 74.600 crianças menores de 14 anos foram vítimas desta intercorrência (KIM et al., 2017). Nos Estados Unidos da América, entre 1999 a 2014, ocorreram 2500 mortes entre crianças de 0 a 14 anos decorrentes do engasgo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL PREVENTION, 2015.).

Outro acidente comum entre as crianças é a queda (BARCELOS et al., 2017). Segundo um levantamento realizado entre setembro e outubro de 2011 a partir do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Inquérito VIVA) aproximadamente 3.626 crianças entre 0 e 9 anos foram atendidas em serviços de urgência e emergência das capitais brasileiras em virtude de queda sendo que, a maioria ocorreu em mobílias, escadas, árvores e buracos (BRASIL, 2013; MALTA et al., 2015). Estudo realizado no Rio Grande do Sul - RS que descreveu a incidência de quedas, cortes e queimaduras, conforme nível econômico da família, idade e escolaridade materna apontou que, a queda foi o acidente mais frequente e que as crianças do sexo masculino sofrem mais quedas nos dois primeiros anos de vida (BARCELOS et al., 2017). A queda pode ocasionar ferimento leve como esfoliação, corte e hematoma bem como corte profundo, luxação e fratura óssea (OLIVEIRA; ROOSEVELT; CEZIMAR, 2015).

Segundo Malta et al. (2015), o domicílio é o local onde a maioria das intercorrências de saúde acontecem. Todavia, a escola não está isenta de intercorrências seja por doença ou acidentes, haja visto, o tempo de permanência das crianças nas escolas e a exposição a atividades recreativas (OLIVEIRA et al., 2012; COPETTI et al., 2014; MASIH; SHARMA; KUMAR, 2014; GALINDO NETO et al., 2017). No Brasil, conforme metas do Plano Nacional de Educação, a criança deve permanecer em tempo integral na escola, sendo a permanência mínima no ambiente escolar de sete horas diárias. Em 2013, 35 milhões de crianças estavam matriculadas na educação infantil e ensino fundamental (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Informações sobre os agravos ocorridos especificamente no ambiente escolar são escassos na literatura. Estudo realizado em Portugal que tinha como objetivo conhecer o perfil epidemiológico de acidentes com crianças e jovens mostrou que, 18,5 % das lesões tratadas nos serviços de pronto atendimento pediátrico ocorreram no ambiente escolar (MARTINS; PENA; SANTOS, 2012). Nesta direção, estudo realizado por Malta e colaboradores em 2015 revelou a existência de associação estatística entre os acidentes e sua ocorrência no ambiente escolar.

## 1.2 A problemática das intercorrências de saúde no contexto escolar

As ações de prevenção de acidentes bem como de promoção à saúde são prioritárias no ambiente escolar, porém, faz-se necessário que os professores e demais profissionais saibam como manejar os primeiros socorros em situações de intercorrências de saúde (CARVALHO et al., 2014; LI et al., 2014). Entende-se por primeiros socorros, as ações iniciais realizadas por profissional da saúde ou não, com o objetivo de auxiliar pessoas que se encontram em sofrimento ou em risco de morte (SINGLETERY et al., 2015). É o manejo de qualquer lesão ou doença antes da disponibilidade do profissional de saúde habilitado e tem como objetivo evitar agravamentos, garantir recuperação, minimizar sequelas, preservar e salvar vidas (MASIH; SHARMA; KUMAR, 2014; SEMWAL, 2017).

Em âmbitos nacional e internacional, no contexto escolar, os primeiros socorros são geralmente realizados pelos professores (NGAYIMBESHA; HATUNGIMANA, 2015; GALINDO NETO et al., 2016). Todavia, no que se refere ao conhecimento dos professores que atuam com o público infantil, a literatura nacional aponta lacunas quanto ao preparo dos mesmos para instituir medidas de primeiros socorros diante de intercorrências de saúde (CALANDRIM et al., 2017; GALINDO NETO et al., 2017). A realidade internacional corrobora ao identificar em seus resultados baixos níveis de conhecimento com relação aos primeiros socorros (JOSEPH et al., 2015; NGAYIMBESHA; HATUNGIMANA, 2015).

Nessa perspectiva, inúmeros sentimentos negativos são potencializados pelo desconhecimento como insegurança, medo e nervosismo, por exemplo (RODRIGUES et al., 2015). Os educadores revelam que, não possuem qualquer tipo de capacitação e que utilizam a experiência prévia, o senso comum e os conhecimentos obtidos em leituras para atuar frente a um acidente (SENA; RICAS; VIANA, 2008). Segundo investigação recente realizada na Coreia, tais sentimentos negativos fragilizam a autoconfiança dos professores (HWANG; OH; CHO, 2016).

Entende-se por autoconfiança a perspectiva de um indivíduo se sentir seguro, de manifestar convicção com relação as suas próprias habilidades (PERRY, 2011). A autoconfiança aliada às experiências prévias e ao conhecimento subsidia o sucesso das ações (MAZZO et al., 2015). A autoconfiança é um elemento fundamental para um adequado desempenho diante de situações de emergência, trata-se de uma variável que pode ser influenciada pelos sentimentos oriundos destas situações (MARTINS et al., 2014). Nesse

sentido, para a realização de um atendimento efetivo em situações de emergências, habilidade, conhecimento e confiança devem estar presentes (KIM et al., 2017). Vale ressaltar que, para a presente investigação, a autoconfiança entre os professores será o objeto de estudo.

### **1.3 Contribuições das estratégias educativas relacionadas ao manejo das intercorrências de saúde na escola**

No âmbito das políticas públicas, em 2007, foi lançado o “Manual de Prevenção de Acidentes e Primeiros Socorros nas Escolas” com o objetivo de preparar os profissionais da educação para o adequado enfrentamento das intercorrências de saúde de acordo com a fase de desenvolvimento (SÃO PAULO, 2007). Nessa direção, destaca-se o estudo metodológico realizado por Galindo e colaboradores (2017), o qual construiu e validou uma cartilha educativa para professores da educação infantil e ensino fundamental I sobre primeiros socorros na escola. A cartilha aborda o manejo de 15 agravos que podem ocorrer no ambiente escolar, entre eles crise convulsiva, acidentes com animais peçonhentos e febre.

Para além dos manuais, a literatura apresenta a efetividade de outras estratégias educativas, assim, estudo realizado no Egito com 200 professores da educação infantil comparou a utilização de vídeos educativos versus leituras referentes à temática de primeiros socorros. Os resultados indicaram que, os professores que haviam assistido aos vídeos educativos obtiveram significativamente melhores escores com relação ao conhecimento e habilidades adquiridas quando comparado com o grupo de professores que realizaram a leitura (YOUNIS, EL-ABASSY, 2015).

A Associação Britânica de Epilepsia publicou recentemente um estudo de intervenção que avaliou o impacto da educação em saúde no conhecimento, nas atitudes e habilidades para manejar os primeiros socorros diante de uma crise convulsiva, entre professores estagiários. A estratégia adotada foi aula expositiva de aproximadamente 90min, com auxílio de recurso audiovisual seguida de discussão. Participaram do estudo 226 professores, todavia, a estratégia educativa foi ofertada em subgrupos a fim de promover espaços de discussão efetivos. Os resultados identificaram um aumento significativo no conhecimento, nas atitudes e habilidades de manejo da crise convulsiva após doze semanas da intervenção (EZE et al., 2015).

A estratégia de aula expositiva sobre a temática de primeiros socorros também foi avaliada em um estudo longitudinal realizado na China (LI et al., 2014). Neste estudo foram recrutados 1067 professores da educação infantil, os quais participaram de uma atividade educativa de quatro horas de duração composta por aula expositiva, leitura e vídeos. A proposta do estudo foi avaliar a retenção do conhecimento ao longo do tempo e os resultados mostraram que, apesar do conhecimento tender a diminuir com o tempo, houve retenção do conhecimento em 4 meses, 12 meses e 4 anos pós-treinamento (LI et al., 2014).

Nessa direção tem-se que, a literatura apresenta diferentes estratégias educativas que vem sendo adotadas para propiciar habilidades e conhecimentos com relação ao manejo de intercorrências de saúde entre os professores. Todavia, não há investigações que abordam a simulação realística enquanto estratégia educativa entre professores, sendo comum apenas entre os profissionais da saúde. A temática da simulação realística vem sendo incorporada em vários estudos na área da enfermagem (MARTINS et al., 2014; OLIVEIRA; PRADO; KEMPFER, 2014; MAZZO et al., 2015; TEIXEIRA et al., 2015). Diante do exposto, o presente estudo inova ao propor uma intervenção educativa mediada pela simulação realística entre os professores.

Diante do exposto nos subitens acima, estabeleceu-se as seguintes questões de pesquisa: qual a autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola antes de uma atividade educativa mediada pela simulação?; Qual a autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola após uma atividade educativa mediada pela simulação?; Uma atividade educativa mediada pela simulação promove autoconfiança em relação ao manejo das intercorrências de saúde na escola?; Quais os fatores associados à autoconfiança antes e após atividade educativa e associados à promoção da autoconfiança?

## *2. Objetivo*

---

## **2.1 Objetivo geral**

Analisar a autoconfiança de professores da educação infantil e fundamental I com relação ao manejo das intercorrências de saúde na escola.

## **2.2 Objetivos específicos**

1. Descrever a construção e validação da Escala visual analógica de autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola (EVA- Autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola);
2. Identificar os fatores associados à autoconfiança de professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola antes e após atividade educativa mediada pela simulação e associados à promoção da autoconfiança.



Considerando os objetivos propostos, o estudo foi organizado em duas etapas as quais estão descritas separadamente a seguir.

### **3.1 Primeira etapa**

Trata-se de um estudo metodológico à medida que possibilita a elaboração de instrumentos ou métodos de investigação confiáveis para serem empregados em novos estudos ou na prática clínica (POLIT; BECK, 2011). A construção do instrumento seguiu os pressupostos de Pasquali, (1999). Segundo o autor, faz-se necessário seguir três procedimentos para a construção e validação de um instrumento, os quais são: procedimento teórico, procedimento empírico e procedimento analítico.

O procedimento teórico corresponde à explicitação dos fundamentos teóricos que orientaram a criação dos itens do instrumento. Na presente investigação, a construção dos itens foi embasada em análise da literatura nacional e internacional e discussões entre membros de um grupo de pesquisa voltado à saúde da criança com experiência assistencial e de pesquisa na área. A busca na literatura objetivou reconhecer as principais intercorrências de saúde que ocorrem no ambiente escolar. A seguir, foi elaborado a primeira versão da escala com oito itens e definido que o instrumento teria o objetivo de mensurar o nível de autoconfiança de professores de educação infantil e fundamental I para oferecer os primeiros socorros ao escolar.

Optou-se pelo emprego de uma escala visual analógica (EVA), uma vez que é de fácil e rápida aplicação, além de ser capaz de favorecer a variabilidade de respostas e emprego de diferentes análises estatísticas (VOUTILAINEN et al., 2016). Deste modo, a EVA desenvolvida possui uma linha horizontal de 10 centímetros com os seguintes descritores nas extremidades: “nada confiante” à esquerda e “completamente confiante” à direita. Para estabelecer a pontuação o respondente deve indicar ao longo da linha o nível de autoconfiança que possui. A interpretação dos resultados se dá mediante a mensuração do espaço compreendido entre a extremidade à esquerda e o ponto sinalizado pelo respondente, com uma régua graduada em centímetros. A escala permite mensurar o nível de autoconfiança para cada item e também, mensurar a média geral de autoconfiança.

Diante da primeira versão da escala, iniciou-se o processo de validação de conteúdo por doze profissionais com expertise no assunto. Os critérios de elegibilidade para a escolha dos profissionais foram: profissionais especialistas na área de enfermagem pediátrica e/ou

primeiros socorros, com experiência acadêmica e/ou assistencial de pelo menos um ano. Vale ressaltar que, os especialistas foram recrutados utilizando a técnica bola de neve, ou seja, especialistas inicialmente selecionados sugeriram potenciais participantes. Considerou-se como critério de exclusão os profissionais que não responderam ao formulário para avaliação dos itens da escala no tempo determinado.

A validação de conteúdo considerou quatro aspectos os quais foram: organização, clareza, abrangência e pertinência dos itens. Os profissionais especialistas foram orientados a analisar cada item por uma escala Likert com as seguintes possibilidades de escolha: discordo fortemente, discordo, não sei, concordo e concordo fortemente. Havia espaço reservado para comentários e sugestões (APÊNDICE A e B). Para análise foram consideradas as sugestões e computado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) por item, em cada aspecto analisado (organização, clareza, abrangência e pertinência) e da escala total (RUBIO et al., 2003). Para fins de validação do conteúdo foi considerado IVC igual ou superior a 0,80, tanto por item como total.

A seguir, deu-se início ao procedimento empírico, com o intuito de avaliar as propriedades psicométricas do instrumento. O procedimento empírico foi composto pelas etapas de análise semântica e teste piloto. Para ambas as etapas estabeleceu-se como critérios de elegibilidade professores que atuavam na educação infantil e fundamental I, idade acima de 18 anos e pelo menos três meses de experiência profissional. Os critérios de exclusão foram: professores em férias ou licença no período.

A análise semântica contou com a participação de 25 professores e buscou verificar se todos os itens da escala estavam compreensíveis. Os professores responderam a escala e a seguir avaliaram cada item quanto à clareza na redação, compreensão de termos e orientações sobre o preenchimento a partir de uma escala do tipo Likert com as seguintes possibilidades de respostas: entendi, está claro, tive dúvidas, está pouco claro e não entendi, está confuso. Havia espaço para sugestões. Participaram do teste piloto outros 36 professores (APÊNDICE C).

O procedimento analítico deu-se mediante as respostas obtidas no teste piloto. Deste modo, com vistas à análise e à validação estatística da consistência interna da escala, as respostas dos 36 professores foram inseridas e armazenadas em planilha eletrônica Excel® e posteriormente, por meio do programa computacional “Statistical Analysis System for Windows”, versão 9.2 esses dados foram analisados e correlacionados para a determinação do coeficiente do teste de Alpha de Cronbach. Partindo do pressuposto de que quanto mais elevadas forem às correlações entre os itens, maior é a homogeneidade dos itens e a

consistência com que medem a mesma dimensão ou construto teórico, foi considerado satisfatório alfa maior ou igual a 0,70 (TAVAKOL; DENNICK, 2011).

Considerando o envolvimento de seres humanos na pesquisa, o estudo seguiu os pressupostos éticos da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE D e E). O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o número CAEE 62949716.7.0000.5504, em 24 de fevereiro de 2017 (ANEXO A).

### **3.2 Segunda etapa**

Esta etapa buscou contemplar o segundo objetivo específico. Caracteriza-se por um estudo quase experimental, do tipo pré e pós-teste (POLIT; BECK, 2011).

#### **3.2.1 Local do estudo**

O estudo foi realizado em quatro escolas públicas de educação infantil e fundamental I de um município do interior do Estado de São Paulo, cuja população estimada é de 221.950 habitantes. O município conta com 31 unidades de educação infantil e 10 unidades de ensino fundamental I.

#### **3.2.2 Participantes do estudo**

Participaram do estudo 76 professores subdivididos em quatro escolas, ou seja, uma média de 19 professores por escola. Os critérios de elegibilidade foram: ser professor da educação infantil ou fundamental I, ter acima de 18 anos de idade e ter no mínimo três meses de experiência profissional. Os critérios de exclusão foram: professores que estavam de férias ou licença no período da coleta de dados e aqueles que não participaram de todos os encontros da coleta de dados.

É pertinente ressaltar que 113 professores participaram parcialmente dos encontros contudo, diante dos critérios de exclusão foi necessário excluir 37 professores da amostra.

### **3.3.3 Coleta de dados**

Ocorreu entre maio e outubro de 2017. Inicialmente foi realizado mapeamento das escolas públicas de educação infantil e fundamental I do município. A seguir, aleatoriamente, foi estabelecido contato com os diretores a fim de explanar sobre o projeto e solicitar autorização para utilizar às duas horas de trabalho pedagógico coletivo (HTPC) para realização da pesquisa. Vale ressaltar que, previamente foi solicitada autorização à Secretaria Municipal de Educação.

