

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

GABRIELA VAN DER ZWAAN BROEKMAN CASTRO

**O ENSINO MEDIADO PELA SIMULAÇÃO REALÍSTICA: ATENDIMENTO DE
INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE POR PROFESSORES DA EDUCAÇÃO
INFANTIL**

São Carlos

2018

GABRIELA VAN DER ZWAAN BROEKMAN CASTRO

**O ENSINO MEDIADO PELA SIMULAÇÃO REALÍSTICA: ATENDIMENTO DE
INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE POR PROFESSORES DA EDUCAÇÃO
INFANTIL**

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. Giselle Dupas

São Carlos
2018

Ficha catalográfica

Van Der Zwaan Broekman Castro, Gabriela

O ensino mediado pela simulação realística: atendimento de
intercorrências de saúde por professores da educação infantil / Gabriela Van
Der Zwaan Broekman Castro. -- 2018.

195 f. : 30 cm.

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

Orientador: Giselle Dupas

Banca examinadora: Profa. Dra. Giselle Dupas, Profa. Dra. Aline Cristiane
Cavicchioli Okido, Prof. Dr. Nelson Miguel Galindo Neto, Profa. Dra. Aline
Helena Appoloni Eduardo, Profa. Dra. Maria Celia Barcellos Dalri

Bibliografia

1. Treinamento por simulação. 2. Professores escolares. 3. Enfermagem.
I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

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

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Gabriela Van Der Zwaan Broekman Castro, realizada em 27/06/2018:

Profa. Dra. Giselle Dupas
UFSCar

Profa. Dra. Aline Cristiane Caviochiot Okido
UFSCar

Prof. Dr. Nelson Miguel Galindo Neto
UFC

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Nelson Miguel Galindo Neto e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Giselle Dupas

Dedico esse trabalho aos professores e aos enfermeiros que se encantam pela infância e que acreditam na potência da educação para mudança de atitudes e emancipação dos saberes

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora **Giselle Dupas**, que há 7 anos está presente em minha vida, encantando-me como enfermeira e pessoa, abrindo meus horizontes frente às crianças e suas famílias e me instigando à investigação. Obrigada por ser essa orientadora tão especial, acreditar em mim, permitir que estudássemos algo novo, dando-me subsídios, desde meu 2º ano da universidade, para que eu conseguisse exercer a pesquisa. Agradeço-a pelas infinitas ajudas, revisões e divisão de seus conhecimentos, também por me auxiliar na superação das dificuldades acadêmicas e pessoais no decorrer dessa trajetória, que não foi fácil! Nesse percurso tão delicado, determinado pela tentativa de integração entre a pesquisa e a prática e as disparidades desse processo, tem sido exemplo de pessoa e profissional, que encoraja o pensamento crítico e extrapola os próprios limites.

“O entusiasmo é a maior força da alma. Conserva-o e nunca te faltará poder para conseguir o que desejas” (Napoleão Bonaparte)

À professora **Aline Okido**, que há 3 anos demonstra-se para mim como exemplo de docente, enfermeira e pessoa. Obrigada por apresentar-me à simulação e possibilitar que esse processo fizesse parte de minha vida. Agradeço por toda ajuda e incentivo nesse período. Agradeço também por acreditar em nossas capacidades, por dar puxões de orelha e tornar esse árduo percurso, um processo mais ameno, afinal, como você mesma diz, encontramos o pulo do gato, que não existiria sem a sua ajuda, empatia, simplicidade e competência!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê” (Arthur Schopenhauer)

Às mestrandas **Jaqueline Zonta**, **Maria Bonelli** e doutoranda **Renata Olzon**, que, nessa trajetória, tornaram-se mais que colegas de pesquisa, amigas. Foram de grande apoio, parceiras de trabalho, pesquisa, entrevistas, almoços, discussões e vida. São exemplos de dedicação, comprometimento, versatilidade e profissionalismo. Tenho certeza de que serão docentes espetaculares, assim como demonstram ser enquanto pessoas. Obrigada por terem compartilhado comigo suas vivências, em todos os momentos e auxiliarem-me, quando surgiram dúvidas, por estarem ao meu lado, incentivando-me, dividindo os sentimentos de frustração, quando as coisas não davam certo; de alegria e orgulho, quando conseguíamos alcançar o que desejávamos.

“Jamais esqueçam que eu levarei para sempre um pedaço do seu ser dentro do meu próprio ser” (Augusto Cury)

Ao amigo **Cassio Marlon**, que se tornou o irmão que não tive. Àquele matemático que, na aula de Libras, era intérprete; na sala de aula, tornou-se assistente de câmera; nas simulações, encontrou-se como ator e na vida, um super amigo. Obrigada, por compartilhar diversos momentos comigo no palco da vida, toda ajuda, por ter esse coração tão grande, um ser humano tão forte e cheio de alegria. Obrigada por motivar, mesmo sem perceber, e ser nosso ator mais fidedigno em todas as intervenções. Satisfação e gratidão por tê-lo conhecido e que essa amizade perdure por outros longos anos!

“As pessoas entram em nossa vida por acaso, mas não é por acaso que elas permanecem” (Lilian Tonet)

Aos colegas **Gabriela Chaves, Paula Baldini, Rafael Ramos, Debora Brito, Mariana Santos e Alice Pereira** por disporem do seu tempo, abrirem-se completamente nas intervenções educativas e auxiliarem-nos em tudo o que precisamos, materializando a ideia de que as relações são constituídas por interações de troca que não se restringem ao âmbito material, mas sim de afinidade, solidariedade e ternura.

“Não há no mundo exagero mais belo que a gratidão” (Jean de la Bruyere)

Às minhas parceiras de plantão **Luciene Pereira, Rosane Petrucio, Adriana Pereira, Antonia Alves e Jonara Santos**, com quem compartilhamos o trabalho de doze horas árduas, porém não só gratificantes, mas também de vida. Obrigada por me apoiarem, mesmo que indiretamente, para que fosse possível a concretização desta pesquisa, por serem suporte, exemplos de profissionais, fazendo-me acreditar que mudanças são possíveis através de uma equipe unida, apesar de suas particularidades e por serem minha segunda família, a São Carlense!

“A amizade desenvolve a felicidade e reduz o sofrimento, duplicando a nossa alegria e dividindo a nossa dor” (Joseph Addison)

Às minhas colegas e pares de trabalho **Debora Brito, Liandra Mariano, Ariane Borges, Talitha Gigante**, por me permitirem fazer mil e uma trocas de plantão, bancos de hora, folgas inesperadas, plantões prolongados, enfim disporem-se a me ajudar incondicionalmente. A cada uma dessas enfermeiras, cada qual com suas especificidades, meu imenso reconhecimento, enquanto companheiras de setor e pessoas.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota do água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota” (Madre Teresa de Calcutá)

Às coordenadoras de enfermagem da Santa Casa de São Carlos **Michela Pereira e Zilá Penharvel**, que me possibilitaram acreditar que mudanças são possíveis, quando buscamos conhecimentos e atrelamos a prática à pesquisa, mesmo que de forma dificultosa. Acreditaram em meu trabalho dentro da pediatria e proporcionaram-me aprender muito, dentro da Santa Casa, compartilhando seus conhecimentos, permitindo pensamento crítico e acreditando que o trabalho que fazem pode mudar a realidade das crianças lá atendidas.

“Não lhes proporcione apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração” (Madre Teresa de Calcutá)

A **Diego Ferreira Gonçalves** que, em meio a vários rebuliços da vida, esteve sempre presente, apoiando-me com amor e encorajamento. Que o futuro seja imensamente nosso e a vida, longa o bastante

“Um amor que veio para somar, para completar”

Aos meus amigos de coração, **Virginia Vallim, Doris Ortiz, Renan Carlos, Fabi Sayuri** pela amizade e presença, mesmo distantes, além da capacidade de se desdobrarem e ajudarem a quem precisa.

“Enquanto houver você do outro lado aqui do outro eu consigo me orientar, a cena repete, a cena se inverte, enchendo a minha alma daquilo que outrora eu deixei de acreditar” (Teatro Mágico)

Às **crianças, de modo geral, mas especialmente aos meus pacientes**, que a cada dia são maior encantamento em minha vida, motivo da minha profissão e elementos primordiais da profissional que tenho me tornado.

“Na pediatria não há adultos em miniatura, há crianças. Acreditam em magia, fazem de conta que há um pó mágico no soro delas, têm esperança, cruzam os dedos e fazem pedidos. E, por isso, são mais resistentes que os adultos, recuperam mais rápido, sobrevivem a coisas piores. Eles acreditam. Na pediatria temos milagre e contos de fada. Na pediatria tudo é possível” (Autor desconhecido)

Aos **diretores e professores das escolas**, que em alguns momentos, mesmo não imersos completamente na intervenção, receberam-nos, participando e dividindo suas experiências. Sua ação possibilitou-nos materializar a premissa de que as transformações ocorrem

paulatinamente, que somos todos um novelo entrelaçado, onde a partir dos nós, de trocas e interações é que fazemos conhecimento.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria” (Paulo Freire)

Aos meus familiares, em especial meus pais **Shirley** e **Adalberto**, meus avós **Grada**, **Genny** e **Lilo**, pelo amor e carinho incondicional, exemplos de luta e perseverança. Também por serem meu ponto de apoio, aconchego e amor hoje e sempre. Meu coração sempre está com vocês, onde quer que eu esteja! Obrigada por tudo o que significam em minha vida.

“Vocês deixaram seus sonhos para que eu sonhasse. Derramaram lágrimas para que eu fosse feliz. Vocês perderam noites de sono para que eu dormisse tranquila. Acreditaram em mim apesar dos meus erros” (Augusto Cury)

A **Deus** e a meu querido e falecido avô **Adriano**, pois sei que nos protegem de onde quer que estejam, apoiam-nos e dão-nos sabedoria em todos os desafios que a vida impõe.

“A mão de Deus semelha-se à mão a qual nós podemos agarrar, como uma luz que brilha na noite e nos mostra o caminho” (Autor desconhecido)

À **UFSCar** e à **USP/RP**, instituições de credibilidade que apoiam a pesquisa e a difusão de novos conhecimentos, por me proporcionarem inúmeras e únicas oportunidades de aprendizado, durante esses anos.

“Não se conhece completamente uma ciência enquanto não se souber da sua história” (Auguste Comte)

*“Não faça versos sobre acontecimentos...
não faça poesia com o corpo,
não me reveles teus sentimentos,
que se prevalecem do equívoco e tentam a longa viagem.
O que pensas e sentes, isso ainda não é poesia.
Não cantes tua cidade, deixe-a em paz...
Não dramatizes, não invoques, não indagues.
Não percas tempo em mentir
Não recomponhas tua sepultada e merencórica infância.
Penetra surdamente no reino das palavras.
Lá estão os poemas que esperam ser escritos
Chega mais perto e contempla as palavras
Cada uma tem mil faces secretas sobre a face neutra
E te pergunta, sem interesse pela resposta,
Trouxeste a chave para nossas vidas?”*

(Adaptado de José Eduardo Siqueira)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Intercorrências à saúde comumente acontecem com crianças no ambiente escolar, podendo causar eventos fatais ou aqueles que culminam em sequelas por toda vida da criança. O professor deve estar familiarizado com técnicas de primeiros socorros, para ser capaz de desenvolver habilidades, prevenir agravos/consequências desnecessárias, provendo auxílio à criança até que o suporte de saúde especializado chegue à instituição de ensino. Como estratégia para treinamento do professor de educação infantil sobre primeiros socorros, intervenções educativas de educação em saúde demonstram-se satisfatórias. A simulação realística é tecnologia efetiva de ensino, em que se vivenciam reproduções de situações da realidade, em experiências orientadas e controladas, e onde é permitido que a tomada de decisão seja potencializada.

OBJETIVOS: Analisar as contribuições da Simulação Realística, quanto ao manejo intercorrências de saúde com crianças em ambiente escolar, na vivência do professor de educação infantil e ensino fundamental I. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo de campo, qualitativo, com desenho voltado à avaliação de atividade simulada, como prática educativa pautada no conceito da Teoria da Aprendizagem Experiencial. O estudo foi realizado em três escolas públicas de educação infantil e ensino fundamental I de um município do interior paulista. Realizou-se intervenção educativa com 45 professores, com cenários simulados na temática de primeiros socorros na escola infantil, frente ao manejo de parada cardiorrespiratória, obstrução de vias aéreas, crise convulsa, queda com corte e hemorragia. Utilizaram-se 4 cenários simulados, replicados 16 vezes; 4 grupos focais e 27 entrevistas individuais. A análise dos dados foi feita através de análise de conteúdo qualitativa indutiva. Todas as recomendações éticas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidas.

RESULTADOS/DISCUSSÃO: A análise dos dados nos permitiu apreender experiências que foram agrupadas por similaridade: 1) Simulação realística, como recurso de aprendizagem experiencial; 2) Necessidade de transformação do processo de ensino-aprendizagem; 3) Acidentes e intercorrências de saúde com crianças: assuntos para o espaço escolar; 4) (A) o ‘super’ professora(r). A simulação realística para aproximação de professores à temática de primeiros socorros, demonstra-se efetiva, à medida que propulsiona aprendizagem experiencial e irrompe com métodos de ensino descontextualizados. Através das vivências e emoções, o aprendiz sustenta o conhecimento ao longo de sua vida, por correlações cognitivas com experiências pré-vividas. O professor ao participar de intervenção educativa sobre primeiros socorros, demonstra que é possível que reflexões acerca da própria prática sejam realizadas, assim como válida aprimoramento da própria tomada de decisão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O ambiente escolar é cenário propício para riscos à vida. Este estudo traz à tona questionamentos relacionados ao papel profissional, ético e de cidadania do professor. A capacitação profissional do professor para atender urgências de saúde ainda é incipiente e pautada em treinamentos desconexos da rotina de trabalho. Indagações quanto à corresponsabilização do professor sobre mais uma atribuição, devem ser consideradas, à medida que se faz necessária familiarização e aproximação das técnicas de primeiros socorros, enquanto cidadãos, porém não eximindo a responsabilidade governamental em potencializar a escola frente à segurança e proteção da criança. **DESCRITORES:** treinamento por simulação; criança; primeiros socorros; professores escolares; enfermagem

ABSTRACT

INTRODUCTION: Commonly health interurrences happen with children in the school causing fatal events or those that culminate in sequels throughout the child's life. In this sense, the teacher should be familiar with first aid techniques, in order to be able to develop skills, prevent unnecessary injuries/consequences, and provide assistance to the child until specialized health support arrive in the school institution. As a strategy for training early childhood education teachers on first aid, educational interventions in health education are satisfactory. In this context, realistic simulation is an effective teaching technology, where questions of reality are repeated, in guided and controlled experiences, and where decision-making is allowed to be potentialized.

OBJECTIVES: To analyze Realist Simulation's contributions about school-age-child health interurrences management in the school environment, in the experience of the elementary school teacher.

MATERIALS AND METHODS: It's a qualitative study, with an evaluation design of simulated activity, as an educational practice that is based on the concepts of Experiential Learning Theory. The study was carried out in three public schools of early childhood education and elementary education I of a city in the interior of São Paulo. An educational intervention was carried out with 45 teachers, with simulated scenarios in the first aid in the children's school, before the management of cardiorespiratory arrest, airway obstruction, convulsive crisis, falling with cut and hemorrhage. For data collection, 4 simulated scenarios were used, replicated 16 times, 4 focus groups and 27 individual interviews. The analysis of the data was made through analysis of qualitative inductive content. All the ethical recommendations established in Resolution 466/12 of the National Health Council were followed.

RESULTS/ DISCUSSION: The analysis allowed us to apprehend experiences that were grouped by similarity: 1) Realistic simulation as an experiential learning resource; 2) Need for transformation of the teaching-learning process; 3) Accidents and health interurrences with children: subjects for the school space; 4) (A) the 'super' teacher (r). The realistic simulation for the approach of teachers to the first aid theme is effective, as it promotes experiential learning and erupts with decontextualized teaching methods. It can be considered a teaching tool that allows the learner to sustain the knowledge throughout its life, by cognitive correlations with lived experiences. When the teacher participate in an educational intervention on first aid, can demonstrate that it is possible to reflect about the practice itself to be carried out, as well as validating the improvement of the decision making process.

FINAL CONSIDERATIONS: The school environment is conducive to lifes's risk. This study raises questions related to the professional, ethical and citizenship teacher's role. Teacher's professional qualification to attend health emergencies is still incipient and based on disconnected training of the work routine. Inquiries regarding the co-responsibility of the teacher over another assignment should be considered, as familiarization and approximation of first aid techniques as citizens is necessary, but not by exempting the government's responsibility to strengthen the school in the face of child safety and protection.

DESCRIPTORS: simulation training; child; first aid; school teachers; nursing

LISTA DE REPRESENTAÇÕES GRÁFICAS

- DIAGRAMA I:** Operacionalização da coleta de dados, com professores da educação infantil. São Carlos, 2018 - - - - - p.43
- DIAGRAMA II** – Modelo conceitual solar alegórico das categorias envolvidas com a simulação realística desenvolvida com os professores - - - - - p.63
- IMAGEM I:** Estrutura da Simulação - - - - - p.33
- LINHA DO TEMPO I:** Ordem cronológica da coleta de dados. São Carlos, 2018 - - - - - p.43
- QUADRO I:** Operacionalização dos cenários adaptados para intervenção educativa com professores de ensino infantil, em um município da região Sudeste, Brasil, 2018 - - - p.47-50
- QUADRO II:** Detalhamento da coleta de dados por escola de março de 2016 a maio de 2018, em um município da Região Sudeste – Brasil - - - - - p.57
- QUADRO III** - Caracterização dos participantes da pesquisa de março de 2016 a maio de 2018, em um município da Região Sudeste, Brasil - - - - - p.67
- QUADRO IV:** Temas, categorias e subcategorias representativas da experiência do professor de educação infantil com a simulação realística - - - - - p.68
- TABELA I:** Panorama geral da coleta de dados, com professores da educação infantil, março de 2016 a maio de 2018, município da Região Sudeste, Brasil - - - - - p.58

Sumário

1 Introdução	p.15-33
1.1 Apresentação	p.16-18
1.2 Infância propensa a acidentes	p.18-21
1.3 Educação em saúde nas escolas infantis	p.21-29
1.4 Metodologias ativas de ensino e a estratégia da simulação realística	p.29-33
2 Justificativa	p.34-35
3 Objetivos	p.36-37
4 Material e método	p.38-64
4.1 Referencial teórico	p.39-40
4.2 Local de realização do estudo	p.41
4.3 Participantes da pesquisa	p.41-42
4.4 Coleta de dados	p.43-59
4.5 Processo de análise dos dados: Análise de Conteúdo Qualitativa Indutiva	p.59-64
4.6 Aspectos éticos e legais	p.64
5 Resultados	p.65-113
5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	p.66-63
5.2 Temas, categorias e subcategorias	p.64-113
6 Discussão	p.114-127
7 Considerações Finais	p.128-131
8 Referências bibliográficas	p.133-161
9 Apêndices	p.162-195

1. Introdução

1.1 Apresentação

Essa pesquisa foi motivada pelo desejo de realizar uma atividade que repercutisse na prática profissional de pessoas que trabalham com crianças. Durante minha graduação, realizei duas pesquisas na área de enfermagem pediátrica, a primeira sobre experiência de crianças com fissura labial e/ou palatal, e a segunda sobre rede de apoio de famílias de crianças com deficiência visual.

Para dar continuidade à mesma linha de pesquisa, o projeto inicial do processo seletivo do mestrado seria realizado com famílias que tinham seus filhos em ambiente de Unidade de Terapia Neonatal. Entretanto, após escrevê-lo e ter passado pelo comitê de avaliação para o ingresso no programa, meu encantamento por ele diminuiu. E então, explico o porquê do meu distanciamento com o mesmo.

Sou enfermeira de uma unidade de internação pediátrica e de uma unidade neonatal de cuidados intermediários de um hospital público e, apesar de acreditar na humanização e preconizá-la em minha atuação profissional, percebo que há lacunas imensas e normas institucionais que, por diversas vezes, bloqueiam ações que nós, enfermeiros, integrantes de equipe de enfermagem, seríamos capazes de implementar dentro do contexto hospitalar.

