

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

BEATRIZ HELENA NADDAF CAMILO

Contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante
obstrução de vias áreas por corpo estranho em crianças menores de um ano

São Carlos-SP

2022

BEATRIZ HELENA NADDAF CAMILO

Contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante
obstrução de vias áreas por corpo estranho em crianças menores de um ano

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-SP

2022

Ficha Catalográfica

Helena Naddaf Camilo, Beatriz

Contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante obstrução de vias áreas por corpo estranho em crianças menores de um ano. / Beatriz Helena Naddaf Camilo -- 2022. 111f.

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

Orientador (a): Aline Cristiane Cavicchioli Okido

Banca Examinadora: Aline Helena Appoloni Eduardo, Ana Angélica Lima Dias

Bibliografia

1. Simulação. 2. Obstrução das vias respiratórias. 3. Criança. I. Helena Naddaf Camilo, Beatriz. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

Folha de aprovação

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Mestrado da candidate Beatriz Helena Naddaf Camilo realizada em 25/02/2022:



Prof. Dr. Aline Cristiane Caviocchioli Okido
Instituição: Universidade Federal de São Carlos



Prof. Dr. Aline Helena Appoloni Eduardo
Instituição: Universidade Federal de São Carlos



Prof. Dr. Ana Angélica Lima Dias
Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei

Dedicatória



Dedico este trabalho aos seres de extrema luz que, durante a passagem nesta vida terrena, me mostraram diariamente o que é amar e ser amada. **Vó Nilva e Vô Fouad**, vocês foram, são e sempre serão minha motivação para continuar seguindo. Hoje, estamos fisicamente distantes, mas permanecemos conectados em pensamento e em coração. Sei que vocês sentem todo o meu amor, assim como eu sinto o de vocês diariamente...

“A vida significa tudo o que ela sempre significou; o fio não foi cortado. Porque eu estaria fora de seus pensamentos, agora que estou apenas fora de suas vistas? Eu não estou longe, apenas estou do outro lado do Caminho...”

Santo Agostinho.

Agradecimentos



A decorative flourish consisting of a horizontal line with curved ends, positioned below the word 'Agradecimentos' and the hearts.

Agradeço...

Ao meu **Pai Maior**, minha força, por me auxiliar nesta passagem e por, diariamente, me conduzir para ser uma pessoa resiliente. Sinto sua presença e cuidado e em meio aos tantos acontecimentos ao longo deste caminho. *“Ele enxugará dos teus olhos toda lágrima.”*

À **espiritualidade** por não me desamparar nos momentos mais difíceis. Em meio às lágrimas e medo, lembro do quão protegida e abençoada sou. Em meio às conquistas, sei o quanto elas tiveram uma intercessão maior. Gratidão por nutrirem em mim tanta fé e tanta força, que eu nem imaginava ter. Axé!

Aos meus pais, **Maria do Carmo e Carlos**, por lutarem diariamente comigo, abraçarem meus sonhos e nunca me deixarem desistir. Obrigada pelo cuidado, zelo e AMOR que diariamente me demonstram. Vocês são o meu sustento e sem o amparo de vocês, eu nada seria! Vocês são a maior prova de luz e amor que existem nos meus dias. Amo vocês com todo meu coração!

Aos meus tios **Fátima e Hélio** e meu primo **Felipe**, por me mostrarem o que significa ter uma família. Sou grata por acompanharem cada sonho e por caminhar ao meu lado nesta jornada! Amo vocês! *“Família é o nosso conjunto de laços mais querido [...] é quem está do nosso lado nos momentos mais difíceis”.*

À **Taynnara**, por me dar a oportunidade de conhecer o prazer e a benção que é ter uma melhor amiga. Obrigada por ser minha parceira de jornada e por me permitir vivenciar uma amizade tão linda, rica e verdadeira. Ainda que em alguns momentos distantes fisicamente, estamos sempre conectadas pelo laço que nos une. Você é meu presente! Nossa amizade é minha âncora. *You are my person!*

Ao **Carlos**, por ser meu melhor amigo, por se preocupar tanto com meu coração e, diariamente, cuidar de mim com tanto zelo. Obrigada por estar ao meu lado em momentos tão difíceis; por ser meu consolo em tantos dias cinzentos; por me reerguer e caminhar ao meu lado, apoiando meus sonhos. Obrigada por sermos o que somos um para o outro!

À **Jaqueline**, minha parceira de trabalho, de vida acadêmica e de vida. Obrigada pela nossa amizade, pelos conselhos, incentivos e risos! Obrigada por tudo que estamos construindo!

À **Larissa**, minha dupla de pesquisa, por tanto me ajudar e dividir tantos momentos. Enfim, conseguimos!

À minha querida professora **Aline Okido**, pela paciência, apoio e carinho desde nosso primeiro contato. Obrigada por acreditar em mim e no meu potencial e me motivar todos os dias na busca pela excelência. Obrigada por me acolher e me tratar como uma filha. Meu carinho e admiração por você são indescritíveis! Você é meu espelho. Essa conquista também é sua! Minha gratidão por você será eterna!

Às mães que participaram deste trabalho e fizeram essa pesquisa acontecer de forma rica.

Às professoras que puderam ler este trabalho, por ocasião do exame de qualificação e defesa, pelas ricas contribuições.

A todos os funcionários e professoras que compõem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, pelo acolhimento e contribuições para minha formação e por me auxiliarem a realizar um grande sonho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo acolhimento e conhecimentos oferecidos na disciplina que pude cursar ao longo desta etapa.

Guardo em meu coração a gratidão a todos que se mostraram presentes neste sonho e que me impulsionaram a torná-lo realidade!

*Eis o meu segredo: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos.
Os homens esqueceram essa verdade, mas tu não a deves esquecer.
Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas!*



Antoine de Saint-Exupéry

Resume

A decorative flourish consisting of a horizontal line with curved ends, and three small hearts positioned in the center of the line.

Camilo, B.H.N. **Contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante obstrução de vias áreas por corpo estranho em crianças menores de um ano.** 2022. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2022.

Resumo

Objetivo: analisar as contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante situação de obstrução de vias áreas por corpo estranho em crianças menores de um ano e identificar os fatores relacionados. **Método:** trata-se de um estudo quase experimental, do tipo pré e pós-teste realizado com mães de crianças menores de um ano. Foi adotada a telesimulação enquanto intervenção educativa aplicada por meio da plataforma de comunicação *on-line* de acesso livre Google Hangouts®. A coleta de dados foi organizada em quatro etapas: pré-teste, telesimulação, pós teste imediato e tardio (60 dias após intervenção). Na telesimulação, o vídeo referente ao desenvolvimento do cenário simulado foi transmitido. Após, foi conduzido o processo de *debriefing*, momento que ocorreu a discussão sobre as percepções acerca do vídeo assistido de modo a emergir reflexões e possibilitar a construção conjunta do conhecimento. As demais etapas da pesquisa se basearam na aplicação de três instrumentos convertidos para o formato *on-line*: instrumento de caracterização sócio demográfica, questionário de avaliação do conhecimento e escala de autoeficácia geral percebida. As pontuações de conhecimento e autoeficácia foram tratadas como variáveis desfechos e as variáveis independentes foram aquelas oriundas do instrumento de caracterização, as quais foram: idade materna, ocupação, escolaridade, número de filhos e experiência prévia com engasgo. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva e analítica. **Resultados:** participaram do estudo 49 mães com média de idade de 30,2 anos e filhos com média de idade de 3,9 meses. Foi observado diferença significativa na pontuação de conhecimento entre as três avaliações ($p < 0,001$), indicando aumento no conhecimento após intervenção. Os escores de autoeficácia não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as três avaliações ($p = 0,385$). Com relação ao conhecimento, permaneceram com significância estatística no modelo de regressão linear multivariado as seguintes relações: conhecimento pré-teste e experiência de engasgo de outra criança ($p = 0,012$); promoção do conhecimento imediato com engasgo de outra criança ($p = 0,040$) e escolaridade ($p = 0,006$); promoção do conhecimento tardio com ocupação ($p = 0,012$) e engasgo de outra criança ($p = 0,011$). **Conclusão:** a telesimulação promoveu conhecimento sobre prevenção e manejo da obstrução de vias aéreas por corpo estranho entre mães de crianças menores de um ano. Mães que vivenciaram situação de engasgo anteriormente apresentaram melhor desempenho nos três momentos, aspecto que reforça o potencial de estratégias que utilizam cenários simulados para promover conhecimento.

Descritores: Enfermagem. Simulação. Conhecimento. Autoeficácia. Obstrução das vias respiratórias. Criança.

Abstract

A decorative flourish consisting of a horizontal line with curved ends, and three small hearts positioned in the center of the line.

Camilo, B.H.N. **Contributions of telesimulation on self-efficacy and knowledge of mothers regarding airway obstruction by a foreign body in children under one year of age.** 2022. Master's Thesis – Graduate Nursing Program, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2022.

Abstract

Objective: to analyze the contributions of telesimulation in the self-efficacy and knowledge of mothers in the situation of obstruction of the airways by a foreign body in children under one year old and to identify the related factors. **Method:** this is a quasi-experimental study, of the pre- and post-test type, carried out with mothers of children under one year of age. Telesimulation was adopted as an educational intervention applied through the free online communication platform Google Hangouts®. Data collection was organized into four stages: pre-test, telesimulation, immediate and late post-test (60 days after intervention). In the telesimulation, the video referring to the development of the simulated scenario was broadcast. Afterwards, the debriefing process was conducted, when the discussion about the perceptions about the watched video took place in order to emerge reflections and enable the joint construction of knowledge. The other stages of the research were based on the application of three instruments converted to online format: socio-demographic characterization instrument, knowledge assessment questionnaire and perceived general self-efficacy scale. Knowledge and self-efficacy scores were treated as outcome variables and the independent variables were those derived from the characterization instrument, which were: maternal age, occupation, education, number of children and previous experience with choking. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics. **Results:** 49 mothers with a mean age of 30.2 years and children with a mean age of 3.9 months participated in the study. A significant difference was observed in the knowledge score between the three assessments ($p < 0.001$), indicating an increase in knowledge after the intervention. The self-efficacy scores showed no statistically significant difference between the three assessments ($p = 0.385$). Regarding knowledge, the following relationships remained with statistical significance in the multivariate linear regression model: pre-test knowledge and another child's choking experience ($p = 0.012$); promotion of immediate knowledge with the choking of another child ($p = 0.040$) and schooling ($p = 0.006$); promotion of late knowledge with occupation ($p = 0.012$) and choking of another child ($p = 0.011$). **Conclusion:** telesimulation promoted knowledge about the prevention and management of foreign body airway obstruction among mothers of children under one year of age. Mothers who had previously experienced choking presented better performance in the three moments, an aspect that reinforces the potential of strategies that use simulated scenarios to promote knowledge.

Descriptors: Nursing. Simulation. Knowledge. Self-efficacy. Airway obstruction. Child.

Resumen

A decorative flourish consisting of a horizontal line with curved ends, and three small hearts positioned in the center of the line.

CAMILO, B.H.N. **Aportes de la telesimulación sobre la autoeficacia y conocimiento de las madres respecto a la obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño en niños menores de un año.** 2022. Disertación (Maestría) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2022.

Resumen

Objetivo: analizar las contribuciones de la telesimulación en la autoeficacia y conocimiento de las madres en situación de obstrucción de las vías respiratorias por cuerpo extraño en niños menores de un año e identificar los factores relacionados. **Método:** se trata de un estudio cuasiexperimental, del tipo pre y postest, realizado con madres de niños menores de un año. Se adoptó la telesimulación como intervención educativa aplicada a través de la plataforma de comunicación en línea gratuita Google Hangouts®. La recolección de datos se organizó en cuatro etapas: pretest, telesimulación, postest inmediato y tardío (60 días después de la intervención). En la telesimulación se difundió el video referente al desarrollo del escenario simulado. Posteriormente, se llevó a cabo el proceso de debriefing, donde tuvo lugar la discusión sobre las percepciones sobre el video visionado para generar reflexiones y posibilitar la construcción conjunta de conocimientos. Las demás etapas de la investigación se basaron en la aplicación de tres instrumentos convertidos a formato online: instrumento de caracterización sociodemográfica, cuestionario de evaluación de conocimientos y escala de autoeficacia general percibida. Los puntajes de conocimiento y autoeficacia fueron tratados como variables de resultado y las variables independientes fueron aquellas derivadas del instrumento de caracterización, las cuales fueron: edad materna, ocupación, escolaridad, número de hijos y experiencia previa con atragantamiento. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y analítica. **Resultados:** Participaron del estudio 49 madres con edad media de 30,2 años y niños con edad media de 3,9 meses. Se observó una diferencia significativa en el puntaje de conocimiento entre las tres evaluaciones ($p < 0,001$), lo que indica un aumento en el conocimiento después de la intervención. Las puntuaciones de autoeficacia no mostraron diferencia estadísticamente significativa entre las tres evaluaciones ($p = 0,385$). En cuanto al conocimiento, se mantuvieron con significancia estadística en el modelo de regresión lineal multivariado las siguientes relaciones: conocimiento previo a la prueba y experiencia de atragantamiento de otro niño ($p = 0,012$); promoción del conocimiento inmediato con el atragantamiento de otro niño ($p = 0,040$) y escolarización ($p = 0,006$); promoción de conocimiento tardío con ocupación ($p = 0,012$) y atragantamiento de otro niño ($p = 0,011$). **Conclusión:** la telesimulación promovió el conocimiento sobre la prevención y el manejo de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño entre las madres de niños menores de un año. Las madres que previamente habían experimentado atragantamiento presentaron mejor desempeño en los

tres momentos, aspecto que refuerza el potencial de las estrategias que utilizan escenarios simulados para promover el conocimiento.

Descriptores: Enfermería. Simulación. Conocimiento. Autoeficacia. Obstrucción de la vía aérea. Niño.

Lista de abreviaturas e siglas



OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpo estranho

IVC – Índice de Validação de Conteúdo

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

USS – Unidade de Simulação em Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

NLN – Nursing Education Simulation Framework

Lista de Tabelas,
Quadro e Figura



Tabela 1: Caracterização das mães de crianças menores de um ano (n=49) segundo variáveis categóricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 2: Caracterização das mães de crianças menores de um ano segundo variáveis numéricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 3: Análise comparativa dos escores de conhecimento entre as três avaliações (pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste tardio). São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 4: Análise comparativa dos escores de conhecimento entre as variáveis categóricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 5. Correlação de Spearman entre os escores de conhecimento e as variáveis numéricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 6. Relação entre os escores de conhecimento e as variáveis de interesse segundo modelo de regressão linear simples. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 7. Relação entre os escores de conhecimento e as variáveis de interesse segundo modelo de regressão linear multivariado. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 8: Análise comparativa dos escores de autoeficácia entre as três avaliações (pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste tardio). São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 9: Análise comparativa dos escores de autoeficácia entre as variáveis categóricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 10. Correlação de Spearman entre os escores de autoeficácia e as variáveis numéricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 11. Relação entre os escores de autoeficácia e as variáveis de interesse segundo modelo de regressão linear simples. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Tabela 12. Relação entre os escores de conhecimento e as variáveis de interesse segundo modelo de regressão linear multivariado. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Figura 1. Diagrama referente a etapa de coleta de dados. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Quadro 1. Índice de validação de conteúdo (IVC) do Questionário de Avaliação do Conhecimento. São Carlos, SP, Brasil, 2020.

Sumário



1. Introdução.....	26
1.1. Acidentes domésticos na infância	27
1.2. Obstrução de vias aéreas por corpo estranho- OVACE.....	28
1.3. Estratégias educativas sobre prevenção e manejo do engasgo e suas repercussões no conhecimento e autoeficácia	29
2. Justificativa do estudo	33
3. Objetivo.....	35
4. Método.....	37
4.1. Tipo de estudo	38
4.2. Participantes do estudo.....	38
4.2.1. Recrutamento das participantes	38
4.3. Coleta de dados	38
4.3.1. Pré-teste.....	39
4.3.2. Telesimulação	40
4.3.3. Pós-teste imediato	41
4.3.4. Pós-teste tardio	41
4.4. Organização e análise dos dados.....	42
4.5. Procedimentos éticos da pesquisa	43
5. Construção e validação do questionário e do cenário simulado	44
5.1. Construção e validação do Questionário de avaliação do conhecimento	45
5.2. Construção e validação do cenário simulado	50
6. Resultados.....	52
6.1. Caracterização das participantes	53
6.2. Contribuições da telesimulação no conhecimento	54
6.3. Contribuições da telesimulação na autoeficácia	58
7. Discussão.....	63

8. Conclusão.....	68
Referências.....	70
Apêndices.....	74
Anexos.....	102

1. Introdução



Para a apresentação do objeto de estudo desta investigação, optou-se pela divisão em três capítulos. Inicialmente, será apresentado os principais acidentes domésticos que acontecem na infância. A seguir, será dado destaque a problemática da obstrução das vias aéreas por corpo estranho com ênfase nas complicações decorrentes da situação. Na sequência, será apresentado um panorama das estratégias educativas sobre prevenção e manejo do engasgo e suas repercussões no conhecimento e na autoeficácia.