Para cada escola que aceitou participar do estudo, foi necessário agendar três encontros, conforme disponibilidade. O detalhamento das atividades desenvolvidas em cada encontro está descrito a seguir:

#### **3.3.3.1 Primeiro encontro**

No primeiro encontro foram apresentados os objetivos do estudo e feito o convite para os professores elegíveis. Aqueles que aceitaram participar receberam o TCLE (APÊNDICE E) para leitura e discussão com o pesquisador, conforme recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa. A seguir, os professores responderam aos seguintes instrumentos: instrumento de caracterização dos professores, EVA- Autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola e Questionário de avaliação do conhecimento para atuar diante de intercorrências de saúde na escola (APÊNDICE F, G e H, respectivamente). A partir dos e-mails registrados no instrumento de caracterização foi enviado material para leitura prévia (briefing). É pertinente destacar que, o primeiro encontro foi conduzido exclusivamente pela pesquisadora principal com duração aproximada de 60 min.

#### **3.3.3.2 Segundo e terceiro encontro**

A implementação da atividade educativa se deu no segundo e terceiro encontro e esta foi elaborada a partir dos pressupostos da simulação realística. A simulação realística recria

situações a partir de cenários interativos, os quais podem potencializar a problematização de uma determinada situação de ensino (COUTO, 2014).

Segundo Brandão e colaboradores (2014), a simulação realística possibilita vivenciar situações reais e promove o desenvolvimento da visão clínica e crítica, do trabalho em equipe, de técnicas e habilidades observacionais, comunicativas e comportamentais, o gerenciamento de crises emocionais e principalmente o processo decisório. Na mesma direção, estudiosos apontam que a simulação enriquece os processos formativos e contribui para o melhor gerenciamento do cuidado, uma vez que estimula a participação ativa, interliga habilidades práticas e teóricas, mobiliza conteúdos acumulados e induz o raciocínio crítico e a tomada de decisão (GABA, 2007; VILELLA; LEITE; NASSAR, 2010; BLAND; TOPPING; WOOD, 201; BRAZÃO et al., 2015).

Para tanto, a presente atividade educativa foi mediada por quatro cenários simulados, os quais tinham como objetivo geral proporcionar o aprendizado do manejo inicial de quatro intercorrências de saúde que podem ocorrer no ambiente escolar, as quais foram: obstrução das vias aéreas por corpo estranho/engasgo, queda com corte/ sangramento, crise convulsiva e parada cardiorrespiratória (PCR). A participação ativa nos cenários era voluntária, todavia, todos eram estimulados a vivenciar ativamente pelo menos um cenário. Os demais professores permaneciam como observadores.

É pertinente ressaltar que, para a elaboração dos cenários utilizou-se do referencial metodológico proposto por Jeffries (2007), o qual requer o cumprimento de alguns passos: identificação do tema, objetivos da simulação, participantes, cenário e processo de debriefing. Além disso, os templates de cada cenário foram submetidos à validação de conteúdo por juízes especialistas e teste piloto. As informações detalhadas de cada cenário estão descritas nos templates (APÊNDICE I, J, K e L).

Em cada HTPC eram desenvolvidos dois cenários. Vale ressaltar que, foi definido pelos pesquisadores que o segundo e o terceiro encontro deveriam ser consecutivos, ou seja, não ultrapassar uma semana de intervalo. No terceiro encontro, após término da atividade educativa, os professores responderam aos mesmos instrumentos aplicados no primeiro encontro (APÊNDICE G e H) e também, a Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas (ANEXO B).

A atividade educativa estava vinculada a atividade de extensão intitulada “Manejo inicial das intercorrências clínicas e traumáticas na escola: intervenção educativa mediada pela simulação”, número do processo 23112.001464/2017-28. Estavam envolvidos nesta atividade educativa quatro graduandos, duas pós-graduandas e duas docentes do Departamento de Enfermagem.

#### **3.3.3.4 Instrumentos de pesquisa**

Considerando os instrumentos aplicados segue a descrição de cada um separadamente.

##### **Instrumento de caracterização dos professores**

Instrumento elaborado pela própria pesquisadora, organizado com dados de identificação dos professores dentre eles: idade, sexo, formação, tempo de experiência profissional, número de filhos, experiência prévia com intercorrências de saúde, seja no ambiente escolar ou em outros ambientes e participação ativa nos cenários simulados (APÊNDICE F).

##### **EVA- Autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola**

Escala previamente validada na primeira etapa deste estudo. No método consta o detalhamento da mesma, bem como na apresentação dos resultados (APÊNDICE G).

##### **Questionário de avaliação do conhecimento para atuar diante de intercorrências de saúde na escola**

Instrumento elaborado pela própria pesquisadora, constituído por 42 questões com três possibilidades de resposta, as quais são: verdadeiro, falso ou não sei. A resposta “não sei” é considerada como resposta errada. A pontuação obtida pode ser categorizada da seguinte forma: 0-20 acertos: baixo desempenho; 21-32 acertos: bom desempenho e 33-42 acertos: ótimo desempenho. O questionário também permite avaliar o conhecimento como variável numérica, sendo esta, utilizada neste estudo. O conteúdo deste questionário também foi previamente validado por juízes especialistas (APÊNDICE H).

### **Escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas**

Desenvolvida e validada por Baptista e colaboradores (2014) com estudantes de enfermagem. É uma escala composta por 17 afirmações perante as quais o estudante expressa a sua opinião, numa escala com variação de um a dez, em que o valor um representa o menor nível de satisfação e o valor dez o maior (ANEXO B).

#### **3.3.4 Organização e análise dos dados**

Os dados previamente codificados foram lançados em banco formatado no editor de planilhas Excel, mediante dupla digitação. Após, foi realizada validação do banco de dados mediante comparação das variáveis das duas planilhas, por meio da operação de subtração. A partir dessa operação, as células que apareceram valores diferentes de zero foram consideradas como indicativas de dados inconsistentes, sendo necessário consultar o instrumento de coleta original e efetuar as devidas correções. Após a validação, o banco de dados foi exportado para o Software SPSS, no qual foram realizadas as análises estatísticas.

Quanto as variáveis, foram consideradas como variáveis respostas: o escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa, o escore médio de autoconfiança após a atividade educativa e a média da diferença entre os escores obtidos antes e após atividade educativa, denominada “promoção da autoconfiança”. As variáveis independentes foram: sexo (variável categórica), idade (variável categórica e/ou numérica), escolaridade (variável categórica), filhos (variável dicotômica e/ou numérica), experiência profissional em anos (variável numérica); participação ativa (variável dicotômica); vivência anterior com intercorrência de saúde na escola ou em outro ambiente, denominada “vivência anterior” (variável dicotômica); satisfação com as práticas simuladas (variável numérica) e promoção do conhecimento (variável numérica obtida a partir da diferença entre os escores de conhecimento antes e após atividade educativa).

Na fase descritiva da análise estatística, as variáveis categóricas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa, enquanto para a descrição das variáveis numéricas, as medidas de tendência central, variabilidade e posição foram utilizadas.

Após análise descritiva, foi realizada a comparação das variáveis respostas entre as variáveis independentes por meio do teste de Mann-Whitney para as variáveis dicotômicas e do teste de Kruskal-Wallis para aquelas com mais de duas categorias já que, de acordo com os testes de normalidade de Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov não houve distribuição normal das variáveis. Foi também calculado o coeficiente de correlação de Spearman para as variáveis numéricas. Adotou-se, para os testes, um nível de significância de 5% (FISHER; BELLE, 1993). Por fim, as variáveis estatisticamente significantes entraram no modelo de regressão linear multivariado pelo método de Stepwise Backward Wald.

É relevante destacar que, foi analisada a consistência interna dos instrumentos de pesquisa a partir do coeficiente alfa de Cronbach, considerando alta consistência valores de alfa acima de 0.70, exceto o instrumento de caracterização.

### **3.3.5 Procedimentos éticos da pesquisa**

Considerando o envolvimento de seres humanos na pesquisa, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos em cumprimento à Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Buscando zelar pela integridade dos sujeitos envolvidos no estudo, foi elaborado o TCLE, para os professores que participaram da atividade educativa. O TCLE, por meio de linguagem simples e objetiva informou sobre os objetivos do estudo, os procedimentos para coleta de dados, os possíveis riscos/constrangimentos, os benefícios, bem como a garantia de sigilo e o respeito ao desejo de participarem ou não da pesquisa.

Com relação aos benefícios para os professores, o estudo proporcionou a oportunidade de aquisição de conhecimento a respeito do manejo inicial das intercorrências de saúde que ocorrem na escola. Os riscos previstos referem-se à participação ativa no cenário simulado, o que pôde ocasionar constrangimento e desconforto. Todavia, a participação foi livre e a desistência a qualquer momento foi garantida. Além disso, nos colocamos a disposição para amparar e confortar o participante, caso fosse necessário. CAEE:65118117.9.0000.5504, parecer liberado 16/05/2017 (ANEXO C).

#### *4. Apresentação dos Resultados*

---

Neste capítulo, apresentaremos os resultados referentes a primeira e a segunda etapa do estudo, separadamente.

#### 4.1 Primeira etapa

Após revisão da literatura nacional e internacional e discussões entre membros do grupo de pesquisa constitui-se a primeira versão da escala a qual continha oito itens. Os itens eram referentes à confiança dos professores em avaliar e garantir a segurança do local onde ocorre a intercorrência, em avaliar e constatar a necessidade de chamar por ajuda, em avaliar e oferecer o primeiro atendimento nas seguintes intercorrências de saúde: febre, engasgo, crise convulsiva, queda, ferimento profundo e sangramento e parada cardiorrespiratória.

Dentre os dozes especialistas que participaram da validação do conteúdo, 33,3% possuíam título de doutor, com tempo médio de experiência profissional de 9,5 anos. O IVC total da escala foi de 0,86, no entanto, o IVC para o critério clareza foi inferior ao limite estabelecido em cinco itens, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Índice de validação de conteúdo (IVC) da EVA- Autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola por item e total. São Carlos - SP, 2017

IVC – Item*	Organização	Clareza	Abrangência	Pertinência
1.Eu me sinto confiante para avaliar e garantir a segurança do local diante de uma intercorrência clínica ou traumática na escola.	0,83	0,50	0,83	1,00
2.Eu me sinto confiante para avaliar e constatar a necessidade de chamar ajuda pelo 192.	0,92	0,75	0,83	1,00
3.Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança em crise convulsiva.	0,92	0,75	0,83	0,92
4.Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu uma queda.	0,92	0,92	0,92	0,83
5.Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu um ferimento profundo com sangramento.	0,92	0,67	0,83	0,92

6.Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança encontrada inconsciente e sem respirar.	0,92	0,83	0,92	1,00
7.Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança em situação de engasgo.	0,83	0,83	0,83	0,92
8.Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança febril.	0,92	0,67	0,92	1,00
IVC Total**			0,86	

\*Índice de validação de conteúdo por item; \*\*Índice de validação de conteúdo da escala.

Dentre as sugestões dos juízes para melhorar a clareza dos itens destacam-se: substituir o termo “intercorrência clínica ou traumática” por “intercorrência de saúde, seja por doença ou acidente”; substituir “ferimento profundo” por “ferimento que está sangrando muito”; substituir “crise convulsiva” por “convulsão” e “criança encontrada inconsciente” por “criança encontrada desacordada”; acrescentar a especificação “chamar ajuda do Serviço Médico de Urgência (SAMU) pelo número telefônico 192”. Outra sugestão diz respeito à dissociação dos itens que analisam a autoconfiança de duas ações distintas simultaneamente, ou seja, o professor pode ter autoconfiança para avaliar uma determinada situação, contudo, pode não se sentir confiante em oferecer o primeiro atendimento na mesma situação.

A partir das sugestões, foi proposta uma nova versão da escala com 12 itens, compreendendo os mesmos temas anteriormente descritos. Esta nova conformação foi submetida à segunda rodada de avaliação de conteúdo pelo mesmo painel de juízes, resultando em IVC total da escala e dos itens igual a 1,00.

Diante de versão validada, 25 professores da Educação Infantil e Fundamental I foram convidados a participar da etapa de análise semântica. Todos do sexo feminino e tempo médio de experiência profissional de 16 anos. Com relação à compreensão dos itens, 22 (88%) professores indicaram que todos os itens da escala estavam claros, 3 (12%) professores assinalaram pouca clareza no item 1 e 9, mas não apresentaram sugestão de redação. Nenhum item foi considerado “confuso”, portanto, no geral considerou-se que os itens da escala eram compreensíveis.

Após certificação da clareza dos itens deu-se início ao teste piloto. Nesta etapa, participaram 36 professores da Educação Infantil e Fundamental I, sendo 94% do sexo feminino, média de idade de 38,3 anos, tempo médio de experiência profissional de 12,3 anos.

Quanto à formação, a maioria era graduada com especialização (38,9%). No que se refere à experiência prévia com intercorrências de saúde, 77,8% afirmaram já ter vivenciado.

O valor do  $\alpha$  de Cronbach da escala de autoconfiança foi de 0,89, verificando alta consistência interna ( $>0.70$ ) para a escala. A tabela 2 apresenta a correlação dos itens e o valor do  $\alpha$  de Cronbach.

Tabela 2: Correlação e valor do  $\alpha$  de Cronbach por item da Escala visual analógica de autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola. São Carlos, São Paulo, 2017

Itens da escala	Correlação item/total	$\alpha$ de Cronbach se o item for retirado
Eu me sinto confiante para avaliar a segurança do local diante de uma criança apresentando uma intercorrência de saúde, seja por doença ou acidente.	0.627	0.884
Eu me sinto confiante para identificar a necessidade de chamar ajuda do Serviço Médico de Urgência (SAMU) pelo número telefônico 192.	0.543	0.888
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está convulsionando.	0.625	0.884
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está convulsionando.	0.703	0.879
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu uma queda.	0.595	0.885
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu um ferimento que está sangrando muito.	0.716	0.879
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra desacordada e sem respirar.	0.711	0.879
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar.	0.591	0.885
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra engasgada.	0.651	0.882
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança encontrada engasgada.	0.767	0.876
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está com febre.	0.332	0.899
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está com febre.	0.403	0.895

## 4.2 Segunda etapa

### 4.2.1 Caracterização dos professores

Participaram do estudo 76 professores da educação infantil e fundamental I, a maioria era do sexo feminino (97%), a média da idade 39,4 anos, e a média em anos de experiência de trabalho foi de 12,6 anos. A caracterização dos participantes é apresentada nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3: Caracterização dos professores da educação infantil e fundamental I (n=76), segundo variáveis categóricas. São Carlos - SP, 2017

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	74	97.37
Masculino	2	2.63
<b>Idade</b>		
< 40 anos	17	22.36
40-49 anos	23	45.10
>= 50 anos	11	14.47
Sem resposta	2	-
<b>Escolaridade</b>		
Superior Incompleto	3	4.05
Superior Completo	24	32.43
Especialização	43	58.11
Mestrado	4	5.41
Sem resposta	2	-
<b>Experiência profissional</b>		
<10 anos	33	44.59
10-19 anos	26	35.14
20-29 anos	11	14.86
30-39 anos	4	5.41
<b>Filhos</b>		
Não	22	29.33
Sim	53	70.67
<b>Vivência anterior</b>		
Não	16	21.33
Sim	59	78.67

\*SAS System for Window (Statistical Analysis System), versão 9.2

Tabela 4: Caracterização dos professores da educação infantil e fundamental I (n=76), segundo variáveis numéricas. São Carlos - SP, 2017

Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Idade (anos)</b>	72	40.88	8.13	29.00	41.00	61.00
<b>Experiência profissional (anos)</b>	74	13.40	7.40	0.58	11.00	32.00
<b>Filhos</b>	49	1.90	0.85	1.00	2.00	4.00
<b>Promoção do conhecimento</b>	76	11.17	5.49	-6.00	11.50	24.00
<b>Satisfação</b>	76	9.38	0.89	5.18	9.71	10.00

\*SAS System for Window (Statistical Analysis System), versão 9.2

#### 4.2.2 Autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola anterior à atividade educativa mediada pela simulação

O escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa mediada pela simulação foi 4.13, desvio padrão 1.57, escore mínimo de 1.20, mediana 3.81 e escore máximo de 9.11. O item com maior escore médio (8.19) foi: “*Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está com febre*”. E o item com menor escore médio (1.35) foi: “*Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar*”. A tabela 5 apresenta os escores de autoconfiança anteriores à atividade educativa mediada pela simulação para cada um dos 12 itens da escala e a tabela 6 os escores médios de autoconfiança anteriores à atividade educativa mediada pela simulação de acordo com as variáveis categóricas:

Tabela 5: Autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências de saúde na escola anterior à atividade educativa mediada pela simulação. São Carlos - SP, 2017

Itens da Escala	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Eu me sinto confiante para avaliar a segurança do local diante de uma criança apresentando uma intercorrência de saúde, seja por doença ou acidente.	3.64	2.73	0.00	3.90	9.80

Eu me sinto confiante para identificar a necessidade de chamar ajuda do Serviço Médico de Urgência (SAMU) pelo número telefônico 192.	6.15	2.84	0.00	6.30	10.00
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está convulsionando.	3.88	3.22	0.00	3.80	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está convulsionando.	1.88	2.49	0.00	0.60	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu uma queda.	3.75	2.39	0.00	3.80	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu um ferimento que está sangrando muito.	3.68	2.74	0.00	3.70	9.80
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra desacordada e sem respirar.	3.27	2.70	0.00	3.80	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar.	1.35	2.13	0.00	0.40	9.80
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra engasgada.	4.56	2.59	0.00	4.45	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança encontrada engasgada.	2.61	2.43	0.00	2.45	10.00
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está com febre.	8.19	1.93	1.20	8.70	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está com febre.	6.72	2.90	0.00	7.50	10.00

SAS System for Window (Statistical Analysis System), versão 9.2

Tabela 6: Distribuição do escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa mediada pela simulação segundo as variáveis categóricas. São Carlos - SP, 2017

Variáveis	Escore médio autoconfiança	dp	Mediana	<i>p</i>
<b>Sexo</b>				
Feminino	4.14	1.57	3.81	0.718*
Masculino	3.70	2.02	3.70	
<b>Idade</b>				
< 40 anos	4.09	1.35	4.01	0.687**
40-49 anos	3.90	1.63	3.61	
>= 50 anos	4.20	1.89	3.75	
<b>Escolaridade</b>				
Superior	4.35	1.15	4.40	0.115*
Especialização/Mestrado	3.97	1.77	3.50	
<b>Experiência profissional</b>				
< 10 anos	4.62	1.73	4.26	0.070**
10-19 anos	3.53	1.42	3.18	
>= 20 anos	4.02	1.19	3.81	
<b>Filhos</b>				
Não	4.00	1.73	3.50	0.732*
Sim	4.09	1.35	3.90	
<b>Vivência anterior</b>				
Não	3.49	1.53	3.10	<b>0.026*</b>
Sim	4.29	1.56	4.24	

\*Teste de Mann-Whitney \*\*Kruskal-Wallis

A matriz de correlação envolvendo as variáveis numéricas e a variável resposta está apresentada na tabela 7. A variável “promoção do conhecimento” apresentou correlação negativa fraca com o escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa (-0.273,  $p < 0,01$ ).

Tabela 7 – Correlação de Spearman entre o escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa e as variáveis numéricas. São Carlos - SP, 2017

Variáveis	Idade	Experiência profissional	Filhos	Promoção do conhecimento
<b>Escore médio de autoconfiança</b>	-0.047	-0.186	-0.108	<b>-0.273</b>

Correlação significativa ( $p < 0,01$ )

A análise de regressão linear univariada foi utilizada para estudar a relação das variáveis de interesse com o escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa, conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 8: Efeito das variáveis independentes no escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa, segundo modelo de regressão linear univariada. São Carlos - SP, 2017

Variável	Beta (EP)*	Valor-P	R <sup>2</sup>
Idade	-0.05 (0.12)	0.713	0.0020
Sexo	-5.65 (15.71)	0.720	0.0018
Escolaridade	-8.30 (5.31)	0.123	0.0332
Filhos	-0.12 (0.13)	0.343	0.0132
Experiência profissional	-0.19 (0.12)	0.119	0.0339
Vivência anterior	13.84 (6.01)	<b>0.024</b>	0.0686
Promoção do conhecimento	-0.27 (0.11)	<b>0.018</b>	0.0744

A seguir, as variáveis estatisticamente significantes entraram no modelo de regressão linear multivariado pelo método de Stepwise Backward Wald. Verificou-se que, a variável “vivência anterior” manteve relação significativa com o escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa ( $p= 0.020$ ), ou seja, os professores com maiores escores médios de autoconfiança anterior à atividade educativa foram aqueles que já tinham vivenciado alguma situação de intercorrência de saúde, seja na escola ou em outros ambientes.

#### 4.2.3 Autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola após atividade educativa mediada pela simulação.

O escore médio de autoconfiança após atividade educativa foi 6.92, desvio padrão 1.84, escore mínimo de 2.07, mediana 6.78 e escore máximo de 9.78. O item com maior escore médio (8.26) foi: “*Eu me sinto confiante para identificar a necessidade de chamar ajuda do serviço médico de urgência (SAMU) pelo número telefônico 192*”. E o item com menor escore médio (5.53) foi: “*Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar*”.

A tabela 9 apresenta os escores de autoconfiança após atividade educativa mediada pela simulação para cada um dos 12 itens da escala e a tabela 10 os escores médios de autoconfiança após à atividade educativa mediada pela simulação de acordo com as variáveis categóricas:

Tabela 9: Autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências de saúde na escola após atividade educativa mediada pela simulação. São Carlos - SP, 2017

<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Máximo</b>
Eu me sinto confiante para avaliar a segurança do local diante de uma criança apresentando uma intercorrência de saúde, seja por doença ou acidente.	6.09	2.37	0.00	5.80	10.00
Eu me sinto confiante para identificar a necessidade de chamar ajuda do Serviço Médico de Urgência (SAMU) pelo número telefônico 192.	8.26	1.81	0.80	8.80	10.00
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está convulsionando.	7.52	2.36	0.00	8.30	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está convulsionando.	7.06	2.56	0.00	7.60	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu uma queda.	6.53	2.21	0.20	6.50	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu um ferimento que está sangrando muito.	6.39	2.56	0.10	6.80	10.00
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra desacordada e sem respirar.	6.08	2.51	0.10	6.10	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar.	5.53	2.70	0.00	5.25	9.90
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra engasgada.	6.93	2.51	0.00	7.45	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança encontrada engasgada.	6.42	2.57	0.10	6.80	10.00
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está com febre.	8.16	1.85	0.10	8.45	10.00
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está com febre.	8.09	2.03	0.10	8.50	10.00

Tabela 10: Distribuição do escore médio de autoconfiança após atividade educativa mediada pela simulação segundo as variáveis categóricas. São Carlos - SP, 2017

Variáveis	Autoconfiança pós atividade educativa	dp	Mediana	p
<b>Sexo</b>				
Feminino	6.91	1.86	6.78	0.844*
Masculino	7.32	1.39	7.32	
<b>Idade</b>				
< 40 anos	7.41	1.78	7.90	0.077**
40-49 anos	6.50	1.94	6.45	
>= 50 anos	6.63	1.19	6.46	
<b>Escolaridade</b>				
Superior	7.32	1.49	7.37	0.304*
Especialização/Mestrado	6.64	1.99	6.68	
<b>Experiência profissional</b>				
<10 anos	7.83	1.20	7.93	0.001**
10-19 anos	6.59	1.78	6.25	
>=20 anos	5.69	1.86	6.26	
<b>Filhos</b>				
Não	6.82	2.22	7.64	0.920*
Sim	6.92	1.67	6.68	
<b>Vivência anterior</b>				
Não	7.59	1.32	7.82	0.131*
Sim	6.70	1.91	6.53	
<b>Participação ativa</b>				
Não	6.53	1.80	6.44	0.009*
Sim	7.48	1.78	7.98	

\*Teste de Mann-Whitney \*\*Kruskal-Wallis

A matriz de correlação envolvendo as variáveis numéricas e a variável resposta está apresentada na tabela 11. As variáveis “idade” e “experiência profissional” apresentaram correlação negativa fraca com o escore médio de autoconfiança após atividade educativa.

Tabela 11 – Correlação de Spearman entre o escore médio de autoconfiança após atividade educativa mediada pela simulação e as variáveis numéricas. São Carlos - SP, 2017

Variáveis	Idade	Experiência profissional	Filhos	Promoção do conhecimento	Satisfação
Escore médio de autoconfiança	-0.258	-0.378	-0.132	-0.083	0.220

A análise de regressão linear univariada foi utilizada para estudar a relação das variáveis de interesse com o escore médio de autoconfiança após atividade educativa, conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 12: Efeito das variáveis independentes no escore médio de autoconfiança pós atividade educativa, segundo modelo de regressão linear univariada. São Carlos, SP, 2017

Variável	Beta (EP)*	Valor-P	R <sup>2</sup>
Idade	-0.26 (0.12)	<b>0.032</b>	0.0651
Sexo	3.08 (15.72)	0.845	0.0005
Escolaridade	-5.31 (5.26)	0.316	0.0142
Filhos	-0.15 (0.13)	0.262	0.0184
Experiência profissional	-0.38 (0.11)	<b>0.001</b>	0.1423
Vivência anterior	-9.22 (6.03)	0.131	0.0314
Promoção do conhecimento	-0.08 (0.12)	0.478	0.0069
Participação ativa	-1.47 (5.33)	0.784	0.0011
Satisfação	0.22 (0.11)	0.057	0.0489

A seguir, as variáveis estatisticamente significantes entraram no modelo de regressão linear multivariado pelo método de Stepwise Backward Wald. Verificou-se que, a variável “experiência profissional” manteve relação significativa com o escore médio de autoconfiança após atividade educativa ( $p= 0.008$ ), ou seja, os professores com maiores escores médios de autoconfiança após atividade educativa foram aqueles com menor tempo de experiência profissional.

#### 4.2.4 Promoção da autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola.

A promoção da autoconfiança a partir da média da diferença entre os escores de autoconfiança antes e após atividade educativa foi 3.03. O item com maior diferença (5.18) foi: “*Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está convulsionando*”. E o item com menor diferença (0.03) foi: “*Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está com febre*”.

A tabela 13 apresenta os escores médios de promoção da autoconfiança para cada um dos 12 itens da escala e a tabela 13 os escores médios de promoção da autoconfiança de acordo com as variáveis categóricas:

Tabela 13: Escores médios da promoção da autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências de saúde na escola. São Carlos - SP, 2017

<b>Itens</b>	<b>Escores médios</b>
Eu me sinto confiante para avaliar a segurança do local diante de uma criança apresentando uma intercorrência de saúde, seja por doença ou acidente.	2.45
Eu me sinto confiante para identificar a necessidade de chamar ajuda do Serviço Médico de Urgência (SAMU) pelo número telefônico 192.	2.11
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está convulsionando.	3.64
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está convulsionando.	5.18
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu uma queda.	2.78
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu um ferimento que está sangrando muito.	2.71
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra desacordada e sem respirar.	2.81
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar.	4.18
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra engasgada.	2.37
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança encontrada engasgada.	3.81
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está com febre.	0.03
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está com febre.	1.37

Tabela 14- Distribuição dos escores médios de promoção da autoconfiança, segundo as variáveis categóricas. São Carlos - SP, 2017

Variáveis	Escore médio promoção da Autoconfiança	dp	Mediana	p
<b>Sexo</b>				
Feminino	2.85	1.80	2.95	0.617*
Masculino	3.61	0.63	3.61	
<b>Idade</b>				
< 40 anos	3.32	1.63	3.22	0.289**
40-49 anos	2.84	1.81	3.23	
>= 50 anos	2.42	1.77	2.12	
<b>Escolaridade</b>				
Superior	3.05	1.62	3.08	0.610*
Especialização/Mestrado	2.76	1.89	2.94	
<b>Experiência profissional</b>				
<10 anos	3.31	1.50	3.37	0.011**
10-19 anos	3.12	1.71	3.23	
>= 20 anos	1.67	1.76	1.71	
<b>Filhos</b>				
Não	2.83	1.95	2.85	0.819*
Sim	2.95	1.69	3.18	
<b>Vivência anterior</b>				
Não	4.10	1.19	4.47	0.002*
Sim	2.50	1.78	2.82	
<b>Participação ativa</b>				
Não	2.71	1.76	2.88	0.375*
Sim	3.09	1.82	3.18	

\*Teste de Mann-Whitney \*\*Kruskal-Wallis

A matriz de correlação envolvendo as variáveis numéricas e a variável resposta está apresentada na tabela 15.

Tabela 15 – Correlação de Spearman entre a média da diferença entre os escores de autoconfiança pré e pós atividade educativa e as variáveis numéricas. São Carlos - SP, 2017

Variáveis	Idade	Experiência profissional	Filhos	Promoção do conhecimento	Satisfação
<b>Escore médio da promoção da autoconfiança</b>	-0.202	-0.187	0.007	0.148	0.051

A análise de regressão linear univariada foi utilizada para estudar a relação das variáveis de interesse com o escore médio da promoção da autoconfiança, conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 16: Efeito das variáveis independentes no escore médio de promoção da autoconfiança, segundo modelo de regressão linear univariada. São Carlos - SP, 2017

Variável	Beta (EP)*	Valor-P	R <sup>2</sup>
Idade	-0.21 (0.12)	0.088	0.0421
Sexo	7.71 (15.52)	0.620	0.0034
Escolaridade	-2.60 (5.31)	0.626	0.0034
Filhos	0.01 (0.13)	0.953	0.0001
Experiência profissional	-0.19 (0.12)	0.114	0.0352
Vivência anterior	-19.29 (5.68)	<b>0.001</b>	0.1400
Promoção do Conhecimento	0.15 (0.11)	0.199	0.0229
Participação ativa	-5.21 (5.24)	0.323	0.0142
Satisfação	0.05 (0.12)	0.671	0.0025

A seguir, a variável estatisticamente significativa entrou no modelo de regressão linear multivariado pelo método de Stepwise Backward Wald. Verificou-se que, a variável “vivência anterior” manteve relação significativa com o escore médio de promoção da autoconfiança ( $p= 0.003$ ), ou seja, os professores com maior promoção da autoconfiança foram aqueles sem vivência anterior de intercorrência de saúde.

#### 4.2.5 Análise da consistência interna dos instrumentos de pesquisa

Foi verificado alta consistência interna ( $>0.70$ ) para todos os instrumentos de pesquisa. Assim, o valor do  $\alpha$  de Cronbach da EVA- Autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola foi de 0.94, do Questionário de Avaliação do Conhecimento 0.81 e da Escala de Satisfação 0.95.

*5. Discussão*

---

Neste capítulo apresentaremos a discussão dos resultados referentes a primeira e a segunda etapa do estudo, separadamente.

### **5.1 Primeira etapa**

A versão final da escala de autoconfiança foi constituída por 12 itens, os quais referem-se às principais intercorrências de saúde ocorridas no ambiente escolar, corroborando com a literatura. Nessa direção, dentre as intercorrências clínicas que compõe a EVA-autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola destaca-se a febre. A febre apresenta-se como um evento comum na infância sendo responsável por 19 a 30% dos atendimentos em unidades de pronto-atendimento infantil (GOMIDE et al., 2014). A febre quando não controlada, torna-se um potencial risco para complicações, como convulsões ou dano cerebral (PEREIRA et al., 2013; PREUX; RATSIMBAZAFY; JOST, 2015). Para além da crise convulsiva febril, outra condição prevalente entre as crianças também apresentada na escala é a epilepsia (ZUBERI; SYMONDS, 2015).

No que diz respeito às intercorrências relacionadas aos acidentes, a escala contempla as situações de queda, ferimento com sangramento e engasgo, as quais estão em consonância com resultados de outras investigações. Estudo que analisou o perfil dos atendimentos de emergência por acidentes e violências envolvendo crianças menores de 10 anos no Brasil revelou que as quedas foram frequentes entre a população estudada (MALTA et al., 2015). Na mesma direção, estudo norte americano reafirma que a aspiração de corpo estranho/engasgo é uma emergência pediátrica comum sendo a sexta causa de mortes por acidentes entre as crianças (HEGDE; HUI; LEE, 2015).