Assim, dentro do meu ambiente de trabalho, julgo faltar sensibilização da equipe de enfermagem frente à humanização da assistência, mas muito mais que isto, empecilhos normativos e burocráticos que barram intervenções de caráter técnico-humanitário.

Então, em meio a essa dicotomia, permiti-me cursar uma disciplina condensada de Simulação Clínica na Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto. Naquele espaço, percebi que as possibilidades iriam além do que já estava consolidado e que, na vida, vários aspectos que pensamos estar extremamente fixados, quando menos esperamos, precisam ser reelaborados. Imergi em um processo contínuo, circular e dinâmico de renascer, refazer e ao mesmo tempo refazendo-me.

Comecei então a juntar as pontas daquele novelo com inúmeros fiapos soltos em que estava emaranhada. Aos poucos, a motivação de realizar algo, que tivesse visibilidade na

prática profissional e correlacionasse benefícios para a pediatria, foi sendo reorganizada em um novo novelo. E desse, surgiu uma grande colcha de lã, com início e continuidade - um novo projeto.

Imergi em um contexto completamente novo para mim e incipiente na atuação da enfermagem – as escolas de ensino infantil e fundamental, permeado por crianças que têm demandas de saúde, assim como as que atendo no hospital. O espaço escolar permeado também por profissionais que têm necessidade de qualificação para promover a saúde das crianças, assim como aquelas com quem lido diariamente.

Em meio a esse novo novelo, inseri uma estratégia de metodologia ativa que me encantou - a Simulação Clínica, adaptando-a para o conceito de Simulação Realística por ser realizada com profissionais de educação. Considerando que professores têm proximidade diária com crianças e que os riscos de acidentes são iminentes, potencializar os educadores para atendimento de primeiros socorros repercute diretamente na saúde, qualidade e proteção à vida da criança. E assim, o projeto começou a densificar-se.

Neste momento considero esse trabalho como uma imensa colcha tecida por um novelo de lã cercado de experiências, acepções, valores, emoções e vivências, onde em uma ponta me vejo como enfermeira, em outra, vejo professores e, no meio, as diversas crianças com suas necessidades de saúde, nas diferentes instituições sociais.

Este estudo teve como objetivo identificar as contribuições da Simulação Realística no manejo de intercorrências de saúde, com crianças em ambiente escolar exercido pelo professor de Ensino Infantil e Fundamental I.

Dessa forma, nas páginas seguintes serão apresentadas as atividades realizadas durante essa pesquisa. Entretanto, antes de dar início a isto, fazem-se duas ressalvas: a primeira referente às atribuições profissionais de enfermeiros e professores; a segunda, frente às terminologias que serão empregadas.

Não se desconsideram, nesta pesquisa, questões relativas à deslegitimação dos professores dentro das escolas frente às temáticas de saúde, compreendendo-se que o enfermeiro também tem atribuições como educador. Assim, parte-se da premissa que o enfermeiro, emergindo no ambiente escolar e associando-se ao profissional de educação como aliado, potencializa e promove a saúde infantil.

Enfatiza-se que este estudo não tem por objetivo corresponsabilizar professores quanto ao atendimento de primeiros socorros, mas sim aproximar não profissionais de saúde a técnicas e procedimentos que podem permitir a permanência da vida ou não, na ocorrência de estado crítico, antes da chegada do serviço de urgência.

A morbimortalidade infantil tem como principal motivo as causas externas. Assim o desvelar das lacunas de conhecimento frente à temática permitirá qualificar a saúde escolar e coletiva e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do desenvolvimento infantil, dando corpo a um conhecimento que a enfermagem coloca em prática, de maneira ainda incipiente e sem que haja algo documentado.

Quanto à terminologia a ser empregada nesta pesquisa, atividade educativa, intervenção educativa e curso, apesar de em definição terem conceitos diferentes, podem ser considerados neste estudo processos determinantes de um mesmo objetivo de aprendizagem e, portanto, com proximidade conceitual ao termo simulação realística.

Destaca-se que esta pesquisa correlaciona-se à área de concentração do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, relativa ao processo de cuidar nas diferentes fases do ciclo vital, com enfoque no cuidado na atenção primária e na atenção especializada; bem como no domínio de tecnologias para o cuidado, educação e ensino em saúde.

À medida que se compreende que as atribuições do profissional enfermeiro transcendem o cuidado e a assistência, sendo ele peça fundamental na interlocução entre o campo educacional e da saúde, essa pesquisa ganha visibilidade, quando considera a potencialidade do enfermeiro como educador e multiplicador de informações relacionadas ao cuidado nas diferentes fases do ciclo vital. Também quando ele se apropria progressivamente de tecnologias para educação e ensino, indo ao encontro das áreas de concentração do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

1.2 Infância propensa a acidentes

A primeira infância é o estágio dos zero aos cinco anos de idade (BRASIL, 2015) enquanto que a fase pré-escolar caracteriza-se dos dois aos seis anos de idade (Descritores

em Ciência da Saúde-DeCS). Neste período, a criança passa por um processo significativo do desenvolvimento físico, social, psicomotor e intelectual. Determinam-se as estruturas e circuitos cerebrais, bem como a aquisição de capacidades fundamentais que permitirão o aperfeiçoamento de competências mais complexas futuramente (SAWAYA, 2013; COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA, 2014).

O ciclo de vida da criança perpassa por diferentes riscos de adoecer e morrer, dependendo da fase de crescimento/desenvolvimento e a sua integração no ambiente social. Dessa maneira, as necessidades de saúde na infância compreendem a própria circunstância de ser criança. Isso é, indivíduo que enfrenta condições contínuas relacionadas à descoberta, ao mesmo tempo em que se defronta com a necessidade de sobrevivência (BEZERRA et al, 2016; SANTOS et al, 2016; DELLA BARBA; BARROS; FIGUEIREDO; MARTINEZ, 2017).

O reconhecimento contínuo do mundo e a exploração do meio ambiente ao redor, somados à falta de preparo dos cuidadores para promoção do desenvolvimento com proteção; condições socioeconômicas e culturais; inexistência de medidas preventivas; falta de percepção corporal e do espaço; sexo; idade; imaturidade física e mental; incapacidade para lidar com situações de perigo; curiosidade; precipitação e desatenção - comuns durante a infância - acabam suscitando situações de risco ou até mesmo de acidentes (MALTA et al, 2012; TAVARES; BURIOLA; SANTOS; BALLANI; OLIVEIRA, 2013; PEREIRA, 2013; XAVIER-GOMES, 2013; RNPI, 2014).

Os acidentes são classificados como “Causas externas de morbidade e mortalidade” e abrangem as lesões não intencionais ou acidentais, tais como intercorrências de trânsito, afogamento, obstrução de vias aéreas, envenenamento, intoxicação, queimaduras, choques elétricos, acidentes com armas de fogo e outros (OMS, 2009; RNPI, 2014). Os fatores de risco para acidentes na infância podem ser químicos, físicos, orgânicos estruturais, emocionais, socioeconômicos, comportamentais, desenvolvimentais, familiares, ambientais, de gênero, idade e etnia. (MARTINS, 2013; SIDEBOTHAM, 2014; BATEMAM, 2015; EMOND et al, 2017.)

Culturalmente os acidentes eram considerados situações incontroláveis e imprevistas que ocorriam por serem casuais durante a infância (PEREIRA, 2013; XAVIER-GOMES, 2013; RNPI, 2014). Entretanto, essa concepção vem modificando-se e o que antes era

considerado como inesperado, passou a ter origem, perfil e determinantes epidemiológicos, sendo suscetível a prevenção (DIAS;COSTA;MARTINS, 2013;MARTINS; MELLO-JORGE, 2013; BRITO; PEDROSO; MARTINS, 2016; CHAUDHARY; POMERANTZ; MILLER; PAN; AGARWAL, 2017; FILOCOMO et al, 2017).

Apesar de as causas externas serem preveníveis, no Brasil os acidentes representam a terceira razão mais frequente de óbito entre crianças de 0 a 9 anos e foram responsáveis em 2012 por 3142 mortes e mais de 75 mil hospitalizações (RNPI, 2014). Constituem-se como principal motivo de morte entre crianças a partir de um ano de idade e adolescentes (DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2012).

No Brasil, em 2016, as principais causas de internação por acidentes entre crianças de 0-14 anos foram quedas, queimaduras, acidentes de trânsito e intoxicação (CRIANÇA SEGURA, 2016) Em relação ao óbito, as principais intercorrências que o ocasionaram foram acidentes de trânsito, seguidos de envenenamento, afogamento, quedas e queimaduras (RNPI, 2014)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes com Crianças e Adolescentes, no mundo, a cada ano, cerca de 830 mil crianças morrem vítimas de causas externas (WHO, 2009, RNPI, 2014). Em 2010, cerca de 3.815 óbitos de crianças de 0-9 anos foram decorrentes deste motivo, ficando atrás apenas das mortes decorrentes de causas perinatais e malformações (DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2012).

Estudo realizado por Miranda et al (2013) em um pronto socorro de um hospital universitário evidenciou que os motivos principais de procura do atendimento infantil foram doenças do sistema respiratório e do aparelho digestivo. Somando-se a essas demandas, também houve atendimentos relacionados ao traumatismo crânio-encefálico, quedas e inalação de corpo estranho. Os autores elucidaram que a diminuição dos acidentes na infância somente acontecerá, quando for modificada a concepção de que estão relacionados com casualidade e imprevisibilidade. Os resultados evidenciaram a necessidade de investimento na prevenção de acidentes, com ações de educação em saúde tanto aos cuidadores das crianças quanto a trabalhadores que atuam em escolas e creches.

Outro estudo realizado em 71 serviços de urgência e emergência do SUS, localizados no Distrito Federal e em 24 capitais brasileiras, demonstrou que foram

realizados 7.224 atendimentos de emergência por acidentes e violências entre crianças de 0-9 anos de idade, sendo 97,5% destes atendimentos, vítimas de acidentes. As contusões, os cortes e as quedas foram os agravos mais freqüentes; a cabeça e o pescoço, os segmentos corporais mais atingidos, sendo a ocorrência destes acidentes principalmente nos domicílios (MALTA et al., 2015).

Oyetunji et al (2012) afirmam que os acidentes domésticos com crianças menores de cinco anos é uma das principais causas de mortalidade e morbidade na população com idade entre um e catorze anos nos Estados Unidos. O ambiente doméstico tem influência na incidência de acidentes infantis, por ser o local onde as crianças mais permanecem (OYETUNJI ET AL, 2012; INGRAM ET AL, 2012; MALTA ET AL, 2012; GASPAR; SOUZA; CARMO; PEREIRA, 2013).

Somando-se a isto, Sena; Ricas; Viana (2008) elucidam que 10 a 25% dos acidentes que ocorrem em idade escolar acontecem na escola ou em seu entorno. Ainda de acordo com os autores, no Brasil, de 6 a 13% dos acidentes com crianças, nesta faixa etária, ocorrem em instituições de ensino. Os acidentes mais comuns na escola são as quedas, cortes, feridas, hemorragias, asfixias e intoxicações. As escadas, corredores, piscinas, pátio e quadra esportiva são os espaços comuns de interatividade infantil e de ocorrência de tais intercorrências (RNPI, 2014).

Os acidentes tornaram-se problema de saúde pública, repercutindo nas famílias e na sociedade. São responsáveis por eventos fatais, também por aqueles que culminam em sequelas por toda vida da criança, repercutindo negativamente na qualidade de vida e desenvolvimento. O aumento dos índices de morbimortalidade trazem desencadeamentos emocionais, sociais e financeiros para sociedade e família (DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2012; RNPI, 2014; MALTA et al, 2015; SCOTA, 2016).

1.3 Educação em saúde nas escolas infantis

Considera-se a saúde dependente das oscilações temporais, políticas, históricas e de ajustes macroestruturais a que a economia é exposta (MONTEIRO;BIZZO, 2015; MENDES et al, 2017; SANTOS; MACHADO, 2017; SOUZA et al, 2017). A relação entre escola e

ações de saúde inicia-se a partir do século XIX, a fim de regulamentar ações dentro das instituições de ensino. Entende-se que o espaço escolar tem características educadoras e potencialidades de atingir grande número de indivíduos, além de ser local de reforço para mudança de hábitos relacionados à saúde (MONTEIRO; BIZZO, 2015; SILVA; BODSTEIN, 2016).

Os ideais da Reforma Sanitária, as consequências da Revolta da Vacina, da Reforma Urbana do Rio de Janeiro, do modelo cartesiano e a dicotomia entre saúde e doença, permitiram o delineamento de um processo de saúde com características reducionistas, intervencionistas, hegemônicas, higienicistas, proibicionistas, culpabilizadoras, mecanicistas, coercitivas e medicalocêntricas que extrapolaram para outros setores, incluindo o da educação (SILVA et al, 2010; MONTEIRO;BIZZO, 2015).

Estudo de Carvalho; Alarcão; Barroso; Meireles (2014) descreveu o modo como os professores de uma unidade de ensino estadual executaram ações de primeiros socorros, quando essas foram necessárias no cotidiano escolar. Os professores elucidaram a importância do conhecimento sobre os primeiros atendimentos à vítima de acidente, já que são comuns situações de fratura de extremidades, luxação, obstrução de vias aéreas, crise convulsiva, hemorragia, queimaduras, ferimentos, sangramento nasal, parada cardíaca e desmaio dentro do ambiente escolar. Porém, ao mesmo tempo que consideraram indispensável o conhecimento acerca de agravos na saúde infantil, sentiram-se despreparados para exercer tal atendimento. Alguns não possuíam nenhum conhecimento acerca dos procedimentos que deveriam realizar, quando um aluno sofresse algum tipo de acidente; outros, possuíam apenas instrução básica de primeiros socorros adquirida no curso teórico-prático de habilitação de condutores automobilísticos.

Estudo de Oliveira; Souza; Marques; Cruz (2014) objetivou descrever o conhecimento dos professores da educação infantil sobre a prevenção de acidentes na infância e sobre realização de ações, caso ocorra alguma intercorrência com as crianças. Dos participantes, 75% possuíam algum tipo de aproximação com primeiros socorros e 70% aplicaram as técnicas em algum momento. Entretanto, 64% consideraram insuficiente o conhecimento que detêm sobre primeiros socorros, apesar de 60% já terem testemunhado alguma intercorrência na escola, evidenciando a necessidade de treinamentos nas instituições de ensino.

Pesquisa de Joseph et al (2015), realizada na Índia, também traz que os educadores mostram conhecimento escasso ou moderado sobre o atendimento de primeiros socorros na escola, e que não há formação formal em relação ao manejo dos mesmos. De acordo Ngayimbasha; Hatungimana (2015) elucidam que tanto o conhecimento prático, quanto o teórico acerca de primeiros socorros são inadequados entre os professores dos anos elementares, e enfatizam a importância de qualificação profissional mínima frente a questões da saúde da criança.

Witt, Unrush, Seshadri (2012); Carvalho, Alarcão, Barroso, Meireles (2014); Freitas, Reis, Tinoco (2014) referem que a quantidade de escolas públicas com equipes técnicas em ressuscitação cardiopulmonar e primeiros socorros é mínima e que a maioria das instituições não tem equipamentos de emergência ou kit de primeiros socorros. Assim, não podem ofertar proteção e suporte da saúde a seus alunos, de maneira integral.

Revalidando a premissa de que treinamentos em primeiros socorros no ambiente escolar são fundamentais, estudo de Calandrim et al (2017) avaliou o conhecimento de professores e funcionários após aplicação de treinamento de primeiros socorros através de pré e pós teste, em que se demonstrou diferença estatisticamente significativa entre a porcentagem de acertos e habilidades.

A falta de informações e o despreparo dos profissionais de educação acarretam atendimento de baixa qualidade à criança vítima de acidente na escola. Assim é fundamental a qualificação desses profissionais, para que sejam capazes de desenvolver habilidades e terem acesso a conhecimentos sobre primeiros socorros, até que o suporte de saúde chegue à instituição de ensino, prevenindo sequelas e aumentando a perspectiva de vida da criança atendida (CARVALHO; ALARCÃO; BARROSO; MEIRELES, 2014; COELHO; 2015; MARTÍN, 2015).

Nessa conjectura, a literatura tem recomendado que os conteúdos referentes aos primeiros socorros são fundamentais para a formação do professor, a fim de prover subsídios para o atendimento a urgências (BISHOP; BROTHERS; PERRY; AHMAD, 2010; SILVA; NETO; VASCONCELOS, 2016; SILVA; COSTA; FURTADO; TAVARES; COSTA, 2017). Assim, no sentido de minimizar os eventos externos, foram consolidadas algumas políticas públicas que preveem a responsabilidade governamental frente à segurança da criança, sendo algumas específicas ao ambiente escolar:

1) *Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes*, estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais para que sejam promovidas ações de promoção à saúde e prevenção dos eventos adversos através da interlocução de diferentes segmentos sociais (BRASIL, 2005).

2) *Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*, prevê cuidado integral e multiprofissional que objetiva a promoção da saúde nos diversos setores. Propõe diretriz para identificação das linhas de cuidado para funcionamento adequado dos serviços e de toda rede de atenção à saúde da criança. Essa política também objetiva o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, isto é, a articulação de políticas sociais e iniciativas da comunidade, incluindo a saúde do escolar e a educação infantil (BRASIL, 2004).

3) *Programa Saúde na Escola*, instituído em 2007, prenuncia o desenvolvimento integral da infância e proporciona à comunidade escolar a participação em projetos que articulem saúde e educação para a diminuição das instabilidades frente ao desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Através da interlocução entre os setores de saúde e da educação, o Programa Saúde na Escola prevê que educandos, professores e funcionários das escolas empoderem-se dos princípios básicos de prevenção de agravos (BRASIL, 2007).

4) *Política Nacional de Atenção às Urgências*, instituída em 2004, garante aporte financeiro para adequação da área física das centrais de regulação médica de urgências, além de componente pré-hospitalar móvel, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e núcleos de educação em urgência, dentro do território brasileiro, possibilitando melhora na gestão, classificação de risco de pacientes; e, conseqüentemente, aprimorando o atendimento às urgências (BRASIL, 2006). Pertencente à Política Nacional de Atenção às Urgências, a *Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002* institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, em especial, fragmento que elucida atendimento a urgências traumáticas e clínicas na criança (BRASIL, 2002).

O percurso histórico e político do desenvolvimento de políticas públicas na área da saúde é permeado por modificações e avanços conceituais. Atualmente o Ministério da Saúde (2014) evidencia necessidade de prevenção de violências e promoção da cultura da

paz, enfatizando ações estratégicas para proteção dos direitos fundamentais da criança:

- 1) Orientação aos pais, responsáveis, profissionais de saúde e cuidadores na Caderneta da Criança e no Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento;
- 2) Consolidação de diretrizes sobre prevenção de acidentes e cuidados de crianças vítimas de acidente, encontradas na Linha de Cuidado do Trauma;
- 3) Carta de Constituição de Estratégia em Defesa da Proteção Integral de Crianças e Adolescentes, que visa ampliar a integração dos participantes do Sistema de Garantia de Direitos, no que tange ao enfrentamento à violência sexual, outras violências e prevenção de acidentes contra crianças e adolescentes.

As ações de Educação em Saúde no Brasil têm suas origens nas primeiras décadas do século XX. As campanhas sanitárias da primeira república e a expansão da medicina preventiva apresentavam estratégias de educação em saúde tecnicistas e biologicistas (FALKENBERG; MENDES; MORAES; SOUZA, 2014).