1.1. Acidentes domésticos na infância

De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, em 2015 foram registradas 2441 mortes de crianças na faixa etária de 0 a 14 anos, vítimas de acidentes domésticos (BRASIL, 2020). Ao analisar as principais causas de morte em crianças de 01 a 14 anos, os acidentes de trânsito, afogamento e sufocação ganharam destaque. No ano de 2018, foram contabilizadas 3318 mortes por acidentes domésticos, sendo 600 por sufocação entre menores de um ano (BRASIL, 2020).

Em um estudo realizado num pronto socorro pediátrico de São José dos Campos a procura por atendimento de emergência em decorrência dos acidentes infantis correspondeu a 12,1% dos atendimentos. Segundo os autores, esse percentual é preocupante, pois esses tipos de acidentes são, em sua maioria, preveníveis (FILÓCOMO et al., 2017). Na mesma direção, o estudo iraniano de Mirahmadizadeh e colaboradores (2020), cujo objetivo foi investigar a incidência de diferentes causas de acidentes em crianças menores de seis anos, mostrou que a incidência anual de acidentes em crianças foi de 16% sendo as queimaduras, quedas e colisões com objetos os mais comuns. Os autores relataram ainda que a maioria dos acidentes ocorrem entre as crianças do sexo masculino e dentro do domicílio.

As crianças constituem o grupo mais vulnerável em relação aos acidentes e desastres, pois quanto maior a imaturidade, menor é a sua capacidade de perceber riscos, além de sua vulnerabilidade e dependência de terceiros no que diz respeito à segurança. Além disso, nessa faixa etária, as crianças iniciam a interação com o ambiente, colocando objetos na boca e em outros orifícios, decorrentes do comportamento curioso associado ao desenvolvimento neuropsicomotor, sem ter a capacidade de prever situações de perigo iminente. O domicílio, por ser o local onde as crianças passam a maior parte do tempo, é onde a ocorrência dos acidentes torna-se mais frequente (BRITO, PEDROSO, MARTINS, 2016, RIBEIRO et al., 2019).

Brito e colaboradores (2016), evidenciaram que a gravidade da lesão provocada por um acidente doméstico está diretamente relacionada ao nível de supervisão de um adulto; ou seja, quanto menor a supervisão, maior a gravidade da lesão. Dessa forma, é necessária a implementação de medidas de prevenção dos acidentes domésticos, com atenção especial ao período de maior permanência das crianças no ambiente domiciliar (como nas férias escolares e finais de semana), de modo a aumentar a supervisão e, conseqüentemente, diminuir os acidentes nesse ambiente.

A literatura nacional e internacional tem apontado questões importantes relacionadas à prevalência dos acidentes domésticos em crianças associadas à pandemia da COVID-19. Com as restrições sociais impostas, houve um aumento significativo do tempo de permanência das crianças dentro do lar, o que não é sinônimo de melhores condições de bem-estar e segurança. Embora os adultos também passem um tempo maior em casa, há um nível elevado de preocupações, fato que tende a prejudicar a qualidade das interações e supervisão com relação aos filhos. Destaca-se que os acidentes se tornaram mais frequentes à medida em que o tempo de isolamento social era aumentado. Dentre os principais acidentes relatados no período de isolamento social relatados pela mídia destaca-se afogamento, quedas e sufocação. Esses acidentes foram responsáveis por taxas significativas de hospitalizações e óbitos em crianças que estão na faixa etária de desenvolvimento e descobertas (MARCHETTI et al., 2020; BRESSAN et al., 2020).

1.2.Obstrução de vias aéreas por corpo estranho- OVACE

Define-se corpo estranho como uma substância ou objeto que atinge desprevenidamente o corpo ou suas cavidades, podendo ser ingerido ou introduzido no conduto auditivo ou nas narinas, apresentando maior perigo quando aspirado para o pulmão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019). Popularmente, a obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) é conhecida como engasgo. Para tanto, neste estudo, OVACE e engasgo foram tratados como sinônimos. De acordo com Bezerra e colaboradores (2014), aproximadamente 80% dos casos de OVACE acontecem em crianças e mundialmente, representa 53% dos acidentes infantis (SILVA et al., 2021).

Há diversos fatores associados à prevalência do engasgo nessa faixa etária, estando relacionados à anatomia e fisiologia da criança (menor calibre das vias aéreas, o que aumenta a possibilidade de obstrução total das vias aéreas/asfixia; falha no reflexo de fechamento da laringe; ausência dos molares-responsáveis pela mastigação; incoordenação entre sucção e

deglutição) e desenvolvimento neuropsicomotor (comportamento de exploração oral; falar, chorar ou mover-se enquanto come) (LUMSDEN, COOPER, 2016).

O corpo estranho aspirado é variável a depender da região global. Deste modo, 91% dos casos ocidentais são decorrentes da aspiração de materiais orgânicos, sendo o amendoim responsável por metade dessa taxa. No sudeste da Ásia e China, a elevada taxa de aspiração se deu por ossos. Já no Egito, Turquia e Grécia, as taxas de engasgo foram altas em decorrência de sementes de melancia, girassóis e abóboras. Tais diferenças podem ser explicadas pelos distintos hábitos alimentares ao redor do mundo (SALIH, ALFAKI, ALAM-ELHUDA, 2016).

Cerca de 68% dos corpos estranhos removidos por broncoscopia podem ser identificáveis, sendo que os mais comumente encontrados são nozes, pistache, sementes de melancia e amendoim (RONEN, KANELO, SHOR, ASHKAR, 2019). A literatura também documenta engasgo causado por uvas, comprimidos, ameixas, tomate cereja e milho (LANDONI et al., 2020).

A OVACE é uma emergência com grave risco à vida de crianças, uma vez que é a principal causa de morte acidental em crianças e a quarta entre pré-escolares menores de 5 anos. Desse público, 80% dos casos estão abaixo de três anos, com maior frequência entre um a dois anos (SALIH, ALFAKI, ALAM-ELHUDA, 2016; BRKIC et al., 2018). Nesta direção, um estudo desenvolvido por Wu e colaboradores (2018) evidenciou que das 63 crianças vítimas de engasgo admitidas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um Hospital Universitário nos 2010 a 2017, 44% evoluíram a óbito.

1.3. Estratégias educativas sobre prevenção e manejo do engasgo e suas repercussões no conhecimento e autoeficácia

Diante do exposto, entende-se que apostar em intervenções educacionais com relação ao engasgo é fundamental para conscientizar os pais sobre as formas de manejo e prevenção do acidente e torna-los mais confiantes para agir frente a uma intercorrência. É recomendável que este tipo de intervenção seja empregada antes do nascimento, durante as consultas de pré-natal. Quando se investe em estratégias a fim de aumentar o conhecimento dos pais e cuidadores de crianças, diretamente se está reduzindo os gastos da saúde pública com internações e consequentes intervenções, além de reduzir o número de sequelas e/ou óbitos decorrentes (LORENZONI et al., 2019).

Segundo revisão integrativa desenvolvida por Silva e colaboradores (2021) que objetivou analisar as tecnologias desenvolvidas para educação em saúde relacionada a OVACE,

existem uma gama de tecnologias educacionais para este fim com destaque para os aplicativos, cursos on-line, websites, animações, dentre outros, com potencial aplicabilidade. Tais tecnologias digitais proporcionam difusão em massa de conhecimento, são atrativas, práticas e de fácil acesso tanto para profissionais de saúde como para a população leiga.

Lorenzoni e colaboradores (2019) desenvolveram um estudo do tipo ensaio clínico randomizado com o objetivo de comparar três diferentes estratégias de intervenção para a prevenção de engasgo alimentar entre familiares. A ação aplicada foi composta por uma palestra sobre prevenção de engasgo alimentar, seguida pelo treino das manobras de desobstrução e disponibilização de um curso *on-line* para reforçar o conteúdo. O que diferenciava as estratégias que foram comparadas foi a forma de aplicação entre os grupos de familiares. Assim, no primeiro grupo a atividade educativa foi ministrada diretamente às famílias; no segundo, os professores foram capacitados e estes repassaram às famílias. Por fim, os profissionais de saúde da escola receberam a capacitação e reproduziram entre os professores, os quais aplicaram entre os familiares. Pós-intervenção, os escores de conhecimento dos familiares superaram significativamente os do grupo controle independentemente da estratégia. Os resultados deste estudo sugerem que uma intervenção mediada por professores também é eficaz para aprimorar o conhecimento sobre a prevenção de lesões por engasgo entre as famílias de crianças.

Já o estudo quase-experimental publicado por Bentivegna e colaboradores (2018) avaliou o efeito da aplicação de um vídeo educativo de aproximadamente cinco minutos de duração onde duas mães discutiam sobre os perigos da asfixia no ambiente da cozinha em comparação com a aplicação de um vídeo de um minuto sobre segurança da criança de maneira geral (grupo controle). Os resultados mostraram que os escores de conhecimento foram significativamente maiores no pós-teste imediato ao comparar grupo intervenção e grupo controle ($p = 0,001$).

Os estudos que analisam as contribuições das atividades educativas relacionadas à prevenção e ao manejo do engasgo entre as famílias, geralmente, consideram o conhecimento sobre a temática como principal indicador, conforme exemplificado nos estudos supracitados. Todavia, outro indicador comumente analisado é a autoeficácia, conceito que reflete a crença do indivíduo nas suas capacidades cognitivas, motivacionais, afetivas e comportamentais para lidar com uma determinada situação ou desempenhar uma tarefa (BANDURA, 2006). A autoeficácia parental também é avaliada em estudos desta natureza e trata-se de um conceito de autoeficácia específico para a paternidade que se refere à crença interna dos genitores sobre sua capacidade de atender acertadamente às necessidades de seus filhos (MATHEWS et al., 2016).

Nesta perspectiva, foi realizado um estudo no Egito para avaliar o efeito de uma intervenção educativa sobre acidentes domésticos, dentre eles o engasgo, no conhecimento, atitude e autoeficácia de mães de crianças em idade pré-escolar residentes na área rural. Esta intervenção era constituída por visitas domiciliares com apresentação de vídeos educacionais, discussão do conteúdo e entrega de *folders* educativos sobre a temática. Segundo os autores, as pontuações de conhecimento e autoeficácia apresentaram aumento estatisticamente significativo após aplicação da intervenção (EL SEIFI et al., 2018).

Na Irlanda foi desenvolvido um estudo do tipo coorte prospectivo com uma amostra de mulheres grávidas e seus parceiros. A intervenção se baseou num programa de *e-learning* composto por vídeos curtos sobre manobras de ressuscitação cardiopulmonar e manobras de desobstrução das vias aéreas e entrega de uma fronha personalizada para ser utilizada em um travesseiro de tamanho padrão. O manequim de travesseiro mostra o contorno do rosto e do peito de um bebê de um lado e das costas do bebê no verso. Os participantes foram estimulados a assistirem aos vídeos e a realizar a prática no travesseiro repetidas vezes. Nesta investigação foram avaliadas a confiança em agir diante do engasgo de um bebê e em realizar a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e, segundo os resultados, o programa de *e-learning* associado a prática no manequim de travesseiro afetou significativamente a confiança desses futuros pais ($p < 0,001$) (BARRY et al., 2019).

Intervenções educativas mediadas pela simulação são cada vez mais recomendadas como estratégia educacional entre estudantes e profissionais da área da saúde. Após revisão da literatura recente, não foi identificado nenhum estudo que empregou a simulação para abordar especificamente a prevenção e manejo da OVACE entre mães, contudo, há avanços com relação à utilização da simulação entre leigos como os familiares e cuidadores de crianças com complexidades médicas egressas da unidade de terapia intensiva neonatal (ARNOLD et al. 2016); entre cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde em processo de alta hospitalar (SILVA et al, 2021). Outra modalidade de intervenção que vem ganhando notoriedade, especialmente diante das restrições sociais provocadas pela pandemia da COVID-19 é a telesimulação.

Define-se telesimulação como sendo um processo pelo qual os recursos de telecomunicação e da simulação são utilizados concomitantemente para fins educacionais ou avaliativos. Na telesimulação, a interação entre os participantes e facilitador se dá por meio de

plataformas virtuais; os participantes se encontram em local externo, ou seja, distantes do centro de simulação ou instituição de saúde (McCOY et. al, 2017).

Existe uma variedade de configurações de telesimulação a depender do domínio de aprendizagem que se busca promover com a atividade. Contudo, os resultados da aprendizagem se concentram mais nas habilidades cognitivas e comportamentais do que habilidades técnicas (NAIK et al., 2020; DIAZ, WALSH, 2020). Ao propor uma telesimulação alguns pontos devem ser considerados, como acesso e qualidade da internet e recursos áudio visuais de boa qualidade, a fim de garantir o envolvimento dos participantes e, por conseguinte, maximizar as oportunidades de aprendizagem.

Diante da importância de se desenvolver ações educativas sobre prevenção e manejo do engasgo entre mães, bem como pela telesimulação ser uma modalidade educativa pouco explorada entre leigos e viável diante das restrições sociais, a presente investigação estabeleceu a seguinte questão de pesquisa: qual a contribuição de uma atividade educativa mediada pela telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante situação de OVACE em crianças menores de um ano?

2. Justificativa do estudo



Os indicadores de saúde evidenciam que o engasgo é responsável por altos índices de hospitalização e óbitos em crianças, especialmente na faixa etária de um a três anos. Esse cenário reforça a urgência em incorporar sistematicamente ações educativas com o objetivo de ampliar o conhecimento de mães acerca das medidas de prevenção e manejo do engasgo.

Justifica-se a escolha de mães de crianças menores de um ano porque é nesta faixa etária que se inicia a interação e exploração do ambiente potencializando os riscos de acidentes domésticos, em especial a OVACE. Ressalta-se também que as manobras de desengasgo a serem realizadas nesta faixa etária diferem de uma criança maior.

Também, justifica-se o desenvolvimento deste estudo pelo seu caráter inovador ao produzir conhecimento acerca das contribuições de intervenções educativas mediadas pela simulação, em especial pela telesimulação, entre pessoas leigas, isto é, que não são estudantes ou profissionais da saúde.

3. Objetivo



Analisar as contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças menores de um ano e identificar os fatores relacionados.

4. Método



4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quase experimental do tipo pré e pós-teste (POLIT; BECK, 2011).

4.2. Participantes do estudo

Participaram do estudo mães de crianças menores de um ano. Os critérios de elegibilidade foram: ser mãe de criança menor de um ano de idade, ter acima de 18 anos de idade e ter participado de todas as etapas de coleta de dados. Não houveram critérios de exclusão.

4.2.1. Recrutamento das participantes

Para recrutar de modo remoto potenciais participantes, foi criado um *folder* explicativo (APÊNDICE A) que continha os objetivos do estudo, um convite para participação e um *link* para acesso a um formulário da plataforma Google Forms®. Esse *folder* foi amplamente divulgado nas redes sociais das pesquisadoras (WhatsApp®, Facebook ® e Instagram ®) e em websites de notícias da região.

4.3. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre abril e setembro de 2021 e foi desenvolvida em quatro etapas, as quais foram: pré-teste, telesimulação, pós-teste imediato e pós-teste tardio. Para melhor compreensão das etapas de coleta de dados, será apresentado a seguir um diagrama (FIGURA 1).

Ao acessar o *link* disponibilizado no *folder*, as participantes encontravam inicialmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) e somente após manifestação de concordância em participar da pesquisa, as mesmas tinham acesso as etapas da coleta de dados, conforme detalhado a seguir.