No que se refere à utilização de escalas analógicas, há inúmeros estudos que a utilizam, em especial, para avaliação da dor (SILVA et al., 2015). A escala visual analógica é mais sensível a pequenas diferenças e possui maior concordância entre os avaliadores (BARAVIEIRA et al., 2016). Estudo que comparou a escala visual analógica com a escala do tipo Likert afirmou que, a escala visual analógica apresenta-se menos vulnerável a confusões de interpretação, além disso, apresenta vantagens com relação ao tempo de resposta, ou seja, é respondida mais rapidamente (VOUTILAINEN et al., 2016).

Com relação à composição do painel de juízes, o presente estudo contou com doze juízes e está de acordo com critérios propostos na literatura para validação de conteúdo, que considera entre seis e vinte juízes (FOTH et al., 2016).

Na validação de conteúdo, os juízes sugeriram alterações em alguns itens a fim de melhorar a clareza e ampliar a abrangência da escala. A incorporação destes apontamentos possibilitou 100% de concordância, evidenciando adequada compreensão do instrumento. Galindo e colaboradores (2017), também obtiveram concordância de todos os juízes com relação à relevância do conteúdo da cartilha “Primeiros Socorros na Escola” e a sua aplicabilidade.

## **5.2 Segunda etapa**

A partir da caracterização, identificamos que 97% dos professores da educação infantil e fundamental I eram do sexo feminino. Estudo realizado na Índia que objetivou determinar a conscientização, atitudes e práticas de professores com relação aos primeiros socorros corrobora a medida que, 82,2% dos participantes também eram mulheres (JOSEPH et al., 2015). A idade média dos professores não correspondeu com o resultado de estudo realizado na Coreia, onde a maioria (34,2%) tinha entre 20 e 29 anos de idade (HWANG; OH; CHO, 2016).

Aproximadamente 80% dos participantes relataram ter vivenciado alguma situação de urgência ao longo da vida, seja na escola ou em outros ambientes. Tal resultado assemelha-se aos resultados de outras investigações as quais reforçam que, as intercorrências de saúde entre as crianças, em especial no ambiente escolar, são comuns (GALINDO NETO et al, 2016; KIM; YI, 2016). A vivência com intercorrências de saúde em outro ambiente pode estar relacionada à presença de crianças no núcleo familiar, haja vista que, 49 dos 76 professores afirmaram ter filhos. A experiência prévia com intercorrências de saúde também prevaleceu em um estudo brasileiro que tinha como objetivo avaliar o conhecimento de professores e funcionários após um treinamento de primeiros socorros, neste estudo, 71,4% afirmaram já terem vivenciado uma situação de emergência (CALANDRIM et al., 2017).

Ainda quanto às vivências dos professores em relação às intercorrências de saúde, os resultados indicaram relação significativa entre vivência anterior e maior escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa mediada pela simulação. Nesta perspectiva, esta relação está em consonância com as considerações feitas por Martins e colaboradores (2014) ao trazerem que experiências repetidas aumentam a autoconfiança. Estudo de abordagem qualitativa que analisou os conhecimentos e experiências de educadores infantis sobre primeiros socorros também obteve resultado semelhante ao apresentar o sucesso de uma professora diante da necessidade de socorrer um bebê com obstrução de via aérea superior, segundo o estudo, sua conduta deu-se em virtude de experiências anteriores (MACHADO et al., 2017).

Embora a experiência anterior tenha relação significativa com melhores escores de autoconfiança anterior à atividade educativa observou-se que, de uma maneira geral, os professores se sentem inseguros em manejar as intercorrências de saúde apresentando um escore médio de 4,13. Estudo qualitativo realizado por Rodrigues e colaboradores (2015) que tinha como o objetivo compreender o papel dos professores diante de situações de urgência e emergência no contexto escolar corrobora ao trazer em seus resultados o despreparo, insegurança e nervosismo dos professores. Essa problemática também é observada em estudos internacionais (HWANG; OH; CHO, 2016).

Contudo, após participarem de uma atividade educativa, houve um aumento do escore médio de autoconfiança, ou seja, os professores apresentaram-se mais confiantes. Estudo que objetivou descrever uma ação educativa com professores do ensino primário e identificar possíveis situações de risco para acidentes também reforçou a importância de cursos e treinamentos a fim de proporcionar capacitação técnica e emocional para lidar com situações de urgência na escola (SILVA et al., 2017). Hwang e colaboradores (2016), também atribuíram a autoconfiança dos professores aos treinamentos regulares sobre temáticas de primeiros socorros.

Os resultados revelaram que, os professores sem vivência anterior de intercorrência de saúde apresentaram uma maior diferença de escore de autoconfiança entre antes e após atividade, ou seja, tiveram uma melhor promoção da autoconfiança. Tal resultado reforça o exposto acima à medida que estabelece efetivos benefícios das intervenções educativas em professores desprovidos de experiências anteriores.

Além disso, a análise de regressão multivariada identificou que os professores com maiores escores médios de autoconfiança após atividade educativa foram aqueles com menor tempo de experiência profissional. Não foi encontrado nenhum estudo realizado com professores que possa subsidiar esse achado, porém, estudo realizado com 170 estudantes de enfermagem que buscou associar a satisfação com as atividades acadêmicas e as variáveis sociodemográficas identificou que os estudantes mais jovens se apresentaram mais satisfeitos com o curso e com a oportunidade de desenvolvimento (RAMOS et al., 2015).

Outro aspecto relevante identificado no presente estudo diz respeito à correlação negativa fraca entre a promoção do conhecimento e o escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa ( $-0.273, p < 0,01$ ). Assim, sugere-se que, os professores com reduzido índice de acerto na primeira aplicação do questionário de conhecimento obtiveram uma maior promoção do conhecimento após atividade educativa e, conseqüentemente, menor escore médio de autoconfiança anterior à atividade educativa, fortalecendo a ideia de que o despreparo e o déficit de conhecimento prévio sobre a temática fragilizam a autoconfiança.

No entanto, investigação que tinha como objetivo avaliar o impacto de uma intervenção com práticas simuladas na autoconfiança de estudantes de enfermagem para intervir em situações de emergência não identificou significância estatística ao associar a autoconfiança e os resultados da avaliação do conhecimento (MARTINS et al, 2017). Segundo os autores, o conhecimento pode fornecer uma falsa sensação de confiança sendo importante propiciar a consolidação do conhecimento com atividades práticas simuladas que favoreçam o desenvolvimento da competência prática.

Nessa perspectiva, a presente investigação adotou a simulação realística enquanto estratégia metodológica para desenvolver a atividade educativa proposta e, identificou a partir do teste de Mann-Whitney, associação significativa entre participação ativa nos cenários simulados e escore médio de autoconfiança após atividade educativa. De acordo com Costa e colaboradores (2017), a participação ativa propicia pensamento crítico e reflexão, aumentando a confiança. Acrescenta-se ainda que, o fazer está vinculado aos aspectos cognitivos, às habilidades e competências para determinada situação, ou seja, a participação ativa é eficaz e propicia a aprendizagem com significado (MAZZO et al., 2017). A vivência de práticas simuladas apresenta-se positiva em relação à aquisição e aumento do nível de autoconfiança e aprendizagem (BAPTISTA et al., 2014; MARTINS et al., 2017).

A satisfação com as atividades simuladas não apresentou associação significativa com a autoconfiança, todavia, observou-se elevados índices de satisfação por parte dos professores. Outros estudos corroboram ao apresentarem em seus resultados satisfação por parte dos participantes com a simulação (MARTINS et al., 2014; CHANG et al., 2016; CANT; COOPER, 2017; MAZZO et al., 2017; ROSA et al., 2017).

Com relação à autoconfiança para cada um dos doze itens da escala identificou-se que, os professores sentem confiantes em reconhecer quando uma criança está febril, com escore médio de 8.19. Enquanto que, a autoconfiança em oferecer os cuidados diante da elevação da temperatura obteve escore médio de 6.72. Este resultado mostra-se em consonância com um estudo português realizado com 360 pais, os quais mostraram-se aptos para reconhecer os sintomas de febre e para aferir a temperatura por meio de um termômetro, contudo, sentem-se despreparados para manejar a elevação da temperatura e preferem buscar atendimento médico (PEREIRA et al., 2016).

Embora observado diferença entre a autoconfiança em reconhecer a febre e maneja-la, ambos os itens estavam acima da média, contrapondo com o resultado de estudo internacional que, ao investigar o conhecimento, a ansiedade e o manejo da febre entre professores de uma creche, identificou níveis altos de ansiedade diante de um episódio de febre em uma criança (PARK; KIM, 2016). Vale ressaltar ainda que, no presente estudo, não houve mudança no escore de promoção da autoconfiança, o que pode ser justificado pela inexistência de cenários simulados com esse objetivo de aprendizagem.

Entre os itens com escore médio de autoconfiança abaixo da média destaca-se o item referente ao primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar com escore médio de 1.35 anterior à atividade educativa e 5.53 após. Segundo Abrantes e colaboradores (2015), as peculiaridades anatômicas e fisiológicas da criança requerem um manejo específico da situação o que potencializa os sentimentos de insegurança.

Além do item referente à criança desacordada e sem respirar, outros dois itens receberam baixos escores médios de autoconfiança anterior à atividade educativa, os quais foram: oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está convulsionando (1.88) e oferecer o primeiro atendimento a uma criança encontrada engasgada (2.61). No entanto, após participação na atividade educativa os professores indicaram melhores escores médios (7.06 e 6.93, respectivamente).

Deste modo, tem-se que, a atividade educativa fortaleceu a confiança dos professores para atuarem diante de uma criança engasgada. Tal resultado mostra-se relevante à medida que, a obstrução das vias aéreas por corpo estranho acomete milhares de pessoas no mundo e por ocasionar dificuldade respiratória aguda requer reconhecimento precoce dos sinais e sintomas e manejo imediato, do contrário, a criança pode evoluir para parada cardiorrespiratória (KIM et al., 2017).

Como exposto, a autoconfiança para atender uma criança em crise convulsiva também foi fortalecida após atividade educativa corroborando com os resultados de uma investigação internacional que tinha como objetivo examinar o efeito da educação em saúde sobre o conhecimento, habilidades e atitudes diante da epilepsia, entre professores estagiários. Segundo os autores, os professores tinham restrito conhecimento e habilidades e demonstraram atitudes negativas em relação à epilepsia, contudo, após intervenções educacionais sobre a temática apresentaram níveis significativos de melhoria quanto às atitudes e habilidades em gerenciar a epilepsia de forma segura (EZE et al, 2015).

*6. Conclusão*

---

Neste estudo, objetivamos analisar a autoconfiança de professores da educação infantil e fundamental I com relação ao manejo das intercorrências de saúde na escola e concluímos que os resultados alcançaram esse objetivo.

Os resultados apresentados na primeira etapa são relevantes à medida que, a EVA-Autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola mostrou-se confiável para atender à dimensão da autoconfiança dos professores em relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola, sendo uma ferramenta de fácil compreensão e utilização. No que se refere às limitações desta etapa, aponta-se o reduzido número de participantes para as análises iniciais da consistência interna e a impossibilidade de acessar as demais propriedades de medida para reforçar sua utilização. Deve ser considerada, em pesquisas futuras, a ampliação das investigações sobre a validade e fidedignidade da escala.

A partir das análises estatísticas realizadas na segunda etapa, constatou-se que, os professores sentem-se pouco confiantes para manejar intercorrências de saúde na escola, todavia, após atividade educativa observou-se promoção da autoconfiança, em especial para aqueles que já tinham experiência anterior com situações semelhantes e que tiveram a oportunidade de participar ativamente dos cenários simulados. Frente ao exposto, faz-se importante o desenvolvimento de atividades educativas que possibilitem um número maior de participantes ativos, respeitando o desejo e disposição dos participantes. Fazem-se necessário, também, novas investigações que comparem a promoção da autoconfiança a partir de atividades mediadas pela simulação e, a partir de atividades educativas conduzidas tradicionalmente.

Embora os resultados do presente estudo encontrem respaldo na literatura, é pertinente apontar algumas limitações. A principal refere-se ao delineamento transversal, que impossibilita a identificação de relações de causa e efeito, não sendo possível estabelecer uma relação causal entre os fatores associados e a autoconfiança. Todavia, tais limitações não invalidam os resultados da pesquisa, mas indicam a necessidade de estudos futuros, com delineamento longitudinal.

Por fim, a presente investigação tem potencial para subsidiar o planejamento das ações de educação em saúde no ambiente escolar, pois, a identificação dos fatores associados à autoconfiança possibilita propor estratégias educativas sistematizadas e efetivas, as quais certamente promoverão a autoconfiança dos professores e conseqüentemente, um manejo seguro das intercorrências de saúde no ambiente escolar.

*Referências*

---

ABRANTES, A.W.B. et al. Knowledge, attitudes and nursing practices on cardiorespiratory arrest in neonatal intermediate care unit: a qualitative study in the northeast of Brazil. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.1, p.97-101, 2015.

ALENCAR, S.P. Convulsão febril: aspectos clínicos e terapêuticos. Artigo de revisão. **Revista de Medicina da UFC**, Ceará, v.55, n.1, p.38-42, 2015.

ALMEIDA, J.; LIMA, M.; SILVA, R. **Acidentes domésticos na infância**. 2013. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Escola Superior de Saúde Universidade do Mindelo, Cabo Verde, 2013.

BARAVIEIRA, P.B. et al. Análise perceptivo-auditiva de vozes rugosas e soprosas: correspondência entre a escala visual analógica e a escala numérica. **CoDAS**, São Paulo, v.28, n.2, p.163-167, 2016.

BARCELOS, R.S. et al. Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, 2017.

BAPTISTA, R.C.N. et al. Satisfação dos estudantes com as experiências clínicas simuladas: validação de escala de avaliação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.5, p.709-15. 2014.

BLAND, A.J.; TOPPING, A.; WOOD, B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. **Nurse Education Today**. v.31, p.664-670. 2011.

BRASIL. Lei 8.035B/2010. Aprova o Plano Nacional de Educação-PNE e dá outras providências. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. 2012.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_.Ministério da Educação. Censo da Educação 2013. Brasília, DF, 2014.

BRAZÃO, M.L. et al. Simulação clínica: uma forma de inovar em saúde. **Medicina Interna**, Portugal, v.22, n. 3. 2015.

CALANDRIM, L.F. et al. Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários. **Revista Rene**. v.18, n.3, p.292-9, 2017.

CANT, R.P.; COOPER, S.J. Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: an umbrella systematic review. **Nurse Education Today**, v.49, p.63-71, 2017.

CARVALHO, L.S. et al. Abordagem de Primeiros Socorros Realizada Pelos Professores em uma Unidade de Ensino Estadual em Anápolis–GO. **Ensaio Ciência: Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v.18, n.1, p.25-30, 2014.

CASTAÑO-CASTRILLÓN, J.J. et al. Caracterización de la población con epilepsia atendida en un hospital infantil en Manizales 2013-2014. **CES Medicina**, Colômbia, v.30, n.2, p.139-47, 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL PREVENTION, 2015. Underlying cause of death on CDC WONDER, 1999–2014

CHANG, L.C. et al. Effectiveness of Simulation-Based Education on Childhood Fever Management by Taiwanese Parents. **Pediatrics and Neonatology**. v.57, p.467-473, 2016.

COPETTI, C.L. et al. Atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de acidentes domiciliar em um hospital materno infantil no sul de Santa Catarina. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 3, n. 2. 2014.

COLUCI, M.Z.O; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2015.

COSTA, R.R.O. et al. Percepção de estudantes da graduação em enfermagem sobre a simulação realística. **Revista Cuidarte**, v.8, n.3, p.1799-808, 2017.

COUTO, TB. **Simulação realística no ensino de emergências pediátricas na graduação**. 2014. 76f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

EZE, C.N. et al. Effect of health education on trainee teachers' knowledge, attitudes, and first aid management of epilepsy: An interventional study. **Seizure - European Journal of Epilepsy**, v.33, p. 46-53, 2015.