As ações educativas não eram vistas como prioridade e, se praticadas, seu objetivo era fazer com que as pessoas obedecessem às normas e condutas preestabelecidas pelos profissionais de saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Nessa perspectiva, como integração inicial entre os campos da saúde e da educação, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1971 definiu a obrigatoriedade da inclusão de educação moral e cívica, educação física, educação artística e de programas de saúde nos currículos plenos (BRASIL, 1971). Os programas de saúde eram imersos em demandas individuais, que não consideravam fatores sociais e relativos à dimensão coletiva e previam somente a aquisição de hábitos saudáveis. A saúde era compreendida como um estado entre saúde e doença, ou seja, perpassava entre a normalidade e a patologia, e não como um processo indissociável, interdependente e dinâmico (CANGUILHEM, 2009; MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Devido ao contexto histórico, as ações que objetivavam aprendizagens relacionadas à saúde, frequentemente tinham caráter passageiro e momentâneo e circundavam temas específicos, focando em campanhas de saúde bucal, vacinação, prevenção de acidentes, combate às drogas, dengue, entre outras. Havia também atividades associadas à busca ativa

de indivíduos ou realização de palestras tradicionalistas por profissionais de saúde, desarticuladas da dinâmica escolar, de modo geral (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Considerando que a história é construída por agentes sociais, pertencentes a um determinado contexto sociopolítico, cultural e econômico, percebe-se ainda a influência desse período na atualidade, diante dos moldes educativos vigentes mais comuns. As práticas de promoção e prevenção à saúde, por vezes, ainda hoje são centradas na prescrição de condutas e mudanças de comportamento. O contexto educar-cuidar dá-se de maneira verticalizada, de orientação depositária e a ação pedagógica privilegia a simples transmissão de conhecimentos pontuais, sem qualquer consulta ou adaptação às necessidades da população, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si (FREIRE, 2011; MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Na década de 80, através da VIII Conferência Nacional de Saúde, grande marco político e teórico do processo de reestruturação da saúde pública, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que garantiu o atendimento universal nos serviços de atenção básica e rede de hospitais públicos e conveniados, iniciando um processo de descentralização de poder e remanejamento de recursos, ao fortalecer as gestões estaduais (MERHY, 2002; WONG; HOCKENBERRY, 2014; FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Assim, em 1988 a Constituição Federal passa a afirmar que a saúde é um direito universal e responsabiliza o Estado pela realização de políticas públicas intersetoriais que a garantam. Através da mesma constituição é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado com a *Lei nº. 8.080/90*, que define alguns princípios e diretrizes: universalidade; integralidade; equidade; participação popular; descentralização e comando único; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Neste processo, com a transmutação dos ideais do que realmente constituía-se como prevenção e promoção da saúde e sua repercussão no âmbito coletivo e evolução histórica, a Educação em Saúde passa a definir-se como prática social humana de construção de conhecimentos em saúde, visando à autonomia da população para o seu cuidado e para o debate com profissionais e gestores. (FLISCH ET AL, 2014; OLIVEIRA;ÁVILA; GOMES; SAMPAIO, 2014).

A Educação em Saúde é um processo histórico e contínuo que surge da intersecção

entre homem e mundo. Além disso, requer pensamento crítico-reflexivo, permitindo ao sujeito autonomia, emancipação como ser histórico-social, construção da cidadania e corresponsabilização frente à sua aprendizagem (FREIRE, 2011; LOPES; TOCANTINS, 2012; TESTON; OLIVEIRA; MARCON, 2012; FLISCH ET AL, 2014; AZEVEDO;SOUZA;SOUZA;OLIVEIRA, 2018).

Freire e Shor (1986) extrapolam o conceito de educação e colocam que os aprendizes são sujeitos construtores de seus conhecimentos e que essas construções partem, necessariamente, de suas vidas e da realidade em que estão inseridos. Somando-se a essa concepção, Freire (1980) elucida que o processo educativo é constituído a partir da reconstrução, reafirmação e negação de visões de mundo, portanto através da consciência histórica humana. Segundo ele, quando tomamos consciência de que somos seres inacabados e inconclusos, permitimos nos mobilizar, desenvolver consciência crítica, sermos livres e transformadores da realidade. Nessa concepção, o educador educa ao mesmo tempo em que é educado.

O processo educacional não é efetivo por meio de metodologias de ensino verticalizadas e não problematizadoras. Freire (2011) expõe que, nesse contexto, o educador possui uma visão alienante, não permitindo a busca por processos permanentes, mas sim pontuais, e que a longo prazo serão esquecidos. A educação deve ser uma prática libertadora e emancipatória para o ser humano, em que há compartilhamento dos conhecimentos entre os sujeitos, criticidade e recriação (FREIRE, 2011).

A educação deve possibilitar a construção do próprio modo de ser, constituindo-se instrumento de transformação social, permitindo a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e estimulando a criatividade (SILVA; FINAMORE; SILVA; BARBOSA, 2015; AZEVEDO;SOUZA;SOUZA;OLIVEIRA, 2018).

Pautando-se nessa premissa teórica, considera-se que o ponto de partida do conhecimento são os saberes prévios dos educandos, que vão sendo moldados à medida que se segue o caminho da vida. Assim, para haver resultados na ação educativa, é necessário considerar tais conhecimentos como elementos disparadores das discussões. Enfatiza-se o método dialógico, em que todos os participantes devem ser percebidos como sujeitos heterogêneos, singulares e potenciais. Considera-se necessário que as intervenções educacionais sejam capazes de motivar o diálogo, a indagação, a reflexão e a ação

partilhada (MONTEIRO; VIEIRA, 2010; TESTON; OLIVEIRA; MARCON, 2012; ERICE; PARDO; QUESTIER; LUJÁN, 2016).

Considera-se que a Educação em Saúde de adultos permeada por esses princípios torna-se significativa, uma vez que promove a descoberta, a busca de sentidos, saberes, acepções e capacita transcender o limite espaço-temporal, permitindo uma fruição, na qual o aprendiz e educador decifram o mundo e são capazes de refletir sobre a realidade em que estão inseridos.

“Onde há vida, há inacabamento” (FREIRE, 1997, p.55), assim ninguém detém todos os tipos de conhecimentos. Em consequência, não hierarquizar as relações de ensino propicia um contexto de complementaridade/interdependência e, ao mesmo tempo, de autonomia relativa a um saber próprio, possibilitando enriquecimento recíproco entre o educador e o educando (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

A proposta da Educação em Saúde, cada vez mais, se faz necessária, já que historicamente produziu-se um distanciamento cultural entre as instituições, profissionais de saúde e população, fazendo com que uns não compreendam o modo como os outros operam (GOMES; MERHY, 2011).

Dentro dessa concepção, o espaço escolar demonstra-se terreno fértil para realização de atividades de promoção à saúde e que visam ao desenvolvimento e crescimento infantil seguros. Diante dessas afirmações, considera-se a escola ambiente de relevante contribuição para a implementação de ações de prevenção dos acidentes (GALINDO NETO et al., 2017; MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Faz-se necessário que os professores saibam como prestar primeiros socorros e aproximem-se de conhecimentos acerca das práticas de prevenção de acidentes (Li et al., 2014). A capacitação profissional nas escolas potencializa atuação diante de situações de intercorrências em saúde, garantindo os primeiros socorros até a chegada do serviço móvel de urgência.

O caráter holístico da formação do enfermeiro facilita a realização de ações de Educação em Saúde. A prática do enfermeiro, enquanto educador, dá-se à medida que esteja imbuída em competências e habilidades que promovam espaço dialógico, resgate os princípios de comunicação, construção compartilhada do conhecimento, problematização,

horizontalidade e delineamento da consciência crítica e reflexiva nos sujeitos (LUNA, et al, 2012; SALCI et al, 2013). O enfermeiro estabelece-se como ator social, enquanto educador, e apto a realizar programas educacionais que envolvam a comunidade escolar e promoção à saúde (BRITO; ROCHA, 2015).

A literatura demonstra que há alta motivação do docente frente à atividade educativa em primeiros socorros. E, apesar da permanência do conhecimento ser inversamente proporcional ao tempo, a ação educativa, pautada em metodologias ativas, melhora assimilação do conteúdo a longo e curto prazo, tornando-se eficiente quanto à manutenção de conhecimentos (LI, 2014; MARTÍN, 2015).

Compreende-se a educação e a saúde como espaços de produção e aplicação de conhecimentos. Dessa maneira, a intersecção entre essas duas instâncias deve ser constante, através de trabalho reflexivo grupal e transformação das práticas dos serviços que envolvem aspectos do desenvolvimento integral do ser humano, não se limitando a treinamentos formais. Nesse contexto, o enfermeiro como educador potencializa atitudes de promoção à saúde dentro da comunidade escolar e traduz-se como alicerce teórico-prático para efetivação de atendimento de intercorrências.

Evidencia-se a necessidade do trabalho do enfermeiro na escola, como também fazendo parcerias das famílias de crianças com a Rede de Atenção Básica, objetivando conexão entre unidades de saúde e escola. Assim, minimiza lacunas existentes na comunicação entre profissional de saúde e de educação.

1.4 Metodologias ativas de ensino e a estratégia da simulação realística

Como possibilidade de mudança dos paradigmas educacionais, voltados para as dimensões éticas e humanas, emerge a busca de métodos inovadores de ensino-aprendizagem (MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016). Tais estratégias preveem que o aluno seja o protagonista do aprendizado e corresponsável por sua trajetória educacional, enquanto que o educador, um facilitador deste processo (PRADO; VELHO; ESPÍNDOLA; SOBRINHO; BACKES, 2012; BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

Assim, no contexto de novas tendências pedagógicas, a metodologia ativa é uma

ferramenta possível. O Método da Problematização (MP), idealizado inicialmente por Charles Maguerez, vai ao encontro dos preceitos dessa nova estratégia de ensino, e enfatiza o uso de cenários reais, vivenciados na comunidade. O MP é composto pela observação da realidade concreta, determinação de pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação prática à realidade (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013; FREITAS et al, 2015; GUEDES-GRANZOTTI, 2015).

Há duas abordagens problematizadoras mais utilizadas e que consolidam os preceitos dessa estratégia – pedagogia da problematização e aprendizagem baseada em problemas (MARIN et al, 2010; SOBRAL; CAMPOS, 2012). Tais abordagens colocam o aluno como protagonista do seu aprendizado, aproximando situações de ensino com a realidade (FERNANDES et al, 2014; SIMON; JEZINE VASCONCELOS; RIBEIRO, 2014; FREITAS et al 2015; MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016).

A necessidade de avanço educacional no âmbito tecnológico e de novas abordagens pedagógicas sustenta a escolha da utilização de metodologias ativas para o ensino, uma vez que promove relação diferenciada entre os sujeitos envolvidos, colaborando para a construção ativa de um conhecimento integrado (FARIAS; MARTIN; CRISTO, 2015; MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016; PAIVA; PARENTE; BRANDÃO; QUEIROZ, 2016).

Nesse sentido, a Simulação Realística (SR) é definida como tecnologia de ensino, em que são aplicados exercícios de aprendizagem que se assemelham às circunstâncias da vida real. Constitui-se como estratégia de metodologia ativa utilizada para aprendizagem e avaliação de experiências de vida, reproduzindo questões da realidade, em experiências orientadas, pela replicação de aspectos do mundo real em um cenário dinâmico (GABA, 2007; VILELLA; LEITE; NASSAR, 2010; BLAND; TOPPING; WOOD, 2011; VALADARES; MAGRO, 2014).

O processo de simulação pode ser facilitado por meio de simuladores, que variam desde manequins anatômicos sem complexidade e atores, até simuladores guiados por computadores, sendo que o quanto estes se aproximam da realidade determina a fidelidade do simulador. A simulação desenvolve práticas psicomotoras, enriquece os processos formativos, promove o pensamento crítico, desenvolve habilidades de raciocínio sistematizado. Além disto, estimula o aluno à participação ativa, interligando habilidades

práticas e teóricas, e mobilizando conteúdos acumulados, o que facilita a tomada de decisão (BRAZÃO et al, 2015; FERREIRA; CARVALHO; CARVALHO, 2015; NLN, 2015).

A condução da vivência simulada inicia-se pela apresentação do facilitador ao aprendiz, de um caso real em um ambiente realista simulado. Promove-se interação entre o estudante e o simulador, e posteriormente realização das intervenções objetivadas durante a montagem do cenário. Finaliza-se com reflexões sobre o caso, atuação, decisões, consubstanciando os saberes do grupo (MARTIN, 2015).

A operacionalização do processo de simulação se dá pela identificação e elaboração do conteúdo a ser trabalhado e pela estratégia de como será abordado. O conteúdo deve adequar-se ao nível cognitivo e de autonomia do participante da simulação. Os objetivos devem ser claros, bem definidos e apresentarem-se de maneira organizada (QUILIC, 2012; KOLBE; GRANDE; SPAHN, 2015).

A estratégia de simulação pode ser utilizada com diversos objetivos, sendo os principais relacionados ao aprimoramento educacional; treinos clínicos; melhora de habilidades; investigação de fatores humanos; práticas organizacionais; trabalho em equipe; facilitação do aprendizado biocientífico; explicações sobre questões de saúde, comunicação e ética (GABA, 2004; VALADARES; MAGRO, 2014).

A aplicação do cenário simulado compreende quatro períodos (VALADARES; MAGRO, 2014; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2015; WAZNONIS, 2015; COUTINHO; MARTINS; PEREIRA, 2017):

- 1) Pré briefing: embasamento teórico prévio sobre a atividade simulada, independente do tipo de material ofertado para isto. Comumente utiliza-se aula teórica, aula prática de treino de habilidades, material impresso, mídia digital, vídeos; objetivando que os participantes tenham conhecimento mínimo prévio à realização do cenário, evitando constrangimentos desnecessários;
- 2) Briefing (exposição): apresenta-se o problema claramente e as possibilidades de atuação no cenário;
- 3) Ação: é realizada a tarefa prática, que pode, ou não, ser gravada em vídeo. O participante da ação é voluntário e os demais tornam-se observadores dos passos pré-estabelecidos para o cumprimento dos objetivos do cenário;

4) Debriefing: ocorre conversa grupal, onde se elucidam pontos positivos da atuação e pontos a serem melhorados, indicando o que deve ser corrigido. Inicialmente é realizado acolhimento dos participantes, a fim de reduzir o estresse, e feita síntese do conteúdo. O debriefing é focado nos objetivos específicos, sem divagações, e busca permitir que o aluno obtenha, por intermédio da vivência, informações teórico-práticas que aprimorem o seu estudo. Considera-se como fase essencial do processo de simulação, uma vez que permite ao participante reflexões e indagações sobre a vivência, facilitando a conservação do aprendizado a longo prazo.

Jeffries (2012) pondera que a forma como se estrutura a simulação deve ser organizada e sistemática, além de conter variáveis específicas que se interrelacionam durante o processo. Tais variáveis fazem menção a aspectos relacionados ao facilitador, ao participante, aos resultados e ao design do cenário simulado. Quando a simulação não é realizada de maneira organizada, torna-se difícil alcançar os objetivos propostos, e sua efetividade enquanto estratégia de ensino.

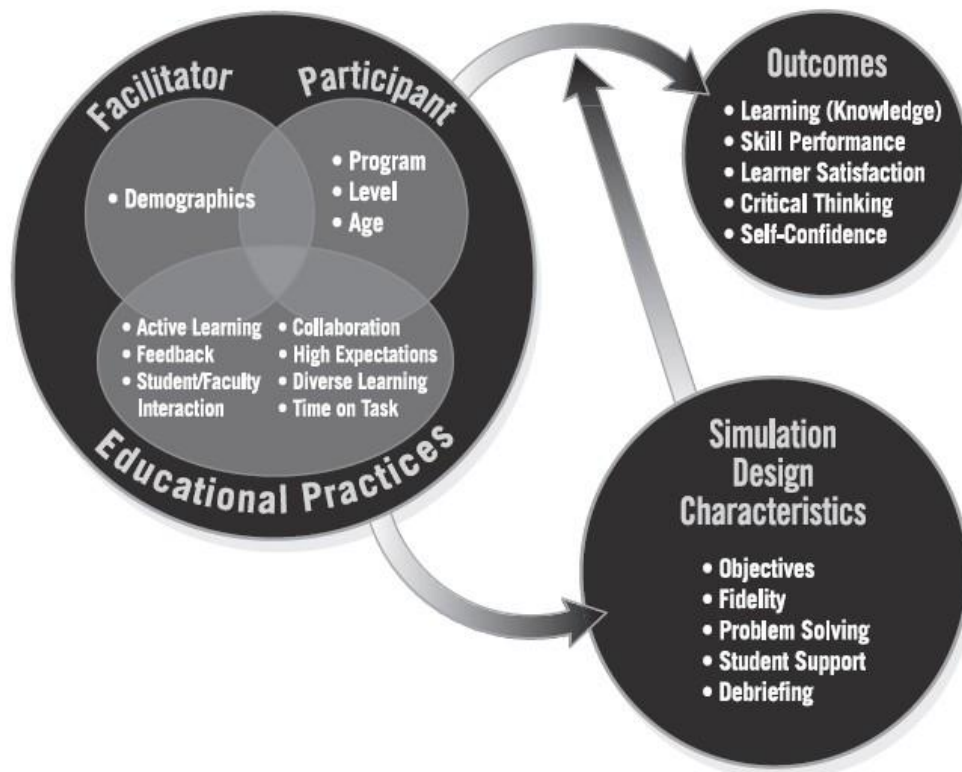
Nesse sentido, dentro da estrutura da simulação, o aprendizado, antes centrado no professor, passa a ser direcionado ao aluno, que se torna corresponsável pelo seu conhecimento. Ou seja, o professor faz papel de facilitador do processo de aprendizagem através de intervenções teóricas no momento do debriefing, e essas variam, a depender do cenário, se está sendo realizado com objetivo de aprendizagem ou de avaliação (JEFFRIES, 2012).

O participante da simulação é protagonista do seu conhecimento. Assim, deve auto dirigir a aprendizagem e demonstrar motivação durante a simulação. Durante atuação no cenário simulado, é necessário levar em consideração a capacidade cognitiva do participante e a idade. As práticas educativas devem conter princípios de aprendizagem ativa e colaborativa, devem estimular o feedback do facilitador para os alunos e dos alunos para o facilitador, bem como intensificar interações relacionais com aporte teórico e tempo determinado para realização das tarefas (JEFFRIES, 2012).

Em relação aos resultados esperados, levam-se em consideração os desfechos relacionados ao participante, ao caso índice do caso clínico vivenciado e ao próprio cenário. Assim, elucidam-se resoluções que perpassam por aspectos emocionais, de aprendizagem, de comportamento. O design da simulação deve estar apropriado para os objetivos

esperados, competências e resultados de aprendizagem. Enfatiza-se necessidade de definição de objetivos específicos, do realismo, da possibilidade de resolutividade do problema apresentado e do debriefing metodologicamente bem estruturado (Imagem A - estrutura da simulação, Jeffries, 2012).

IMAGEM I: Estrutura da Simulação. Fonte: NLN/Jeffries Simulation Framework. (From: Jeffries, P.R. Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation (2nd Ed). New York, NY: National League for Nursing, 2012)



Partindo da premissa de que a formação profissional dos professores não inclui efetivamente o manejo de questões de saúde relacionadas à infância, que metodologias ativas de aprendizagem permitem a integração entre educador e educando, pressupondo a manutenção do conhecimento por longo prazo, estabelece-se como pergunta de pesquisa: “Como a Simulação Realística com a temática ‘Manejo de intercorrências de saúde com crianças em ambiente escolar’ impacta na vivência do professor de educação infantil e fundamental I?”

2. Justificativa

Considerando os acidentes a maior causa de morbimortalidade infantil, dar visibilidade aos mesmos nos remete à promoção à saúde e segurança infantil. Nesse sentido, melhorias na saúde escolar demonstra-se fator necessário à proteção da infância, já que a escola é o ambiente social que facilita o desenvolvimento infantil, e onde as crianças passam a maior parte de suas vidas.

Diversos são os acidentes que ocorrem nas instituições de ensino, e apesar da existência de políticas de educação e saúde que visam à saúde escolar, o profissional de educação sente-se despreparado para lidar com intercorrências em saúde.

A falta de materiais de primeiros socorros nas escolas, somada ao despreparo profissional, acarreta atendimento de baixa qualidade frente a essas situações de urgência.