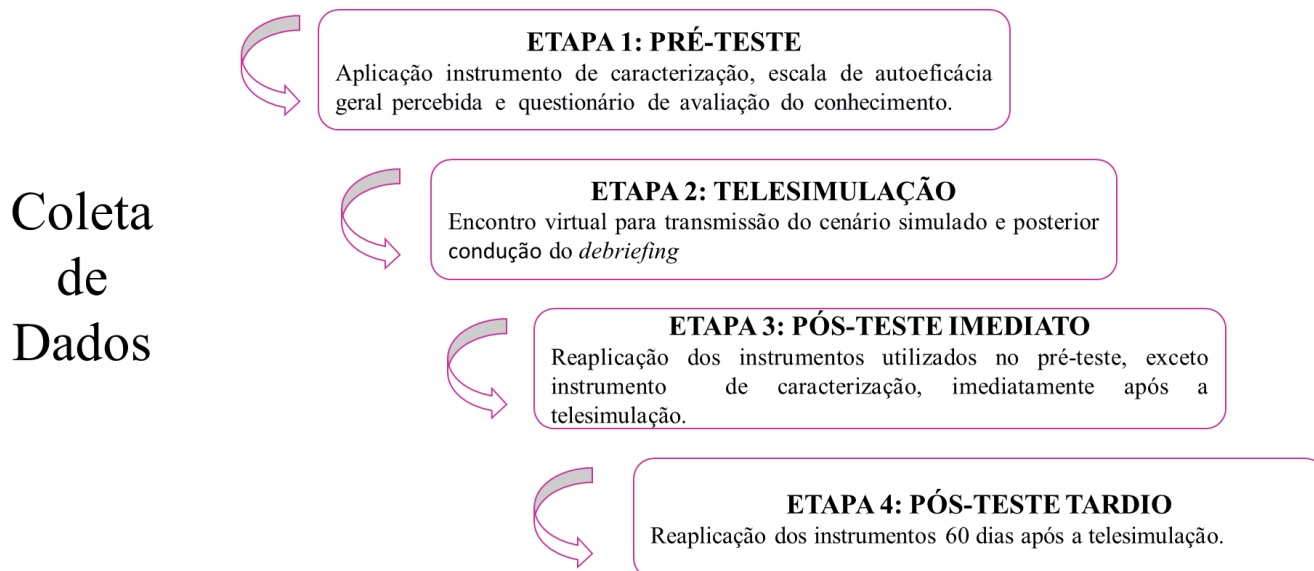


Figura 1 - Diagrama referente a etapa de coleta de dados. São Carlos, SP, Brasil. 2021

4.3.1. Pré-teste

Após manifestação de concordância em participar da pesquisa, as participantes tinham acesso a primeira etapa do estudo, ou seja, ao pré-teste. Nesta etapa, as mães responderam aos seguintes instrumentos, devidamente convertidos para o formato *on-line*: instrumento de caracterização, escala de autoeficácia geral percebida e questionário de avaliação do conhecimento. O tempo médio aproximado para responder aos instrumentos foi de 30 minutos. A seguir, tem-se a apresentação detalhada dos instrumentos de pesquisa:

1. Instrumento de caracterização dos participantes: organizado com dados de identificação das mães como endereço eletrônico, data de nascimento, escolaridade, estado marital, ocupação, número de filhos, data de nascimento da criança, experiência prévia com situação de engasgo e experiência como profissional de saúde (APÊNDICE C).
2. Escala de autoeficácia geral percebida (EAGP): a primeira versão foi desenvolvida em 1979 por Schwarzer e Jerusalém no idioma alemão, contendo 20 itens. Em 1981, a escala foi reduzida para dez itens e posteriormente foi sendo traduzida e adaptada para 30 idiomas. Foi validada na população brasileira por Sbicigo, Teixeira, Dias e Dell'Aglio (2012). É uma escala unidimensional constituída por 10 itens com quatro possibilidades de resposta: 1 = “Não é verdade a meu respeito”; 2 = “É dificilmente

verdade a meu respeito”; 3 = “É moderadamente verdade a meu respeito”; e 4 = “É totalmente verdade a meu respeito”. O total da escala resulta da soma dos valores de todos os itens. Quanto maior o valor, maior é a autoeficácia geral percebida (ANEXO I).

3. Questionário de avaliação do conhecimento: questionário construído pela pesquisadora em parceria com os demais integrantes do grupo de pesquisa. Possui 30 afirmações subdivididas em quatro temas: conhecimento acerca do engasgo, prevenção do engasgo, reconhecimento do engasgo e manejo diante o engasgo. Para cada afirmação há 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: 0-14 acertos: baixo desempenho; 15-23 acertos: bom desempenho e 24-30 acertos: ótimo desempenho. O questionário também permite tratar o desempenho como variável numérica, com pontuações que variam entre zero a 30 pontos (APÊNDICE D). Este questionário foi submetido à validação do conteúdo por juízes especialistas, conforme processo detalhado em seção específica (Capítulo 5).

Ainda no formulário *on-line*, após responderem aos instrumentos, eram disponibilizadas algumas datas e horários para agendamento da telesimulação. Deste modo, as participantes agendavam sua participação de acordo com suas disponibilidades. Também, selecionavam se preferiam receber os materiais para leitura e a confirmação da realização da telesimulação via e-mail ou WhatsApp®.

A partir do meio de comunicação de escolha da participante, foram enviados dois materiais para leitura prévia. Toda orientação, tarefa ou atividade projetada pelo educador que ocorre em momento anterior ao desenvolvimento do cenário é denominada *prebrieffing* (CHAMBERLAIN, 2015). Para tanto, neste estudo considerou-se a leitura da cartilha educativa intitulada “O que fazer quando seu bebê engasgar?” produzida por Bonetti e Goés (2018) e do *folder* “Cuidados com o bebê”, produzida pela ONG Criança Segura, enquanto estratégias a serem adotadas no *prebrieffing*. Estes materiais estão disponíveis na íntegra na internet, portanto, não sendo necessária autorização prévia dos autores.

4.3.2. Telesimulação

No dia escolhido pela participante para participação na telesimulação, era enviado um lembrete pelo meio de comunicação escolhido, juntamente com o *link* para acesso a plataforma de comunicação *on-line* de acesso livre Google Hangouts®. É importante registrar que foi

estabelecido o limite máximo de cinco mães por encontro virtual. Este limite buscou proporcionar melhor qualidade das interações durante o *debriefing*, o qual será detalhando posteriormente.

Durante a telesimulação as participantes assistiram ao vídeo referente ao desenvolvimento do cenário simulado o qual tratou sobre as medidas de prevenção e manejo da OVACE em crianças menores de um ano. Todo o processo de construção e validação do cenário está descrito em seção específica (Capítulo 5).

A presente estratégia, ora denominada telesimulação, não permitiu que as participantes da pesquisa atuassem ativamente na cena, apenas assumiram o papel de observadoras do cenário. O protagonismo das participantes foi propiciado no momento do *debriefing*. Assim, imediatamente após a transmissão do vídeo, foi conduzido o processo de *debriefing*, uma das etapas mais importantes da simulação pois foi neste momento que ocorreram discussões sobre as percepções acerca da cena assistida de modo a emergir reflexões sobre o desempenho da atriz e sobretudo, possibilitar a construção conjunta do conhecimento pretendido. Ressalta-se que foram realizados 20 encontros com média de participação de 2,6 mães. O tempo de duração dependia diretamente do número de mães e interação das mesmas durante o *debriefing*, variando entre 20 a 40 minutos.

4.3.3. Pós-teste imediato

Logo após a conclusão da telesimulação, um novo *link* do Google Forms foi disponibilizado para reaplicação dos instrumentos utilizados no pré-teste, exceto o instrumento de caracterização. Foi acordado com as participantes que elas precisariam responder ao formulário ainda durante o encontro virtual, estratégia adotada para evitar o não preenchimento por esquecimento. Para preenchimento deste formulário as participantes utilizaram em média 10 minutos, acrescidos ao tempo da etapa de telesimulação.

4.3.4. Pós-teste tardio

A quarta e última etapa, denominada de pós-teste tardio ocorreu 60 dias após a intervenção educativa (telesimulação). Deste modo, corridos os 60 dias, a participante recebia por e-mail ou WhatsApp® um novo *link* de formulário para preenchimento dos mesmos instrumentos utilizados no pós-teste imediato.

4.4. Organização e análise dos dados

As respostas dos formulários foram automaticamente lançadas em planilhas no Excel, posteriormente, essas planilhas foram unificadas e os dados foram categorizados. O banco de dados foi exportado para o The SAS System for Windows (Statistical Analysis System) - versão 9.2 onde foram realizadas as análises com assessoria de um profissional estatístico.

Foram consideradas como variáveis dependentes:

- Conhecimento pré-teste.
- Promoção conhecimento imediato (diferença entre a pontuação do conhecimento imediato e o conhecimento pré-teste).
- Promoção conhecimento tardio (diferença entre a pontuação do conhecimento tardio e o conhecimento pré-teste).
- Autoeficácia pré-teste.
- Promoção autoeficácia imediata (diferença entre a pontuação de autoeficácia imediata e pré-teste).
- Promoção autoeficácia tardia (diferença entre a pontuação de autoeficácia tardia e pré-teste).

As variáveis independentes foram aquelas obtidas pelo instrumento de caracterização as quais foram: idade da mãe (variável numérica), escolaridade (variável categórica), número de filhos (variável numérica), ocupação (variável categórica); experiência prévia com situação de engasgo com outras crianças (variável categórica dicotômica); experiência prévia com situação de engasgo do seu filho (variável categórica dicotômica) e experiência como profissional de saúde (variável categórica dicotômica). 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.

Anterior a etapa analítica, foram realizados os testes de normalidade de Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov para identificar como se deu a distribuição das variáveis. Para comparar os escores de conhecimento e autoeficácia nos três momentos (pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste tardio) foi aplicado o teste de Friedman para amostras relacionadas. Para comparação das variáveis dependentes (todas numéricas) entre variáveis independentes categóricas com dois grupos foi usado o teste de Mann-Whitney e entre as variáveis categóricas com três ou mais grupos o teste de Kruskal-Wallis. Para analisar a relação das variáveis

dependentes com as variáveis numéricas foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. Utilizou-se também, análise de regressão linear simples e múltipla com critério Stepwise de seleção, com transformação por postos (ranks) das variáveis sem distribuição normal. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$ (FISHER; VAN BELLE, 1993).

4.5. Procedimentos éticos da pesquisa

Considerando o envolvimento de seres humanos na pesquisa, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos em cumprimento à Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). Foi aprovado em 23/03/2021 sob o número CAAE 42738621.5.0000.5504 (ANEXO II)

Buscando zelar pela integridade dos sujeitos envolvidos no estudo, foi elaborado o TCLE, que, 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. O TCLE foi convertido para o formato *on-line* a partir da plataforma Google Forms. Após leitura, era necessário preencher o nome completo e assinalar uma das opções (concordo ou não concordo em participar da pesquisa). A resposta de cada participante foi impressa em duas vias as quais foram devidamente assinadas pela pesquisadora responsável. Uma via foi enviada por e-mail ao participante e a outra via ficou em posse da pesquisadora.

5. *Construção e validação do questionário e do
cenário simulado*



5.1. Construção e validação do Questionário de avaliação do conhecimento

A construção do Questionário de avaliação do conhecimento ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2019 e foi embasada em análise da literatura científica nacional e internacional e discussões entre os membros do grupo de pesquisa de modo a compilar experiências assistenciais e acadêmicas sobre a temática. O objetivo principal deste questionário é mensurar o nível de conhecimento de mães e/ou responsáveis por crianças menores de um ano sobre OVACE. A primeira versão do questionário possuía 30 afirmações referentes a definição de engasgo, estratégias de prevenção, reconhecimento dos sinais e sintomas e manejo do engasgo. Optou-se pelo emprego das seguintes opções de respostas: “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”.

Diante da primeira versão do questionário deu-se início ao processo de validação de conteúdo com a participação de juízes com expertise no tema, etapa ocorrida entre fevereiro e março de 2020. Os critérios de elegibilidade para a seleção dos juízes foram: profissionais especialistas na área de enfermagem pediátrica, com experiência acadêmica e/ou assistencial de pelo menos um ano. Os especialistas foram recrutados a partir da análise do currículo Lattes.

Após seleção dos potenciais juízes, os mesmos receberam por e-mail um convite para participar da pesquisa juntamente com um *link* para acesso a plataforma Google Forms®, caso aceitassem participar. Ao acessar o link, os juízes encontravam inicialmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE E) e somente após manifestação de concordância tinham acesso ao questionário a ser validado bem como, aos instrumentos de pesquisa a serem respondidos, os quais foram:

- Instrumento de caracterização: organizado com dados de identificação, como nome, data de nascimento, ano de formação, titulação, atuação e tempo de atuação (APÊNDICE F);
- Instrumento para validação de conteúdo: cada afirmação do questionário era avaliada considerando organização, clareza e pertinência dos itens a partir de uma escala *Likert* com as seguintes possibilidades de escolha: concordo fortemente, concordo, não sei, discordo e discordo fortemente. Havia espaço reservado para comentários e sugestões (APÊNDICE G).

Para a análise, foram consideradas as sugestões e computado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para cada item e aspecto analisado (organização, clareza e pertinência). Para

fins de validação do conteúdo, foi considerado IVC igual ou superior a 0,80 (RUBIO et al, 2003).

Foram selecionados como potenciais juízes 25 especialistas, contudo, somente dez acessaram o formulário e aceitaram participar da etapa de validação de conteúdo. Destes, 70% possuíam título de mestre, 70% eram docentes na área e 80% possuíam até 15 anos de tempo de experiência profissional. O Quadro 1 apresenta o IVC calculado para cada item e aspecto analisado.

Quadro 1. Índice de validação de conteúdo (IVC) do Questionário de Avaliação do Conhecimento. São Carlos, SP, Brasil, 2020.

Tema	IVC-Item	Organização	Clareza	Pertinência
<i>Conhecimento acerca do engasgo</i>	1. No engasgo ocorre o fechamento das vias respiratórias.	1,0	0,9	1,0
	2. O engasgo também é conhecido como obstrução de vias aéreas.	0,9	0,9	0,8
	3. O engasgo pode causar asfixia (dificuldade ou impossibilidade de respirar).	1,0	1,0	1,0
	4. Alimentos e objetos pequenos podem causar o engasgo.	1,0	1,0	1,0
	5. Raramente o engasgo leva à morte.	1,0	1,0	0,9
<i>Prevenção do engasgo</i>	6. Imediatamente após a mamada o bebê deve ser colocado para dormir.	1,0	0,9	1,0
	7. O bebê consegue mastigar pequenas porções de alimentos desde o primeiro mês de vida.	1,0	1,0	0,9
	8. O bebê deve dormir de barriga para cima e com a cabeceira levemente elevada.	1,0	0,8	1,0
	9. É necessário cortar os alimentos em pedaços pequenos na hora de alimentar o bebê.	0,9	0,9	0,9
	10. É indicado escolher brinquedos com selo do Inmetro.	1,0	1,0	1,0
	11. Brinquedos para crianças maiores podem ser perigosos para os bebês e devem ser guardados separadamente.	1,0	0,8	1,0
	12. Deve-se inspecionar regularmente os brinquedos à procura de partes pequenas que possam se soltar.	1,0	0,9	1,0
	13. Quando o bebê está brincando com balão de látex (bexiga) deve estar acompanhado de um adulto.	1,0	1,0	1,0
<i>Reconhecimento do engasgo</i>	14. É adequado oferecer para os bebês alimentos arredondados e duros como uvas, tomate cereja, ovo de codorna, pipoca, amendoim e castanhas.	1,0	1,0	1,0
	15. Pele e lábios arroxeados podem ser sinais de engasgo.	1,0	1,0	1,0
	16. O bebê engasgado chora muito.	0,9	1,0	1,0
	17. Tosse é um sinal de engasgo.	1,0	1,0	1,0
	18. O bebê engasgado pode ficar “molinho”.	1,0	1,0	1,0
	19. O bebê ofegante e com respiração rápida pode estar engasgado.	1,0	1,0	1,0
	20. Ao notar que o bebê está engasgado, chamar por ajuda é a primeira conduta correta.	1,0	0,7	1,0
	21. Para acionar o Corpo de Bombeiros utilizar o número telefônico 190.	1,0	1,0	1,0

<i>Manejo diante o engasgo</i>	22. Para acionar o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) utilizar o número telefônico 192.	1,0	1,0	1,0
	23. Deve-se retirar o objeto da boca do bebê com o dedo indicador.	1,0	1,0	1,0
	24. Induzir o vômito é uma maneira adequada para desengasgar o bebê.	1,0	0,7	1,0
	25. Colocar o bebê deitado de barriga para baixo em cima do seu antebraço, com a cabeça mais baixa que o corpo, e dar 5 tapas nas costas é uma conduta adequada.	1,0	0,8	1,0
	26. Sacudir e virar o bebê de cabeça para baixo ajuda a desengasgar.	1,0	1,0	1,0
	27. Após dar os 5 tapas nas costas, colocar o bebê deitado de costas no outro antebraço e realizar cinco compressões no meio do peito, entre os mamilos, é uma conduta adequada.	1,0	0,6	1,0
	28. Oferecer água ao bebê engasgado pode ajudar	1,0	1,0	1,0
	29. Após desengasgo, o bebê ficará molinho e provavelmente irá dormir.	1,0	0,9	1,0
	30. Vomitar, chorar e tossir são sinais de que o bebê desengasgou.	1,0	1,0	1,0

Dentre as sugestões dos juízes destaca-se a troca de termos ou expressões como “vias respiratórias” por “local onde passa o ar”, “pedaços” por “porções”, “crianças maiores” por “bebês” e “induzir o vômito” por “provocar o vômito”.