FISHER, L. D.; VAN BELLE, G. V. Biostatistics: a methodology for the health sciences. New York: Wiley, 1993. 991p.

FONSECA, G.S. et al. Aspectos epidemiológicos da epilepsia refratária em uma unidade hospitalar de pediatria. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife. v.10, supl.3, p.1466-73, 2016.

FOTH, T. et al. The use of Delphi and Nominal Group Technique in nursing education: A review. **International Journal of Nursing Studies**, v.60, p.112-120, 2016..

GABA, D.M.The future vision of simulation in healthcare. **Society for Simulation in Healthcare**, v. 2, n. 2, 2007.

GALINDO NETO, N.M. et al. Health Education Intervention on First Aid in School: Integrative Review. **International Archives of Medicine**, v.9, n144, 2016.

GALINDO NETO, N.M. **Tecnologia educativa para professores sobre primeiros socorros: construção e validação.** 2015. 138f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

GALINDO NETO, N.M. et al. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.30, n.1, p.87-93, 2017,

GOMIDE, A.C. et al. Como os pais lidam com a febre infantil: influência das crenças, conhecimento e fontes informação no cuidado e manejo da febre na criança-revisão sistemática da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v.24, n.2, p180-5, 2014.

HARRIS, K.M. et al. School-based selfmanagement interventions for asthma in children and adolescents: amixedmethods systematic review (Protocol). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. n. CD011651, 2015.

HEGDE, S.V; HUI, P.K.; LEE, E.Y. Tracheobronchial foreign bodies in children: imaging assessment. **Seminars in Ultrasound, CT MRI**, v.36, n.1, p.8-20. 2015.

HWANG, J.Y.; OH, E.S; CHO, K.J. A study on the self-confidence in performance and education demand of first aid in kindergarten and daycare center teachers. **Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society**, Korea, v.17, n.1, p.234-43, 2016.

JEFFRIES, PR. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. **New York: National League for Nursing**, 2007.

JOSEPH, N. et al. Awareness, attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore, south India. **Journal of Primary Health Care**, New Zeland, v.7, n.4, p.274-81, 2015.

KIM, S.J. et al. A smartphone application to educate undergraduate nursing students about providing care for infant airway obstruction. **Nurse Education Today**, v 48 p.145–152, 2017.

KIM, Y.J; YI, S.J. (A) Study on the Status of Safety Accidents in School : among the elementary, middle and high schools in Chung-Nam. **Journal of Digital Convergence**, Korea, v.14, n.7, p.243-250, 2016.

LI, F. et al. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. **BMC Pediatrics**, China, v.14, n.209, p.1-8. 2014.

MACHADO, E.C.M. et al. Acidentes na infância: percepção e atitudes dos professores na educação infantil. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.11, n.7, 2017.

MALTA, D.C. et al. Atendimentos por acidentes e violência na infância em serviços de emergências públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.5, p.1095-1105, 2015.

MARTINS, A.C.R.S.R.A.; PENA, M.M.F.; SANTOS. T.G.S.P.C. Children/Young people injuries in South Portugal: epidemiological profile. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.6, n.6, p.1412-7. 2012.

MARTINS, J.C.A. et al. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da Self-confidence Scale em estudantes de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Forthcoming, Ribeirão Preto, 2014.

MARTINS, J.C.A.M. et al. Impact of a simulated practice program in the construction of self-confidence for intervention in emergencies and its association with knowledge and performance. **Journal of Nursing Education and Practice**, v.7, n.1, 2017.

MASIH, S.; SHARMA, R.K.; KUMAR, A. Knowledge and practice of primary school teachers about first aid management of selected minor injuries among children. **International Journal of Medicine Public Health**, China, v.4, n.4, p.458-62, 2014.

MAZZO, A. et al. Validação de escala de autoconfiança para assistência de enfermagem na retenção urinária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.23, n5, p.814-20, 2015.

MAZZO, A. et al. A Simulação e a Videoconferência no Ensino de Enfermagem. **Revista de Graduação USP**, v.2, n.2, 2017.

NGAYIMBESHA, A.; HATUNGIMANA, O. Evaluation of first aid knowledge among elementary school teacher in Burundi. **International Journal of Sports Sciences & Fitness**, v.5, n.2, p.304, 2015.

OLIVEIRA, A.D.S. et al. Atuação dos Professores às crianças em casos de acidentes na escola. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina, v.5, n.3, p.26-30. 2012.

OLIVEIRA, S.N.; PRADO, M.L.; KEMPFER, S.S. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.18, n.2, p.487-495, 2014.

OLIVEIRA, R. A.; ROOSEVELT, L. J.; CEZIMAR, C.B. Situações de primeiros socorros em aulas de educação física em municípios do sudeste de Goiás. **Enciclopédia Biosfera - Centro Científico Conhecer** - Goiânia, v.11, n.20; p.772, 2015.

OLIVEIRA, M.J.C. et al. Nursing assistance in childhood diarrhea care: literature review. **ReonFacema**, Maranhão, v.3, n.1, p.401-406, 2017.

PARK, S. I.; KIM, J.S. Factors affecting daycare center teachers' management of childhood fever. **Child Health Nursing Research**, Korea, v.22, n.4, p.289-98, 2016.

PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. 1ª ed. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999.

PEREIRA, G.L. et al. Therapeutic procedures and use of alternating antipyretic drugs for fever management in children. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.89, n.1, p.25-32, 2013.  
PEREIRA, M. et al. Conhecimento dos pais perante o seu filho com febre. **Revista Servir**, v.59, n.4, p.26-30, 2016.

- PERRY, P. Concept analysis: confidence/self-confidence. **Nursing Forum**, v.46, n.4, p.218-230, 2011.
- PINA, J.C. et al. Role of primary health care in child hospitalization due to pneumonia: a case-control study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.25, p.2892, 2017.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos da Pesquisa Clínica em Enfermagem: Avaliação da evidência para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PREUX, P.M.; RATSIMBAZAFY, V. JOST. J. Epidemiology of febrile seizures and epilepsy: a call for action. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. v.91, n.6, p.512-4, 2015.
- RAMOS, A.M. et al. Satisfação com a experiência acadêmica entre estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.1, p.187-95, 2015.
- RODRIGUES, K.L. et al. Teacher's Knowledge about First Aid in the School Environment: Strategies to Develop Skills. **International Archives of Medicine**, v.8, p.209, 2015.
- ROSA, R.S. et al. Strategies on active methodologies in first aid teaching-learning: experience report. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v.11, n.2, p.798-803, 2017.
- RUBIO, D.M. et al. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v.27, n.2, p.94-105, 2003.
- SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas escolas. São Paulo. 2007.
- SEMWAL, J. et al. Study of knowledge and attitudes to first aid among school children of Doiwalablock, Dehradun. **International Journal Community Medicine Public Health**, India, v.4, n.8, p.2934-8, 2017.
- SENA, S.P.; RICAS, J.; VIANA, R.A. A percepção dos acidentes escolares por educadores do ensino fundamental, Belo Horizonte. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v.18, n.4, p. 47-54, 2008.
- SILVA, R.L. et al. Avaliação da dor durante o cateterismo por via transradial utilizando Escala Visual Analógica. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, v.23, n.3, p.207-10, 2015.
- SILVA, J.V.F. et al. Perfil da morbidade hospitalar por doenças respiratórias na infância de 0 a 9 anos na cidade de Maceió – AL no período de 2010 a 2014. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió. V.3, n.3, p.43-45, 2016.
- SILVA, L.G.S. et al. Primeiros socorros e prevenção de acidentes no ambiente escolar: intervenção em unidade de ensino. **Enfermagem Foco**, v.8, n.3, p.25-29, 2017.
- SINGLETARY, E.M. et al. First Aid: 2015 American Heart Association and American Red Cross Guidelines Update for First Aid. **Circulation**. 132, suppl 2, 18:574-89, 2015.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **International Journal of Medical Education**. v.2, p.53-5, 2011.

TEIXEIRA, C.R.S. et al. Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 311-319, 2015.

VILELLA, D.S, LEITE, L.M, NASSAR, M.E.D. A simulação realística como estratégia de ensino em atendimento pré-hospitalar: um relato de experiência. São Paulo (SP): Prefeitura de São Paulo. 2010.

VOUTILAINEN, A. et al. How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling effect than a symmetric Likert scale. **Journal of Advanced Nursing**, v.72, n.4, p.946-57, 2016.

YOUNIS, J.R.; EL-ABASSY. A. Primary teachers' first aid management of children's school day accidents: Video-assisted teaching method versus lecture method. **Journal of Nursing Education and Practice**, v.5, n.10, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: use and interpretation of anthropometry. Genova, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever).

ZUBERI, S.M.; SYMONDS, J.D. Atualização sobre o diagnóstico e tratamento de epilepsias da infância. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v.91 n.6 supl.1 Porto Alegre, 2015.



**APÊNDICE A****INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – 1ª RODADA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Parte 1. Caracterização dos Especialistas**

Formação Profissional: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Possui experiência com simulação? (  ) Sim (  ) NãoPossui pesquisas e/ou publicações sobre simulação? (  ) Sim (  ) NãoPossui experiência sobre ensino de primeiros socorros em escolas de educação infantil? (  )Sim (  ) Não**Parte 2. Roteiro para análise dos especialistas dos itens que compõem a Escala Analógica de Percepção de Autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências clínicas ou traumáticas na escola**

Prezado Especialista,

No quadro a seguir, estão as questões que compõe Escala Analógica de Percepção de Autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências clínicas ou traumáticas na escola.

Solicitamos que analise cada questão, considerando a organização e clareza da redação do item e abrangência e pertinência da questão frente ao contexto de atendimento de primeiros socorros em situações de intercorrências clínicas ou traumáticas na escola, assinalando a sua opinião. Você poderá realizar considerações e observações por escrito, se julgar necessário.

Item	Organização	Clareza	Abrangência	Pertinência
Eu me sinto confiante para avaliar e garantir a segurança do local diante de uma intercorrência clínica ou traumática na escola.	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei
----- Nada confiante	( ) Descordo ( ) Descordo fortemente			
<b>Observações:</b> _____ _____ _____				
Eu me sinto confiante para avaliar e constatar a necessidade de chamar ajuda pelo 192.	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei
----- Nada confiante	( ) Descordo ( ) Descordo fortemente			
<b>Observações:</b> _____ _____ _____				
Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança em crise convulsiva.	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei
----- Nada confiante	( ) Descordo ( ) Descordo fortemente			

<b>Observações:</b> _____				
_____				
_____				
Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu uma queda.	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente
----- Nada confiante	Completamente confiante			
<b>Observações:</b> _____				
_____				
_____				
Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu um ferimento profundo com sangramento.	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente
----- Nada confiante	Completamente confiante			
<b>Observações:</b> _____				
_____				
_____				
Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança encontrada inconsciente e sem respirar.	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei

----- Nada confiante	Completamente confiante	( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	
<b>Observações:</b> _____						
_____						
_____						
Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança em situação de engasgo.	----- Nada confiante	Completamente confiante	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente
<b>Observações:</b> _____						
_____						
_____						
Eu me sinto confiante para avaliar e oferecer o primeiro atendimento a uma criança febril.	----- Nada confiante	Completamente confiante	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Descordo ( ) Descordo fortemente
<b>Observações:</b> _____						
_____						
_____						

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – 2ª RODADA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prezado Especialista,

Agradecemos a sua colaboração na validação de conteúdo da Escala Analógica de Percepção de Autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências clínicas ou traumáticas na escola. A partir das sugestões, foi realizado adequações quanto a redação dos itens que compõe o instrumento e acrescido novos itens. Diante disso, verificamos a necessidade de realizarmos uma nova rodada de análise de conteúdo por especialistas.

Solicitamos que analise cada questão, considerando a organização e clareza da redação do item e abrangência e pertinência da questão frente ao contexto de atendimento de primeiros socorros em situações de intercorrências clínicas ou traumáticas na escola, assinalando a sua opinião. Você poderá realizar considerações e observações por escrito, se julgar necessário.

Vale ressaltar que, a escala será utilizada para análise do efeito da autoconfiança de professores que atuam na educação infantil antes e após uma intervenção educativa mediada pela simulação. Nas simulações, os principais conceitos e elementos para o manejo das situações clínicas e traumáticas que podem ocorrer com crianças que frequentam as escolas, serão abordados durante o desenvolvimento dos cenários e *debriefing*. Por se tratar de uma escala analógica, a percepção de autoconfiança será mediante a indicação de um “x” ao longo de uma linha de dez centímetros onde as extremidades correspondem a “nada confiante” e “completamente confiante”.

Item	Organização	Clareza	Abrangência	Pertinência
Eu me sinto confiante para avaliar a segurança do local diante de uma criança apresentando uma intercorrência de saúde, seja por doença ou acidente. -----	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo
Nada confiante Completamente confiante	( ) Discordo fortemente			
<b>Observações:</b> _____ _____ _____				
Eu me sinto confiante para identificar a necessidade de chamar ajuda do Serviço Médico de Urgência (SAMU) pelo número telefônico 192. -----	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo
Nada confiante Completamente confiante	( ) Discordo fortemente			
<b>Observações:</b> _____ _____ _____				
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está convulsionando. -----	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo
Nada confiante Completamente confiante	( ) Discordo fortemente			

<b>Observações:</b> _____				
_____				
_____				
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está convulsionando.	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente			
	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo
	<input type="checkbox"/> Não sei			
-----	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo
Nada confiante	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente			
Completamente confiante				
<b>Observações:</b> _____				
_____				
_____				
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu uma queda.	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente			
	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo
	<input type="checkbox"/> Não sei			
-----	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo
Nada confiante	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente			
Completamente confiante				
<b>Observações:</b> _____				
_____				
_____				
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu um ferimento que está sangrando muito.	<input type="checkbox"/> Concordo fortemente			
	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo	<input type="checkbox"/> Concordo
	<input type="checkbox"/> Não sei			
-----	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo	<input type="checkbox"/> Discordo
Nada confiante	<input type="checkbox"/> Discordo fortemente			
Completamente confiante				

<b>Observações:</b>				
-----				
-----				
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra desacordada e sem respirar.	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente
----- Nada confiante	----- Completamente confiante			
<b>Observações:</b>				
-----				
-----				
Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar.	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente
----- Nada confiante	----- Completamente confiante			
<b>Observações:</b>				
-----				
-----				
Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra engasgada.	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente	( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Não sei ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente
----- Nada confiante	----- Completamente confiante			



## APÊNDICE C

### **Análise Semântica da escala visual analógica para avaliação da autoconfiança de professores com relação ao manejo das intercorrências de saúde na escola**

Instruções: Este instrumento pretende avaliar a sua autoconfiança em determinadas situações de intercorrências de saúde na escola. Por favor, marque no decorrer da linha um X considerando os extremos à sua esquerda nada confiante e a sua direita completamente confiante. Após no quadro abaixo avalie a clareza da afirmação.

1. Eu me sinto confiante para avaliar a segurança do local diante de uma criança apresentando uma intercorrência de saúde, seja por doença ou acidente.



**Nada Confiante**

**Completamente Confiante**

<p>O que achou da afirmação 1?    <input type="checkbox"/> Entendi, está clara.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Tive dúvidas, está pouco clara.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Não entendi, está confuso.</p>
--

Dê sugestões para melhorar a clareza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





6. Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu um ferimento que está sangrando muito.

-----

**Nada Confiante**

**Completamente Confiante**

O que achou da afirmação 6? ( ) Entendi, está clara. ( ) Tive dúvidas, está pouco clara. ( ) Não entendi, está confuso.
---

Dê sugestões para melhorar a clareza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra desacordada e sem respirar.

-----

**Nada Confiante**

**Completamente Confiante**

O que achou da afirmação 7? ( ) Entendi, está clara. ( ) Tive dúvidas, está pouco clara. ( ) Não entendi, está confuso.
---

Dê sugestões para melhorar a clareza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar.



**Nada Confiante**

**Completamente Confiante**

O que achou da afirmação 8? ( ) Entendi, está clara.  
 ( ) Tive dúvidas, está pouco clara.  
 ( ) Não entendi, está confuso.