Optou-se por utilizar uma metodologia ativa de aprendizagem, em razão do aporte teórico sobre a possibilidade de transformações atitudinais mediadas por essa metodologia de estruturação do ensino. Diversos são os estudos que utilizam a Simulação Clínica e Realística com estudantes de enfermagem e medicina, porém, dentro do ambiente formativo das universidades, há poucas publicações deste tipo de ferramenta, como balizador de ações educativas com professores.

Dessa maneira, este estudo justifica-se pela carência de pesquisas publicadas sobre atuação dos enfermeiros nas escolas em atividades educativas participativas. Também por contemplar pressupostos evidenciados na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, no Programa Saúde na Escola e na Política de Redução de Morbimortalidade por Acidentes, no Programa Primeiríssima Infância e na proposição de que investir na qualificação dos professores de educação infantil e fundamental I, por meio da aprendizagem significativa, amplia atitude crítica e específica no desempenho de ações de primeiros socorros.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Analisar as contribuições da Simulação Realística quanto ao manejo intercorrências de saúde com crianças em ambiente escolar, na vivência do professor de educação infantil e ensino fundamental I

3.2. Objetivos específicos

- 1) Aprender a experiência do professor na participação em intervenção educativa mediada pela Simulação Realística;
- 2) Averiguar as contribuições do curso na vivência diária do profissional de educação infantil e fundamental I.

4. Material e método

4.1 Referencial teórico

O presente estudo é de campo, qualitativo, com desenho voltado à avaliação de atividade simulada, como prática educativa que pauta-se na teoria da Aprendizagem Experiencial. A abordagem qualitativa valoriza o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos sociais, e é adequada quando se busca conhecer um determinado fenômeno por meio da experiência destes e dos sentidos que eles atribuem aos objetos e às ações sociais que desenvolvem (MINAYO, 2013).

Somando às proposições teóricas da estratégia de Simulação Realística, Kolb (1984) elucida a Teoria de Aprendizagem Experiencial, que pauta-se em pressupostos construtivistas, em que o processo e a estrutura da aprendizagem é definido a partir das experiências vivenciadas. Dessa maneira, a aprendizagem designa-se como o processo individual de crescimento, sendo codependente dos sentidos atribuídos às informações obtidas e às reflexões conscientes sobre o que ocorreu.

O processo reflexivo tem início a partir de um desencadeador desagradável ou de surpresa da prática cotidiana, que na simulação realística pode ser replicada de forma mais próxima à realidade. As ponderações advindas das vivências, ocorrem pautadas em situações ocorridas no passado, no presente ou no futuro, definindo possibilidade de modificações de ações indevidamente já efetuadas ou oportunidade de aprendizagem em experiências próximas (ERICE; PARDO; QUESTIER; LUJÁN, 2016; KRAKAUER; SANTOS; ALMEIDA, 2017).

Segundo Erice; Pardo; Questier e Luján (2016), a Aprendizagem Experiencial é pautada em alguns aspectos:

- 1) Conhecimento pessoal – subproduto das relações pessoais, adquirido de maneira não intencional;
- 2) Conhecimento da situação – resultado da interpretação das situações em que as pessoas se encontram e da capacidade de tomada de decisão;

- 3) Conhecimento da prática educativa – são as ações que os educadores elegem para promoverem o processo educacional, pautados nas vantagens, desvantagens e limitações de cada possibilidade;
- 4) Conhecimento do processo conceitual – refere-se a operacionalização da técnica optada e habilidades práticas para que seja efetuada;
- 5) Conhecimento de controle - inclui auto consciência, autogestão e delegação do tempo.

O pressuposto teórico da Aprendizagem Experiencial, traz o conhecimento como oriundo da transformação da experiência por meio da reflexão. Assim, permite a compreensão de que a formação deve ser contextualizada e aproximar a teoria às situações reais de cuidado. Nesse sentido, as estratégias de aprendizagem devem proporcionar interlocução entre a estrutura cognitiva, a ação, o sentimento e a percepção, enquanto que o processo de ensino constituir-se de aprendizagem por construção holística, que permita resolutividade de conflitos, levando em consideração as relações interpessoais e com o mundo (KOLB,1984).

O modelo da Aprendizagem Experiencial contempla quatro etapas, a experiência concreta, a observação reflexiva, a conceitualização abstrata e a experimentação ativa. À medida que as práticas educacionais estimuladas na Simulação Realística, movimentam-se no sentido de dar visibilidade aos conhecimentos prévios dos participantes, à participação e reflexão sobre o desenvolvimento do cenário, objetiva-se transformar reflexões em domínios cognitivos, usando teorias e raciocínio lógico para explicar os eventos; permitindo através da experimentação, aproximação à aprendizagem significativa e aprimoramento do poder de tomada de decisão.

A Teoria da Aprendizagem Experiencial atrela-se a conceitos Contrutivistas Humanistas em que se defende que o conhecimento é gradual, valorizando a estrutura cognitiva de quem aprende, os fatores sociais, sentimentos e ações que dão significado às experiências que os aprendizes vivenciam (VALADARES, 2011; DISTLER, 2015). Dessa forma, a aprendizagem acontece durante toda a trajetória de vida e deve respeitar espaços e tempos educativos que transcendem os espaços e tempos pedagógicos. Nesse sentido, a aprendizagem atrela-se à própria existência humana, uma vez que acontece ao longo de toda trajetória, tornando-se um mecanismo humano, em que um novo conhecimento relaciona-se a outro expressivo já existente no intelecto do aprendiz (ALVES; 2010; VALADARES, 2011; BALL, 2013; SIMPLÍCIO; NEVES, 2014; DISTLER, 2015).

4.2 Local de realização do estudo

O estudo foi realizado em três escolas públicas de educação infantil e fundamental I de um município do interior paulista, cuja população estimada é de 246.088 habitantes, dentro de uma área de 1137 km² (IBGE, 2017). O município conta com 31 unidades de educação infantil e 10 unidades de ensino fundamental I (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2010). Realizou-se mapeamento de todas as escolas públicas que atendiam educação infantil e ensino fundamental I do município, e selecionou-se aquelas com o maior número de alunos.

Duas das escolas localizavam-se em região de vulnerabilidade social do município em questão e atendiam alunos do 1ºano ao 5º ano e EJA totalizando cerca de 1260 alunos. A terceira escola localizava-se em bairro melhor desenvolvido do município e atendia cerca de 350 alunos de educação infantil, creche e pré-escola.

A intervenção educativa foi apresentada à pela secretaria municipal de educação e após análise da proposta, autorizada (APÊNDICE E). Os procedimentos para coleta de dados, seja coletivo (grupo focal) ou individual (entrevista estruturada) foram desenvolvidos no próprio ambiente escolar de atuação dos professores e durante o período de trabalho, mais especificamente em determinadas horas do trabalho pedagógico coletivo (HTPC) e de horas de trabalho pedagógico individual (HTPI), devidamente acordados com a direção da escola e com o professor.

4.3 Participantes da pesquisa

Durante os meses de agosto e novembro foi realizada atividade educativa baseada na simulação realística em três escolas distintas, juntamente a professores de educação básica. As datas que foram realizadas as intervenções foram definidas pelas próprias escolas, a depender de cronograma anual previamente pactuado. Nas três escolas elegidas foi feita primeira aproximação com a direção via fonada, a fim de agendamento de data para explicação do projeto aos professores.

Assim, foram concedidos alguns minutos do horário de trabalho pedagógico coletivo (HTPC) para primeira aproximação. Nessa ocasião, foi feito convite verbal, expondo o projeto e seus objetivos, e tivemos oportunidade de explicar aos professores a estratégia a ser realizada. Foi entregue convite impresso para cada professor (APÊNDICE A).

A participação na intervenção educativa foi voluntária, não sendo cobrado nenhum valor financeiro para os que aceitaram envolver-se com a pesquisa. Ainda no primeiro momento de aproximação, aos professores foi entregue Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE B) e de autorização de gravação de áudio (APÊNDICE C) em duas vias, para apreciação; e, para aqueles que aceitaram participar, foi disponibilizada uma via de cada termo.

Nesse momento, também foi entregue instrumento para preenchimento da caracterização dos professores, que continha dados de identificação dos profissionais - endereço, idade, formação, tempo de experiência profissional, estado marital, número de filhos e experiência prévia com intercorrências clínicas e traumáticas (APÊNDICE D). Dispôs-se da coleta de e-mail dos professores, para que fosse enviado material de estudo (pré briefing) prévio aos dias dos cenários simulados.

Considera-se que a totalidade dos participantes integrou a fase da simulação realística e do grupo focal, entretanto, somente 27 participantes (60%) participaram da entrevista individual. A oposição dos 19 professores deveu-se à falta de tempo e acúmulo de atividades letivas, enquanto que 2 dos professores, passaram contato não válido na ficha de caracterização e não foram encontrados em nenhum outro momento dentro do ambiente escolar.

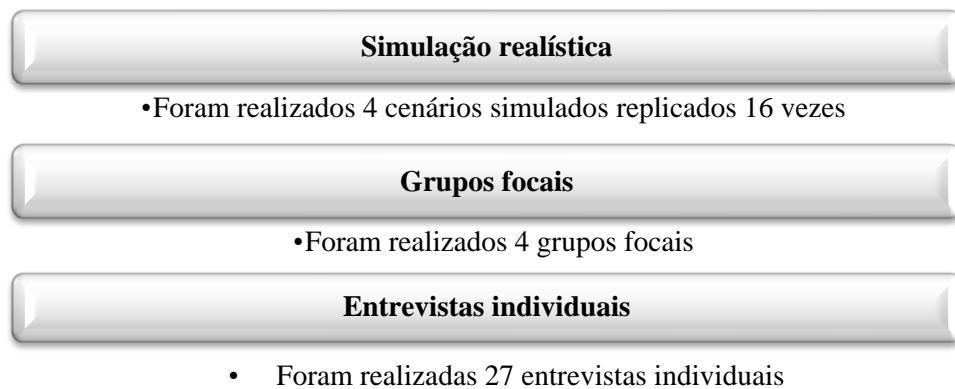
Vale ressaltar que a pesquisadora deste projeto atuou em conjunto com a pesquisadora do projeto “Manejo das Intercorrências Clínicas e Traumáticas nas Escolas: contribuições de uma atividade educativa mediada pela simulação”

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com 45 professores, adscritos à três escolas públicas de educação básica e fundamental de um município do interior paulista.

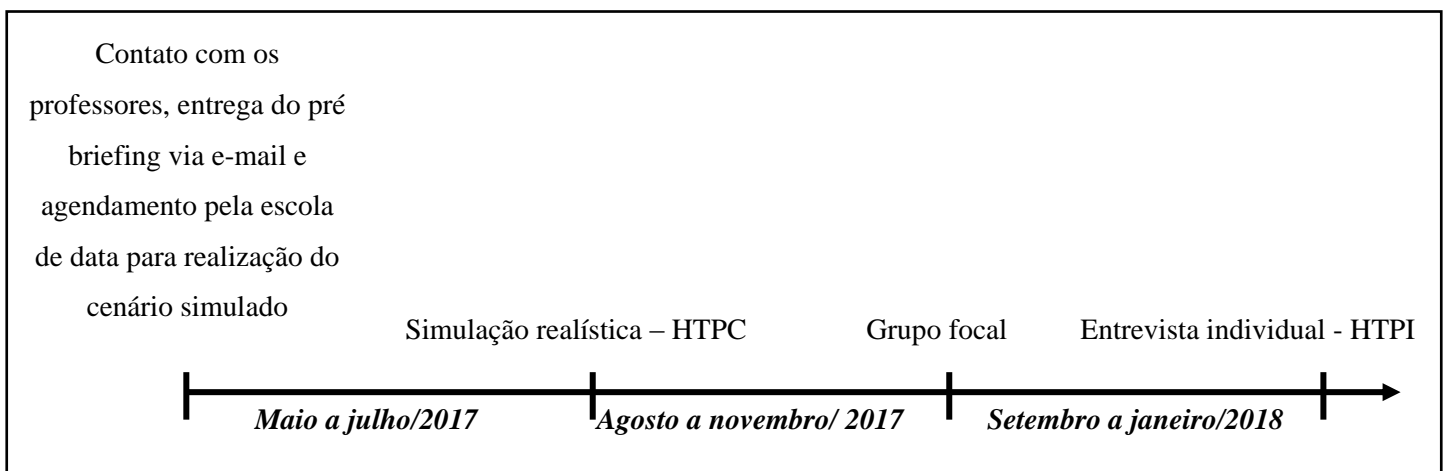
Em relação aos instrumentos selecionados para coleta de dados foram realizados 4 cenários simulados, replicados 16 vezes, quatro grupos focais e 27 entrevistas individuais (Diagrama I).

DIAGRAMA I: Operacionalização da coleta de dados, com professores da educação infantil. São Carlos, 2018



A coleta dos dados foi realizada em momentos distintos, seguindo a linha do tempo elucidada abaixo:

LINHA DO TEMPO I: Ordem cronológica da coleta de dados. São Carlos, 2018



SIMULAÇÃO REALÍSTICA E CENÁRIOS SIMULADOS

Durante as reuniões de HTPC foram realizadas Simulações Realísticas nos cenários referentes à obstrução de vias aéreas por corpo estranho/engasgo, parada cardiorrespiratória (PCR), queda com corte/hemorragia e convulsão em ambiente escolar.

Posteriormente ao primeiro contato com os professores, caracterizado por período de aproximação, foram agendadas as datas das intervenções com a diretoria da escola, que dependeram do cronograma anual escolar. Os cenários simulados foram realizados no horário de HTPC dos professores, que na escola A contemplava o horário das 18h30-20h15 às segundas-feiras, na escola B o horário das 18h30-20h15 às quartas-feiras e na escola C das 18h00-20h00 às segundas-feiras.

A simulação realística caracterizou-se pelos seguintes passos metodológicos:

- 1) Entrega do pré briefing via e-mail
- 2) Briefing
- 3) Cenário simulado
- 4) Debriefing

Aos professores foi enviado material pré briefing via e-mail, que se constituiu na entrega, prévia ao curso, da cartilha educativa construída e validada por Galindo Neto, et al (2017) denominada “Primeiros Socorros na Escola: orientações para professores de educação infantil pré escolar e do ensino fundamental I”. O documento abrangia temáticas relacionadas à segurança do local do acidente, a chamar ajuda, às ações a serem realizadas em situações de corte e hemorragia, pancadas e fraturas, crise convulsiva, amputações, queimaduras, acidentes nos olhos, traumatismo com os dentes, ingestão de produtos tóxicos, picadas de animais peçonhentos, desmaio, engasgo, parada cardiorrespiratória e afogamento. A intenção da entrega da cartilha foi oportunizar aos professores aproximação do conhecimento teórico, para que a participação no cenário simulado não se tornasse traumática ou expositiva.

No dia pactuado para realização do cenário simulado, os professores foram colocados sentados dentro de uma sala de aula da escola em que lecionavam, onde foi explicada a atividade pela qual passariam e sua caracterização, enfatizado que considerassem o mais próximo da realidade do seu ambiente de trabalho tudo o que eles vivenciarão.

Na ocasião também foi pactuado que para cada cenário dois professores seriam voluntários ativos (e nesse momento, já foram selecionados), e que esses, fariam o atendimento inicial do cenário, enquanto que os demais participantes seriam observadores da

cena. Ao final, foi exposto que seria realizado momento de discussão grupal, em que todos teriam oportunidade de relatar o que sentiram ao experienciarem o cenário; também nesse momento seriam retomadas algumas fundamentações teóricas e realizadas reflexões.

Anteriormente à realização do cenário simulado, os professores voluntários permaneceram dentro da sala de aula nos cenários de PCR e queda/corte, enquanto que os demais foram convidados a se organizarem no local onde estava montada a cena. Posteriormente, uma atriz caracterizada como monitora da escola, vinha chamar os professores voluntários, demonstrando preocupação e ansiedade, para que realizassem prontamente o atendimento à criança simulada, e conduzia-os até o cenário. Optou-se por esse percurso metodológico para que o realismo dos cenários fosse mantido, e apesar dos demais professores terem sido colocados na cena previamente aos voluntários, o cenário já estava montado e os atores nele imersos.

Nos casos de engasgo e convulsão, todos os professores foram mantidos dentro de um mesmo ambiente e, quando o cenário iniciou-se, os voluntários se prontificaram ao atendimento. Nesses determinados cenários, optou-se pela reunião de todo grupo em um mesmo ambiente, pois entendeu-se que não haveria prejuízo ao realismo do cenário, se o grupo de professores voluntários e observadores estivessem em conjunto.

Os cenários utilizados nesse projeto foram adaptados por meio de cenários que percorrem processo de validação de conteúdo, e que foram utilizados em teste piloto em uma atividade de extensão realizada na Universidade Federal de São Carlos no ano de 2016, estando todos os autores de acordo para a utilização nesta pesquisa (APÊNDICE F).

Optou-se pelos cenários em questão, devido à revisão bibliográfica não sistematizada sobre as principais intercorrências de saúde na escola, que demonstram incidência alta de picos febris e engasgo nesse ambiente. A hipertermia pode ocasionar crises convulsivas e, conseqüentemente, parada cardiorrespiratória, bem como o engasgo, que, pela falta de oxigenação, também pode culminar em situação de emergência. O mesmo ocorre na opção pelo cenário de queda com corte e hemorragia que, se não contida, pode evoluir para choque hipovolêmico, posterior instabilidade hemodinâmica e também, como consequência, a parada cardiorrespiratória. Nesse sentido, trabalhou-se nesta pesquisa com situações iniciais, ou seja, crise convulsiva, engasgo e queda com corte e hemorragia que, se não bem manejados, podem evoluir para parada cardiorrespiratória como evento secundário.