Embora todas as afirmações tenham atingido IVC superior a 0,80, foi sugerido por dois especialistas excluir a afirmação 2 e, por um especialista excluir a afirmação 5. Segundo os comentários, tratavam de aspectos pouco relevantes para leigos. Para tanto, os pesquisadores se reuniram e analisaram a pertinência das sugestões decidindo pela exclusão das afirmações sobretudo pelo fato de que duas novas afirmações haviam sido sugeridas pelos demais especialistas e a intenção era manter o questionário com 30 afirmações apenas.

As afirmações adicionadas foram: “*Ao notar que o bebê está engasgado, ir rapidamente para o hospital é uma atitude correta*” e “*Somente profissionais de saúde podem socorrer uma criança engasgada.*”

Assim, uma nova versão do questionário foi elaborada e enviada por e-mail aos dez juízes que participaram da primeira rodada, no entanto, somente sete retornaram em tempo hábil. O processo de avaliação desta segunda rodada foi idêntico à primeira, ou seja, os juízes analisaram cada afirmação considerando sua organização, clareza e pertinência a partir de uma escala *Likert*. Todos os itens e aspectos desta segunda versão do questionário atingiram IVC igual a 1,0 de modo que o questionário foi considerado validado em conteúdo (APÊNDICE D).

A etapa de avaliação das propriedades psicométricas do questionário foi realizada concomitantemente à primeira etapa da coleta de dados do presente estudo (pré-teste), ou seja, aproximadamente um ano após este processo de validação de conteúdo. Assim, foi calculado o coeficiente de consistência interna (α de Cronbach) a partir das respostas de 44 mães que manifestaram interesse em participar da pesquisa e responderam ao pré-teste, porém, não participaram das demais etapas da pesquisa e foram excluídas. O α de Cronbach foi 0,697 indicando satisfatória consistência interna do questionário ($>0,60$).

5.2. Construção e validação do cenário simulado

A construção do cenário simulado seguiu as diretrizes do *Nursing Education Simulation Framework* (NLN) de autoria de Jeffries (2021). Segundo essas diretrizes, a construção de um cenário deve cumprir alguns passos: identificação do tema, objetivos da simulação, participantes, *prebriefing*, cenário e processo de *debriefing*, os quais estão detalhadamente descritos nos *templates* (APÊNDICES H e I).

Faz-se importante relatar que os *templates* indicados acima correspondem a primeira proposta deste estudo, na qual a intenção era desenvolver a simulação *in situ*, nas residências de mães de crianças menores de um ano. Todavia, diante da pandemia da COVID-19 e consequente restrição de contato social, foi necessário adaptar a proposta para telesimulação a partir da gravação do cenário simulado e posterior transmissão em forma de vídeo durante os encontros virtuais. A partir disso, um novo *template* foi criado e está disponibilizado ao final deste trabalho (APÊNDICE J).

Todo o processo de validação de conteúdo que será descrito a seguir corresponde a primeira versão dos *templates* e ocorreu em fevereiro de 2020. Vale justificar que não foi realizado nova validação de conteúdo do cenário adaptado para telesimulação pois não houveram mudanças significativas com relação aos objetivos e conteúdo. Assim, 10 profissionais com expertise no tema foram convidados para compor o grupo de juízes e, destes, nove aceitaram participar. A validação de conteúdo dos cenários ocorreu de modo presencial nas dependências da Casa Simulada da Unidade de Saúde Escola da UFSCar.

Inicialmente, os juízes assistiram o desenvolvimento dos cenários com a participação voluntária de uma pós-graduanda, a qual desempenhou o papel de mãe e não tinha conhecimento prévio sobre o cenário. A seguir, os juízes responderam a um instrumento baseado no material proposto por Waxman (2010) e Dias (2015), constituído por 15 aspectos a serem avaliados: plausibilidade, realismo, aderência às evidências científicas disponíveis, complexidade em relação ao nível de conhecimento e habilidades do participante, sumário do caso, objetivos da simulação fornecidos ao participante, material educativo usado no *Briefing*, informações fornecidas ao participante antes da simulação, objetivos de aprendizagem, promoção do pensamento crítico, promoção da resolução autônoma de problemas, ambiente simulado, materiais e equipamentos disponíveis, questionamentos do *Debriefing* e campo aberto para observações relativas à simulação (APÊNDICE K).

O instrumento de avaliação foi respondido a partir de uma escala *Likert* com as seguintes opções de resposta: inadequado, parcialmente adequado e adequado. Além do preenchimento do instrumento, após finalização dos cenários os juízes foram conduzidos a uma sala e tiveram a oportunidade de relatar suas impressões e sugestões para o grupo, as quais foram devidamente registradas pelas pesquisadoras em um caderno de anotações. A seguir, foi computado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) para cada aspecto separadamente, sendo obtido IVC de 1,0 em todos os aspectos analisados.

Vale destacar que para esta etapa, considerando o envolvimento de seres humanos na pesquisa, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos em cumprimento à Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). Foi aprovado em 24/07/2019 sob o número de protocolo 12412119.0.0000.5504 (ANEXO III).

6. Resultados



6.1. Caracterização das participantes

Inicialmente, 93 mães acessaram o formulário *on-line*, aceitaram participar da pesquisa e responderam ao pré-teste. No entanto, 44 mães não compareceram ao encontro virtual (telesimulação) mesmo após sucessivos contatos da pesquisadora para novo agendamento. Não houveram perdas na terceira e quarta etapa do estudo. Para tanto, participaram do estudo 49 mães de crianças menores de um ano.

A média de idade das mães participantes foi de 30,2 anos. Em média, possuíam 1,18 filhos, com idade de 3,95 meses. A caracterização detalhada das participantes é apresentada nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Caracterização das mães de crianças menores de um ano (n=49) segundo variáveis categóricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Variáveis	Frequência	%
Escolaridade		
Fundamental/Médio	10	20,40
Superior incompleto	8	16,33
Superior completo	11	22,45
Pós-graduação	20	40,82
Ocupação		
Autônoma	9	18,37
Desempregada	5	10,20
Do lar	8	16,33
Trabalho formal	27	55,10
Estado Marital		
Com companheiro	44	89,80
Sem companheiro	5	10,20
Engasgo filho		
Não	34	69,39
Sim	15	30,61
Engasgo outra criança		
Não	43	87,76
Sim	6	12,24
Experiência área da saúde		
Não	14	28,57
Sim	35	71,43

Tabela 2: Caracterização das mães de crianças menores de um ano segundo variáveis numéricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	Q1	Mínimo	Mediana	Q3	Máximo
Idade materna	45	33,20	5,42	30,00	23,00	34,00	38,00	42,00
Idade criança (em meses)	44	3,95	2,64	2,00	0,00	4,00	5,50	11,00
Número de filhos	49	1,18	0,39	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00

The SAS System for Windows (Statistical Analysis System) - versão 9.2

6.2. Contribuições da telesimulação no conhecimento

Para analisar as contribuições da telesimulação no conhecimento de mães diante situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças menores de um ano, foi aplicado o teste de Friedman para amostras relacionadas, indicando que houve melhora significativa no conhecimento após intervenção educativa, conforme apresentado na Tabela 3:

Tabela 3: Análise comparativa dos escores de conhecimento entre as três avaliações (pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste tardio). São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Conhecimento	Média	dp	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	<i>p</i> *
Pré-teste	20,88	3,69	13,00	9,00	22,00	24,00	27,00	
Pós-teste imediato	25,61	2,61	15,00	25,00	26,00	27,00	29,00	<0,001
Pós-teste tardio	24,82	2,18	17,00	24,00	25,00	26,00	29,00	

* Valor-P referente ao teste de Friedman para amostras relacionadas para comparação das variáveis entre as 3 avaliações.

A seguir, as variáveis dependentes relacionadas ao conhecimento foram associadas às variáveis sócio demográficas de interesse sendo identificado as seguintes diferença significativa: maior escore de conhecimento pré entre as mães que afirmaram ter vivenciado situação de engasgo com outras crianças ($p=0,003$) e entre aquelas que possuíam experiência profissional na área da saúde ($p=0,007$); participantes com ensino superior completo apresentaram maior promoção do conhecimento imediato ($p=0,019$); maior promoção de conhecimento imediato e tardio entre as mães que nunca vivenciaram situação de engasgo com outra criança ($p=0,004$ e $0,008$, respectivamente).

Tabela 4: Análise comparativa dos escores de conhecimento entre as variáveis categóricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Variáveis	Conhecimento pré			Promoção do conhecimento imediato			Promoção do conhecimento tardio		
	Média (dp)	Mediana	<i>p</i>	Média (dp)	Mediana	<i>p</i>	Média (dp)	Mediana	<i>p</i>
Escolaridade									
Fundamental/Médio	21,50 (3,54)	22,00		2,20 (2,86)	1,50		1,40 (2,41)	1,00	
Superior incompleto	22,75 (2,92)	24,00	0,264*	3,25 (3,20)	1,50	0,019	3,38 (3,74)	1,50	0,052
Superior completo	19,91 (3,05)	20,00		6,00 (3,52)	5,00		5,27 (3,93)	4,00	
Pós-graduação	20,35 (4,25)	22,00		5,90 (4,39)	4,50		4,70 (4,16)	3,50	
Ocupação									
Autônoma	20,22 (4,18)	22,00		5,11 (4,28)	4,00		4,67 (4,77)	4,00	
Desempregada	20,40 (3,85)	19,00	0,346*	6,40 (2,70)	7,00	0,093	5,60 (4,04)	6,00	0,076
Do lar	22,38 (3,93)	23,50		2,13 (4,45)	1,00		1,50 (4,07)	1,00	
Trabalho formal	20,74 (3,54)	22,00		5,07 (3,79)	4,00		4,11 (3,40)	3,00	
Estado Marital									
Com companheiro	20,82 (3,81)	22,00	0,842**	4,82 (4,06)	4,00	0,715	3,95 (3,83)	3,00	0,881
Sem companheiro	21,40 (2,70)	22,00		4,00 (3,54)	4,00		3,80 (4,97)	3,00	
Situação de engasgo com filho									
Não	20,97 (3,50)	22,00	0,844**	4,53 (4,02)	4,00	0,593	3,53 (3,49)	3,00	0,458
Sim	20,67 (4,22)	22,00		5,20 (3,99)	4,00		4,87 (4,70)	4,00	
Situação de engasgo com outra criança									
Não	20,37 (3,65)	21,00	0,003	5,26 (3,98)	4,00	0,004	4,37 (3,98)	4,00	0,008
Sim	24,50 (1,22)	24,00		1,00 (0,63)	1,00		0,83 (0,41)	1,00	
Experiência de saúde									
Não	19,97 (3,85)	20,00	0,007	5,31 (4,42)	5,00	0,161	4,57 (4,24)	3,00	0,112
Sim	23,14 (1,99)	23,00		3,29 (2,09)	4,00		2,36 (2,31)	2,00	

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre 2 grupos.

** Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre 3 ou mais grupos.

Para analisar a relação das variáveis dependentes com as variáveis numéricas foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. Número de filhos apresentou correlação negativa com a promoção conhecimento imediato, conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5. Correlação de Spearman entre os escores de conhecimento e as variáveis numéricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Variáveis		Conhecimento pré	Promoção conhecimento imediato	Promoção conhecimento tardio
Idade Materna (n=45)	r* =	0,00189	-0,03463	0,01798
	p† =	0,9901	0,8213	0,9067
Idade criança (n=44)	r* =	0,11159	-0,16498	-0,16897
	p† =	0,4708	0,2845	0,2729
Número filhos (n=49)	r* =	0,11995	-0,34126	-0,23606
	p† =	0,4117	0,0164	0,1025

*r: coeficiente de correlação de Spearman; †p: valor-P

Utilizou-se também a análise de regressão linear simples para estudar separadamente a relação entre conhecimento e as variáveis dependentes, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Relação entre os escores de conhecimento e as variáveis de interesse segundo modelo de regressão linear simples. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Variável	Categorias	Conhecimento pré			Promoção conhecimento imediato			Promoção conhecimento tardio		
		Beta* (EP) †	Valor-P	R ² ‡	Beta* (EP) †	Valor-P	R ² ‡	Beta* (EP) †	Valor-P	R ² ‡
Idade materna	Variável continua	-0,01 (0,17)	0,945	0,0001	-0,04 (0,17)	0,792	0,0016	0,01 (0,17)	0,930	0,0002
Idade criança	Variável continua	0,13 (0,17)	0,439	0,0143	-0,19 (0,17)	0,276	0,0282	-0,19 (0,17)	0,266	0,0294
Número filhos	Variável continua	0,18 (0,21)	0,412	0,0144	-0,51 (0,20)	0,016	0,1165	-0,35 (0,21)	0,103	0,055
Escolaridade	Fundamental/Médio	---			---			---		
	Superior incompleto	5,63 (6,66)	0,403		4,91 (6,19)	0,432		6,80 (6,38)	0,292	
	Superior completo	-6,86 (6,14)	0,270		15,85 (5,70)	0,008		15,44 (5,87)	0,013	
	Pós-graduação	-3,38 (5,44)	0,538	0,0829	14,68 (5,05)	0,006	0,2082	12,80 (5,21)	0,018	0,1611
Ocupação	Autônoma	---			---			---		
	Desempregada	-1,60 (7,90)	0,840		7,39 (7,61)	0,337		4,11 (7,58)	0,590	
	Do lar	10,50 (6,88)	0,134		-11,30 (6,63)	0,095		-13,95 (6,60)	0,040	
	Trabalho formal	1,72 (5,45)	0,753	0,6905	0,87 (5,25)	0,869	0,1339	-0,96 (5,23)	0,855	0,1431
Estado marital	Com companheiro	---			---			---		
	Sem companheiro	1,34 (6,77)	0,844	0,0008	-2,45 (6,76)	0,719	0,0028	-1,00 (6,78)	0,883	0,0005
Engasgo filho	Não	---			---			---		
	Sim	-0,86 (4,45)	0,847	0,00008	2,35 (4,43)	0,598	0,0060	3,27 (4,43)	0,464	0,0115
Engasgo outra criança	Não	---			---			---		
	Sim	18,33 (5,66)	0,002	0,1826	-17,66 (5,70)	0,003	0,1697	-16,43 (5,78)	0,007	0,1466
Experiência área da saúde	Não	---			---			---		
	Sim	12,20 (4,18)	0,005	0,1536	-6,30 (4,44)	0,163	0,0410	-7,15 (4,42)	0,113	0,0527

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (slope) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

A seguir, variáveis estatisticamente significantes entraram no modelo de regressão linear multivariado pelo método de Stepwise Backward Wald.

Tabela 7. Relação entre os escores de conhecimento e as variáveis de interesse segundo modelo de regressão linear multivariado. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

	Variáveis selecionadas	Categorias	Beta* (EP) †	Valor-P	R ² Parcial‡	
Conhecimento pré	Engasgo outra criança	Não	---			
		Sim	16,84 (6,39)	0,012	0,1514	
Promoção conhecimento imediato	Engasgo outra criança	Não	---			
		Sim	-12,37 (5,80)	0,040	0,1473	
	Escolaridade	Fundamental/Médio Superior incompleto	---	0,65 (6,48)	0,921	
		Superior completo		16,27 (5,56)	0,006	
	Pós-graduação		14,04 (4,74)	0,005	0,2404	
Promoção conhecimento tardio	Ocupação	Autônoma	---			
		Desempregada	-4,90 (7,97)	0,543		
		Do lar	-17,42 (6,54)	0,012		
		Trabalho formal	-4,56 (5,48)	0,411	0,1630	
	Engasgo outra criança	Não	---			
	Sim		-16,27 (6,08)	0,011	0,1390	

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

6.3. Contribuições da telesimulação na autoeficácia

Para analisar as contribuições da telesimulação na autoeficácia de mães diante situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças menores de um ano foi aplicado o teste de Friedman para amostras relacionadas, indicando que não houve mudança significativa após intervenção educativa, conforme apresentado na Tabela 8:

Tabela 8: Análise comparativa dos escores de autoeficácia entre as três avaliações (pré-teste, pós-teste imediato e pós-teste tardio). São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Autoeficácia	Média	dp	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p*
Pré-teste	30,53	4,08	19,00	29,00	31,00	33,00	38,00	
Pós-teste imediato	31,47	3,88	20,00	30,00	31,00	34,00	39,00	0,385
Pós-teste tardio	31,10	4,18	16,00	29,00	31,00	33,00	40,00	

* Valor-P referente ao teste de Friedman para amostras relacionadas para comparação das variáveis entre as 3 avaliações.

A seguir, as variáveis dependentes relacionadas à autoeficácia foram associadas às variáveis sócio demográficas de interesse, não sendo identificadas relações estatisticamente significativas.