Dê sugestões para melhorar a clareza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra engasgada.



**Nada Confiante**

**Completamente Confiante**

O que achou da afirmação 9? ( ) Entendi, está clara.  
 ( ) Tive dúvidas, está pouco clara.  
 ( ) Não entendi, está confuso.

Dê sugestões para melhorar a clareza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESPECIALISTAS

(Resolução 466/2012 do CNS)

**Título da pesquisa: Construção e validação de uma atividade educativa mediada pela simulação.**

Gostaria de convidar o senhor (a) para participar voluntariamente de uma pesquisa referente à validação de uma atividade educativa a partir de cenários simulados com relação ao manejo inicial das intercorrências clínicas e traumáticas na escola.

O objetivo deste estudo é validar junto aos especialistas o conteúdo de quatro cenários de simulação e o conteúdo de dois instrumentos de pesquisa que serão aplicados pré e pós-atividade educativa. Os cenários são referentes a possíveis intercorrências clínicas e traumáticas na escola, as quais são: obstrução das vias aéreas por corpo estranho/engasgo; queda com corte e sangramento; crise convulsiva e parada cardiorrespiratória (PCR). Os instrumentos são: Escala visual analógica de percepção da autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências clínicas ou traumáticas na escola e Questionário de avaliação do conhecimento.

Se concordar em participar, você fará parte de um grupo de especialistas que validará os cenários e os instrumentos. Enviarei o material via Google Forms e após analisa-los deverá preencher um instrumento de caracterização e os instrumentos de validação de conteúdo com perguntas fechadas e abertas. Terá um prazo de 15 dias para analisar o material e preencher os instrumentos. Espera-se que o tempo total gasto seja de aproximadamente duas horas.

Você tem a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa, bem como, a qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa sem prejuízo algum. Os resultados desse estudo serão apresentados em congressos e publicados em revistas científicas, no entanto, seu nome não aparecerá (anonimato/sigilo).

Essa pesquisa não proporciona benefícios imediatos de sua participação, porém, a sua contribuição qualificará a intervenção educativa e ajudará os professores da educação infantil e fundamental 1 na aquisição de conhecimento referentes ao manejo inicial das intercorrências clínicas e traumáticas. Os riscos previstos podem envolver algum desconforto

no momento de avaliação dos instrumentos por conta do tempo despendido. Todavia, a participação é livre e a desistência a qualquer momento é garantida.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Também não haverá remuneração financeira ou benefícios diretos pela sua participação. É garantido ao participante da pesquisa seu direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

O senhor (a) receberá uma via assinada deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou a qualquer momento. O meu contato estará disponível 24 horas por dia a qualquer dia da semana.

Informamos que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br).

Local e data: São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Jaqueline Brosso Zonta

Departamento de Enfermagem- Campus Universitário da UFSCar- Rodovia Washington Luiz, Km. 235. Tel: 16-99203-9137. E-mail: [jaquelinezonta@gmail.com](mailto:jaquelinezonta@gmail.com)

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Eu \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e concordo em participar do projeto de pesquisa “Construção e validação de uma atividade educativa mediada pela simulação”. Estou ciente que minha identidade será mantida em sigilo e que em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o consentimento sem qualquer prejuízo. Recebi via assinada deste termo e tive a oportunidade de discuti-lo com a pesquisadora.

---

**Assinatura do participante**

## APÊNDICE E

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFESSORES

(Resolução 466/2012 do CNS)

Título da pesquisa: **Manejo das intercorrências clínicas e traumáticas nas escolas: contribuições de uma atividade educativa mediada pela simulação**

Gostaria de convidar o senhor (a) para participar voluntariamente de uma pesquisa que será realizada com professores que atuam na educação infantil e fundamental 1. A pesquisa tem como objetivo geral analisar as contribuições de uma atividade educativa mediada pela simulação e como objetivos específicos: avaliar a percepção de autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde, antes e após intervenção educativa; avaliar o conhecimento dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências de saúde na escola, pré e pós-intervenção educativa e seis meses após; avaliar a satisfação dos professores diante da participação em uma intervenção educativa mediada pela simulação.

Se estiver de acordo, participará de uma intervenção educativa referente ao manejo das intercorrências de saúde, seja por doença ou acidentes, que acontecem nas escolas. Essa intervenção educativa terá quatro horas de duração e ocorrerá durante o HTPC (horário de trabalho pedagógico coletivo), isto é, não será necessário despender do seu tempo fora do horário de trabalho. Além de participar da intervenção educativa irá responder a três instrumentos antes da intervenção e três instrumentos após intervenção. O tempo para preenchimento desses instrumentos está previsto nas quatro horas da atividade.

O senhor (a) tem a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa, bem como, a qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa sem prejuízo algum. Os resultados desse estudo serão apresentados em congressos e publicados em revistas científicas, no entanto, seu nome não aparecerá (anonimato/sigilo).

Com relação aos benefícios, a pesquisa proporcionará a oportunidade de aquisição de conhecimento a respeito do manejo inicial das intercorrências clínicas e traumáticas que ocorrem na escola. Os riscos previstos referem-se à participação ativa no cenário simulado, o que pode ocasionar constrangimento e desconforto. Todavia, a participação é livre e a

desistência a qualquer momento é garantida. Além disso, me coloco a disposição para ampara-lo (a) e confortá-lo (a) caso seja necessário.

O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Também não haverá remuneração financeira ou benefícios diretos pela sua participação. É garantido ao participante da pesquisa seu direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

O senhor (a) receberá uma via assinada deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou a qualquer momento. O meu contato estará disponível 24 horas por dia a qualquer dia da semana.

Informamos que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br).

Local e data: São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Jaqueline Brosso Zonta

**Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem- UFSCar**

**Rodovia Washington Luiz, Km. 235. Tel: 16-992039137. E-mail:**

**[jaquelinezonta@gmail.com](mailto:jaquelinezonta@gmail.com)**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Eu \_\_\_\_\_ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e concordo em participar do projeto de pesquisa **“Manejo das intercorrências clínicas e traumáticas nas escolas:**

**contribuições de uma atividade educativa mediada pela simulação”**. Estou ciente que minha identidade será mantida em sigilo e que em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o consentimento sem qualquer prejuízo. Recebi via assinada deste termo e tive a oportunidade de discuti-lo com a pesquisadora.

---

**Assinatura do participante**

**APÊNDICE F****CARACTERIZAÇÃO DOS PROFESSORES**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome Completo:** \_\_\_\_\_

**Telefone para contato:** ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_

**e-mail para contato:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**Possui filhos:** ( ) sim ( ) Não Quantos: \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** ( ) 1- Superior incompleto ( ) 2- Superior Completo

( ) 3- Especialização ( ) 4- Mestrado ( ) 5- Doutorado

**Tempo de experiência profissional na educação infantil ou fundamental I:** \_\_\_\_\_anos

**Já vivenciou alguma intercorrência de saúde seja na escola ou em outro ambiente?**

( ) Sim ( ) Não

**\*Você estava presente no dia da intervenção educativa sobre Queda, corte e sangramento e Engasgo?**

( ) Sim ( ) Não

**\*Você participou ativamente (atendeu a criança no momento da intercorrência) em algum dos quatro cenários simulados?**

( ) Sim

( ) Não

**\*Você já teve alguma experiência na área da Saúde (cuidador de idoso, criança / curso auxiliar ou técnico de enfermagem, farmácia, entre outros)?**

( ) Sim

( ) Não

Se sim, qual?

---

---

---

---

**\*Responder apenas após a atividade educativa.**

**Gostaria de agradecer imensamente a sua participação nesta pesquisa, espero ter contribuído com seu conhecimento em relação ao manejo das intercorrências de saúde na escola! Obrigada!**

**APÊNDICE G****EVA- Autoconfiança dos professores para manejo das intercorrências de saúde na escola**

Instruções: Este instrumento pretende avaliar a sua confiança em determinadas situações de intercorrências de saúde na escola. Por favor, marque no decorrer da linha um X considerando os extremos à sua esquerda “nada confiante” e a sua direita “completamente confiante”.

1. Eu me sinto confiante para avaliar a segurança do local diante de uma criança apresentando uma intercorrência de saúde, seja por doença ou acidente.

-----  
Nada confiante

Completamente confiante

2. Eu me sinto confiante para identificar a necessidade de chamar ajuda do Serviço Médico de Urgência (SAMU) pelo número telefônico 192.

-----  
Nada confiante

Completamente confiante

3. Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está convulsionando.

-----  
Nada confiante

Completamente confiante

4. Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está convulsionando.

-----  
Nada confiante

Completamente confiante

5. Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu uma queda.

-----  
Nada confiante

Completamente confiante

6. Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que sofreu um ferimento que está sangrando muito.

-----

Nada confiante

Completamente confiante

7. Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra desacordada e sem respirar.

-----

Nada confiante

Completamente confiante

8. Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança desacordada e sem respirar.

-----

Nada confiante

Completamente confiante

9. Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança se encontra engasgada.

-----

Nada confiante

Completamente confiante

10. Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança encontrada engasgada.

-----

Nada confiante

Completamente confiante

11. Eu me sinto confiante para reconhecer quando uma criança está com febre.

-----

Nada confiante

Completamente confiante

12. Eu me sinto confiante para oferecer o primeiro atendimento a uma criança que está com febre.

-----

Nada confiante

Completamente confiante

## APÊNDICE H

### Questionário de avaliação do conhecimento para atuar diante de intercorrências de saúde na escola

TEMA	QUESTÕES	RESPOSTAS
Na Escola diante uma intercorrência de saúde, seja por doença ou acidente.	1. Garantir a segurança do local verificando se há objetos que possam cair ou machucar a criança é uma conduta adequada.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei
	2. Chamar por ajuda antes de iniciar qualquer atendimento a criança é uma conduta adequada.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei
	3. Em situações como incêndios, vazamento de gás, desabamentos e pessoas presas em estruturas de madeira e ferro acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é uma conduta adequada.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei
	4. Para acionar o Serviço de Bombeiros devo utilizar o número telefônico 193.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei
	5. Para acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) devo utilizar o número telefônico 192.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei
	6. Em situações como desmaios, quedas, queimaduras, envenenamentos, hemorragias, fraturas e crises convulsivas (também conhecidas como crises epiléticas) acionar o Serviço de Bombeiros pelo número telefônico 193 é uma conduta adequada.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei
Criança apresenta um ferimento que está sangrando muito	7. Lavar o ferimento é uma conduta adequada.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei
	8. Colocar cobertura limpa e seca sob o ferimento e pressionar é uma conduta adequada.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei
	9. Manter criança em repouso, elevar o membro ferido (após certificar-se que não há fratura) e comprimir a artéria mais próxima é uma conduta adequada.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei
	10. Quando a cobertura que está sob o ferimento ficar muito molhada de sangue, tira-la e colocar outra limpa e seca é uma conduta adequada.	( ) Verdadeiro ( ) Falso ( ) Não sei

Criança engasgada	11. Oferecer água é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	12. Apertar a região do estômago com movimento para trás e para cima é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
Criança convulsionando	13. Segurar a criança para conter seus movimentos durante a convulsão é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	14. Remover objetos próximos que possam machucar a criança em convulsão bem como, remover seus adornos como colares, óculos e relógio são condutas adequadas.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	15. Apoiar a cabeça em algo macio (se houver) e manter cabeça lateralizada são condutas adequadas.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	16. Marcar o tempo de duração da crise é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	17. Quando a criança apresenta mais de uma crise, observar o intervalo de tempo entre elas é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
Criança desacordada, sem respirar.	18. Realizar respiração boca -a- boca é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	19. Colocá-la em cima de um colchão com a barriga voltada para cima é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	20. . Realizar de 100 a 120 compressões cardíacas por minuto é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	21. Comprimir o tórax na região entre os mamilos é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	22. Se após 2 minutos de compressões cardíacas a criança não acordar/ não melhorar, parar de realizar as compressões e aguardar o Serviço médico de Urgência chegar é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei

Criança encontra-se afogando	23. Retirar a criança da água, enxuga-la e aquece-la são condutas adequadas.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	24. Realizar as manobras de desengasgo é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
Criança sofre queimadura	25. Aplicar creme dental no local queimado é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	26. Lavar o local queimado com água corrente por no mínimo 10 minutos e proteger com um pano limpo são condutas adequadas.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	27. Estourar as bolhas do local queimado é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
Criança sofre queda com pancada na cabeça	28. Encaminhar a criança para dormir e descansar é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	29. Colocar gelo sobre o local é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	30. Ficar atento a sinais como náusea/vômito, confusão e sonolência é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	31. Ficar atento aos sinais de fratura como deformidade e alteração no tamanho é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	32. No caso de fratura exposta (osso exteriorizado), estancar o sangramento e cobrir o ferimento com um pano limpo é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
Criança picada por um animal peçonhento.	33. No caso de picada de escorpião, realizar compressa morna no local é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	34. No caso de picada de abelha e/ou vespas, retirar o ferrão com as mãos é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	35. Não aplicar nenhum produto no local é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei

Criança bate a boca e perde um dente	36. Colocar o dente em um recipiente com gelo é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	37. Tentar recolocar o dente na gengiva é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	38. Colocar o dente em um recipiente com leite é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
Criança ingere produto tóxico	39. Oferecer água ou leite para a criança ingerir é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	40. Orientar a criança a forçar o vômito é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
Criança sofre acidentes nos olhos	41. Orientar a criança a fechar o olho saudável e manter o olho afetado bem aberto são condutas adequadas.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei
	42. Orientar a criança a lavar o olho afetado em água corrente é uma conduta adequada.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/> Não sei

## APÊNDICE I

### Template / Cenário 1 – Manejo da queda, corte e hemorragia

#### CENÁRIO

**Manejo de queda, corte e hemorragia.**

#### RESPONSÁVEIS

**Jaqueline Brosso Zonta; Gabriela V.D.Z.B. Castro; Giselle Dupas e Aline C.C Okido**

#### PÚBLICO ALVO

**Professores, alunos de graduação e pós-graduação que atuem com Pré-escola e /ou Fundamental I**

#### OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM

- **Constatar a gravidade da intercorrência (queda de aproximadamente 2 metros de altura, com corte profundo e sangramento);**
- **Garantir a segurança do local;**
- **Avaliar o nível de consciência da criança;**
- **Constatar a necessidade de chamar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-192 (SAMU) e delegar alguém para realizar a ação.**
- **Aplicar as primeiras medidas de socorro (manter criança imobilizada; colocar cobertura limpa no local do sangramento, não retirar cobertura primária, acrescentar, cobertura secundária caso necessário; caso não haja sinais de fratura levantar o membro que sangra e comprimir artéria que leva sangue ao membro).**

#### LOCAL DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO

**Área externa da escola com árvores, com possibilidade de “plateia”, ou seja, pessoas próximas observando a cena.**

#### DISTRATORES

**Não há**

---

## **EQUIPE NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DO CENÁRIO**

**2 voluntários**

## **MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS**

**Não será utilizado manequim**

## **ATORES**

**Serão utilizados dois atores,**

**1º ator - Fará o papel do escolar caído no pátio com corte profundo em braço esquerdo**

**2º ator – Fará o papel do monitor da escola.**

## **EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS**

**Pátio da escola com árvore;**

**Avental de inspetor de alunos com decoração infantil**

**Telefone Celular;**

**Blusa de frio**

**Maleta de primeiros socorros contendo: compressas de gaze estéril, compressa de pano; clorexidina alcóolica, agulhas e seringas.**

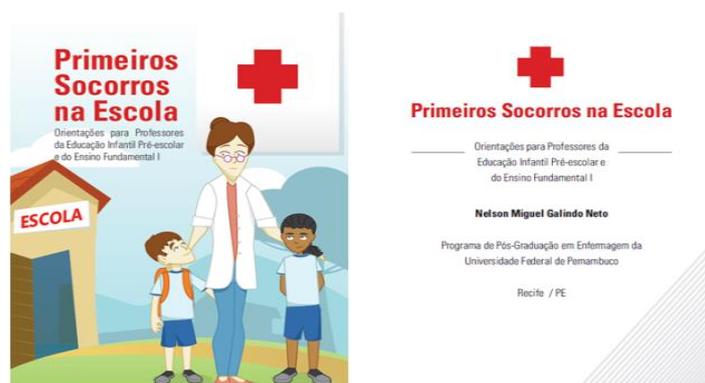
**Materiais para maquiagem: Massa para maquiagem, corante vermelho; sangue artificial, espátula, gravetos de árvore.**

## **PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO**

**Ter realizado leitura prévia do material educativo – Briefing- disponibilizado via e-mail com prazo de pelo menos uma semana antes a realização do cenário.**

**O material educativo utilizado será: \*NETO, N.M.G. Primeiros Socorros na Escola Orientações para Professores da Educação Infantil Pré-escolar e do Ensino Fundamental I. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Vale ressaltar que o autor autorizou o uso deste material.**

---



## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Miguel, 10 anos, aluno da escola “Construindo o Saber”. No intervalo subiu em uma árvore e sofreu uma queda, de uma altura de aproximadamente dois metros. Após a queda, Miguel refere dor intensa nas costas e apresenta corte profundo em membro superior esquerdo com sangramento.

## FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

**Introdutor:** Vocês irão participar de um cenário onde serão os professores da escola “Construindo o Saber”. A proposta é simular uma intercorrência com uma criança, procurem considerar como real a situação. Vocês estarão acompanhados de um profissional que também trabalha na “Construindo o Saber”.

**Ator 1 – escolar caído no pátio da escola, próximo a uma árvore gritando:**

“Ai, ai, ai, ai, socorroooooooooooooo, alguém me ajude!!!” Eu quero a minha mãe... (chorando muito).

**Ator 2 – monitor da escola:**

Professora, professora, corre, o Miguel caiu, não sei o que fazer.

**OBS:** haverá uma blusa pendurada na árvore.

**FLUXOGRAMA**

<b>Ações Esperadas</b>	<b>Agiu de Maneira Inadequada</b>	<b>Agiu de Maneira Inadequada</b>
1- Identificou a queda;	1- Não avaliou a segurança do local;	1- Lavou o corte
2- Avaliou a Segurança do local;	2- Não delegou que alguém chamasse por ajuda;  <b>Ator intervém dizendo:</b> está doendo demais pede ajuda para alguém!!	2- Se não contiver a Hemorragia, colocando cobertura limpa e seca no ferimento;
3- Avaliou a consciência da vítima;	3- Se mobilizar a vítima;  <b>Ator intervém dizendo:</b> aiiiiiiiiiiii minhas costas está doendo muito!!!	3- Miguel desmaia;
4- Delegou que alguém chamasse por ajuda;	4- Se delegar ajuda e não intervir;  <b>Ator intervém dizendo:</b> professora, eu	<b>Fim de cenário –</b>

	sei que a ajuda está vindo, mas faz alguma coisa!!	<b>Discussão no Debriefing</b>
5- Não mobilizou a vítima;	<b>Fim de cenário – Discussão no Debriefing</b>	
6- Colocou coberturas limpas e secas na lesão;		
7- Elevou o membro;		
8- comprimiu a artéria mais próxima;		
9- Não lavou o corte.		
<b>Fim de cenário</b>		

### EMENTA DO DEBRIEFING

- Princípios básicos dos primeiros socorros (manter a calma, avaliar a cena, não permitir que outras pessoas se tornem vítimas, avaliar a segurança do local, solicitar/delegar ajuda, avaliar orientação da vítima, tomar decisões, avaliar risco de lesão em coluna cervical);
- Manejo da hemorragia (importância de elevar o membro com o corte profundo, de não lavar um corte profundo, de não retirar a cobertura primária, de comprimir a artéria principal que está irrigando o sangue);

---

**Questões principais:**

**INICIAR COM REFORÇO POSITIVO**

**Como você se sentiu participando da simulação? Qual sentimento/emoção em participar do cenário?**

**Você poderia descrever o cenário em que você atuou?**

**Quais foram os pontos positivos que você destaca em sua atuação? Os demais colegas têm algum ponto positivo para expor?**

**Agora, após a sua participação no cenário e sobre o que já levantamos de positivo durante o cenário, você faria algo diferente em algum momento?**

**Você considera que participar dessa atividade educativa ajudará a manejar uma queda seguida de corte e sangramento, na escola?**

**REFERÊNCIA**

**NETO, N.M.G. Primeiros Socorros na Escola Orientações para Professores da Educação Infantil Pré-escolar e do Ensino Fundamental I. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**

---

## APÊNDICE J

### Template / Cenário 2 – Manejo do engasgo/obstrução de vias aéreas por corpo estranho

#### CENÁRIO

**Manejo do Engasgo / Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho**

#### RESPONSÁVEIS

**Jaqueline Brosso Zonta; Gabriela V.D.Z.B. Castro; Giselle Dupas e Aline C.C Okido**

#### PÚBLICO ALVO

**Professores, alunos de graduação e pós-graduação que atuem com Pré-escola e /ou Fundamental I**

#### OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM

- Reconhecer os sinais de Engasgo (criança com as mãos no pescoço - sinal universal da asfixia, agitação);
- Constatar a necessidade de chamar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-192 (SAMU) e delegar alguém para realizar a ação.
- Avaliar se a criança está consciente;
- Realizar manobra de Heimlich.

#### LOCAL DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO

**Brinquedoteca da escola, com possibilidade de “plateia”, ou seja, pessoas próximas observando a cena.**

#### DISTRADORES

**Não há**

#### EQUIPE NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DO CENÁRIO

**2 voluntários**

---

## MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS

Não será utilizado manequim

## ATORES

Serão utilizados dois atores,

1º ator – Fará o papel da criança engasgada;

2º ator – Fará o papel do monitor da escola.

## EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Brinquedos de vários tamanhos:

Peças de bloco de montar;

Carrinho de brinquedo;

Tapete de EVA;

Celular.

## PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO

Ter realizado leitura prévia do material educativo – Briefing- disponibilizado via e-mail com prazo de pelo menos uma semana antes a realização do cenário.

O material educativo utilizado será: \*NETO, N.M.G. Primeiros Socorros na Escola Orientações para Professores da Educação Infantil Pré-escolar e do Ensino Fundamental I. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Vale ressaltar que o autor autorizou o uso deste material.



## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Fabiana, 6 anos de idade estará sentada na brinquedoteca, com as mãos no pescoço e bem agitada, engasgada com algo.

No chão haverá várias peças de bloco de montar que ela estava brincando.

## FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

**Introdutor:** Vocês irão participar de um cenário onde serão os professores da escola “Construindo o Saber”. A proposta é simular uma intercorrência com uma criança, procurem considerar como real a situação. Vocês estarão acompanhados de um profissional que também trabalha na “Construindo o Saber”.

**Ator 2 monitor da escola:**

“Professora, professora! Corre aqui!

**Olha a Fabiana:**

“Ela colocou alguma coisa na boca e esta passando mal”

## FLUXOGRAMA

Ações Esperadas	Ações Esperadas	Agiu de Maneira Inadequada	Agiu de Maneira Inadequada	Agiu de Maneira Inadequada
1- Identificou que a criança apresenta-se engasgada;	1- Identificou que a criança apresenta-se engasgada;	1- Identificou que a criança apresenta-se engasgada;	1- Não identificou que a criança apresentar engasgada;  <b>Ator intervém dizendo:</b> Professora eu vi! Ela colocou	1- Identificou que a criança apresenta-se engasgada;

			algo na boca!;	
2- Constatou os sinais de asfixia como mãos no pescoço, agitação da criança;	2- Constatou os sinais de asfixia como mãos no pescoço, agitação da criança;	2- Constatou os sinais de asfixia como mãos no pescoço, agitação da criança;	2- Tentou retirar o objeto com as mãos; <b>Ator intervém:</b> cuidado! Ela pode te morder;	2- Constatou os sinais de asfixia como mãos no pescoço, agitação da criança;
3 – Se posicionou corretamente atrás da criança, para manter-se na mesma altura;	3- Delegou que alguém chamasse por ajuda;	3- Delegou que alguém chamasse por ajuda;	3- Não delegou que chamasse por ajuda;	3- Delegou que alguém chamasse por ajuda;
4- Realizou a manobra de Heimlich (colocou a mão dominante fechada abaixo dos ossos do tórax da criança na região central; sobrepôs a outra mão apoiando a que está fechada. Apertou a vítima com as mãos em uma direção para trás e para cima;	4- Realizou a manobra de Heimlich (colocou a mão dominante fechada abaixo dos ossos do tórax da criança na região central; sobrepôs a outra mão apoiando a que está fechada. Apertou a vítima com as mãos em uma direção para trás e para cima;	4- Realizou a manobra de Heimlich de forma inadequada;	4- Criança ainda permanece engasgada;	4- Não realizou nenhuma intervenção; <b>Ator intervém dizendo:</b> você já chamou por ajuda, mas ela não está bem! Faz alguma coisa!
5 – Objeto expelido pela criança;	5 – Objeto expelido pela criança;	5- Criança ainda permanece engasgada;	<b>Fim de Cenário – Discussão no Debriefing</b>	<b>Fim de Cenário – Discussão no Debriefing</b>

Fim de Cenário	Fim de Cenário	Fim de Cenário – Discussão no Debriefing	
----------------	----------------	--	--

### **EMENTA DO DEBRIEFING**

- Conceito do Engasgo
- Principais causas de Engasgo na infância
- Importância de realizar a manobra de Heimlich;
- Importância de não tentar retirar o corpo estranho com as próprias mãos;
- Importância de chamar ajuda;
- Se caso a criança estivesse inconsciente, o que deveria ser feito;

**Questões principais:**

#### **INICIAR COM REFORÇO POSITIVO**

**Como você se sentiu participando da simulação? Qual sentimento/emoção em participar do cenário?**

**Você poderia descrever o cenário em que você atuou?**

**Quais foram os pontos positivos que você destaca em sua atuação? Os demais colegas têm algum ponto positivo para expor?**

**Agora, após a sua participação no cenário e sobre o que já levantamos de positivo durante o cenário, você faria algo diferente em algum momento?**

**Você considera que participar dessa atividade educativa ajudará a manejar uma queda seguida de corte e sangramento, na escola?**

### **REFERÊNCIA**

**NETO, N.M.G. Primeiros Socorros na Escola Orientações para Professores da Educação Infantil Pré-escolar e do Ensino Fundamental I. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**

---

## APÊNDICE K

### Template / Cenário 3 – Manejo da crise convulsiva

#### CENÁRIO

**Manejo da Crise Convulsiva**

#### RESPONSÁVEIS

**Jaqueline Brosso Zonta; Gabriela V.D.Z.B. Castro; Giselle Dupas e Aline C.C Okido**

#### PÚBLICO ALVO

**Professores, alunos de graduação e pós-graduação que atuem com Pré-escola e /ou Fundamental I**

#### OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM

- Reconhecer as manifestações clínicas da Crise Convulsiva (perda de consciência; rotação dos olhos para cima; salivação abundante; contrações musculares descoordenadas; cerramento dos dentes);
- Constatar a necessidade de chamar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-192 (SAMU) e delegar alguém para realizar a ação;
- Avaliar a segurança do local;
- Realizar medidas de proteção e segurança (afastar objetos que possam machucar a criança, retirar objetos pessoais como óculos, retirar excesso de roupas, apoiar e lateralizar a cabeça).
- Verificar a duração da crise convulsiva.

#### LOCAL DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO

**Sala de aula da escola, com possibilidade de “plateia”, ou seja, pessoas próximas observando a cena.**

#### DISTRATORES

**Não há**

**EQUIPE NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DO CENÁRIO**

**2 voluntários**

**MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS**

**Não será utilizado manequim**

**ATORES**

**Serão utilizados dois atores,**

**1º ator – Fará o papel da criança em crise convulsiva;**

**2º ator – Fará o papel do monitor da escola.**

**EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS**

**Cadeiras**

**Carteira;**

**Mesa do professor;**

**Blusa de frio;**

**Óculos;**

**Sachê de bicarbonato de sódio (para simular a sialorréia);**

**Avental do monitor com decoração infantil;**

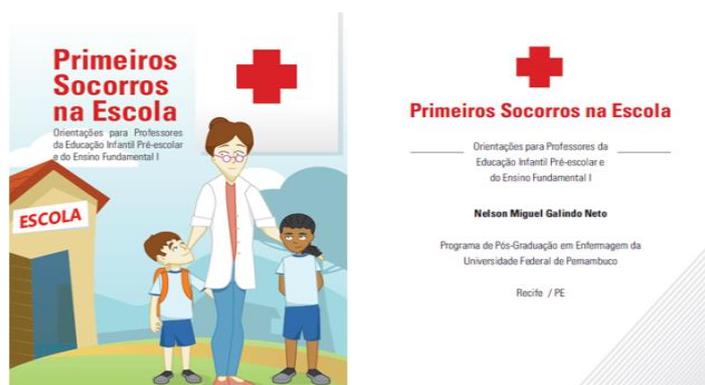
**Celular**

**PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO**

**Ter realizado leitura prévia do material educativo – Briefing- disponibilizado via e-mail com prazo de pelo menos uma semana antes a realização do cenário.**

**O material educativo utilizado será: \*NETO, N.M.G. Primeiros Socorros na Escola Orientações para Professores da Educação Infantil Pré-escolar e do Ensino Fundamental I. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Vale ressaltar que o autor autorizou o uso deste material.**

---



## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

**Gabriel, 10 anos de idade, é portador de epilepsia. Faz uso de medicações específicas para doença, porém, neste dia, a mãe esqueceu-se de dar o medicamento.**

**Estará caído no chão da sala, em crise convulsiva, o mesmo estará com uma blusa de frio e com óculos.**

**Durante a crise irá apresentar grande quantidade de sialorréia.**

## FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

**Introdutor: Vocês irão participar de um cenário onde serão os professores da escola “Construindo o Saber”. A proposta é simular uma intercorrência com uma criança, procurem considerar como real a situação. Vocês estarão acompanhados de um profissional que também trabalha na “Construindo o Saber”.**

**Ator 2 monitor da escola:**

**“Professora, professora corre aqui!” O Gabriel estava no intervalo e de repente caiu no chão e começou a se bater, o que será que ela tem? O que devemos fazer?**

## FLUXOGRAMA

Ações Esperadas	Agiu de Maneira Inadequada			
1- Identificou que a criança está apresentando uma crise convulsiva;	1- Identificou que a criança está apresentando uma crise convulsiva;	1- Identificou que a criança está apresentando uma crise convulsiva;	1- Identificou que a criança está apresentando uma crise convulsiva;	1- Identificou que a criança está apresentando uma crise convulsiva;
2- Identificou que a criança apresenta sinais como: perda da consciência; rotação dos olhos para cima; salivação abundante; contrações musculares descoordenadas e cerramento dos dentes;	2- Identificou que a criança apresenta sinais como: perda da consciência; rotação dos olhos para cima; salivação abundante; contrações musculares descoordenadas e cerramento dos dentes;	2- Identificou que a criança apresenta sinais como: perda da consciência; rotação dos olhos para cima; salivação abundante; contrações musculares descoordenadas e cerramento dos dentes;	2- Identificou que a criança apresenta sinais como: perda da consciência; rotação dos olhos para cima; salivação abundante; contrações musculares descoordenadas e cerramento dos dentes;	2- Identificou que a criança apresenta sinais como: perda da consciência; rotação dos olhos para cima; salivação abundante; contrações musculares descoordenadas e cerramento dos dentes;
3- Delegou que alguém chamasse por ajuda;	3- Apenas segurou a cabeça da criança	3- Se debruçou sobre a criança para conter seus movimentos;  <b>Ator intervém dizendo:</b> Você não vai machuca-lo?	3- Colocou sal ou água na boca da criança;  <b>Ator intervém dizendo:</b> Você vai dar algo para ele comer? Pode?	4- Delegou que alguém chamasse por ajuda;