A partir da definição dos objetivos propostos, foram separados os materiais necessários aos cenários, treinados os atores e facilitadores; e, trabalhado em equipe para integração dos conhecimentos e implementação da atividade. A adaptação dos cenários

originais (APÊNDICE G) foi necessária, em decorrência do espaço físico disposto pela escola, pelo número de participantes e pelas características dos atores; entretanto, nenhuma modificação realizada repercutiu no alicerce de cada situação e no objetivo de aprendizagem, sendo o fluxograma de atendimento mantido. Assim, para este trabalho utilizou-se a seguinte sistematização para cada situação vivenciada (Quadro I):

QUADRO I: Operacionalização dos cenários adaptados para intervenção educativa com professores de ensino infantil, em um município da região Sudeste, Brasil, 2018

CENÁRIO 1: MANEJO DE CRISE CONVULSIVA	
Facilitador	Jaqueline Brosso Zonta
Pré-requisitos da simulação	Ter lido a cartilha educativa disponibilizada previamente via e-mail
Objetivos da aprendizagem	Reconhecer as manifestações clínicas da crise convulsiva (perda de consciência, rotação dos olhos para cima, salivação abundante, contrações musculares descoordenadas, cerramento dos dentes); constatar a necessidade de chamar ajuda (ligar 192); realizar medidas de proteção e segurança (afastar objetos que possam machucar a criança, retirar objetos, pessoas, retirar excesso de roupas, apoiar e lateralizar a cabeça)
CASO CLÍNICO	
Descrição do caso clínico	Gabriel, 10 anos de idade, é portador de epilepsia. Faz uso de medicações específicas para doença, porém, neste dia, a mãe esqueceu-se de dar o medicamento. Estará caído no chão da sala, em crise convulsiva, vestido com uma blusa de frio e portando óculos. Durante a crise irá apresentar grande quantidade de sialorréia..
OPERACIONALIZAÇÃO DO CENÁRIO	
Briefing	Previamente ao início do cenário, a mediadora explicou que os professores iriam participar de uma intercorrência na escola com uma criança e que a proposta era simular a realidade; assim, orientou para que considerassem a situação como mais próxima da rotina daquela escola e que os professores que se voluntariassem fossem atender a criança, enquanto que, a princípio, os demais iriam observar o atendimento
Local de realização	Dentro de sala de aula caracterizada com mesa e cadeira de professor
Distratores	Não houve
Voluntários para atuação no caso clínico	2 professores para prestar atendimento no caso
Equipamentos necessários	Sachê de bicarbonato de sódio (para simular a sialorréia), roupas, cadeira, mesa, avental e crachá de monitor escolar com decoração infantil, óculos, boné, agulha e saco plástico com água limpa.
Atores	Foram utilizados 2 atores, um que fez o papel do escolar com crise convulsiva e o outro ator que se caracterizou como monitor da escola.
Falas da atriz	“Professora, professora corre aqui! O Gabriel estava no intervalo e de repente caiu no chão e começou a se bater, o que será que ele tem? O que devemos fazer?”
Intercorrências no cenário	Finalizou-se o cenário, quando os professores identificaram a crise convulsiva (perda de consciência, da rotação ocular, da salivação, das contrações musculares descoordenadas e da liberação do esfíncter). Quando chamaram ajuda, afastaram objetos que pudessem machucar a criança, desapertaram a roupa próximo ao pescoço, retiraram óculos e boné, seguraram e lateralizaram a cabeça da criança a fim de proporcionar menor risco de traumatismo e aspiração de conteúdo gástrico. Houve situações em que os professores voluntários pediram água para dar à criança com convulsão, não chamaram ajuda e tentaram conter à força a movimentação descoordenada. Nesses casos, o monitor interveio, facilitando o cenário, que posteriormente foi finalizado.
DEBRIEFING	
Ementas do debriefing	Conceitos de epilepsia e crise convulsiva; principais manifestações clínicas da crise convulsiva; condutas esperadas diante da crise convulsiva: retirar objetos pessoais ao redor que possam machucar, conter a cabeça e manter lateralizada; condutas não indicadas diante da crise convulsiva: não conter os movimentos da vítima; importância de não colocar nada na boca no momento da crise; importância de cronometrar o tempo da crise; medidas para evitar possíveis constrangimentos.
Condução do debriefing	O debriefing foi conduzido pela pesquisadora 2. Inicialmente o ator – criança com crise convulsiva - foi questionado sobre os sentimentos que emergiram frente à sua atuação, posteriormente o mesmo questionamento foi realizado aos professores voluntários. Deu-se início às falas de reforço positivo e os professores voluntários foram estimulados a expor quais foram as atitudes que consideravam positivas e quais que poderiam ser aprimoradas. Após considerações do ator e dos professores envolvidos ativamente na simulação, os questionamentos foram abertos para todo o grupo de professores observadores. Perpassaram perguntas sobre sentimentos e emoções que imergiram, ao observarem o cenário e a atuação dos colegas, bem como sobre o realismo do cenário e indagações teóricas que suscitaram discussão acerca do manejo da crise convulsiva no ambiente escolar.

CENÁRIO 2: MANEJO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) EM CRIANÇAS PARA LEIGOS	
Facilitador	Gabriela Van Der Zwaan Broekman Castro
Pré-requisitos da simulação	Ter lido a cartilha educativa disponibilizada previamente via e-mail
Objetivos da aprendizagem	Reconhecer as manifestações da PCR (criança não responde/inconsciente e criança não respira); constatar a necessidade de chamar ajuda (ligar 192); garantir a segurança do local; executar compressões de alta qualidade imediatamente (100 a 120 compressões/minuto, permitir o retorno do tórax, utilizar superfície rígida)
CASO CLÍNICO	
Descrição do caso clínico	João, 6 anos de idade, é portador de cardiopatia congênita. João pede para ir ao banheiro e vai acompanhado de uma monitora. No banheiro, a monitora presencia um desmaio súbito da criança.
OPERACIONALIZAÇÃO DO CENÁRIO	
Briefing	Previamente ao início do cenário, a mediadora explicou que os professores iriam participar de uma intercorrência na escola com uma criança, e que a proposta era simular a realidade; assim, orientou para que considerassem a situação como mais próxima da rotina daquela escola e que os professores que se voluntariassem fossem atender a criança, enquanto que, a princípio, os demais iriam observar o atendimento
Local de realização	Banheiro da escola ou corredor principal
Distratores	Não houve
Voluntários para atuação no caso clínico	2 professores para prestar atendimento no caso
Equipamentos necessários	Utilizado um manequim - Ressusci Junior Skill (Laerdal®) - simulador de corpo inteiro com aparência de uma criança de 5 anos para realização de treinamento de RCP, que possuía um indicador SkillGuide, permitindo visualizar a ventilação, a profundidade de compressão e o posicionamento das mãos. O simulador permitiu a inclinação da cabeça, elevação do queixo e posicionamento da mandíbula. Exibiu obstrução das vias aéreas, resistência para compressão e expansão do tórax de forma real. Apresentou pontos de referência anatômicos relevantes à RCP em crianças. Foi utilizado também um avental e um crachá de identificação para a monitora da escola
Atores	1 atriz para realização de monitora da escola
Falas da atriz	“Professora, professora vem rápido! O João estava no banheiro e de repente caiu no chão, o que será que ele tem? O que devemos fazer?”
Intercorrências no cenário	Finalizou-se o cenário imediatamente, quando os professores voluntários verificaram a responsividade, respiração; chamaram ajuda; comprimiram adequadamente, ou seja, quando o professor seguiu a cadeia de sobrevivência para leigos. Nos casos em que os professores voluntários não seguiram a cadeia de sobrevivência, o monitor fez papel de facilitador do cenário. Nas principais situações em que não houve manejo adequado da cadeia de sobrevivência, iniciaram-se compressões adequadas, porém sem chamar ajuda; realizou-se respiração boca a boca; acionou-se serviço de urgência, porém sem ação imediata sobre a criança. Tais situações foram discutidas posteriormente no momento do debriefing e após intercessão do monitor, foi finalizado o cenário.
DEBRIEFING	
Ementas do debriefing	Conceito de parada cardiorrespiratória (PCR) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP); principais causas de PCR na infância (distúrbios respiratórios, febre, convulsão, quedas, acidentes de trânsito, origem cardíaca); compressões de alta qualidade (relação compressões/ventilações, posicionamento correto das mãos e dos braços, frequência adequada, profundidade adequada, retorno do tórax, minimização dos intervalos entre as compressões).
Condução do debriefing	O debriefing foi conduzido pela pesquisadora 1. Inicialmente a atriz monitora da escola foi questionada sobre os sentimentos que emergiram frente à sua atuação, posteriormente o mesmo questionamento foi realizado aos professores voluntários. Deu-se início às falas de reforço positivo e os professores voluntários foram estimulados a expor quais foram as atitudes que consideraram positivas e quais que poderiam ser aprimoradas. Após considerações da atriz e dos professores envolvidos ativamente na simulação, os questionamentos foram abertos para todo o grupo de professores. Permearam perguntas sobre sentimentos e emoções que imergiram, ao observarem o cenário e a atuação dos colegas à realidade do cenário, bem como indagações teóricas que suscitaram discussão acerca do manejo da parada cardiorrespiratória, no ambiente escolar.

CENÁRIO 3: MANEJO DO ENGASGO / OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO	
Facilitador	Jaqueline Brosso Zonta
Pré-requisitos da simulação	Ter lido a cartilha educativa disponibilizada previamente via e-mail
Objetivos da aprendizagem	Reconhecer os sinais de engasgo (início súbito de dificuldade respiratória, tosse, náusea, sons respiratórios anormais, palidez da pele, arroxamento da pele, dificuldade para chorar ou falar); avaliar a consciência/responsividade da criança; realizar manobra de desengasgo (manobra de Heimlich)
CASO CLÍNICO	
Descrição do caso clínico	Fabiana, 6 anos de idade, está acompanhada da monitora da escola, na brinquedoteca, divertindo-se com brinquedos pequenos. Subitamente apresenta-se com falta de ar, dificuldade de chorar e falar, cianose, estridor e as mãos no pescoço.
OPERACIONALIZAÇÃO DO CENÁRIO	
Briefing	Previamente ao início do cenário, a mediadora explicou que os professores iriam participar de uma intercorrência na escola com uma criança e que a proposta era simular a realidade. Assim, orientou para que considerassem a situação como mais próxima da rotina daquela escola e que os professores que se voluntariassem, iriam atender a criança, enquanto que, a princípio, os demais iriam observar o atendimento
Local de realização	Sala de aula caracterizada como brinquedoteca
Distratores	Não houve
Voluntários para atuação no caso clínico	2 professores para prestar atendimento no caso
Equipamentos necessários	Roupas, brinquedos grandes e pequenos, tapete infantil EVA
Atores	Foram utilizados 2 atores: um ator designado como criança engasgada com brinquedo pequeno e o outro ator como monitor da escola.
Falas da atriz	“Professora, professora! Corre aqui! Olha a Fabiana! Ela colocou alguma coisa na boca e está passando mal!”
Intercorrências no cenário	Finalizou-se o cenário imediatamente, quando os professores voluntários verificaram a responsividade, respiração, identificaram o engasgo, colocaram a criança sentada e realizaram manobra de Heimlich. Nos casos em que a conduta para desengasgo foi inadequada, a monitora interveio, por meio falas facilitadoras e, posteriormente, finalizou o caso. Ocorreram ações de bater nas costas, levantar os braços e não chamar ajuda.
DEBRIEFING	
Ementas do debriefing	Conceito do engasgo; principais causas de engasgo na infância; principais sinais de engasgo, a manobra de Heimlich; ações inadequadas diante do engasgo; manobra de desengasgo no caso de criança inconsciente
Condução do debriefing	O debriefing foi conduzido pela pesquisadora 2. Inicialmente a atriz – criança engasgada- foi questionada sobre os sentimentos que emergiram frente à sua atuação, posteriormente o mesmo questionamento foi realizado com os professores voluntários. Deu-se início às falas de reforço positivo e os professores voluntários foram estimulados a expor quais foram as atitudes que consideraram positivas e quais que poderiam ser aprimoradas. Após considerações do ator e dos professores envolvidos ativamente na simulação, os questionamentos foram abertos para todo o grupo de professores observadores. Permearam perguntas sobre sentimentos e emoções que imergiram ao observarem o cenário e a atuação dos colegas à realidade do cenário e indagações teóricas que suscitaram discussão acerca do manejo de engasgo, em ambiente escolar

CENÁRIO 4: MANEJO DE QUEDA/CORTE	
Facilitador	Gabriela Van Der Zwaan Broekman Castro
Pré- requisitos da simulação	Ter lido a cartilha educativa disponibilizada previamente via e-mail
Objetivos da aprendizagem	Identificar a queda; avaliar a segurança do local; chamar ajuda; avaliar consciência da vítima; avaliar o risco de lesão em coluna cervical e não mobilizar o paciente; conter a hemorragia (colocar cobertura limpa no local, não retirar cobertura primária, colocar cobertura secundária em cima da primária caso necessário, levantar o membro que sangra, caso não haja sinais de fratura, comprimir artéria que leva sangue ao membro).
CASO CLÍNICO	
Descrição do caso clínico	Miguel, 10 anos, estava na hora do recreio, quando com um grupo de amigos resolveu subir em uma árvore ou na grade de segurança da escola, caindo no chão. Após queda, refere dor na coluna e apresenta corte profundo, com sangramento em membro superior esquerdo.
OPERACIONALIZAÇÃO DO CENÁRIO	
Briefing	Previamente ao início do cenário, a mediadora explicou que os professores iriam participar de uma intercorrência na escola com uma criança e que a proposta era simular a realidade; assim orientou para que considerassem a situação como mais próxima da rotina daquela escola e que os professores que se voluntariassem fossem atender a criança, enquanto que, a princípio, os demais observariam o atendimento
Local de realização	Ambiente externo à escola, com possibilidade de plateia. Na escola A foi realizada em pátio externo, próximo a árvores; na escola B foi realizada em área de convivência com grama e árvores; e na escola C foi realizada em área externa próxima à grade de segurança com lanças.
Distratores	Não houve
Voluntários para atuação no caso clínico	2 professores para prestar atendimento ao caso
Equipamentos necessários	Blusa de frio, compressas/panos, avental e crachá de inspetor de alunos com decoração infantil, slug@ massa mágica, sangue e queimadura artificial, espátula, pó compacto para rosto, grama, água, telefone celular, maleta de primeiros socorros
Atores	1 ator simulando criança caída no chão, com corte profundo em braço esquerdo e 1 ator simulando monitor escolar.
Falas do ator	Ai, ai, ai, ai, socorroooooooooooooo, alguém me ajuda!!!” Eu quero a minha mãe... (chorando muito)
Intercorrências no cenário	O cenário foi finalizado imediatamente quando os professores voluntários identificaram a queda, avaliaram a consciência da vítima, colocaram coberturas na lesão, elevaram o membro, comprimiram a artéria, não lavaram o ferimento, colocaram cobertura secundária quando necessário e chamaram ajuda. Nas situações em que o atendimento foi inadequado o monitor escolar interveio por meio de falas, e a própria criança enfatizava expressões, gestos e ações de desconforto e dor; posteriormente finalizando o cenário. As principais ações não esperadas foram não elevação do membro esquerdo sangrando, mobilização da vítima e não chamarem o serviço médico de urgência.
DEBRIEFING	
Ementas do debriefing	Conceito de primeiros socorros; princípios básicos dos primeiros socorros (manter a calma, avaliar a cena, não permitir que outras pessoas se tornem vítimas, solicitar ajuda, avaliar orientação da vítima, tomar decisões, avaliar risco de lesão em coluna cervical); manejo da hemorragia (importância de elevar o membro com o corte profundo, de não lavar um corte profundo, de não retirar a cobertura primária, de comprimir a artéria principal que está irrigando o sangue); prevenção de danos.
Condução do debriefing	O debriefing foi conduzido pela pesquisadora 1. Inicialmente o ator – criança machucada foi questionado sobre os sentimentos que emergiram frente à sua atuação, posteriormente o mesmo questionamento foi realizado aos professores voluntários. Deu-se início às falas de reforço positivo e os professores voluntários foram estimulados a expor quais foram as atitudes que consideravam positivas e quais que poderiam ser aprimoradas. Após considerações do ator e dos professores envolvidos ativamente na simulação, os questionamentos foram abertos para todo o grupo de professores observadores. Permearam perguntas sobre sentimentos e emoções que emergiram ao observarem o cenário e a atuação dos colegas, à realidade do cenário e indagações teóricas que suscitaram discussão acerca do manejo queda/corte, em ambiente escolar.

Dos 45 professores, a totalidade participou como observadora durante os cenários, bem como integrantes do momento do debriefing. Desses 45, dezesseis professores atuaram ativa e voluntariamente nos cenários propostos dando resolubilidade ao caso.

Na escola A, os 14 professores participantes foram subdivididos em dois grupos de 7 professores, que vivenciaram os cenários de PCR e convulsão durante o primeiro HTPC, e de queda/corte e engasgo durante o segundo HTPC. Em ocasião dessa escola, os cenários foram replicados duas vezes durante cada HTPC, para garantir otimização e participação adequada dos integrantes. Ao final dos 4 cenários, foi realizado grupo focal único com participação de 14 integrantes.

O mesmo ocorreu na escola B, em que 21 professores participantes foram segregados em 2 grupos menores, de 10 pessoas e de 11 pessoas cada. No primeiro HTPC os professores vivenciaram os cenários de PCR e engasgo e no segundo, de queda/corte e convulsão. O modelo de divisão dos professores e reprodução dupla dos cenários foi o mesmo, entretanto a escolha da ordem de aplicação dos cenários dependeu da disponibilidade dos atores envolvidos. Entendeu-se que não haveria prejuízo na inversão dos cenários, uma vez que foram situações clínicas complementárias. Ao final dos 4 cenários, foram realizados dois grupos focais com participação de 11 integrantes em um e 10 integrantes em outro.

Na escola C os participantes não foram subdivididos em grupos, uma vez que participaram somente 10 professores. Assim, no primeiro HTPC todos os professores vivenciaram conjuntamente os cenários de convulsão e queda/corte e no segundo HTPC os cenários de PCR e engasgo. Ao final dos 4 cenários foi realizado um grupo focal com participação de 10 integrantes.

O tempo médio das simulações foi em torno de 10 minutos e do debriefing de 20 minutos. Os cenários foram desenvolvidos no próprio ambiente escolar e o debriefing imediatamente após realização da simulação, porém em ambiente de sala de aula preparada com cadeiras em círculo, considerada ambiente neutro ao cenário, a fim de minimizar interferências na discussão.

GRUPOS FOCAIS

A fim de estabelecer resultados que fossem considerados representativos do coletivo de professores e oriundos de interação grupal, optou-se pela realização de grupos focais. Compreende-se que essa estratégia de coleta de dados permite a interação grupal, ou seja, não somente a soma de opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais, mas do modo de interlocução desses aspectos com o coletivo (NÓBREGA; ANDRADE; MELO, 2016).

O grupo focal tem origem anglo-saxônica e é uma ferramenta de coleta de dados importante para tratar questões da saúde sob o ângulo do social, porque possibilita o estudo das relações de diferenciados grupos profissionais, processos de trabalho e populações, a partir de interações grupais. Iniciou-se no campo das ciências sociais, perpassou pela política, e na área da saúde ganhou visibilidade na segunda metade dos anos 80 (BACKES; COLOMÉ; ERDMANN; LUNARDI, 2011)

O grupo focal facilita a construção compartilhada do conhecimento (SILVA; TRINDADE; SILVA, 2012). Essa elaboração torna-se coletiva, através de um processo dinâmico de interlocução entre opiniões contrárias e consensos, problematizando uma temática ou ponto específico (DALL'AGNOL; MAGALHÃES; MANO; OLSCHOWSKY; SILVA, 2012). Durante os grupos focais, a facilitadora interagiu com os integrantes do grupo por meio de processos psicossociais e emocionais que surgiram. A análise da interação grupal foi feita através do elemento grupo, e não pela unidade de indivíduos segregados do conjunto como um todo. Objetivando facilitar a interação grupal, foi desenvolvido roteiro estruturado para nortear a discussão (APÊNDICE H).

Em relação aos limites dessa estratégia de coleta de dados, Trad (2009) enfatiza que, em determinados momentos, a discussão grupal pode limitar opiniões que sejam contraditórias às dos demais participantes, que pode haver dificuldade de garantir total anonimato dos participantes, assim como riscos de desvio da discussão, sendo a liderança pertencente somente a alguns participantes.

Durante a coleta de dados, as opiniões contraditórias foram precursoras de discussões e reflexões, sendo mediadas pelas facilitadoras. Foi garantido o anonimato dos participantes por meio da análise das falas do grupo, por ser feita juntamente à ilustração da disposição do grupo, onde não havia detalhamento do participante. Entretanto, quanto aos desvios de discussão, houve dificuldades de condução da temática, quando os integrantes traziam

experiências pessoais e havia evasão do conteúdo proposto. Situações em que regência da discussão por um único membro ocorreu, também foram contratempos para a facilitadora, que teve que trazer novamente o grupo como um todo para parte da discussão.

A fim de minimizar distorção dos resultados, durante o grupo focal, opiniões contrárias foram estimuladas e serviram como elemento de problematização e continuidade das discussões; as falas não foram determinadas individualmente, mas sim como construção grupal; e quando ocorreu participação de somente poucos integrantes, os demais foram instigados indiretamente a entrarem na discussão.

Após o final de dois momentos de HTPC, ou seja, ao final de 4 cenários - 2 primeiros aplicados no primeiro dia de HTPC e 2 últimos no segundo dia do HTPC – foi realizado o grupo focal referente à totalidade da intervenção educativa, ou seja, sobre o momento do pré briefing, do briefing, dos quatro cenários (crise convulsiva, queda/corte, PCR e engasgo) até o debriefing. Para garantir continuidade da intervenção, optou-se por datas de HTPC em semanas consecutivas. Enfatiza-se que todos os professores que participaram do primeiro HTPC também estavam presentes no segundo HTPC.

O primeiro grupo focal ocorreu na escola A, o último na escola C e o segundo e o terceiro na escola B. Em especial, pelo número de professores, optou-se por, na escola B dividir o grupo total de professores participantes na intervenção, a fim de cumprir com o percurso metodológico de aplicação de grupo focal, embora todos os professores experienciassem os mesmos cenários. Cada grupo focal foi realizado em somente um encontro, devido planejamento escolar e tempo escassos dos professores, o que pode ter sido limitador do nosso estudo devido cansaço para os professores, ocasionando participação diminuta, apesar de cumprir com os resultados esperados.