Tabela 9: Análise comparativa dos escores de autoeficácia entre as variáveis categóricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Variáveis	Autoeficácia pré			Promoção autoeficácia imediata			Promoção autoeficácia tardia		
	Média (dp)	Mediana	<i>p</i>	Média (dp)	Mediana	<i>p</i>	Média (dp)	Mediana	<i>p</i>
Escolaridade									0,294
Fundamental/Médio	28,60 (5,78)	30,50	0,721	0,90 (2,47)	0,00	0,394	0,00 (3,86)	-1,00	
Superior incompleto	32,00 (3,16)	31,50		0,00 (2,73)	0,50		-1,00 (1,20)	-1,00	
Superior completo	31,18 (3,34)	32,00		0,27 (3,13)	0,00		0,91 (3,30)	1,00	
Pós-graduação	30,55 (3,69)	31,00		1,70 (2,90)	(0,50)		4,70 (4,16)	3,50	
Ocupação									0,927
Autônoma	32,22 (2,44)	32,00	0,337	0,11 (1,62)	0,00	0,805	-0,11 (2,62)	-1,00	
Desempregada	27,80 (6,53)	30,00		1,20 (3,03)	1,00		0,80 (3,90)	1,00	
Do lar	28,50 (4,81)	29,00		1,63 (4,17)	1,00		1,13 (4,39)	-0,50	
Trabalho formal	31,07 (3,49)	31,00		0,96 (2,77)	0,00		0,59 (3,46)	0,00	
Estado Marital									0,881
Com companheiro	30,32 (4,14)	31,00	0,485	0,86 (2,88)	0,00	0,503	0,59 (3,48)	0,00	
Sem companheiro	32,40 (3,36)	31,00		1,60 (2,70)	1,00		0,40 (3,44)	-1,00	
Engasgo filho									0,599
Não	31,32 (3,50)	31,00	0,056	0,59 (2,79)	0,00	0,140	0,35 (3,33)	-1,00	
Sim	28,73 (4,83)	30,00		1,73 (2,91)	1,00		1,07 (3,75)	0,00	
Engasgo outra criança									0,963
Não	30,12 (4,07)	31,00	0,055	1,05 (2,95)	0,00	0,458	0,58 (3,53)	0,00	
Sim	33,50 (3,02)	33,50		0,17 (1,94)	-0,50		0,50 (2,95)	-0,50	
Experiência área saúde									0,304
Não	30,51 (4,24)	31,00	0,956	1,31 (2,68)	0,00	0,088	0,89 (3,67)	0,00	
Sim	30,57 (3,82)	31,00		0,00 (3,14)	-0,50		-0,21 (2,75)	-1,00	

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre 2 grupos.

** Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre 3 ou mais grupos.

Para analisar a relação dos escores de autoeficácia com as variáveis numéricas foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. Segundo os resultados demonstrados na Tabela 10, idade da criança apresentou correlação positiva com a variável “autoeficácia pré” e correlação negativa com “Promoção autoeficácia tardia”

Tabela 10. Correlação de Spearman entre os escores de autoeficácia e as variáveis numéricas. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Variáveis		Autoeficácia pré	Promoção autoeficácia	Promoção autoeficácia
			imediate	tardia
Idade Materna (n=45)	r* =	0,16586	-0,05251	0,08349
	p† =	0,2762	0,7319	0,5856
Idade criança (n=44)	r* =	0,40433	-0,25672	-0,36056
	p† =	0,0065	0,0925	0,0162
Número filhos (n=49)	r* =	-0,15564	0,13801	0,08462
	p† =	0,2856	0,3443	0,5632

*r: coeficiente de correlação de Spearman; †p: valor-P

Utilizou-se também a análise de regressão linear simples para estudar separadamente a relação entre os escores de autoeficácia e as variáveis dependentes, conforme apresentado na Tabela 11.

Tabela 11. Relação entre os escores de autoeficácia e as variáveis de interesse segundo modelo de regressão linear simples. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

Variável	Categorias	Autoeficácia pré			Promoção autoeficácia imediata			Promoção autoeficácia tardia		
		Beta* (EP) †	Valor-P	R ² ‡	Beta* (EP) †	Valor-P	R ² ‡	Beta* (EP) †	Valor-P	R ² ‡
Idade materna	Variável continua	-0,19 (0,17)	0,256	0,0299	-0,07 (0,17)	0,694	0,0036	0,09 (0,17)	0,576	0,0073
Idade criança	Variável continua	0,46 (0,17)	0,008	0,1565	-0,28 (0,16)	0,094	0,0655	-0,39 (0,16)	0,017	0,1285
Número filhos	Variável continua	-0,23 (0,21)	0,286	0,0242	0,20 (0,21)	0,344	0,0190	0,13 (0,21)	0,563	0,0072
Escolaridade	Fundamental/Médio	---			---			---		
	Superior incompleto	6,61 (6,86)	0,340		-6,10 (6,68)	0,366		-1,43 (6,66)	0,832	
	Superior completo	6,07 (6,32)	0,342		-2,28 (6,15)	0,713		7,22 (6,14)	0,246	0,0774
	Pós-graduação	3,33 (5,60)	0,556	0,278	3,45 (5,46)	0,530	0,0622	7,50 (5,44)	0,175	
Ocupação	Autônoma	---			---			---		
	Desempregada	-10,31 (7,89)	0,198		5,78 (8,03)	0,476		3,69 (8,12)	0,652	
	Do lar	-11,05 (6,87)	0,115		6,15 (7,00)	0,384		3,26 (7,07)	0,647	
	Trabalho formal	-4,09 (5,44)	0,456	0,0703	3,06 (5,54)	0,584	0,0205	3,59 (5,60)	0,525	0,0096
Estado marital	Com companheiro	---			---			---		
	Sem companheiro	4,68 (6,74)	0,491	0,0101	4,45 (6,69)	0,509	0,0094	-1,00 (6,75)	0,883	0,0005
Engasgo filho	Não	---			---			---		
	Sim	-8,41 (4,28)	0,055	0,0760	6,44 (4,31)	0,142	0,0453	2,31 (4,42)	0,605	0,0058
Engasgo outra criança	Não	---			---			---		
	Sim	11,87 (6,01)	0,054	0,0767	-4,56 (6,17)	0,464	0,0115	0,28 (6,24)	0,964	0,0000
Experiência área da saúde	Não	---			---			---		
	Sim	0,25 (4,54)	0,956	0,0001	7,60 (4,36)	0,088	0,0607	-4,60 (4,48)	0,309	0,0220

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação (% de variabilidade da variável resposta explicada pela variável independente). Variáveis sem distribuição normal foram transformadas em postos/ranks.

A seguir, variáveis estatisticamente significantes entraram no modelo de regressão linear multivariado pelo método de Stepwise Backward Wald.

Tabela 12. Relação entre os escores de conhecimento e as variáveis de interesse segundo modelo de regressão linear multivariado. São Carlos, SP, Brasil, 2021.

	Variáveis selecionadas	Categorias	Beta* (EP) †	Valor-P	R² Parcial‡
Autoeficácia pré	Idade da criança	Variável contínua	0,49 (0,16)	0,005	0,1461
	Engasgo outra criança	Não	---		
Sim		17,28 (6,28)	0,009	0,1420	
Promoção autoeficácia imediata	Engasgo filho	Não	---		
		Sim	13,96 (4,51)	0,004	0,1206
Promoção autoeficácia tardia	Experiência saúde	Não	---		
		Sim	-12,13 (4,51)	0,011	0,1405
	Idade da criança	Variável contínua	-0,38 (0,16)	0,027	0,1194

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

7. Discussão



Inicialmente, faz-se importante registrar a escassez de estudos que utilizaram a telesimulação ou mesmo a simulação entre leigos, em especial mães de crianças. Desse modo, toda a discussão será permeada por estudos com outras estratégias educativas conduzidas com esta população.

Neste estudo, optou-se por adotar como estratégia educativa a telesimulação sobretudo pelo seu potencial em promover reflexão e criticidade acerca do tema explanado. Nesta direção, destaca-se o processo de *debriefing*, etapa inerente à estratégia de simulação, como o principal diferencial com relação aos estudos que utilizaram vídeos para capacitação de mães. O *debriefing* é a etapa final da simulação e ocorre após o desenvolvimento do cenário simulado, no presente estudo, após a exibição do vídeo do cenário simulado. É conduzido por um facilitador que gerencia e promove a reflexão dos envolvidos com a intenção de desenvolver o pensamento crítico a respeito da experiência. Esta etapa é capaz de promover significativo envolvimento dos participantes permitindo que explorem e analisem ações e pensamentos bem como, emoções frente ao cenário simulado, proporcionando um processo de aprendizagem ativa. Este processo é capaz de melhorar a retenção do conhecimento, aprendizagem significativa e de aumentar a transferência de conhecimentos e habilidades para a prática (GORDON, 2017).

Segundo os resultados do presente estudo, a telesimulação promoveu conhecimento sobre prevenção e manejo do engasgo entre mães de crianças menores de um ano, com diferença significativa entre os escores de conhecimento nas diferentes fases da intervenção. Nesta direção, o estudo quase-experimental conduzido por Bentivegna e colaboradores (2019) que aplicou um vídeo educativo sobre os perigos da asfixia no ambiente da cozinha também identificou escores de conhecimento significativamente maiores no pós teste imediato ($p = 0,001$). Ademais, estudo iraniano que buscou determinar o efeito de um aplicativo móvel sobre prevenção e manejo de aspiração de corpo estranho em crianças também revelou aumento significativo ($p < 0,001$) nos escores médios de conhecimento das mães (BEHBOUDI et al, 2021).

A promoção do conhecimento também foi evidenciada em estudo brasileiro que tinha como objetivo verificar o efeito de uma intervenção onde os responsáveis pelas crianças precisavam identificar de forma individual 15 possibilidades de acidentes a partir de uma figura com imagens de objetos e situações de risco para queimaduras, quedas e cortes, entre outros tipos de acidentes. Segundo os autores, antes da intervenção os pais e/ou responsáveis identificaram em média 6,4 possibilidades de acidentes e após intervenção o índice de acerto foi de 8,7 ($p = 0,001$) (NASCIMENTO et al, 2019).

Nesta investigação, não houve diferença estatisticamente significativa entre o escore de conhecimento pós-teste imediato e pós-teste tardio, permanecendo a média de acertos respectivamente entre 25,61 e 24,82, sugerindo a manutenção do conhecimento ao longo dos meses. Tal aspecto corrobora novamente com o estudo de Bentivegna e colaboradores (2019), onde as porcentagens de acerto no pós-teste imediato e pós-teste tardio se mantiveram próximas (77,6 e 72,98%).

Em contrapartida, segundo estudo realizado no interior do estado de São Paulo com 20 mães entre 16 e 25 anos de idade, de crianças menores de três anos, após cinco meses de uma intervenção composta por oito encontros norteados pelos temas da cartilha denominada “Toda Hora é Hora de cuidar”, alguns temas voltaram a apresentar índice regular e insuficiente de acertos, sugerindo a necessidade de ações educativas contínuas (BLANCO E SILVA et al, 2018).

No presente estudo, mães que possuíam ensino superior completo apresentaram maior promoção do conhecimento imediato ($p=0,019$), no entanto, essa diferença não ocorreu no pré-teste. Este resultado nos mostra que a telesimulação repercutiu positivamente entre as mães com maior nível de escolaridade mas que o conhecimento prévio não foi diferente. Nesta perspectiva, investigação realizada com 256 cuidadores de crianças menores de 6 anos no município de Niterói-RJ que analisou o conhecimento sobre prevenção de acidentes domésticos na infância também não identificou relação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e conhecimento dos cuidadores (SANTOS et al, 2022). Diferentemente, estudo turco conduzido com mães de crianças entre 0 a 6 anos relatou que mães com maior nível educacional apresentaram pontuações mais altas de conhecimento com relação aos acidentes domésticos na infância (KAHRIMAN; KARADENIZ, 2018).

As análises de regressão linear multivariada indicaram associação entre ter vivenciado situação de engasgo com outra criança e maior escore de conhecimento pré bem como, nunca ter vivenciado situação de engasgo e maior promoção do conhecimento imediato e tardio. Este achado possibilita inferir que estratégias educativas mediadas por simulação são potencialmente capazes de promover conhecimento significativo e permanente entre leigos uma vez que, proporciona ao participante vivenciar uma situação muito próxima a realidade em um ambiente seguro e controlado, aos moldes do que ocorre com estudantes e profissionais de saúde.

Aproximadamente 30% das mães afirmaram já ter vivenciado situação de engasgo com o próprio filho, contudo, tal experiência não influenciou nos escores de conhecimento. Resultado diferente foi encontrado no estudo de El Seifi e colaboradores (2018), no qual lesões

anteriores foi fator preditivo para o conhecimento das mães sobre o tema. Já o estudo turco conduzido com mães de crianças entre 0 a 6 anos identificou que mães com filhos sem história prévia de acidentes domésticos obtiveram maiores pontuações de conhecimento quando comparado àquelas com filhos com história prévia de acidentes (168,02 e 153,16 pontos, respectivamente). (KAHRIMAN; KARADENIZ, 2018).

Apesar do número máximo de filhos entre as mães que compuseram este estudo ter sido dois, os resultados da Correlação de Spearman indicaram uma correlação negativa entre número de filhos e a promoção conhecimento imediato, ou seja, mães com mais filhos tiveram um desempenho menor no pós-teste imediato. Este achado se apoia no estudo desenvolvido por Almutairi e Alharbi (2021) cujo objetivo foi avaliar o conhecimento e as práticas dos pais com relação ao engasgo infantil na Arábia Saudita. Ao comparar os níveis de conhecimento sobre engasgo com características sócio demográficas, ter no máximo entre uma a três crianças resultou em um escore de conhecimento significativamente mais alto.

Neste estudo, não houve mudança significativa nos escores de autoeficácia após a telesimulação. Diferentemente, segundo o estudo irlandês desenvolvido por Barry e colaboradores (2019) junto a gestantes e seus parceiros, na etapa pré-teste 25% dos participantes relataram níveis médios ou acima da média de confiança ao agir frente a uma situação de engasgo e, após intervenção esse percentual foi para 83%. Neste sentido, a consideração a ser feita diz respeito a não adoção de uma escala específica para analisar autoeficácia parental como aplicado no estudo irlandês, mas sim, uma escala de autoeficácia geral.

As mães que apresentaram maior escore de autoeficácia pré foram aquelas com filhos mais velhos. Na mesma direção, as mães que obtiveram maior promoção da autoeficácia tardia foram aquelas com filhos com menor idade. Segundo revisão sistemática que avaliou a eficácia de intervenções para aumentar os níveis de autoeficácia parental em pais de crianças com deficiências do neurodesenvolvimento, pais de crianças menores de 5 anos demonstraram aumento significativo nos níveis de autoeficácia após as intervenções quando comparado com pais de crianças acima de 5 anos (HOHLFELD et al, 2018).

Neste estudo, as demais variáveis sócio demográficas não apresentaram relação significativa com os escores de autoeficácia, todavia, o estudo desenvolvido por Abuhammad e colaboradores (2020) que investigou os preditores da autoeficácia parental materna durante os primeiros anos de vida do filho evidenciou correlação estatisticamente significativa entre os escores de autoeficácia e qualidade das relações matrimoniais, renda familiar, emprego e educação, onde mães com matrimônios conflituosos, com baixa renda, desempregada e menor nível de escolaridade apresentaram escores de autoeficácia menores.

Por fim, apesar da expressiva perda de participantes entre a primeira e segunda etapa do estudo, nas etapas subsequentes à telesimulação não houveram perdas. Este fato foi avaliado como positivo uma vez que é comum este tipo de ocorrência em estudos que avaliam tardiamente as repercussões de uma atividade educativa. No estudo desenvolvido por Barry e colaboradores (2019), 28 indivíduos se registraram para participação no estudo, mas 24 concluíram todas as etapas. Já no estudo desenvolvido por Bentivegna e colaboradores (2019), dos 418 pais que foram incluídos no estudo, 218 completaram o pré-teste (52%); desses, 202 (93%) completaram o pós-teste imediato e, desses, 120 (59%) concluíram a terceira etapa do estudo, o pós-teste tardio.

8. Conclusão



Neste estudo, objetivou-se analisar as contribuições da telessimulação no conhecimento de mães de crianças menores de um ano com relação ao manejo e prevenção do engasgo e concluímos que os resultados apresentados atenderam o objetivo e responderam as questões de pesquisa. De maneira geral, a telessimulação promoveu melhora significativa nos níveis de conhecimento especialmente entre aquelas mães que não vivenciaram situação de engasgo anteriormente. Todavia, a telessimulação não influenciou na autoeficácia dessas mães.

Embora os resultados do presente estudo encontrem respaldo na literatura, é pertinente apontar limitações. A principal refere-se à adoção da escala de autoeficácia geral percebida ao invés de uma escala mais específica. Outro aspecto importante a ser registrado diz respeito à inviabilidade de controle por parte da pesquisadora sobre a realização ou não da leitura prévia à etapa de telessimulação. Todavia, tais limitações não invalidam os resultados deste estudo, mas indicam a necessidade de estudos futuros.