4- Retirou objetos próximos a criança que pudessem machucar como mesa, cadeira e carteria escolar;	<b>Fim de Cenário – Discussão no Debriefing</b>	4- Não realizou mais nenhuma intervenção;	4- Tentou colocar algo na boca para a criança morder; Ator intervém dizendo: <b> você não tem medo de fazer isso, ele pode te morder;</b>	4- Não realizou nenhuma intervenção; Ator intervém dizendo: <b> você já chamou por ajuda, mas precisamos fazer alguma coisa!</b>
5 - Afrouxou a roupa da criança, retirou objetos pessoais como óculos;		<b>Fim de Cenário – Discussão no Debriefing</b>	5- se não realizou mais nenhuma intervenção;	5- se não realizou mais nenhuma intervenção;
6- Segurou e lateralizou a cabeça da criança;			<b>Fim de Cenário – Discussão no Debriefing</b>	<b>Fim de Cenário – Discussão no Debriefing</b>
7 – Cronometrou o tempo de duração da crise convulsiva;				
<b>Fim de Cenário</b>				

## EMENTA DO DEBRIEFING

- **Conceito da Crise Convulsiva e Epilepsia;**
- **Principal manifestação clínica da crise convulsiva;**
- **Avaliar a segurança do local;**
- **Condutas esperadas diante da crise como: Conter a cabeça e manter lateralizada; caso haja algo macio como uma almofada ou até mesmo um blusa apoiar a cabeça da criança em cima; remover objetos próximos da criança que possam machucá-la como mesas e**

---

cadeiras; remover objetos pessoais como óculos, relógio;

- **Condutas não indicadas diante da crise convulsiva: Porque não conter os movimentos da vítima;**
- **Importância de não colocar nada na boca no momento da crise;**
- **Destacar a importância de cronometrar o tempo da crise;**
- **Destacar as medidas para evitar possíveis constrangimentos.**

**Questões principais:**

### **INICIAR COM REFORÇO POSITIVO**

**Como você se sentiu participando da simulação? Qual sentimento/emoção em participar do cenário?**

**Você poderia descrever o cenário em que você atuou?**

**Quais foram os pontos positivos que você destaca em sua atuação? Os demais colegas têm algum ponto positivo para expor?**

**Agora, após a sua participação no cenário e sobre o que já levantamos de positivo durante o cenário, você faria algo diferente em algum momento?**

**Você considera que participar dessa atividade educativa ajudará a manejar uma queda seguida de corte e sangramento, na escola?**

### **REFERÊNCIA**

**NETO, N.M.G. Primeiros Socorros na Escola Orientações para Professores da Educação Infantil Pré-escolar e do Ensino Fundamental I. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**

---

## APÊNDICE L

### Template / Cenário 4 – Manejo da Parada Cardiorrespiratória em crianças para leigos

#### CENÁRIO

**Manejo da Parada Cardiorrespiratória em crianças para leigos**

#### RESPONSÁVEIS

**Jaqueline Brosso Zonta; Gabriela V.D.Z.B. Castro; Giselle Dupas e Aline C.C Okido**

#### PÚBLICO ALVO

**Professores, alunos de graduação e pós-graduação que atuem com Pré-escola e /ou Fundamental I**

#### OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM

- Reconhecer as manifestações da PCR (criança não responde/inconsciente e criança não respira);
- Constatar a necessidade de chamar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-192 (SAMU) e delegar alguém para realizar a ação;
- Garantir a segurança do local;
- 
- Executar compressões de alta qualidade imediatamente (100 a 120 compressões/minuto, permitir o retorno do tórax, utilizar superfície rígida).

#### LOCAL DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO

**Banheiro da escola, com possibilidade de “plateia”, ou seja, pessoas próximas observando a cena.**

#### DISTRATORES

**Não há**

## **EQUIPE NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DO CENÁRIO**

**2 voluntários**

### **MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS**

Será utilizado um manequim - Ressusci Junior Skill (Laerdal®) - simulador de corpo inteiro com aparência de uma criança de 5 anos para realização de treinamento de RCP. Possui um indicador SkillGuide que permite visualizar a ventilação, a profundidade de compressão e o posicionamento das mãos, e se estão sendo realizados de forma aquedada e em tempo real.

Permite a inclinação da cabeça, elevação do queixo e posicionamento da mandíbula.

Exibe obstrução das vias aéreas, resistência para compressão e expansão do tórax de forma real.

Apresenta pontos de referência anatômicos relevantes à RCP em crianças.

### **ATORES**

Será utilizado um ator,

1º ator – Fará o papel do monitor da escola.

### **EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS**

Manequim - Simulador para treinamento de RCP em crianças;

Roupas, boné e tênis para o manequim;

Telefone

Avental do monitor com decoração infantil

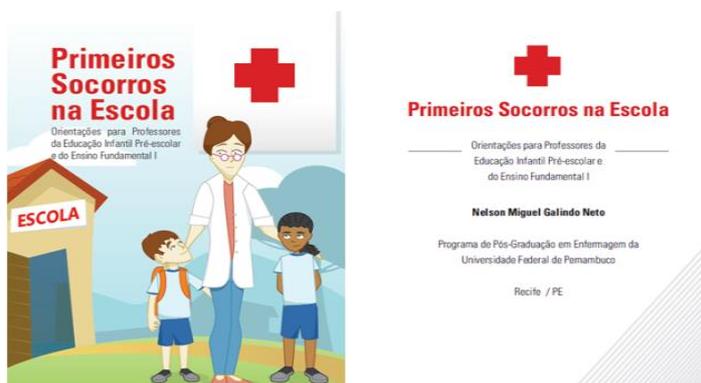
### **PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO**

Ter realizado leitura prévia do material educativo – Briefing- disponibilizado via e-mail com prazo de pelo menos uma semana antes a realização do cenário.

O material educativo utilizado será: \*NETO, N.M.G. Primeiros Socorros na Escola Orientações para Professores da Educação Infantil Pré-escolar e do Ensino Fundamental I. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal

---

de Pernambuco. Vale ressaltar que o autor autorizou o uso deste material.



## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

**João, 6 anos de idade, é portador de cardiopatia congênita.**

**João pede para ir ao banheiro e vai acompanhado de uma monitora.**

**No banheiro a monitora presencia um desmaio súbito da criança.**

## FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

**Introdutor: Vocês irão participar de um cenário onde serão os professores da escola “Construindo o Saber”. A proposta é simular uma intercorrência com uma criança, procurem considerar como real a situação. Vocês estarão acompanhados de um profissional que também trabalha na “Construindo o Saber”.**

**Ator 1 - monitor da escola:**

**“Professora, professora vem rápido!” O João estava no banheiro e de repente caiu no chão, o que será que ele tem? O que devemos fazer?**

## FLUXOGRAMA

Ações Esperadas	Agiu de Maneira Inadequada			

1- Identificou a PCR	1- Seguiu a cadeia de sobrevivência para leigos de forma errada;	1- Seguiu a cadeia de sobrevivência para leigos de forma errada;	1- Seguiu a cadeia de sobrevivência para leigos de forma errada;	1- Seguiu a cadeia de sobrevivência para leigos de forma errada;
2- Avaliou a Segurança do local;	2- Realizou checagem de pulso;  <b>Ator intervém dizendo:</b> você vai ficar tentando verificar o pulso, ele não está respirando, faz alguma coisa;	2- Realizou compressões e ventilação boca-a-boca;	2- Realizou compressões inadequadas ou adequadas e não chamou ajuda;	2- Molhou o rosto e elevou as pernas da vítima;
3- Avaliou a responsividade da vítima;	3- Se realizar respiração boca-a-boca;  <b>Ator intervém dizendo:</b> você não tem medo de fazer isso?	3- Chamou por ajuda;	<b>Fim de cenário</b>	<b>Fim de cenário</b>
4- Constatou ausência de respiração;	4- Se chamar ajuda e não intervir:  <b>Ator intervém dizendo:</b> a ajuda já foi acionada, mas o João não está conversando, nem respirando. Temos que fazer algo rápido!	<b>Fim de cenário</b>		
5- Delegou que alguém chamasse por	5- Se não realizar nenhuma intervenção;			

ajuda;		
6 – Verificou se a criança está deitada em local rígido;	<b>Fim de cenário</b>	
7 – Iniciou as compressões no tórax, sendo 100/120 movimentos por minuto, permitindo o retorno do tórax;		
8 – Seguiu corretamente a cadeia de sobrevivência para leigos		
<b>Fim de cenário</b>		

### **EMENTA DO DEBRIEFING**

- **Conceito de parada cardiorrespiratória (PCR) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP);**
  - **Principais causas de PCR na infância (distúrbios respiratórios, febre, convulsão, quedas, acidentes de trânsito, origem cardíaca);**
  - **Passos sobre as cadeias de sobrevivência da criança;**
  - **Importância de chamar ajuda;**
  - **Motivos de não verificar o pulso e importância das compressões;**
  - **Compressões de alta qualidade (posicionamento correto das mãos e dos braços; frequência adequada; profundidade adequada; retorno do tórax; minimização dos intervalos entre as compressões)**
  - **Motivos de não realizar respiração boca-a-boca;**
  - **Conceito e importância do uso do DEA, por mais que não haveria um DEA no local, seria interessante trazer para o público participante o uso desse equipamento, por estar**
-

---

presente na cadeia de sobrevivência a desfibrilação precoce.

**Questões principais:**

**INICIAR COM REFORÇO POSITIVO**

**Como você se sentiu participando da simulação? Qual sentimento/emoção em participar do cenário?**

**Você poderia descrever o cenário em que você atuou?**

**Quais foram os pontos positivos que você destaca em sua atuação? Os demais colegas têm algum ponto positivo para expor?**

**Agora, após a sua participação no cenário e sobre o que já levantamos de positivo durante o cenário, você faria algo diferente em algum momento?**

**Você considera que participar dessa atividade educativa ajudará a manejar uma queda seguida de corte e sangramento, na escola?**

## **REFERÊNCIA**

**NETO, N.M.G. Primeiros Socorros na Escola Orientações para Professores da Educação Infantil Pré-escolar e do Ensino Fundamental I. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**

**American Heart Association. Manual do aluno de SBV para profissionais de Saúde: impresso no Brasil.**

**Kleinman et al. Part 14: Pediatric Advanced Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010; 2: S875-S908.**

**Gonzalez e cols. Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar. Arq Bras Cardiol. 2013;100(2):105-113.**

---



## ANEXO A

## Parecer Consubstanciado do CEP

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UMA ATIVIDADE EDUCATIVA MEDIADA PELA SIMULAÇÃO

**Pesquisador:** Jaqueline Brosso Zonta

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62949716.7.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.945.962

**Apresentação do Projeto:**

O pesquisador pede inclusão de um objetivo de pesquisa, e para isso, insere também um instrumento. O resumo do projeto é alterado para:

Descrever o processo de construção e validação de uma atividade educativa mediada pela simulação sobre o manejo inicial das intercorrências clínicas e traumáticas na escola e validar o conteúdo dos instrumentos de pesquisa pré e pós atividade educativa (Escala visual analógica de percepção da autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências clínicas ou traumáticas na escola e Questionário de avaliação do conhecimento). **MATERIAIS E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo metodológico. A atividade educativa é composta por quatro cenários simulados e terá como público alvo professores de escolas de educação infantil e fundamental 1. Para validação dos cenários e instrumentos será constituído um grupo com vinte especialistas. Os critérios de elegibilidade serão: ter graduação em enfermagem e ter experiência profissional ou acadêmica na área de enfermagem pediátrica e/ou simulação. Os cenários e os instrumentos serão enviados por via eletrônica para cada participante. Quanto a análise dos dados, as respostas dos especialistas serão apresentadas

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.945.962

de forma descritiva. Todas as sugestões advindas da avaliação serão analisadas e incorporadas à intervenção.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Validar o conteúdo de uma atividade educativa mediada pela simulação sobre o manejo inicial das intercorrências clínica e traumáticas na escola.
- Validar o conteúdo dos instrumentos de pesquisa pré e pós atividade educativa (Escala visual analógica de percepção da autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências clínicas ou traumáticas na escola e Questionário de avaliação do conhecimento).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

-

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador alterou todos os documentos necessários após a inserção do novo objetivo.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_860981 E1.pdf	07/02/2017 10:51:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_validacao.pdf	07/02/2017 10:47:45	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Outros	carta_encaminhamento_emenda.pdf	07/02/2017 10:46:15	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	07/02/2017	Aline Cristiane	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 1.945.962

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10:45:28	Cavicchioli Okido	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	05/12/2016 15:46:01	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	05/12/2016 15:45:29	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Cronograma	Cronograma_validacao.pdf	05/12/2016 13:27:38	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 24 de Fevereiro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
(Coordenador)

## ANEXO B

### ESCALA DE SATISFAÇÃO COM AS EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIMULADAS

Instruções: Este questionário pretende avaliar a sua satisfação com as experiências clínicas simuladas. Não existem respostas certas ou erradas. Por Favor classifique os itens abaixo de um (1) a (10), assumindo 1 como o valor mais baixo e 10 como o valor mais alto.

<b>Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas</b>	<b>Classificação</b>
Satisfação global com as aulas práticas	
As aprendizagens conseguidas	
Motivação quando da vinda para as aulas práticas	
Dinamismo das aulas práticas	
Participação ativa nos cenários desenvolvidos	
Interação com os colegas	
Interação com os docentes	
Satisfação com o grau de dificuldade dos cenários	
Satisfação com a discussão pós-cenário (debriefing)	
Ligação dos cenários à teoria	
Adequação às temáticas desenvolvidas nas aulas TP *	
Produtividade durante as aulas práticas	
Realismo dos cenários desenvolvidos	
Credibilidade durante o cenário	
Qualidade do material utilizado nas práticas	
Qualidade do equipamento utilizado nas práticas	
Qualidade dos simuladores	

\*Aulas TP – Considerar a Cartilha de Primeiros Socorros enviada por e-mail (briefing)

## ANEXO C

## Parecer Consubstanciado do CEP

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Manejo das intercorrências clínicas e traumáticas nas escolas: contribuições de uma atividade educativa mediada pela simulação

**Pesquisador:** Jaqueline Brosso Zonta

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 65118117.9.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.066.931

**Apresentação do Projeto:**

Estudo quase experimental, do tipo pré e pós-teste desenvolvido junto a professores do ensino infantil e fundamental 1 de um município do interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados será realizada a partir de um instrumento de caracterização dos participantes, de questionário de avaliação do conhecimento e de aplicação de escala de Satisfação com as Experiências Clínicas Simuladas e Escala visual analógica de percepção da autoconfiança dos professores para atuarem em situações de intercorrências clínicas ou traumáticas na escola. Os dados obtidos serão analisados quantitativamente.

**Objetivo da Pesquisa:**

objetivo geral analisar as contribuições de uma atividade educativa mediada pela simulação e como objetivos específicos: Avaliar a percepção de autoconfiança dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências clínicas e traumáticas na escola, antes e após intervenção educativa; Avaliar o conhecimento dos professores com relação ao manejo inicial das intercorrências clínicas e traumáticas na escola, pré e pós intervenção educativa e seis meses após; Avaliar a satisfação dos professores diante da participação em uma intervenção educativa mediada pela simulação.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 2.066.931

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em termos de benefícios apontam a aquisição de conhecimento a respeito do manejo inicial das intercorrências clínicas e traumáticas que ocorrem na escola. E, quanto aos riscos mencionam o constrangimento e desconforto diante da participação ativa no cenário simulado. Diante deste último garantem a interrupção do estudo e ofertam-se para conforto e acolhimento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

---

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou todos os documentos.

**Recomendações:**

---

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O estudo atende às recomendações éticas. Recomendo aprovação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_852705.pdf	15/04/2017 12:48:26		Aceito
Outros	carta_pendencia.pdf	15/04/2017 12:46:40	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pendencia.pdf	15/04/2017 12:44:13	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	06/02/2017 11:04:43	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_secretaria_educacao.pdf	06/02/2017 10:48:10	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Orçamento	_orcamento.pdf	04/02/2017 22:07:45	Jaqueline Brosso Zonta	Aceito
Outros	oficio.pdf	04/02/2017 22:01:53	Jaqueline Brosso Zonta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_Professores.pdf	03/02/2017 22:17:08	Jaqueline Brosso Zonta	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.066.931

Ausência	TCLE_Professores.pdf	03/02/2017 22:17:08	Jaqueline Brosso Zonta	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/02/2017 22:02:22	Jaqueline Brosso Zonta	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 16 de Maio de 2017

---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
(Coordenador)