A média de duração dos grupos focais foi de cinquenta minutos e apesar de haver roteiro de perguntas norteadoras (APÊNDICE H), as perguntas que realmente conduziram o grupo focal foram:

- 1) Vocês já participaram de alguma atividade com simulação?
- 2) Como vocês avaliam o desenvolvimento dessa atividade desde o momento da leitura prévia dos materiais?
- 3) Que experiências/sentimentos a participação da Simulação Realística proporcionou

a vocês?

- 4) Vocês já participaram de alguma aula tradicional de primeiros socorros?
- 5) Para vocês, há diferenças entre uma aula tradicional sobre primeiros socorros e a experiência de participar de uma metodologia de ensino ativa?
- 6) Qual a proximidade que vocês têm com temáticas de saúde no ambiente escolar?

A pessoa que ficou responsável pela observação do grupo realizou registros escritos sobre reações atitudinais e linguagem não verbal dos integrantes no grupo focal (APENDICE I), enquanto que o auxiliar de pesquisa facilitou a organização estrutural do grupo focal, promovendo ambiente confortável. A mediadora proveu direcionamentos para facilitação da discussão e incentivo positivo de participação de todos integrantes.

Em consequência de número restrito de integrantes da equipe de trabalho, na escola A, a pesquisadora 1 conduziu o grupo focal como mediadora e operadora de gravação; uma das atrizes-monitoras ficou como observadora e outro ator-monitor, como auxiliar de pesquisa.

Na escola B cada grupo focal foi realizado por uma pesquisadora com papéis de mediadora e operadora de gravação; somados às mediadoras. Durante o grupo focal 1, uma das atrizes-monitoras foi observadora e auxiliar de pesquisa, ocorrendo o mesmo no grupo focal 2. Na escola C, a pesquisadora 1 liderou o grupo focal como mediadora e operadora de gravação, enquanto que uma das atrizes-monitoras realizou papel de auxiliar de pesquisa e a pesquisadora 2, de observadora.

Compreende-se que a técnica de coleta de dados por meio de grupo focal, requer equipe de trabalho maior, consolidada pelo mediador, pelo observador, pelo operador de gravação e pelo auxiliar de pesquisa. Entretanto, apesar de as pesquisadoras associarem à função de mediação, operadoras de gravação, observou-se que não houve perda de dados, uma vez que a gravação ocorreu por meio digital (celular e tablete), colocados inicialmente à discussão em locais diferentes dentro da sala de realização do grupo focal, e desligados ao final dessa ação. Não houve necessidade de monitorização constante dos equipamentos, e não aconteceu perda da atenção na mediação, uma vez que somente o áudio foi gravado e não a imagem dos participantes.

Toda equipe de trabalho foi previamente informada sobre a técnica e operacionalização do grupo focal, em reunião informal prévia à realização dos cenários.

ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

Para averiguar as contribuições do curso na vivência diária do profissional de educação infantil, um mês após aplicação dos cenários simulados, foram feitas inserções nos momentos de HTPI dos professores, mediadas por entrevistas individuais estruturadas. Foi estipulado esse tempo entre a operacionalização dos cenários e a realização das entrevistas, pressupondo que o conteúdo fosse reacomodado e pudéssemos examinar ponderações sobre o aprendizado e sobre a colaboração da intervenção na rotina do professor.

Os professores foram contatados inicialmente através de dados telefônicos contidos em instrumento de caracterização preenchido anteriormente. Primeiramente os professores receberam mensagem via aplicativo Whats App®, lembrando a participação no curso e efetuando o convite para participação na entrevista individual. Àqueles que não responderam a primeira mensagem, foi enviada nova mensagem. Nos casos em que a mensagem foi visualizada e não respondida, ou ainda àqueles em que a mensagem não havia chegado, foi feito contato via telefônico. Na ocasião de não ser possível o contato telefônico devido o professor não ter respondido à duas chamadas consecutivas e a mais duas consecutivas em dia posterior, foi realizada busca ativa dos professores nas escolas.

Os professores contatados referiram horário de HTPI mais conveniente para realização da entrevista, que variaram a depender da disponibilidade e grade escolar de cada professor. Assim, foi utilizada entrevista semi-estruturada (APÊNDICE J).

A partir dos questionamentos os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas, demonstrando dados tanto de natureza objetiva, quanto subjetiva (MINAYO, 2013). A entrevista individual proporcionou interações nas quais as informações dadas pelos sujeitos foram acometidas pelo modo como o entrevistador se relacionou com cada professor participante, lembrando emoções, sentimentos, vivências e reflexões sobre a intervenção educativa.

As entrevistas foram gravadas em áudio através de aparelho tablete e celular e tiveram duração média de uma hora. A transcrição foi realizada por empresa de transcrição qualificada que foi paga por vias pessoais das pesquisadoras. Os textos transcritos foram conferidos juntamente ao áudio das entrevistas, passando por revisão quanto ao conteúdo e anotações de aspectos verbais de entonação nas falas. Para análise das narrativas, utilizou-se referencial da análise de conteúdo qualitativa indutiva (ELO; KYNGAS, 2008).

Quanto à caracterização, 14 participantes pertenciam à escola A, 21 professores à escola B e 10 sujeitos à escola C. Para facilitação da identificação das falas e armazenamento dos dados cada participante foi denominado com a letra P, correspondente à inicial da palavra professor, seguida do número da entrevista individual, ou seja, P1 refere-se ao primeiro professor entrevistado; P2, ao segundo professor, e assim sucessivamente.

Foi utilizada a seguinte uniformização: cada fragmento da entrevista vem acompanhado de qual entrevistado se manifestou juntamente com o número da entrevista ou do grupo focal. Como exemplo: P1 significa a fala do primeiro professor entrevistado e GF1 significa dados oriundos do primeiro grupo focal realizado, uma vez que consideramos os resultados do grupo focal como constructo grupal.

Escolheu-se por modificar todos os reais nomes dos entrevistados nas falas, a fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa. Todas as falas sofreram correções gramaticais e estruturais, sendo retiradas partes repetitivas, entretanto sem modificação no sentido do que foi expresso pelo entrevistado. Os parênteses (...) indicam junções dentro de uma mesma fala. Abaixo segue detalhamento da coleta de dados por escola (QUADRO II) e o panorama geral da coleta de dados com professores da educação infantil (TABELA I).

QUADRO II: Detalhamento da coleta de dados por escola de março de 2016 a maio de 2018, em um município da Região Sudeste - Brasil.

<p style="text-align: center;">Escola A</p>	<p style="text-align: center;">HTPC I (16/08/17) Cenários: PCR e convulsão</p> <p style="text-align: center;">HTPC II (23/08/17) Cenários: Queda/corte e engasg Grupo focal</p> <p style="text-align: center;">Total de 14 participantes subdivididos em 2 grupos</p>
<p style="text-align: center;">Escola B</p>	<p style="text-align: center;">HTPC I (28/08/17) Cenários: PCR e engasgo</p> <p style="text-align: center;">HTPC II (04/08/17) Cenários: Queda/corte e convulsão Grupo focal</p> <p style="text-align: center;">Total de 21 participantes subdivididos em 2 grupos</p>
<p style="text-align: center;">Escola C</p>	<p style="text-align: center;">HTPC I (13/11/17) Cenários: Convulsão e queda/corte</p> <p style="text-align: center;">HTPC II (20/11/17) Cenários: PCR e engasgo Grupo focal</p> <p style="text-align: center;">Total de 10 participantes, sem subdivisão em grupos</p>

TABELA I: Panorama geral da coleta de dados, com professores da educação infantil, , março de 2016 a maio de 2018, município da Região Sudeste, Brasil.

Identificação do participante	COLETA DE DADOS			Escola A	Escola B		Escola C
	Participação ativa nos 4 cenários (durante HTPC)	Participação passiva nos 4 cenários (durante HTPC)	Entrevista individual (durante HTPI)	GF1	GF2	GF3	GF4
P1		X	P	X			
P2		X	P	X			
P3		X	NP	X			
P4	X	X	P	X			
P5		X	P	X			
P6	X	X	P	X			
P7		X	NP	X			
P8		X	P	X			
P9	X	X	P	X			
P10		X	P	X			
P11	X	X	P	X			
P12		X	P	X			
P13	X	X	P	X			
P14	X	X	NP	X			
P15		X	P		X		
P16		X	NP			X	
P17		X	P		X		
P18		X	P		X		
P19	X	X	P			X	
P20	X	X	P		X		
P21		X	P		X		
P22		X	NP			X	
P23	X	X	P		X		
P24		X	NP			X	
P25	X	X	P			X	
P26		X	NP		X		
P27		X	P			X	
P28		X	NP			X	
P29		X	P			X	
P30		X	P		X		
P31		X	NP			X	
P32		X	NP		X		
P33	X	X	P			X	
P34		X	NP		X		
P35		X	P		X		
P36		X	NP				X
P37		X	NP				X
P38		X	NP				X
P39	X	X	P				X
P40		X	NP				X
P41	X	X	NP				X
P42	X	X	P				X
P43	X	X	NP				X
P44		X	NP				X
P45	X	X	P				X

P- Participou / NP – Não participou

Em todas as escolas, para realização da intervenção educativa, foi necessário equipe de trabalho formada por quatro atores, um simulando uma criança engasgada, um simulando uma criança com queda e corte e dois simulando monitores da escola. Os monitores das escolas revezavam-se entre quatro pessoas treinadas para o cenário, a depender da disponibilidade no dia estipulado pela escola para realização da intervenção.

Os atores que simulavam as crianças permaneceram os mesmos em todas as escolas. Os atores aceitaram em participar voluntariamente do nosso estudo, sendo três deles alunos de graduação e um deles, aluna de pós graduação. Os atores foram aproximados do cenário previamente à sua realização, através de informativo que continha descrição do cenário, público alvo, objetivos de aprendizagem, local de realização do cenário, equipamentos necessários para confecção da simulação, descrição do caso clínico e intersecção esperada do ator para cada intercorrência possível.

Além da equipe de atores, fixaram-se duas pesquisadoras para realização do debriefing. Elas ficaram fixas em cada cenário específico. Ou seja, a primeira pesquisadora sempre realizava o debriefing dos cenários de PCR e queda/corte e a segunda, os cenários de engasgo e crise convulsiva, a fim de evitar disparidades metodológicas. Na escola C em que não houve subdivisão de grupos para realização dos cenários, as pesquisadoras tiveram oportunidade de observar realização de simulação conjuntamente.

4.5 Processo de análise dos dados: Análise de Conteúdo Qualitativa Indutiva

A Análise de Conteúdo perpassa pelo rigor da objetividade, porém, ao mesmo tempo, permite emergir a subjetividade imbuída nos discursos (FREITAS; CUNHA; MOSCAROLA, 1997). Por ser uma técnica de análise de dados que produz pressupostos de expressões verbais e não verbais para o seu contexto social, de forma sistematizada, elucida-se sua especificidade quanto à sua influência social, uma vez que descreve o fenômeno de maneira holística (BAUER; GASKELL, 2002).

Dentre as formas de Análise de Conteúdo, optou-se pela Análise de Conteúdo Qualitativa Indutiva proposta por Elo e Kyngas (2008), na qual sistematizam três passos

metodológicos: o preparo dos dados, a organização e processo de análise e apresentação dos resultados.

A Análise de Conteúdo Qualitativa Indutiva congrega um conjunto de ferramentas metodológicas para análise das comunicações. Busca agrupar o discurso em temas ou categorias que auxiliarão na percepção do que está implícito nas alocações (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Durante o preparo dos resultados, é feita transcrição das entrevistas e leitura dos textos transcritos até que se obtenha compreensão de aspectos explícitos e implícitos. Esse processo é realizado por meio de triagem de unidades de análise que podem ser direcionados de forma indutiva ou dedutiva (ELO, KYNGAS, 2008; VAISMORADI, TURUNEN, BONDAS, 2013).

A organização dos dados refere-se à abertura de códigos, criação de categorias e subcategorias e abstração (ELO; KYNGÄS, 2008). A fase final da Análise de Conteúdo Qualitativa Indutiva consiste em elucidar os resultados encontrados durante a organização de forma sistematizada, por meio das categorias, modelos, sistemas ou mapas conceituais, mantendo a temporalidade dos fatos mencionados pelos sujeitos de pesquisa. Os processos de análise dos dados são dinâmicos e devem estar imbuídos de criticidade (ELO; KYNGÄS, 2008; VAISMORADI; TURUNEN; BONDAS, 2013).

Segundo Graneheim e Lundman (2004), esta modalidade de análise é pautada em alguns conceitos: conteúdos manifestos e latentes, unidade de análise, unidade de significação, condensação, abstração, área de conteúdo, código, categoria e tema.

O conteúdo manifesto remete ao que está literalmente explícito na transcrição, e normalmente é categorizado, enquanto que o conteúdo latente são os significados subentendidos através dos temas expostos (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004).

A unidade de análise refere-se à estratégia para coleta dos dados. Normalmente utiliza-se de entrevistas ou observação, mantendo-se um contexto para unidade de significado que são as palavras, frases ou parágrafos que contêm questões relativas ao conteúdo e contexto abordado. As unidades de significado devem ser meticulosamente selecionadas, permitindo que seja possível serem administradas. Ou seja, unidades muito extensas contemplam vários significados que são difíceis de serem organizados, enquanto

que unidades muito curtas geram desmembramento e falta de contextualização dos conteúdos abordados (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004).

A condensação remonta a sintetização do texto, mantendo sua essência. A redução do texto é apreendida e interpretada, sendo esse o processo denominado de abstração. As áreas de conteúdo são questões específicas emergentes do texto e podem ser identificadas sem necessidade de interpretação profunda. Estão pautadas em conjecturas teóricas da literatura. A descrição do conteúdo abordado durante a coleta de dados caracteriza-se como categoria, enquanto que o conceito de tema é uma maneira de atrelar às categorias significações ocultas no texto (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004).

Dessa forma para que a análise dos dados desta pesquisa esteja pautada nos princípios da Análise de Conteúdo Indutiva, os grupos focais e as entrevistas individuais foram gravados e transcritos na íntegra, incluindo aspectos não verbais que foram anotados.

Tratamento dos dados

Os achados oriundos dos grupos focais e das entrevistas foram analisados à luz da Análise de Conteúdo Qualitativa Indutiva. Os dados passaram pelos processos de preparação, organização, demonstração do processo de análise e demonstração dos resultados.

Na fase de preparação, foi realizada a transcrição das entrevistas, objetivando encontrar o sentido do todo do discurso e a ideia global por meio de leitura exaustiva de cada entrevista. Selecionaram-se as unidades de análise e correlacionaram-se os conteúdos manifestos e latentes, segundo os núcleos de sentido. A opção pelas unidades teve como pano de fundo os objetivos do estudo e o referencial teórico pautado na Aprendizagem Significativa.

Durante a fase da organização, houve codificação, abstração, criação de categorias, em que os dados, a partir de elementos específicos, foram desmembrados e reagrupados por semelhança. Ao final, foi atribuído título ao tema exposto.

Ao reportar os resultados e o processo de análise, foram realizados diagramas alegóricos das categorias envolvidas com a simulação realística desenvolvida com os

professores. Os resultados foram apresentados através de um esquema representativo do sistema solar (DIAGRAMA II). O Sol é a temática principal, enquanto que os planetas, cada um ao seu tempo, foram surgindo, representando as categorias e respeitando a temporalidade dos fatos mencionados.

Compreendeu-se que as categorias têm suas particularidades, mas ao mesmo tempo estão interligadas através de um único conceito: a aprendizagem de primeiros socorros pela simulação realística. Como ocorre no sistema solar, cada planeta tem suas características, mas é dependente do sistema como um todo. Os termos soltos dentro do modelo conceitual referem-se a fragmentos conexos à experiência vivenciada. O processo de análise dos dados foi dinâmico, demonstrando que não houve linearidade dos achados. Cada fase foi trabalhada individualmente, porém seguindo complementaridade da trajetória analítica.

Agruparam-se os discursos em categorias, foram avaliadas as notas realizadas durante as entrevistas individuais e grupos focais sobre expressões não verbais. Levou-se em consideração o conteúdo manifesto e latente, a unidade de análise e de significação, as etapas de condensação e abstração, a área de conteúdo, o código, a categoria e, ao final, o tema.

Nas categorias estabelecidas foram apresentados fragmentos das falas dos professores, tanto durante o momento do grupo focal, compreendidas como percepção coletiva, quanto durante a entrevista individual, a fim de melhor elucidá-las. Também com a finalidade de cumprir com os objetivos específicos de conhecer a experiência de participação na intervenção educativa mediada pela Simulação Realística e averiguar as contribuições do curso na vivência diária do profissional de Educação Infantil e Fundamental I.

4.7 Aspectos éticos e legais

Todas as recomendações éticas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) foram seguidas e o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Parecer número 2.153.127 e CAAE 65269517.3.0000.5504

5. Resultados

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Dos 45 participantes, 97,7% eram do sexo feminino e 2,2% do sexo masculino, a idade média foi de 40,04 anos, e o tempo médio de atuação como professor ou em atividades relacionadas à educação foi de 13,8 anos. 62,2% já haviam vivenciado algum atendimento de problema de saúde na escola, enquanto que 37,7 % nunca haviam presenciado intercorrências de saúde durante o período de atuação profissional. A participação em intercorrências de saúde fora do ambiente escolar foi mais comum entre os participantes, totalizando 66,6% (QUADRO III).

Em relação à participação em atividades prévias de primeiros socorros, 57,7% já participaram de atividades ofertadas seja pela rede municipal, seja através do curso de condutores automobilísticos, seja por meios particulares de alguma atividade relacionada à primeiros socorros. Entretanto enfatiza-se aproximação ao tema de primeiros socorros, de caráter observatório e não ativo, com ensino verticalizado (QUADRO III).

QUADRO III: Caracterização dos participantes da pesquisa de março de 2016 a maio de 2018, em um município da Região Sudeste, Brasil.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICPANTES									
ESCOLA			PARTICIPANTE	IDADE	SEXO (F/M)	TEMPO DE ATUAÇÃO COMO PROFESSOR	VIVENCIOU PROBLEMA DE SAÚDE NA ESCOLA	VIVENCIOU PROBLEMA DE SAÚDE EM OUTRO AMBIENTE	PARTICIPOU DE ATIVIDADES PRÉVIAS DE PRIMEIROS SOCORROS
A	B	C							
X			P1	33	F	10 anos	Sim	Não	Não
X			P2	35	F	6 anos	Não	Sim	Não
X			P3	54	F	19 anos	Não	Sim	Sim
X			P4	60	F	17 anos	Sim	Sim	Sim
X			P5	31	F	9 anos	Sim	Sim	Sim
X			P6	30	M	9 anos	Sim	Sim	Não
X			P7	43	F	6 anos	Sim	Não	Sim
X			P8	28	F	8 anos	Não	Não	Sim
X			P9	33	F	11 anos	Sim	Não	Sim
X			P10	37	F	8 anos	Não	Sim	Não
X			P11	33	F	13 anos	Sim	Sim	Não
X			P12	32	F	8 anos	Não	Não	Não
X			P13	33	F	6 anos	Sim	Não	Sim
X			P14	54	F	4 anos	Não	Sim	Não
	X		P15	37	F	8 anos	Sim	Sim	Sim
	X		P16	49	F	10 anos	Sim	Não	Não
	X		P17	33	F	10 anos	Sim	Sim	Não
	X		P18	38	F	18 anos	Sim	Sim	Sim
	X		P19	27	F	4 anos	Não	Não	Sim
	X		P20	36	F	17 anos	Não	Não	Sim
	X		P21	48	F	29 anos	Sim	Sim	Sim
	X		P22	56	F	32 anos	Sim	Sim	Não
	X		P23	35	F	12 anos	Não	Sim	Sim
	X		P24	51	F	30 anos	Sim	Não	Não
	X		P25	58	F	8 anos	Sim	Sim	Não
	X		P26	52	F	29 anos	Sim	Sim	Não
	X		P27	52	F	31 anos	Sim	Sim	Sim
	X		P28	34	F	9 anos	Não	Sim	Não
	X		P29	43	F	20 anos	Não	Sim	Sim
	X		P30	39	F	17 anos	Não	Sim	Não
	X		P31	40	F	19 anos	Sim	Não	Não
	X		P32	50	F	15 anos	Não	Sim	Sim
	X		P33	42	F	9 anos	Não	Não	Não
	X		P34	32	F	3 anos	Sim	Não	Não
	X		P35	52	F	30 anos	Sim	Sim	Sim
		X	P36	32	F	12 anos	Sim	Sim	Sim
		X	P37	44	F	20 anos	Sim	Sim	Sim
		X	P38	45	F	22 anos	Sim	Sim	Sim
		X	P39	32	F	10 anos	Sim	Sim	Sim
		X	P40	28	F	7 anos	Não	Sim	Sim
		X	P41	34	F	10 anos	Sim	Não	Sim
		X	P42	32	F	11 anos	Sim	Sim	Sim
		X	P43	30	F	6 anos	Sim	Sim	Sim
		X	P44	48	F	15 anos	Não	Não	Sim
		X	P45	37	F	15 anos	Sim	Sim	Não

A análise dos dados nos permitiu apreender experiências que foram agrupadas por similaridade, posteriormente foram correlacionados em subcategorias, categorias e temas (QUADRO IV). No decorrer da análise dos dados, as falas foram reselectionadas e o material coletado, reavaliado a partir da proximidade dos elementos do discurso e dimensão temporal das apreensões.