Destaca-se a relevância social deste estudo, sobretudo pelo potencial desta intervenção educativa mediada pela telessimulação em prevenir a OVACE, bem como possibilitar uma atuação rápida e efetiva diante de uma criança engasgada, consequentemente reduzindo sequelas irreversíveis ou mesmo à morte. Frente ao exposto, recomenda-se que os profissionais de saúde incorporem a prática de atividades educativas que possibilitem num ambiente seguro e controlado a exposição dessas mães à uma situação de engasgo, ou seja, maior investimento em ações mediadas pela simulação. Por fim, a intervenção educativa desenvolvida neste estudo se apresenta com grande potencial de aplicabilidade prática a medida que o vídeo do cenário simulado juntamente com as questões norteadoras utilizadas no *Debriefing* podem ser disponibilizadas aos profissionais de saúde interessados gratuitamente.

Referências



ABUHAMMAD, S. Predictors of maternal parenting self-efficacy for infants and toddlers: A Jordanian Study. *PLoS One*. v.15, n.11, 2020.

ALMUTAIRI, A.T.; ALHARBI, F.S. Parental knowledge and practices toward foreign body aspiration in children in the Al Qassim region of Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care*. v.10, n.1, p.199-204, 2021.

ARNOLD, J.; DIAZ, M.C.G. Simulation training for primary caregivers in the neonatal intensive care unit. In: **Seminars in perinatology**. WB Saunders, p. 466-472, 2016.

BANDURA, A. Toward a psychology of human agency. **Perspectives on psychological science**, v. 1, n. 2, p. 164-180, 2006.

BARRY, M.; et al. The pillow project, infant choking, and basic life support training for prospective parents. **Perinat Neonat Nurs**. v.33, n.3, p.260-267, 2019.

BEHBOUDI, F.; et al. The effect of education using a mobile application on knowledge and decision of Iranian mothers about prevention of foreign body aspiration and to relieve choking in children: A quasi-experimental study. **J Pediatr Nurs**. v.S0882-5963,n.21, 2021.

BENTIVEGNA, K.C.; et al. Basic choking education to improve parental knowledge. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**. v.113, p.234-239, 2018.

BEZERRA, M. A. R.; et al. Acidentes domésticos em crianças: concepções práticas dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p.776-784, 2014.

BLANCO E SILVA, F.; et al. Intervenção educativa com mães jovens: aquisição de saberes sobre cuidados da criança. **Acta Paul Enferm**. v.31, n.1, p.32-38. 2018.

BONETTI, S.; GOÉS, F. **O que fazer quando seu bebê engasgar?** Grupo de Pesquisa em Enfermagem no cuidado à Criança e ao Adolescente- GPECCA. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP. 2016.

BRASIL. 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, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº510, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. 2016.

BRESSAN, S.; et al. Lockdown: more domestic accidents than COVID-19 in children. **Arch Dis Child**. v.106, n.2, 2020.

BRITO, J.G.; PEDROSO, B.R.P.; MARTINS, C.B.G. Acidentes domiciliares por forças mecânicas inanimadas em crianças, adolescentes e jovens. **Texto Contexto Enferm**. v.5, n.e4180014, 2016.

BRKIC, F.; et al. Death as a consequence of foreign body aspiration in children. **Med Arch**. v.72, n.3, p.220-223, 2018.

CHAMBERLAIN, J. Prebriefing in Nursing Simulation: A Concept Analysis Using Rodger's Methodology. **Clin Simul Nurs** [Internet]. v.11, n.7, p.318-322, 2015.

DIAZ, M.C.G.; WALSH, B.M. Telesimulation-based education during COVID-19. **The Clinical Teacher**. v.0, n.0, p.1-5, 2020.

- EL SEIFI, O.S.; MORTADA, E.M.; ABDO, N.M. Effect of community-based intervention on knowledge, attitude, and self-efficacy toward home injuries among Egyptian rural mothers having preschool children. **PloS one**, v.13, n.6, e0198964, 2018.
- FILÓCOMO, F. R. F. et al. Perfil dos acidentes na infância e adolescência atendidos em um hospital público. **Acta paul. enferm.** v.30, n.3, p.287-294, 2017.
- FISHER, L. D.; VAN BELLE, G. V. Biostatistics: a methodology for the health sciences. New York: Wiley. 991p. 1993.
- GORDON, R.M. Debriefing virtual simulation using a online conferencing platform: lessons learned. **Clinical Simulation in Nursing.** v.13, n.12, p.668-674, 2017.
- HOHLFELD, A.S.J.; HARTY, M.; ENGEL, M.E. Parents of children with disabilities: A systematic review of parenting interventions and self-efficacy. **Afr J Disabil.** v.7, 2018.
- JEFFRIES, P.R. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. 3^a ed. **Washington: National League for Nursing**, 2021.
- KAHRIMAN, L.; KARADENIZ, H. Effects of a Safety-Awareness-Promoting Program Targeting Mothers of Children Aged 0-6 Years to Prevent Pediatric Injuries in the Home Environment: Implications for Nurses. **J Trauma Nurs.** v.25, n.5, p.327-335, 2018.
- LANDONI, G.; et al. Pizza in adults and grape in children are the most frequent causes of foreign body airway obstruction in Italy. A national media-based survey. **Resuscitation.** v.149, p.141-142, 2020.
- LORENZONI, G.; et al. Increasing awareness of food-choking and nutrition in children through education of caregivers: the CHOP community intervention trial study protocol. **BMC Public Health.** v.19, n.1156, 2019.
- LUMSDEN, A.J.; COOPER, J.G. The choking hazard of grapes: a plea for awareness. **Arch Dis Child.** v.102, p.473-474, 2017.
- MARCHETI, M.A.; et al. Acidentes na infância em tempo de pandemia pela COVID-19. **Rev Soc Bras Enferm Ped.** v.20, Especial COVID-19, p 16-25, 2020.
- MATHEWS, A.; et al. Differences in African-American Maternal Self-Efficacy Regarding Practices Impacting Risk for Sudden Infant Death. **J Community Health.** v.41, n.2, p.244-249, 2016.
- MCCOY, C. E.; et al. Telesimulation: an innovative tool for health professions education. **AEM education and training.** v.1, n.2, p. 132-136, 2017.
- MIRAHMADIZADEH A.; et al. Incidence of accidents and injuries in children under 6 years old in southern Iran: a population-based study. **J. Inj. Violence Res.** v.27, n.12, 2020.
- NAIK, N. et al. Telesimulation for COVID-19 Ventilator Management Training With Social-Distancing Restrictions During the Coronavirus Pandemic. **Simulation & Gaming.** v.51, n.4, p.571-577, 2020.
- NASCIMENTO, E.N.; GIMENIZ-PASCHOAL, S.R.; SEBASTIÃO, LT. Intervenção educativa sobre prevenção de acidentes infantis domésticos realizada por estagiários de Fonoaudiologia na Unidade de Saúde da Família. **Rev. CEFAC.** v.21, n.5, 2019.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos da Pesquisa Clínica em Enfermagem: Avaliação da evidência para a prática de enfermagem. 7^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- RIBEIRO, M.G.C.; et al. Social determinants of health associated with childhood accidents at home: An integrative review. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.71, n.1, p.265-276, 2019.

- RONEN, O.; et al. Ethnic differences of children with foreign body aspiration: a need for preventive education. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**. 2019.
- 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.
- SALIH, A.M.; ALFAKIM.; ALAM-ELHUDA, D.M. Airway foreign bodies: A critical review for a common pediatric emergency. **World J Emerg Med**. v.7, n.1, 2016.
- SANTOS, R. R. D.; et al. Prevention of domestic accidents in childhood: knowledge of caregivers at a health care facility. **Rev Bras Enferm**. v.72, n.2: e20210006. 2022.
- SBICIGO, J. B.; et al. Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). **Psico**. v.43, n.2, 2012.
- SILVA, A.P.M et al. Capacitação de cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da simulação. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2021.
- SILVA, F.L.; et al. Technologies for health education about foreign-body airway obstruction: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP**. v.55:e03778, 2021.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Documentos e Informações. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>.
- WAXMAN, K.T. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. **J Nurs Educ**. v.49, n.1, p.29-35. 2010.
- WU, Z.; et al. Fatal choking in infants and children treated in a pediatric intensive care unit: A 7-year experience. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**. 2018.

Apêndices

A decorative flourish consisting of a horizontal line with curved ends, and three small hearts positioned in the center of the line.

APÊNDICE A

Folder de divulgação do estudo

Você é mãe de um bebê menor de 01 ano?

Você quer aprender o que fazer numa situação de engasgo com o seu filho (a)?



Se sim, venha participar da pesquisa que irá utilizar a simulação on-line como estratégia de ensino!

Sua participação é muito importante!

↪ **Clique no link:**

Contamos com você!!



APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (mães)

(Resolução 510/2016 do CNS)

Título da pesquisa: **Contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante de obstrução de vias áreas por corpo estranho em crianças menores de um ano.**

Meu nome é Beatriz Helena Naddaf Camilo, sou enfermeira e estudante do curso de pós graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Gostaria de convidar você para participar voluntariamente de uma pesquisa que será realizada com mães de crianças menores de um ano. O objetivo desta pesquisa é analisar as contribuições de uma atividade educativa sobre prevenção e manejo de obstrução de vias áreas por corpo estranho (engasgo) entre mães de crianças menores de um ano. Minha orientadora é a Profa. Aline Cristiane Cavicchioli Okido.

Se aceitar participar, primeiramente você responderá um questionário on-line com perguntas sobre você (idade, escolaridade, profissão, entre outras), sobre o seu conhecimento com relação ao engasgo e sobre sua percepção sobre ser capaz de executar determinadas tarefas (autoeficácia). Com relação ao tempo que deverá disponibilizar, acredito que aproximadamente 30 minutos sejam suficientes. Assim que enviar o questionário preenchido será enviado para o seu e-mail dois materiais para leitura, um explica como fazer diante de uma situação de engasgo em crianças e o outro, ensina sobre a prevenção do engasgo.

A seguir, será agendado um encontro virtual por meio da plataforma de comunicação on-line de acesso livre Google Hangouts®, conforme sua disponibilidade de data e horário. É muito importante que você faça a leitura desses materiais antes deste encontro. Durante o encontro você irá assistir dois vídeos que mostram o atendimento de uma criança engasgada. Após, iremos refletir sobre a forma como foi conduzida as duas situações de modo a retomar o conhecimento apresentado nos materiais de leitura. Ao término do encontro virtual, você responderá o questionário on-line novamente, exceto as perguntas sobre você. O tempo previsto para duração do encontro virtual e preenchimento do questionário será de aproximadamente 90 minutos. Por fim, após 60 dias te enviarei por e-mail o mesmo questionário para que preencha novamente.

Você tem a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa, bem como, a qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa. Os resultados deste estudo serão apresentados em congressos e publicados em revistas científicas, no entanto, seu nome não aparecerá (anonimato/sigilo). É importante destacar que lhe é garantido o acesso aos resultados do estudo caso tenha interesse .

Esta pesquisa pode proporcionar enquanto benefício imediato o seu aprendizado com relação a como agir frente ao engasgo de uma criança. Os riscos previstos podem envolver algum

desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento do questionário ou da discussão dos vídeos. Todavia, a participação é livre e a desistência a qualquer momento é garantida. Além disso, me coloco a disposição para ampará-la e confortá-la caso seja necessário.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Todavia, é garantido ao participante da pesquisa o direito a ser compensado caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, conforme as leis vigentes no país.

Informo 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) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação a qualquer momento. Caso deseje entrar em contato, estarei à disposição pelo telefone (16) 99279-5152 ou pelo e-mail beatriz.h.camilo@hotmail.com

Após leitura deste termo, por favor, preencha o seu nome completo e assinale uma das opções (concordo ou não concordo em participar da pesquisa), a seguir, clique na próxima sessão. Sua resposta será impressa em duas vias as quais serão devidamente assinadas pelas pesquisadoras responsáveis, uma será sua e outra dos pesquisadores. Esta via assinada será enviada por e-mail em data anterior ao encontro virtual.

Local e data: São Carlos, ____ de _____ de 2021.

Beatriz Helena Naddaf Camilo

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UFSCar

Tel: 16-99279-5152. E-mail: beatriz.h.camilo@hotmail.com

APÊNDICE C

Instrumento de caracterização das participantes

Data: ____/____/____

Nome completo: _____

Telefone: () ____ - _____

E-mail: _____

Data de nascimento da participante: ____/____/____

Data de nascimento do filho menor de um ano: ____/____/____

Número de filhos: _____

- Escolaridade: () 1- Analfabeto
 () 2- Ensino Fundamental incompleto
 () 3- Ensino Fundamental completo
 () 4- Ensino médio completo
 () 5- Ensino médio incompleto
 () 6- Superior incompleto
 () 7- Superior completo
 () 8- Pós graduação

- Ocupação: () 1- do lar
 () 2- trabalho informal
 () 3- trabalho formal/ com carteira assinada
 () 4- desempregada

- Estado marital: () 1- com companheiro(a)
 () 2- sem companheiro(a)

Já vivenciou alguma situação de engasgo com o seu filho? () Sim () Não

Já vivenciou alguma situação de engasgo com outra criança? () Sim () Não

Caso tenha vivenciado, conte-nos como foi:

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

() Sim

() Não

Se sim, qual?

APÊNDICE D

Questionário de avaliação do conhecimento após validação de conteúdo

TEMA	QUESTÕES	RESPOSTAS		
		Verdadeiro	Falso	Não sei
Conhecimento acerca do engasgo	1. No engasgo ocorre o fechamento total ou parcial do local onde o ar passa.			
	2. Somente profissionais de saúde podem socorrer uma criança engasgada.			
	3. O engasgo pode causar asfixia (dificuldade ou impossibilidade de respirar).			
	4. Alimentos e objetos pequenos podem causar o engasgo.			
Prevenção do engasgo	5. Logo depois de mamar, o bebê deve ser colocado para dormir			
	6. O bebê deve dormir de barriga para cima e com a cabeça um pouco levantada.			
	7. O bebê consegue mastigar pequenos pedaços de alimentos desde o primeiro mês de vida.			
	8. É necessário cortar os alimentos em pedaços pequenos na hora de alimentar o bebê.			
	9. É indicado escolher brinquedos com selo de qualidade do Inmetro.			
	10. Brinquedos indicados para crianças maiores podem oferecer risco aos bebês e devem ser mantidos longe do alcance dos bebês.			
	11. Deve-se avaliar regularmente os brinquedos à procura de partes pequenas que possam se soltar.			
	12. Quando o bebê está brincando com balão de látex (bexiga) deve estar acompanhado de um adulto.			
Reconhecimento do engasgo	13. É adequado oferecer para os bebês alimentos arredondados e duros como uvas, tomate cereja, ovo de codorna, pipoca, amendoim e castanhas.			
	14. Pele e lábios arroxeados podem ser sinais de engasgo.			
	15. O bebê engasgado chora muito.			
	16. Tosse é um sinal de engasgo.			

	17. O bebê engasgado pode ficar “molinho”.			
	18. O bebê ofegante e com respiração muito rápida pode estar engasgado.			
Manejo diante o engasgo	19. Ao notar que o bebê está engasgado, ir rapidamente para o hospital é uma atitude correta.			
	20. Ao notar que o bebê está engasgado, chamar por ajuda é uma atitude correta.			
	21. Para chamar o Corpo de Bombeiros, utilizar o número telefônico 190.			
	22. Para chamar o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), utilizar o número telefônico 192.			
	23. Deve-se retirar o objeto da boca do bebê com o dedo indicador.			
	24. Provocar o vômito é uma maneira certa para desengasgar o bebê.			
	25. Colocar o bebê deitado de barriga para baixo em cima do seu antebraço, com a cabeça mais baixa que o corpo e dar 5 tapas nas costas é uma atitude correta.			
	26. Sacudir e virar o bebê de cabeça para baixo ajuda a desengasgar.			
	27. Após dar os 5 tapas nas costas, colocar o bebê deitado de costas no outro antebraço e realizar cinco compressões no meio do peito, entre os mamilos, é uma atitude correta.			
	28. Oferecer água ao bebê engasgado pode ajudar a desengasgar.			
	29. Após desengasgar, o bebê ficará molinho e provavelmente irá dormir.			
30. Vomitar, chorar e tossir são sinais de que o bebê desengasgou.				

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (especialistas)

(Resolução 510/2016 do CNS)

Título da pesquisa: **Contribuições da simulação *in situ* na autoeficácia e conhecimento de mães e/ou responsáveis diante uma situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho.**

Gostaria de convidar o senhor (a) para participar voluntariamente de uma pesquisa que tem como objetivo validar junto aos especialistas o conteúdo de um questionário de avaliação do conhecimento e de dois cenários simulados com relação as medidas de prevenção e manejo de uma situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho.