QUADRO IV: Temas, categorias e subcategorias representativas da experiência do professor de educação infantil com a simulação realística

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO TECNOLOGIA APLICADA À EDUCAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS	SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO RECURSO DE APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL	Sobre olhar o outro: a intervenção educativa projetada para o profissional de educação
		Mimetizar situações da vida real: o cenário simulado
		Desvelando sensações e emoções
		Reflexões intencionais e conhecimento a longo prazo: subsídios do debriefing
	NECESSIDADE DE TRANSFORMAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM	Primeiros socorros no ambiente escolar: treinamentos usuais e concepções duais
		Aprendizagem significativa
		A experiência do professor na participação em simulação realística sobre primeiros socorros na escola
MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE COM CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR	ACIDENTES E INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE COM CRIANÇAS: ASSUNTOS PARA O ESPAÇO ESCOLAR	Cenário propenso a riscos
		Necessitar de capacitação para um agir qualificado
		Mudança atitudinal individual e coletiva sendo necessária
		Saúde e educação: interações possíveis, porém truncadas
		Características pessoais repercutindo no atendimento à urgência
	(A)O 'SUPER' PROFESSOR(A)	As várias atribuições do(a) professor(a)
		Dicotomia da(o) professora(o) ao prestar primeiros socorros na escola: fazer ou não fazer?
		Professores enquanto sujeitos de pesquisa

Os temas, categorias e subcategorias representativas deste trabalho foram reorganizados, discutidos e apresentados abaixo:

SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO TECNOLOGIA APLICADA À EDUCAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS

A simulação realística é uma tecnologia de ensino, que auxilia na aprendizagem a longo prazo, uma vez que a partir de conhecimentos prévios, vivências e experimentações, permite que sejam treinados diversos tipos de habilidades dentro de um ambiente seguro e controlado. Nessa abordagem de ensino, os equívocos não são limitadores da aprendizagem, mas constituem-se como fase da progressão do aprendiz, a partir do momento em que, através do cenário simulado e das adversidades advindas, o sujeito torna-se capaz de tomar decisões com maior convicção.

Dessa forma, a utilização desse tipo de metodologia para educação em saúde, na temática de primeiros socorros, demonstra-se efetiva, à medida que permite aprendizagem experiencial e irrompe com métodos de ensino descontextualizados. Pode ser considerada ferramenta de ensino, permitindo, por meio das vivências e emoções, que o aprendiz sustente o conhecimento ao longo de sua vida, ao estabelecer correlações cognitivas com experiências vividas previamente.

A simulação realística no ensino de primeiros socorros prevê, no cenário simulado, sintetização da vida real, em que o desvelar das emoções e sensações seguidos de reflexões intencionais no momento do debriefing culminem em processo de aprendizagem. Nesse processo o protagonista é quem aprende e não quem ensina, tornando-se corresponsável pelo seu próprio conhecimento.

Além disso, o preparo do cenário simulado deve conter aspectos específicos durante a elaboração e que se refiram aos objetivos de aprendizagem, à fidelidade e ao público-alvo. Assim, deve ser projetado especificamente para os sujeitos envolvidos, com linguagem, material e finalidade adequados e dirigidos ao público que se quer atingir.

A estratégia da simulação realística é uma ferramenta de transformação do processo de ensino-aprendizagem, em especial para o ensino de primeiros socorros dentro do ambiente escolar, uma vez que temáticas que extrapolam as questões educacionais não despertam interesse nos professores, devido a, normalmente, se consolidarem em treinamentos descontextualizados.

O professor, ao participar de intervenção educativa sobre primeiros socorros desenvolvida por meio da simulação realística, demonstra que é possível que reflexões acerca da própria prática sejam realizadas, assim como válida que a tomada de decisão se sustenta com maior proximidade à ocorrência em uma situação adversa na educação infantil.

1) A SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO RECURSO DA APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL

Como possibilidade de transformação dos preceitos educacionais tradicionalistas, irrompe investigação de métodos inovadores de ensino-aprendizagem, em que o aprendiz seja corresponsável por sua trajetória educacional. Nesse sentido, a Simulação Realística, como metodologia ativa, é uma ferramenta possível, capaz de propiciar interação entre os sujeitos envolvidos, colaborando para elaboração atuante de conhecimento integrado.

Frente às inovações tecnológicas para o ensino e necessidade de novas abordagens pedagógicas, a simulação tem conquistado espaço, à medida que permite que o processo de aprendizagem constitua-se a partir das experiências vivenciadas e correlacione-se com significados conferidos às informações obtidas e ponderações sobre os fatos transcorridos.

Sobre olhar o outro: a intervenção educativa projetada para o profissional de educação

A ferramenta de aprendizagem e o modo como sistematiza-se seu uso foi parte do processo de construção do conhecimento. Tornou-se imprescindível que o conteúdo abordado fosse de fácil compreensão pelos professores, além de adequação da linguagem técnica para termos mais próximos de sua realidade, com simplicidade, objetividade e clareza.

Como auxílio à aquisição de conhecimentos, material impresso sobre primeiros socorros demonstra-se meio de auxiliar consultas e subsidiar retirada de dúvidas. A adequação desse instrumento demanda semântica, vocabulário, escrita e ilustração conexos aos temas vivenciados no cotidiano dos professores.

Ademais, há precisão de que a construção da intervenção educativa seja pautada em bases de dados atualizadas, confiáveis e que contenham evidências científicas, permitindo maior segurança e credibilidade dos conteúdos compartilhados.

Aquele livrinho que lemos antes, muito bem explicativo, muito bem escrito, os desenhos super legais, bem coloridos e convenientes (...) tinha uma linguagem que entendemos, sem nada de técnicas que só os enfermeiros e os médicos conseguem entender (...) Esse livro foi muito relevante, porque era simples e acredito que pôde nos ajudar efetivamente, bem didático, muito bom, (...) totalmente conexo com a vivência, e quem leu se sentiu um pouco mais seguro sobre o que podia fazer no momento (P1)

Já aconteceu de termos cursos em que os profissionais eram arrogantes, porque achavam que sabiam o que estavam falando. Por um lado a gente tentando aprender, e por outro os palestrantes sendo um pouco distantes. (...) Me chamou atenção a adequação da linguagem para nós professores, e o uso dos protocolos atuais (...) Acho que isso deu maior segurança sobre o que estava sendo dito. Você sabe que é algo que está sendo aplicado hoje, e não algo antigo, que ninguém faz mais (P6)

(...) É sempre bom ter alguém voltado para nós professores, são poucas as vezes que outros profissionais se voltam para a educação, então é bom quando algum profissional de outra área consegue visualizar a nossa realidade, e falar a nossa língua (P24)

(...) Penso que as coisas se tornam significativas a depender do modo como são passadas (...) Às vezes a pessoa sabe muito uma coisa, mas não sabe passar, então não fica interessante (...) A clareza e a linguagem simples chamou atenção de todo mundo e fez todos participarem e entenderem (...) Porque por mais que tenhamos que saber primeiros socorros, não é uma coisa que nos chama a atenção, é bem distante dos temas da educação, não estudamos primeiros socorros nas capacitações, mas dessa forma despertou curiosidade (...) Para vocês, seria muito fácil chegar e falar tudo em termos técnicos, de um modo que vocês estão acostumadas, mas (...) ficaria desinteressante (...) Durante o curso, foram utilizados alguns termos técnicos, mas que foram traduzidos para nós em uma linguagem simples (...) O que estou frisando foi o modo que encontraram para nos atingir e assim conseguirmos ter o conhecimento (P26)

Ao considerar a complexidade da temática de primeiros socorros dentro do ambiente escolar, intervenções educativas com professores demonstram-se ferramentas que contribuem

para abordagem de informações e conhecimentos sobre manejo de intercorrências de saúde na escola, desde que sejam estruturadas para esse público-alvo, considerando especificidades e vivências pertencentes ao contexto escolar.

A operacionalização do processo educativo necessita de tecnologias e ações que facilitem o movimento de ensino-aprendizagem e aproximem o socorrista leigo com orientações acerca dos primeiros socorros a serem prestados com crianças em situações de urgência, dentro da escola.

Dessa maneira, a transposição de situações cotidianas para o processo educacional demonstra-se efetiva para manutenção do conhecimento acerca da temática exposta. Esforços, para que temáticas distantes de capacitações do campo educacional possam ser de interesse de aprendizado aos professores, demonstram-se significativos.

Mimetizar situações da vida real: o cenário simulado

O cenário simulado sistematizado e confeccionado a fim de garantir proximidade à realidade, apesar de ser material da criação de uma situação hipotética, à medida que representou efetivamente acontecimentos cotidianos, permitiu emersão de sensações e reflexões acerca de atitudes a serem tomadas e da necessidade de preparo teórico-prático sobre primeiros socorros.

Os professores enfatizaram que, ao verem realismo na cena, como gritos dos atores, sangue artificial e a organização da montagem, conseguiram inserir-se no ambiente proposto e participarem do momento, como se fosse real.

No momento de agir tem que pensar, e a pessoa fica gritando, desespera, mas acontece na realidade (...) e vimos isso nos cenários. Se fosse um boneco, só com sangue, pensaríamos que seria só limpar, mas era uma pessoa gritando e com o braço com muito sangue! O pensamento era se quebrou, que não queríamos mexer. Então é mais próximo da realidade realmente (...) Nossa colega falou durante a realização do cenário que foi tão real que estava pensando que tinha acontecido algo a mais do que o corte e não queria mexer (GF3)

Foram situações tão reais que estão tão próximas da nossa realidade que ficamos apreensivas e pensando que podem realmente acontecer onde trabalhamos. Vimos a necessidade de estarmos procurando mais informações a respeito, porque está muito próximo do que vivemos

no dia a dia (...), fez refletir que se na simulação é assim, precisamos nos preparar para a realidade (GF3)

Acho que o que ajudou a pensar que estávamos atendendo uma criança de verdade, foi que as cenas foram muito reais, e os atores foram muito bons. Ficamos apavorados quando vimos o menino com sangue, gemendo (...) Na hora que tinha o boneco caído no corredor com parada cardíaca, a gente ficou sem saber o que fazer, parecia mesmo uma criança (...) isso foi muito impactante, a gente ficou chocado com o teatro, porque de verdade, pareciam crianças que convivemos no dia-a-dia (P1)

A gente sabia que era uma simulação, estava até levando como uma brincadeira, mas na hora que nós chegamos no cenário, ficou parecendo tanto uma situação real mesmo, que deu aquele nervoso, aquela coisa de não saber o que fazer, que é um pouco o que a gente acaba vivendo na prática (...) A realidade da cena faz esquecer que é uma representação (P14)

Então eu achei muito interessante (...) Eu consigo ver essa ligação entre o que vocês passaram e a vida real, penso que pelo o que os atores fizeram e pela organização do local onde montaram o teatro(P26)

A metodologia ativa de ensino mediada pela tecnologia da simulação realística prevê passos metodológicos que se referem a momentos pré-cenários, à realização do cenário simulado e ao debriefing. O realismo é fator ímpar da metodologia e efetiva-se com organização prévia.

Grupo alvo, objetivos de aprendizagem, local de realização do cenário, distratores, equipe, materiais, simuladores, equipamentos necessários para realização do cenário, treinamento de atores, check list e fluxogramas de intercorrências são aspectos que garantem a autenticidade do cenário e permitem reflexões acerca de sentimentos e atitudes, como se a situação vivenciada fosse real.

Desvelando sensações e emoções

Sentimentos e emoções como nervoso, despreparo, medo, aflição, incapacidade, impacto, pavor, choque, susto, agonia, preocupação, ansiedade, tensão, angústia, pânico e insegurança demonstraram-se comuns durante a participação nos cenários. Tais sentimentos viabilizaram transpor a situação vivenciada para a realidade, oportunizando reflexões acerca

das ações corretas a serem desenvolvidas, além de permitir que os participantes se conhecessem melhor enquanto pessoas únicas e imersas no grupo de docentes.

Nos sentimos mal por não saber se era a atitude correta. Naquele momento a pessoa dependia da gente. Então, a sensação de incapacidade durante a cena fez pensar e fez querer fazer do jeito correto (...) Dá medo, dá muito medo e se for uma criança eu acho que é pior, quando acontece na nossa sala, é bem difícil, a perna fica mole (GF2)

É uma metodologia que atinge o coração, as emoções (...) você aprende quando envolve alguma emoção, é realmente diferente (...) Foi muito interessante participar dos cenários até para nos conhecermos melhor. Algumas de nós acharam que eram corajosas, mas quando chegou no cenário, mesmo sabendo que era de mentira, não sei explicar o porquê, mas deu um nervoso semelhante ao momento real (...) Nos faz refletir em como agiríamos, qual habilidade de cada uma de nós, para lidarmos em conjunto (GF3)

Sentimos o quanto estamos despreparadas para lidar com a situação de urgência. Esse recurso que vocês utilizaram nos faz nos imaginar na cena verdadeira, e mesmo sabendo que não é real, dá nervoso e aflição (...) e não é só pela cena, mas por imaginarmos se um dia acontecer isso de verdade na escola. Será que vamos conseguir colocar em prática? Dá medo (GF4)

Com a parte prática, além de você estar vendo, está sentindo a emoção, eu acho que isso grava melhor do que ler um texto (...) Mas agora quando ocorrer novamente uma situação dessas, eu vou conseguir lembrar da prática, do que eu senti, do medo, da reação do momento, eu vou conseguir lembrar (...) que ocorreu na simulação, tanto com o boneco, quanto com o rapaz que fez a parte de simulação também, e agir diferente do que se fosse somente a leitura de um texto (P5)

Ficamos assustados, algumas coisas pareciam bem reais mesmo, dá pavor (...) a parte do ator, do menino gritando com o corte, o engasgo, o menino convulsionando deu muita agonia em nós (...) A reação que a gente teve é como se estivesse realmente acontecendo. Então, assim, o sentimento foi de o que eu faço agora, de será que estou fazendo certo (...) e o bacana é isso, porque a gente vê o que está acontecendo, participa, sente, se emociona, e, depois, tem um retorno do que era para ser feito realmente (P7)

Todas aquelas situações, aquilo chocou, sabe? Então, eu acho que se um dia acontecer, eu vou lembrar daquela situação, porque eu senti aquilo (...) Naquele momento do moço que teve convulsão, me chocou demais, no momento eu até chorei, porque me lembrou de uma situação que eu passei e eu não sabia o que fazer, sabe? (P12)

No primeiro momento foi medo mesmo, pânico total (...) Eu fiquei apavorada, eu não conseguia nem olhar, eu só pensava meu Deus do céu! Eu nem sabia que eu teria essa reação (...) eu fiquei apavorada, desesperada, é uma sensação que não dá nem para te explicar (...).

Eu percebi que eu não sou tão forte assim (...), eu pensei que fosse lidar facilmente, mas na hora que eu vi tudo acontecendo, eu falei: “Meu Deus do céu. Eu não consigo olhar” (...) E além do medo de olhar, tenho medo de fazer alguma coisa errada (...) Então, a princípio, foi esse sentimento de insegurança, parece que eu estava vivenciando a realidade, tudo muito presente e nos faz pensar (P21)

O que eu achei diferente dessa metodologia, é que despertou juntamente com o conhecimento, o sentimento. Não conseguimos fazer essa junção dos dois, quando lemos uma apostila, por exemplo. A gente aprende pela emoção, tenho certeza que quando eu precisar, irei lembrar do que senti ao atender o cenário (...). Marcou a vida de todos que estavam presentes (P23)

Na hora que acontece o evento, as suas emoções ficam completamente perturbadas, você sai do seu eixo de equilíbrio e fica totalmente alterada. Se você nunca vivenciou isso, dificilmente você vai lembrar todos os detalhes daquele slide que estava na aula em um momento que você estava totalmente relaxada, pensando, sentadinha na sua cadeira. Sentir o momento é muito importante para a gente lembrar o que fazer depois, na realidade (P24)

A atividade simulada propicia experimentar sentimentos e sensações associados a cargas cognitivas subjetivas. A emoção tem efeito sobre o desempenho e aprendizagem, já que é por meio das relações estabelecidas que se dá o desenvolvimento humano. As estratégias de aprendizagem tornam-se mais significativas à medida que interrelacionam aspectos da estrutura cognitiva, da ação, do sentimento e da percepção.

Reflexões intencionais e conhecimento a longo prazo: subsídios do debriefing

No momento do debriefing, os facilitadores do cenário discutiram o desempenho e gerenciaram os processos experienciados, enquanto que os participantes tiveram oportunidade de sanar dúvidas, expressarem sentimentos e sensações, aprofundarem e detalharem conteúdos teóricos que ficaram vagos, desmitificarem ações desatualizadas, argumentarem e se posicionarem frente ao cenário.