Se concordar em participar, você fará parte de um grupo de especialistas que validará os cenários e/ou o questionário. 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 despendido seja de aproximadamente 40 minutos.

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 conseqüentemente irá ajudar as mães e/ou responsáveis na aquisição de conhecimento referente a prevenção e ao manejo de uma situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho. 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.

Local e data: São Carlos, ____ de _____ de 2021.

Beatriz Helena Naddaf Camilo

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UFSCar

Tel: 16-99279-5152. E-mail: beatriz.h.camilo@hotmail.com

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e concordo em participar do projeto de pesquisa “Contribuições da simulação *in situ* na autoeficácia e conhecimento de mães e/ou responsáveis diante uma situação de obstrução de vias áreas por corpo estranho”. 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

Instrumento de caracterização dos especialistas

Data: ____/____/____

Nome completo: _____

Telefone: () ____ - _____

E-mail: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () Feminino () Masculino

Ano de formação: _____

Titulação: () Graduação
() Especialização
() Mestrado
() Doutorado
() Pós-Doutorado

Atuação Profissional: () Docente
() Enfermeiro Assistencial
() Pós-Graduando

Possui experiência sobre ensino de prevenção e manejo de desobstrução de vias aéreas?

() Sim () Não

Possui experiência com simulação?

() Sim () Não

Se sim por quanto tempo? _____

Reconhecimento do engasgo	16. O bebê engasgado chora muito.																				
	17. Tosse é um sinal de engasgo.																				
	18. O bebê engasgado pode ficar “molinho”.																				
	19. O bebê ofegante e com respiração rápida pode estar engasgado.																				
Manejo diante o engasgo	20. Ao notar que o bebê está engasgado, chamar por ajuda é a primeira conduta correta.																				
	21. Para acionar o Corpo de Bombeiros utilizar o número telefônico 190.																				
	22. Para acionar o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) utilizar o número telefônico 192.																				
	23. Deve-se retirar o objeto da boca do bebê com o dedo indicador.																				
	24. Induzir o vômito é uma maneira adequada para desengasgar o bebê.																				
	25. Colocar o bebê deitado de barriga para baixo em cima do seu antebraço, com a cabeça mais baixa que o corpo, e dar 5 tapas nas costas é uma conduta adequada.																				
	26. Sacudir e virar o bebê de cabeça para baixo ajuda a desengasgar.																				
	27. Após dar os 5 tapas nas costas, colocar o bebê deitado de costas no outro antebraço e realizar cinco compressões no meio do peito, entre os mamilos, é uma conduta adequada.																				
	28. Oferecer água ao bebê engasgado pode ajudar																				
	29. Após desengasgo, o bebê ficará molinho e provavelmente irá dormir.																				
30. Vomitar, chorar e tossir são sinais de que o bebê desengasgou.																					

2: Concordo fortemente; 1: Concordo; 0: Não sei; -1: Discordo; -2: Discordo fortemente.

APÊNDICE H

Template inicial referente ao cenário de prevenção do engasgo

CENÁRIO
Prevenção da obstrução de vias aéreas por corpo estranho (engasgo) em criança menor de um ano.
RESPONSÁVEIS
Beatriz Helena Naddaf Camilo; Larissa Bono de Freitas; Aline Cavicchioli Okido
PÚBLICO ALVO
Mães de crianças menores de um ano.
OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM
Identificar situações de risco para o engasgo de bebês menores de 1 ano (oferecer uva, pipoca, brinquedos pequenos, alimentar a criança deitada).
LOCAL/FORMA DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
<i>In situ</i> : ocorrerá na residência das mães de crianças menores de 01 ano, com possibilidade de “plateia”, ou seja, outros moradores presentes observando a cena.
DISTRADORES
Não há.
EQUIPE NECESSÁRIA PARA A REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
A equipe será composta por duas pessoas: um participante simulado (atriz com formação em teatro habilitada previamente, que fará o papel de amiga da família e chegará na residência com o seu bebê no carrinho) e uma facilitadora, responsável pelas falas antes do início do cenário e processo de <i>Debriefing</i> .
MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS
Será utilizado um boneco fabricado com vinil macio e pano da marca Cotiplás da coleção Ninos-modelo 1494. Dimensões aproximadas: 50x25x13cm com peso relativamente semelhante ao de uma criança de cinco meses de idade.

Características: cor da pele branca com olhos abertos e fixos (não apresenta movimento ocular nem fechamento de pálpebras), boca aberta com orifício capaz de armazenar pequena quantidade de líquido ou fixar uma chupeta. Não apresenta movimento articular e não emite som. Para simular o som de choro, tosse e vômito foi inserido uma pequena caixa de som portátil ativada por *bluetooth* no interior do tórax de pano do boneco.

EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Carrinho de bebê;
- Bolsa de bebê;
- Pote com pipocas;
- Pote com uvas;
- Brinquedos de vários tamanhos.
- Caixa de som que reproduz som de balbucios.

PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO

Realizar a leitura do folder “Cuidados com o bebê” produzido e divulgado gratuitamente pela ONG Criança Segura. Vale ressaltar que o Folder possui orientações que vão além das medidas de prevenção de engasgo, todavia, é um material diretivo e relativamente rápido para leitura.

A PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA, FASE QUE VAI DA GESTAÇÃO AOS TRÊS ANOS DO BEBÊ, É UM PERÍODO DETERMINANTE PARA O DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL DO SER HUMANO.

Nessa idade, a criança é mais frágil e possui pouca capacidade para reconhecer e sair de situações perigosas, por isso, depende quase que totalmente dos cuidados e atenção constantes de um adulto.

Diariamente no Brasil, 5 crianças de zero a quatro anos morrem e outras 90 são internadas em estado grave em decorrência de acidentes.

Esses incidentes podem acontecer em diversas situações do dia a dia. Por isso, é muito importante se informar sobre o que pode representar um risco ao bebê e agir preventivamente. Confira algumas dicas que podem te ajudar nessa tarefa.

A Criança Segura é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, que tem como missão promover a prevenção de acidentes com crianças e adolescentes até 14 anos.

ESCRITÓRIO NACIONAL
Rua Machado Bittencourt, 301, cj. 1010
Vila Clementino, São Paulo / SP - CEP: 04044-902
F: (11) 3389-9234 - contato@criancasegura.org.br

f @engcriancasegura t @criancasegura
@engcriancasegura @engcriancasegura

www.criancasegura.org.br/doihothoninfancia

CUIDADOS COM O BEBÊ
Saiba como garantir a segurança dos pequenos

DE OLHO na infância Unidos pelo desenvolvimento seguro das crianças

PARCEIROS DO PROJETO
"Campanha Criança Segura para prevenção de acidentes"

CONGEC
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Inovação

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Após alguns dias, Larissa retorna à casa de sua amiga. Chega com Pedro no carrinho (acordado e com o encosto do carrinho inclinado). O objetivo da visita é agradecer pela ajuda ofertada durante o episódio de engasgo ocorrido dias atrás. Na bandeja do carrinho haverá um pote com uvas e outro com pipoca além de alguns brinquedos com peças pequenas. Durante a conversa Larissa irá oferecer os alimentos para o bebê e incentiva-lo a brincar.

FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

Você irá participar de um cenário que será continuidade do cenário anterior. Durante a conversa com Larissa procure dar orientações que possam ajudá-la a evitar novos episódios de engasgo. Procure considerar a situação como o mais real possível.

FLUXOGRAMA

Para este cenário não haverá um fluxograma predeterminado. A seguir estão as principais falas da atriz.

- Boa tarde, vim fazer mais uma visita! Gostaria de agradecer muito pela sua ajuda naquele dia que o Pedro engasgou. Se não fosse você, não sei o que teria sido de mim.

- Olha como o Pedro está bem! Adora passear.

- Quer comer uma frutinha filho? Não quer uva? Quer pipoca né?

Caso a participante faça alguma orientação com relação a prevenção de engasgo a atriz vai dizer:

- Que legal, não sabia, vou seguir sua orientação. Tem mais alguma dica para me dar?

OBS: Caso a participante oriente erroneamente, não faça nenhuma orientação ou não identifique as situações de risco apresentadas no cenário não haverá intervenção da atriz. Será discutido pelo facilitador durante o *debriefing*.

EMENTA DO DEBRIEFING

- Principais causas de engasgo;

- Medidas de prevenção:

Brinquedos: escolher considerando cada faixa etária e seguindo as recomendações do fabricante; evitar o uso de brinquedos com baterias e peças desmontáveis e/ou quebradas;

Alimentação: sentar a criança para dar os alimentos; evitar a oferta de alimentos redondos e duros, como uvas, cenoura crua, pipoca, balas e amendoim; após mamada esperar que o bebê arrote e colocá-lo de barriga para cima.

QUESTÕES PRINCIPAIS

- 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 participantes 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? Os demais participantes, têm algum ponto positivo para expor?
- Você considera que participar dessa atividade ajudará a manejar uma situação de engasgo de um bebê?

REFERÊNCIA

JEFFRIES, P.R. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. 3ª ed. **Washington: National League for Nursing, 2021.**

APÊNDICE I

Template inicial referente ao cenário de manejo do engasgo

CENÁRIO
Manejo da obstrução de vias aéreas por corpo estranho (engasgo) em criança menor de um ano.
RESPONSÁVEIS
Beatriz Helena Naddaf Camilo; Larissa Bono de Freitas; Aline Cavicchioli Okido
PÚBLICO ALVO
Mães de crianças menores de um ano.
OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM
<p><i>Objetivo geral:</i> Reconhecer que o bebê está engasgado e realizar a manobra de desobstrução de vias aéreas de maneira segura e rápida.</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer os sinais de engasgo apresentados pelo bebê (tosse e cianose labial); - Retirar o bebê do carrinho e iniciar a manobra de desobstrução: com o dedo indicador e médio segurar a boca do bebê aberta; posicionar o bebê deitado de barriga para baixo em cima do antebraço com a cabeça mais baixa que o corpo, apoiar o antebraço na coxa para ter mais firmeza, dar cinco tapas com a base da mão entre os ombros, no meio das costas do bebê; a seguir, colocar o bebê deitado de costas sobre o outro antebraço apoiado sobre a coxa e realizar cinco compressões com dois dedos no meio do peito, entre os mamilos. - Reconhecer os sinais de desengasgo manifestados pelo bebê (choro e ausência de cianose).
LOCAL/FORMA DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
<i>In situ:</i> ocorrerá na residência das mães de crianças menores de 01 ano, com possibilidade de “plateia”, ou seja, outros moradores presentes observando a cena.
DISTRATORES
Não há.
EQUIPE NECESSÁRIA PARA A REALIZAÇÃO DO CENÁRIO

A equipe será composta duas pessoas: um participante simulado (atriz com formação em teatro habilitada previamente, que fará o papel de amiga da família e chegará na residência com o seu bebê no carrinho) e uma facilitadora, responsável pelas falas antes do início do cenário e processo de *Debriefing*.

MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS

Será utilizado um boneco fabricado com vinil macio e pano da marca Cotiplás da coleção Ninos-modelo 1494. Dimensões aproximadas: 50x25x13cm com peso relativamente semelhante ao de uma criança de cinco meses de idade.

Características: cor da pele branca com olhos abertos e fixos (não apresenta movimento ocular nem fechamento de pálpebras), boca aberta com orifício capaz de armazenar pequena quantidade de líquido ou fixar uma chupeta. Não apresenta movimento articular e não emite som. Para simular o som de choro, tosse e vômito foi inserido uma pequena caixa de som portátil ativada por *bluetooth* no interior do tórax de pano do boneco.

EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Carrinho de bebê; - Travesseiro; - Coberta; - Boneco; - Bolsa/mala de bebê; - Mamadeira com leite; - Produto para simular o leite (detergente de coco + água); | <ul style="list-style-type: none"> - Chupeta; - Maquiagem para produzir o efeito de cianose labial; - Fralda de pano; - Lenço umedecido. - Telefone celular; - Caixa de som que reproduz som de tosse e choro. |
|--|--|

PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO

Realizar a leitura da cartilha educativa intitulada “O que fazer quando seu bebê engasgar?”, produzida por Bonetti e Góes (2018).



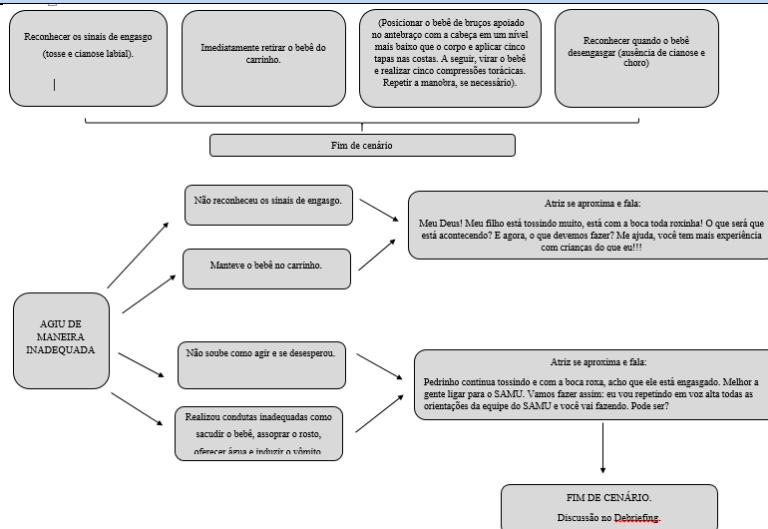
DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Larissa (participante simulado) vai visitar sua amiga e leva consigo Pedro, seu bebê de 5 meses de idade. Larissa chega com o bebê dormindo no carrinho. Durante a conversa, o bebê acorda e começa a resmungar, “choro fraco”. Para acalmá-lo, Larissa oferece mamadeira com 180 ml de fórmula láctea com o bebê deitado no carrinho. Após mamada, o celular de Larissa toca e ela se afaste da cena, deixando sua amiga sozinha com bebê. Ao sair, o bebê apresenta episódios de tosse evoluindo para cianose labial.

FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

Você irá participar de um cenário onde sua amiga Larissa virá até sua casa lhe fazer uma visita, ela trará seu bebê de cinco meses de idade. Durante a visita, acontecerá uma intercorrência com este bebê. Procure considerar a situação como o mais real possível.

FLUXOGRAMA



EMENTA DO DEBRIEFING

- Definição da obstrução das vias aéreas por corpo estranho (engasgo);
- Diferença entre obstrução parcial e total;
- Principais manifestações apresentadas por uma criança engasgada;
- Como realizar a manobra de desobstrução de vias aéreas;
- Importância de solicitar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no caso de dúvidas;
- Possíveis desfechos positivos e negativos quanto ao manejo de desobstrução de vias aéreas.

QUESTÕES PRINCIPAIS

- 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 participantes 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? Os demais participantes, têm algum ponto positivo para expor?
- Você considera que participar dessa atividade ajudará a manejar uma situação de engasgo de um bebê?

REFERÊNCIA

JEFFRIES, P.R. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. 3^a ed. **Washington: National League for Nursing, 2021.**

APÊNDICE J

Template adaptado referente ao cenário de manejo e prevenção do engasgo

CENÁRIO
Manejo e prevenção da obstrução de vias aéreas por corpo estranho (engasgo) em criança menor de um ano.
RESPONSÁVEIS
Beatriz Helena Naddaf Camilo; Larissa Bono de Freitas; Aline Cavicchioli Okido
PÚBLICO ALVO
Mães de crianças menores de um ano.
OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar os sinais de engasgo apresentados pela criança (tosse e cianose labial); ✓ Descrever a manobra de desobstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: com o dedo indicador e médio segurar a boca aberta; posicionar a criança deitada de barriga para baixo sobre o antebraço do socorrista mantendo a cabeça mais baixa que o corpo; dar cinco tapas com a base da mão entre os ombros, no meio das costas; a seguir, virar a criança de costas sobre o outro antebraço e realizar cinco compressões com dois dedos no meio do peito, entre os mamilos. Sempre apoiar o antebraço na coxa para ter mais firmeza. ✓ Identificar os sinais de desengasgo manifestados pela criança (choro e ausência de cianose). ✓ Identificar situações de risco para o engasgo de bebês menores de 1 ano (oferecer uva, pipoca, brinquedos pequenos, alimentar a criança deitada).
LOCAL/FORMA DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
<p>Cenário previamente gravado na Unidade de Simulação em Saúde (USS UFSCar) para posterior transmissão virtual.</p> <p><i>Link para acesso ao vídeo:</i></p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=QErpe02AHhc&ab_channel=Telessa%C3%BAdeHU-UFSCar</p>

DISTRATORES	
Não há.	
EQUIPE NECESSÁRIA PARA A REALIZAÇÃO DO CENÁRIO	
A equipe composta por duas participantes simuladas (uma desempenhou o papel de mãe da criança e a outra atuou na qualidade de amiga). O cenário contou ainda com uma equipe exclusiva para gravação e edição.	
MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS	
<p>Foi utilizado um boneco fabricado com vinil macio e pano da marca Cotiplás da coleção Ninos-modelo 1494. Dimensões aproximadas: 50x25x13cm com peso relativamente semelhante ao de uma criança de cinco meses de idade.</p> <p>Características: cor da pele branca com olhos abertos e fixos (não apresenta movimento ocular nem fechamento de pálpebras), boca aberta com orifício capaz de armazenar pequena quantidade de líquido ou fixar uma chupeta. Não apresenta movimento articular e não emite som. Para simular o som de choro, tosse e vômito foi inserido uma pequena caixa de som portátil ativada por <i>bluetooth</i> no interior do tórax de pano do boneco.</p>	
EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Carrinho de bebê; - Travesseiro; - Coberta; - Boneco; - Bolsa/mala de bebê; - Mamadeira com leite; - Produto para simular o leite (detergente de coco + água); - Chupeta; 	<ul style="list-style-type: none"> - Maquiagem para produzir o efeito de cianose labial; - Fralda de pano; - Lenço umedecido. - Telefone celular; - Caixa de som que produz som de tosse e choro. - Pote com pipocas; - Pote com uvas; - Brinquedos de vários tamanhos.
PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO	
Realizar a leitura do <i>folder</i> “Cuidados com o bebê” produzido e divulgado gratuitamente pela ONG Criança Segura e da cartilha educativa intitulada “O que fazer quando seu bebê engasgar?” produzida por Bonetti e Góes (2018). Vale ressaltar que o <i>folder</i> possui orientações	

que vão além das medidas de prevenção de engasgo, todavia, é um material diretivo e relativamente rápido para leitura.



DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Aline (participante simulada) vai visitar sua amiga Larissa (participante simulada) e leva consigo Pedro, seu bebê de 5 meses de idade. Aline chega com o bebê dormindo no carrinho. Durante a conversa o bebê acorda e começa a resmungar “choro fraco”. Para acalmá-lo, Aline oferece mamadeira com 180 ml de fórmula láctea, mantendo o bebê deitado no carrinho. Após mamada, o celular de Aline toca e ela se afaste da cena, deixando sua amiga sozinha com bebê. Ao sair, o bebê apresenta episódios de tosse evoluindo para cianose labial. Neste momento, Larissa precisa agir rapidamente para ajudar o bebê.

Após alguns dias, Aline retorna à casa de sua amiga. Chega com Pedro no carrinho (acordado e com o encosto do carrinho inclinado). O objetivo da visita é agradecer pela ajuda ofertada durante o episódio de engasgo ocorrido dias atrás. Na bandeja do carrinho há um pote com uvas e outro com pipoca além de alguns brinquedos com peças pequenas. Durante a conversa Aline irá oferecer os alimentos para o bebê e incentiva-lo a brincar.

FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

Você irá assistir a um vídeo no qual Aline vai até a casa de sua amiga lhe fazer uma visita, trazendo consigo seu bebê de cinco meses de idade. Durante a visita, acontecerá uma intercorrência com este bebê e Aline precisará da ajuda de sua amiga. Passados alguns dias, Aline retorna à residência de sua amiga para agradecê-la por tê-la ajudado com seu bebê. Procure observar como Aline e sua amiga agiram para ajudar o bebê, bem como, observar situações que podem ser evitadas para prevenir novas intercorrências semelhantes. Procure considerar a situação como a mais real possível.

FLUXOGRAMA

Na primeira etapa do vídeo, Aline chegará à casa de Larissa com seu filho Pedro, dormindo em seu carrinho. Ambas passam a conversar sobre situações do cotidiano e sobre o desenvolvimento do bebê. Durante a conversa, Pedro acorda e Aline oferece a ele mamadeira com fórmula láctea, ainda deitado no carrinho. Em um momento da cena, o celular de Aline toca e a mesma deixa seu bebê com Larissa. Porém, o bebê apresenta tosse, seguido de cianose labial. Larissa imediatamente passa a gritar por Aline que retorna à cena:

Aline: Meu Deus, o que aconteceu com ele?

Larissa: Eu não sei, será que ele engasgou?

Aline: E o que a gente faz com uma criança engasgada, Larissa?

Larissa: Eu não sei. E se a gente ligar para o SAMU?

Aline: Ótima ideia!

Aline imediatamente liga para o SAMU e diz:

Aline: Boa tarde, eu estou com meu filho engasgado e eu não sei o que fazer, me ajuda!

A mesma repassa as orientações dadas pela equipe de socorristas à Larissa, que execute as manobras até o bebê regurgitar leite e apresentar sinais de desengasgo (choro e ausência de cianose).

Para a segunda etapa do vídeo, quando Aline retorna após alguns dias, foram definidas algumas falas da participante simulada, as quais foram:

Aline: Boa tarde, vim fazer mais uma visita! Gostaria de agradecer muito pela sua ajuda naquele dia que o Pedro engasgou. Se não fosse você, não sei o que teria sido de mim.

Aline: Olha como o Pedro está bem! Adora passear.

Aline: Quer comer uma frutinha filho? Quer uva? Quer pipoca?

EMENTA DO DEBRIEFING

- Definição da obstrução das vias aéreas por corpo estranho (engasgo);
- Diferença entre obstrução parcial e total;

- Principais manifestações apresentadas por uma criança engasgada;
- Como realizar a manobra de desobstrução de vias aéreas;
- Importância de solicitar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no caso de dúvidas;
- Possíveis desfechos positivos e negativos quanto ao manejo de desobstrução de vias aéreas.
- Principais causas de engasgo;
- Medidas de prevenção:

Brinquedos: escolher considerando cada faixa etária e seguindo as recomendações do fabricante; evitar o uso de brinquedos com baterias e peças desmontáveis e/ou quebradas.

Alimentação: sentar a criança para dar os alimentos; evitar a oferta de alimentos redondos e duros, como uvas, cenoura crua, pipoca, balas e amendoim; após mamada esperar que o bebê arrote e colocá-lo de barriga para cima.

QUESTÕES PRINCIPAIS

- Como vocês se sentiram ao assistir o vídeo da simulação? Quais sentimentos afloraram?
- Vocês poderiam descrever o cenário que assistiram?
- Quais foram os pontos positivos na atuação da participante que fez o papel de amiga?
- Vocês fariam algo diferente em algum momento?
- Vocês consideram que participar dessa atividade ajudará no caso de uma possível situação de engasgo com o seu filho(a)?

REFERÊNCIA

JEFFRIES, P.R. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. 3ª ed. **Washington: National League for Nursing, 2021.**

APÊNDICE K

Instrumento para avaliação dos cenários simulados

1) Plausibilidade do caso clínico

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

2) Realismo

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

3) Aderência às evidências científicas disponíveis

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

4) Complexidade em relação ao nível de conhecimento e habilidades do participante

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

5) Sumário do caso

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

6) Objetivos da simulação fornecidos ao participante

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

7) Material educativo utilizado no Briefing

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

9) Objetivos de aprendizagem

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

11) Promoção da resolução autônoma de problemas

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

8) Informações fornecidas ao participante antes da simulação

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

10) Promoção do pensamento crítico

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

12) Ambiente simulado

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

13) Materiais e equipamentos disponíveis

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

14) Questionamentos do Debriefing

Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado

Sugestões: _____

Anexos
—♥♥♥—

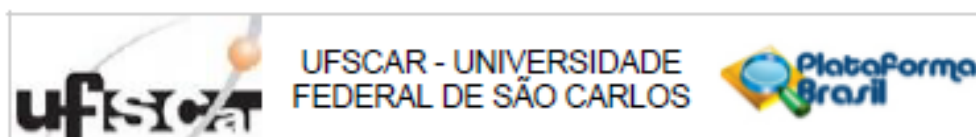
ANEXO I

Escala de autoeficácia geral percebida

Itens	<i>Não é verdade a meu respeito (1)</i>	<i>É dificilmente verdade a meu respeito (2)</i>	<i>É moderadamente verdade a meu respeito (3)</i>	<i>É totalmente verdade a meu respeito (4)</i>
1. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.				
2. Mesmo que alguém se oponha, eu encontro maneiras e formas de alcançar o que eu quero.				
3. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.				
4. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.				
5. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.				
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.				
7. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos.				
8. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.				
9. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.				
10. Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade.				

ANEXO II

Parecer consubstanciado CEP- 2021



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças menores de um ano.

Pesquisador: BEATRIZ HELENA NADDAF CAMILO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42738621.5.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.607.633

Apresentação do Projeto:

Introdução: entre os acidentes domésticos mais comuns que ocorrem com crianças menores de um ano destaca-se a obstrução das vias aéreas por corpo estranho. Os sentimentos vivenciados pelos familiares, em especial a mãe, na ocorrência deste acidente são angústia, nervosismo, tensão, preocupação, desespero e medo. **Objetivo:** analisar as contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças menores de um ano. **Método:** trata-se de um estudo quase experimental, do tipo pré e pós-teste. Em virtude da pandemia causada pela COVID-19 será adotado a telesimulação enquanto intervenção educativa a partir de encontro virtual por meio da plataforma de comunicação on-line de acesso livre Google Hangouts®. **Participação do estudo** mães de crianças menores de um ano de idade. A coleta de dados será organizada em quatro etapas: pré-teste, telesimulação, pós teste imediato e tardio. Na telesimulação, os vídeos referentes ao desenvolvimento dos dois cenários simulados serão transmitidos. O primeiro cenário abordará as medidas de prevenção e o segundo irá tratar das condutas/manobras a serem aplicadas diante de uma situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças menores de um ano. Os instrumentos de pesquisa a serem aplicados serão convertidos para o formato on-line os quais são: instrumento de caracterização sócio demográfica, questionário de avaliação do conhecimento e escala de autoeficácia geral percebida. Os dados serão analisados a partir de estatística

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

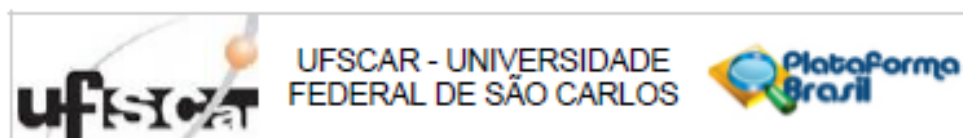
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-0685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.607.033

descritiva e analítica.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as contribuições da telesimulação na autoeficácia e conhecimento de mães diante obstrução de vias áreas por corpo estranho em crianças menores de um ano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras apresentaram como riscos:

"Desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento do questionário ou da discussão dos vídeos"

E como benefícios:

"Aprendizado com relação a como agir frente ao engasgo de uma criança"

PARECER:

Os riscos e benefícios vão ao encontro do escopo do presente estudo. Somado a isso, fazendo a análise de viabilidade, é possível identificar que as pesquisadoras atendem à resolução 510/16 no que diz respeito aos riscos e benefícios apresentados no desenvolvimento da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS no 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras apresentaram os seguintes documentos para apreciação ética:

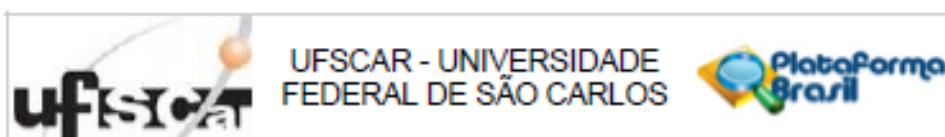
- . PB com informações básicas da pesquisa com as modificações sugeridas;
- . Folha de rosto assinada pela diretoria de centro;
- . Termo de autorização para o uso de Imagem;
- . Cronograma da pesquisa (documento dispensável);
- . Orçamento detalhado da pesquisa (documento dispensável);
- . TCLE a ser aplicado às mães que participam da pesquisa com as modificações sugeridas;
- . Projeto de pesquisa na íntegra com as modificações sugeridas.

Os documentos foram suficientes para o processo de apreciação ética da pesquisa e vão ao encontro das resoluções vigentes no país no que tange o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.

Recomendações:

APROVAÇÃO

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-005
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (18)3351-0885	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.007.633

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO sem maiores considerações

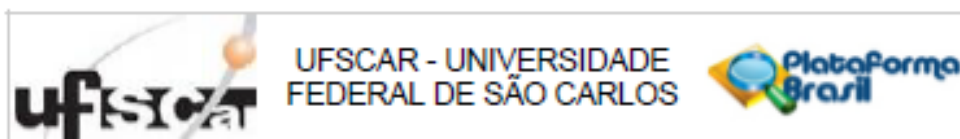
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é Indelegável e Indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1691656.pdf	09/03/2021 19:11:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisto_09_mar.pdf	09/03/2021 19:09:38	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_cep_revisto_09_mar.pdf	09/03/2021 19:05:42	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_projeto_Beatriz.pdf	21/01/2021 14:51:38	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Outros	TERMO_AUTORIZACAO_USO_IMAGE M.pdf	20/01/2021 18:09:20	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP.pdf	20/01/2021 17:58:13	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DETALHADO_CEP.pdf	20/01/2021 17:52:53	Aline Cristiane Cavicchioli Okido	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-005
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-0885 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.607.633

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

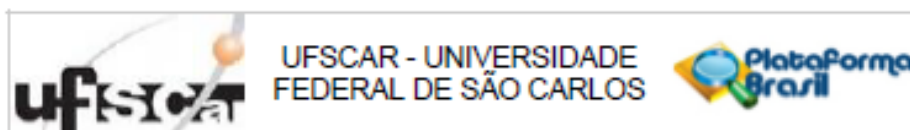
SAO CARLOS, 23 de Março de 2021

Assinado por:

Adriana Sanchez Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

ANEXO III

Parecer substanciado CEP- 2020



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contribuições da simulação in situ na autoeficácia e conhecimento dos pais e/ou responsáveis diante uma situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho

Pesquisador: VALERIA APARECIDA SCHETTINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12412119.0.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.467.920

Apresentação do Projeto:

Estudo quase experimental, do tipo pré e pós-teste, voltado às contribuições de simulação in situ para manejo de obstrução de vias aéreas por corpo estranho. Os participantes intencionados são pessoas maiores de 18 anos, familiares e/ou responsáveis de crianças menores de 3 anos de idade. O estudo está planejado para ser desenvolvido no domicílio do participante. A captação do participante será desenvolvida com apoio de agentes comunitários de duas Unidades de Saúde da Família de cidade do Interior paulista. Intencionam 100 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

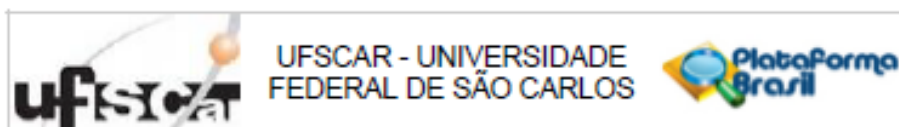
Analisar as contribuições da simulação in situ na autoeficácia e conhecimento de pais e/ou responsáveis por crianças menores de três anos de idade diante uma situação de obstrução de vias aéreas por corpo estranho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco previsto foi de constrangimento e desconforto diante a participação no cenário simulado. Para isto garante possibilidade de desistência a qualquer instante e amparo pelo próprio pesquisador.

O benefício mencionado é aprendizado com relação a como atuar frente ao engasgo de uma

Endereço: WASHINGTON LUIZ, KM 235	CEP: 13.565-005
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-0885	E-mail: cepumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.467.920

ortança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anuência da instituição parceira está apresentada. Folha de rosto adequadamente preenchida. O TCLE foi revisado atendendo ao parecer anterior e está adequado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

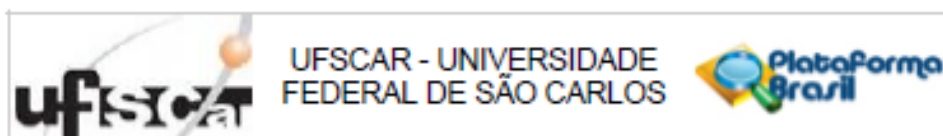
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do atendimento das pendências do parecer anterior e dos documentos apresentados a este Comitê o estudo proposto atende às diretrizes para pesquisas com seres humanos. 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_1313719.pdf	02/07/2019 17:37:53		Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	02/07/2019 17:37:03	VALERIA APARECIDA SCHETTINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_02_jul_2019.pdf	02/07/2019 17:32:24	VALERIA APARECIDA SCHETTINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_02_jul_2019.pdf	02/07/2019 17:25:54	VALERIA APARECIDA SCHETTINI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	16/04/2019 14:37:14	VALERIA APARECIDA SCHETTINI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_autorizacao.pdf	05/04/2019 16:19:14	VALERIA APARECIDA SCHETTINI	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SÃO CARLOS
 Telefone: (16)3351-0885 E-mail: cepumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.467.620

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 24 de Julho de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