Foi exposto que o compartilhamento das vivências e conhecimentos entre os próprios professores, assim como interação, trouxe percepção de união entre a classe e fez com que os docentes se percebessem enquanto pares, propiciando aprendizagem/reflexões e completando

o processo de ensino

A discussão final foi muito importante (...) Todo mundo falou um pouco dessa angústia de não saber o que fazer, e que ficou claro naquele momento do cenário sobre como deveria agir (...) Nessa conversa final percebemos o quanto foi importante, todo mundo falou um pouquinho sobre os sentimentos, e eram os mesmos - medo e angústia (...) Foi bom perceber que não estamos sozinhos, que os colegas sentem o mesmo e interessante aprender o que fazer (...) Na verdade, foi nessa reunião final que nos conhecemos enquanto grupo (P2)

No curso estavam presentes pessoas muito experientes da escola, que estão na Rede há anos (...) Durante o final foram muito bons os relatos de situações pelas quais essas pessoas já passaram com as crianças, tanto no intervalo, como na hora do parque. Falar certa experiência e compartilhar isso com a gente mais novo (...) foi uma troca, aprendemos demais (...) Juntar a cartilha, o que vivemos e as experiências dos mais velhos, acho que nos tornou mais aptos (P5)

O momento da discussão foi importante porque é onde você toma as conclusões de tudo (...) Eu acho que contribuiu bastante para podermos gravar os conteúdos através da nossa própria interação (P6)

Aquele feedback, se assim posso chamar (...) o momento que vocês conversam com a gente foi muito interessante, porque cada um interpreta a apostila do seu jeito, e nesse momento houve um fechamento teórico (...) Deu para conversarmos de atitudes que fizemos erradas e que deveríamos ter feito, surgiram dúvidas que pudemos esclarecer (...) Então, eu achei que a parte da conversa no final foi importante para poder finalizar todo o processo (P7)

Eu penso que além da vivência, esse foi um dos momentos mais importantes. A partir da vivência, a gente conseguiu se posicionar, conseguiu argumentar, tirar as dúvidas sobre algo que fizemos ou não. Conseguimos pensar na situação (...), compartilhar o que estávamos pensando, tirar as dúvidas. Então eu considere esse momento final um dos mais importantes, além da vivência. Foi espaço para o diálogo mesmo, de troca, de tirar dúvidas, de falar as sensações, dos sentimentos (P11)

(...) A reunião final nos ajudou aprofundar nossa capacidade de detalhamento e tirar alguns mitos, que realmente acabamos usando como recurso (...) foi muito bom para desmistificar algumas dúvidas que surgem no nosso dia a dia, mas que também vieram durante a simulação (P14)

Considero importante a hora que a gente compartilha os medos, a ansiedade, a hora que vocês falam como que a gente atuou (...), assim pensarmos no que poderia ter feito de diferente. Praticamente na discussão final, nós paramos para pensar na situação (...) Você pensa no que viveu, depois que acaba cada cenário, e é como acontece na realidade. Na hora da situação, você não consegue pensar direito, mas depois você senta e fala, "nossa"! (...) Você começa a pensar no processo todo, no que você fez, no que aconteceu, e como a criança saiu dali (...) Então depois de ocorrer a situação é muito importante compartilhar o que foi vivido, e foi o que aconteceu. No momento depois da cena, pensamos individualmente, cada um com sua mente, mas no final mesmo de cada curso, compartilhamos o que pensamos (P15)

O debriefing caracteriza-se como parte da estratégia de Simulação Realística, que ocorre posterior à atuação do cenário, em que instrutor e aluno se encontram para reexaminar a experiência ocorrida durante atuação, a partir da descrição, reflexão e conclusão do que foi vivenciado.

Essa etapa da simulação propicia autorreflexão, dá sentido a estímulos externos e garante que os objetivos da aprendizagem sejam consolidados a longo prazo, a partir do compartilhamento das experiências, da interação grupal, da exposição de ideias, do diálogo, do entrosamento e da retroalimentação.

2) NECESSIDADE DE TRANSFORMAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Transcender o ensino tradicional permite ponderação reflexiva individual e coletiva. O processo de ensino-aprendizado com preceitos pautados na horizontalidade e na valorização de conhecimentos prévios, consiste em estratégia eficiente para construção da autonomia, de novas acepções e do despertar do cognitivo.

A possibilidade de transformação ocorre quando se repensa a própria prática. Nesse sentido, é primordial que o ensino objetive emancipação e autonomia. A construção cultural e histórica do processo de ensino-aprendizagem, principalmente no que tange às temáticas da saúde, é pautado no “ser passivo”, paciente.

Obedecer a normas e condutas preestabelecidas retoma o pensamento cartesiano e intervenções educativas de saúde de caráter proibicionista, verticalizado e coercitivista. Faz-se necessário fortalecer o protagonismo do educando, além de considerar fatores sociais relativos à dimensão coletiva, e que são inerentes ao processo educacional.

É imprescindível transformações do processo de ensino-aprendizagem, à medida que novas demandas educacionais surgem e com que as informações se dispõem em uma sociedade extremamente globalizada e informatizada.

Primeiros socorros no ambiente escolar: treinamentos usuais e concepções duais

Os professores destacaram que a aprendizagem de temas não tão próximos àqueles com que estão acostumados a se relacionar foi mais efetiva, por meio da prática e das vivências, uma vez que os fez assimilar os conteúdos com maior facilidade. Expressaram que a aprendizagem de adultos assemelha-se com a das crianças com as quais trabalham, em que é necessário materializar aquilo que é subjetivo. Por meio da prática, acreditam que participam do processo de construção do conhecimento e consolidam novas capacidades sem obedecer a comandos, mas sim, agindo de maneira crítica.

Enfatizaram que o cansaço e esgotamento profissional, por vezes, os impedem de participarem efetivamente de palestras menos integradoras e acabam tornando-se ineficientes. A didática e metodologia de ensino apresentaram-se como ponto crucial para retenção do conhecimento a longo prazo, assim como planejamento focado para o grupo de professores.

Nos relatos, situações de treinamentos descontextualizados, por vezes, até mesmo repetidos, com única finalidade de preencher tempo e sem objetivos de aprendizagem bem consolidados, são comuns dentro do ambiente escolar e na formação de professores. Assim, quando o treinamento é organizado com metodologia pouco participativa, o professor enfatiza que tem vontade de ir embora mais cedo, de não conseguir lembrar com detalhes os conteúdos, além de ter sono e desatenção com relação ao que está sendo exposto. Explicitam que é por meio da prática que se retêm as informações, e que atrelá-la à teoria e a métodos tradicionalistas pode ser díade complementadora.

É fantástica essa questão de trazer a realidade, sempre os cursos de primeiros socorros são muito artificiais ou o máximo que tinham era um boneco parecido com gente, o realismo impressionou e ensinou (...) Já fizemos outros cursos de primeiros socorros e percebemos que muitas coisas que antes eram hábito de fazer, na verdade, hoje não se usa (...) é mais fácil aprender na prática, vivenciando, acaba assimilando com mais facilidade. Nos colocamos em reflexão, e de fato no treinamento (GF3)

Fica mais claro através da prática, nesses casos em que não temos muita aproximação, ou seja, com temas da saúde, não adianta só falar. O visual foi muito importante, então gravou mesmo na mente, além das discussões que foram muito ricas (...) A diferença com a metodologia tradicional é que parece que vivemos de verdade a situação, parecia muito real, então eu penso que guardamos na mente, muito mais do que seria se lêssemos um papel, víssemos um vídeo ou desenho (P2)

A maioria adorou o curso, principalmente pela interação, pelas aulas ao vivo (...) Já participei de outros cursos de primeiros socorros quando eu cursava biomédicas, mas eu nunca vi nada assim, é inédito (...) A aula prática grava na memória (...) Quando assistimos uma aula que fala, fala, fala é mais difícil de gravar as informações, mas fazendo e participando dá para lembrar mais detalhes (...) É igual aluno, tudo o que você trabalha no concreto, fixa, o que você só dá folhinha, ou faz oralmente, às vezes se perde. Tem aluno que fixa a lição só com você falando, mas a grande maioria é no concreto que você consegue fazer fixar os conceitos (P3)

Quando vem aquele monte de slides, aquelas palestras cansativas, não tem como não dormir (...) Trabalhamos dez horas seguidas, estamos todos esgotados e cansados, então quando vem à mente a palavra palestra, já pensamos “que saco, mais uma palestra, mais um ciclo de palestras e de slides” (...) É fatal, sono profundo, principalmente à noite (P3)

Quem trabalhou o dia inteiro não quer ficar ouvindo nada mais cansativo, entrando por um ouvido e saindo pelo outro. Não dá para assimilar nada por conta do cansaço (...) Cobramos tanto em sermos didáticos com nossos alunos, e normalmente as pessoas vêm nos dar cursos nada didáticos (P6)

Somos adultos, mas aprendemos igual às crianças, precisamos de algo palpável. É complicado ir em uma palestra, por exemplo, de três horas e dormir, porque é cansativo. Os slides são como você ver o mar na parede e não ir no mar, figurativamente, vocês trouxeram o mar até nós, nos permitiram o contato com a situação, uma proposta muito interessante (P7)

Penso que as duas metodologias têm seus lados positivos, tanto a tradicional, quanto a ativa, e que a junção das duas torna o aprendizado mais rico. Tem que haver a prática, o concreto e a abstração (...), mas eu acredito muito na prática para o ensino (P9)

Não consigo ver o ensino de primeiros socorros pelo método tradicional. Eu sou uma professora que defendo o tradicional, mas, se eu for pensar no contexto do curso, eu não sei se efetivamente as pessoas iriam aprender. Participei de outros momentos de conversas teóricas, mas com a simulação, tende a fixar mais na mente, a aprendizagem se torna significativa (P11)

Foi importante porque tivemos oportunidade de vivenciar a situação, além da questão da encenação e de termos que nos posicionar e tomar atitude (...) É triste quando temos alguns cursos que só servem para preencher tempo. O que acontece é que é responsabilidade das gestoras em fazer as formações, porém elas não sabem o que dar para nós e fica tudo jogado. Então, para ficar mais fácil, ao invés de darem os treinamentos, acabam convidando pessoas (...) Passamos por um caso nesse ano que houve uma reunião sobre primeiros socorros, e na outra semana havia mudado a direção, que chamou o mesmo bombeiro para dar o mesmo curso para nós. Quando ele chegou na escola, ele ficou envergonhado, porque já havia estado ali na semana anterior (P11)

Houveram outros treinamentos sobre primeiros socorros, mas bem superficiais. Foram apresentações com vídeos e slides, haviam muitas pessoas na sala, o telão estava bem longe, foi quase que irrelevante (...) A área da educação é completamente diferente da saúde, então não temos muito conhecimento sobre o tema, o que sabemos é igual qualquer pessoa comum, então precisamos de situações concretas, para conseguirmos visualizar o conteúdo que estão passando, talvez se fosse uma metodologia menos participativa, o aproveitamento não teria sido o mesmo (...) Prática não é obedecer comandos, mas pensar sobre o que está sendo feito, agir de maneira crítica (P19)

É igual matemática, se você ensinar o dois mais dois só falando é diferente de você usar a tampinha ou palitos. E a diferença está na prática, você está vendo o processo. É diferente construir o processo, do que entregá-lo já pronto. Na construção do processo, você consegue compreender o que está acontecendo, e foi isso que ocorreu durante o curso (P21)

A metodologia tradicional é válida, quando traz um conteúdo, se você já tem alguma bagagem que possa associar com ele, então fixa e interioriza mais rapidamente. Se você tem uma vivência, uma bagagem, uma situação que ligue você àquele conteúdo, faz sentido, mas se não tem nada que te ligue àquilo, não tem nenhum episódio na sua vida para te treinar, por alguma razão não faz nenhum sentido a você, fica perdido naquele momento. Você pode lembrar por algumas horas, alguns dias, mas depois aquilo se perde. A vivência ativa, o conhecimento que envolve o emocional, envolve a situação real, você tem que pensar o que fazer naquela situação para agir (...) A gente podendo participar, falar o que deu certo, o que

não deu, desperta o cognitivo, você tem que trabalhar para saber, tem que pensar para ver o que deu certo, o que não foi, como é que deve agir (P24)

Tudo que é na prática, a gente aprende melhor. Uma coisa é a teoria e explicar que, por exemplo, se alguém passar mal, você deve observar que não está respirando, e agir de tal forma, outra coisa é mostrar como deve ser feito, e a outra, é fazer (...) Nós aprendemos mesmo, na prática a gente aprende; na teoria, se não colocarem prática, não dura muito dentro da mente (P25)

A prática torna-se importante para apreensão dos conteúdos, por permitir reflexões acerca de situações cotidianas, prender a atenção e providenciar envolvimento com a aprendizagem. Além disso métodos dialógicos, que estimulam indagação, reflexão e partilha irrompem com práticas pedagógicas de deposição de conhecimento descontextualizado e permitem estratégias de ensino que intercomunicam ação, teoria, conteúdo prévio agregado e emoção

Modificações no processo de ensino-aprendizagem culminam em transformação social, e permitem reformulação de hábitos e aceitação de novos valores, possibilitando oscilações atitudinais. Dessa maneira, discussões sobre primeiros socorros nas escolas são necessárias, levando em consideração os riscos iminentes à infância, porém, por vezes, são sintetizadas em vídeos ou slides que se tornam cansativos e pouco significativos *devido à* pouca dinamicidade, participação e contextualização do conhecimento.

A aprendizagem significativa

Os professores relataram que a vivência do cenário os fez correlacionarem situações do cotidiano e aprimorarem o senso crítico sobre atitudes adequadas ou inadequadas no atendimento a uma intercorrência de saúde. Aqueles que experienciaram eventos adversos na vida real tiveram maior facilidade no manejo do cenário. Descreveram casos de engasgo e convulsão que ocorreram na escola e na vida extraescolar, que puderam relembrar durante a resolução dos casos expostos na simulação realística.

Evidenciaram que a aprendizagem por meio dos erros é efetiva e colocaram-se em circunstâncias hipotéticas de acidentes não somente dentro da escola mas também em ambiente familiar, demonstrando que as informações do curso poderiam ser utilizadas em diversos ambientes.

Um dia uma mãe falou que enfiou o dedo na boca e os dedos dela e do marido estavam com os dedos mordidos né (...) eu lembrei do curso em que vocês falaram que não pode enfiar o dedo, porque iria machucar e não é apropriado. Tem essas coisas que foram significativas para mim, porque eu lembro por ter vivido isso naqueles dias (P3)

Eu acertei na atuação no cenário, porque eu vi a minha irmã fazendo a manobra de desengasgo em uma situação que a gente vivenciou na chácara. Então, eu acabei lembrando mais ou menos como fazia (P7)

Você acaba aprendendo com os seus erros, não é? Quando eu fui atender, acabei esquecendo algumas coisas, mas com a experiência você acaba aprendendo com os próprios erros (P8)

Quando eu trabalhava em uma outra escola, tive uma criança que começou convulsionar por causa de febre, eu ainda não tinha tido esse treinamento (...) então, quando vi o moço caído no chão, convulsionando, lembrei dessa criança e fiquei pensando se tinha a atendido certo (P9)

Eu pensei nos meus pais, e é lógico que a gente pensa no trabalho também, mas eu tentei transportar para a vida fora (...) como eu posso usar isso, as informações, o curso, utilizar um pequeno conhecimento aqui ou ali (P16)

Eu já tinha presenciado convulsão, minha filha já teve. Eu pensei que eu já tinha mais ou menos uma noção de como agir porque foram várias convulsões (...) mas me fez pensar se eu estava fazendo errado ou se dessa forma era a mais correta.(P19)

A aprendizagem significativa tem consequências para todo o decorrer da vida e a abordagem experiencial auxilia no processo de ensino-aprendizagem à medida que permite diálogo e reflexão entre o educando-professor-conteúdo-prática.

Ao transpor o cenário vivenciado para a realidade, ou fazer o movimento inverso, em que se rememora uma situação vivenciadas durante o cenário, há retomada de conceitos e

aprendizagens prévias, permitindo que novas concepções e reflexões sejam construídas a partir dessas experiências, tornando-se os conteúdos significativos para quem os aprende.

A experiência do professor na participação em simulação realística sobre primeiros socorros na escola

Discussões sobre temáticas de primeiros socorros dentro da escola auxiliaram para que o professor operacionalizasse e planejasse mecanismos de atendimento às intercorrências, tomasse iniciativa, fosse ágil e tivesse prontidão. Além disso, propiciou que o professor soubesse avaliar certos parâmetros fisiológicos e tivesse segurança na tomada de decisão, retomando conhecimentos prévios, relacionando-os com a vivência e obtendo informações confiáveis e atualizadas.

A participação em atividade educativa sobre primeiros socorros mediada pela simulação fortaleceu o professor enquanto sujeito coletivo e favoreceu reflexões sobre a prática realizada até então. Além disso oportunizou ponderações entre conhecimentos científicos e do senso comum, que, segundo os participantes, poderão ser utilizados no ambiente escolar, assim como no interfamiliar e na sua própria vida pessoal

Foram expostas características pessoais que repercutem no atendimento a uma intercorrência de saúde, entretanto, mesmo nos casos em que citaram impossibilidade de apoio devido a bloqueios emocionais diante de situações de urgência, relatou-se que a simulação auxiliou para que o processo de multiplicação de conhecimento ocorra entre demais pessoas presentes em provável cena do acidente.

O que ficou do curso é a operacionalização de alguns mecanismos, ficou muito mais fácil (...) As pessoas não têm segurança do que vai fazer ou não, o curso ajuda a ter mais confiança, isso foi o principal, além de estimular a tomar a iniciativa de ajudar os outros (...) Quando você não tem confiança, acaba evitando de ajudar (GF1)

O curso proporcionou várias reflexões. Pensávamos que primeiros socorros era só cuidar de um machucadinho, mas não. Por exemplo, se não fizer a massagem cardíaca quando parar os

batimentos cardíacos e a respiração de uma criança, que estiver desacordada, não dá tempo de o SAMU chegar e pode haver sequelas ou morte. Então foi muito impactante essa questão de saber avaliar os parâmetros (...) Nos fortaleceu enquanto grupo também, ficamos com a sensação de que não somos sozinhos, estamos em um coletivo e podemos chamar uns aos outros, porque ficamos sabendo as habilidades de todo o grupo(GF3)

Acho que ficou o conhecimento (...), a segurança e a confiança. Todo mundo que está aqui agora sabe o que é para fazer em algumas situações de urgência. Se na hora vamos conseguir fazer, é outra coisa, mas saber o que fazer, nós sabemos os passos que temos que seguir, e temos segurança nas informações (...) A sensação é que depois do curso podemos não salvar vidas na escola, mas em algum lugar sim (GF4)

Me sinto mais segura, porque não sabia de muitas coisas antes. Por exemplo, em um corte profundo agora já sabemos que não pode ficar trocando o pano de contenção, não pode ficar jogando água (...) Adquiri mais conhecimentos para salvar uma vida e para a minha vida (P1)

Eu achei o curso muito importante para planejar o atendimento, ou seja, saber se chamamos os bombeiros, a UPA, o SAMU, o que fazer de imediato, o que não fazer (...) Mudou a minha prontidão. Quando experienciamos, como nós fizemos durante as aulas, nós aprendemos o que fazer, quem chamar. Organizamos também as etapas do que fazer, por exemplo, no caso de uma convulsão ou em uma parada cardíaca, no caso do engasgo, de não colocar o dedo na boca (P3)

Estou em uma escola de pequenos de até dois anos (...) e lá dá muita febre, eles estão na fase de troca e nascimento de dentes, então pode acontecer uma convulsão por febre. Depois do curso eu estou pronta para atender, eu me sinto assim, minha prontidão está em alerta para entrar em ação (...) Aprendemos a lidar com as situações difíceis, porque as situações que vocês ensinaram são muito difíceis. Graças a Deus, aqui são raras de acontecer. Mas, podemos agir tanto dentro da escola, como na vida, temos filhos, vamos ter netos, temos vizinhos, então vamos saber socorrer, com nossos limites, mas me sinto muito segura (P3)

Eu me sinto mais preparada, antes do curso eu não me sentia não. Iria chamar o SAMU e sair correndo. Sou um pouco assim, para sangue, mas agora eu estou mais preparada, antes eu ficaria mais nervosa, sem saber o que fazer. Agora eu já sei, me sinto mais segura, tanto com as crianças como se acontecer alguma coisa em casa (...) Eu ficava em dúvida em muitas coisas, e agora não, agora eu sei que o que eu estou fazendo é o certo, pelo menos nas situações que vivenciamos de engasgo, corte e sangramento, parada cardíaca e convulsão. O curso nos atualizou também, às vezes por ignorância, fazemos errado (...) O curso foi importante para a minha prática profissional, para que eu esteja preparada para qualquer eventualidade que possa acontecer (P6)

Eu me sinto mais segura, agora eu sei como agir. Mesmo que eu fique nervosa, porque provavelmente eu vou ficar, eu vou saber como agir ou então como orientar alguém para

poder socorrer (...) Foi importante não só como professora, mas para a vida, caso haja alguma situação de alguém precise dos primeiros socorros, de algum atendimento, agora eu me sinto mais segura para poder atuar (P8)

Hoje, depois do curso, eu posso falar que eu sei o que eu tenho que fazer. Em outra época, eu não sabia, em um momento que um aluno teve febre, a faxineira da escola quem me ajudou a atender e colocar debaixo do chuveiro morno (P9)

Depois do curso vivenciamos um desmaio aqui na escola. No começo o atendimento foi um pouco desorganizado, mas depois uma professora ficou com a criança, outra correu e chamou o pessoal da secretaria, que pediu para chamar o SAMU, enquanto que a outra retirou as outras crianças do mesmo espaço e mantivemos ela deitada para esperar o socorro (...) Eu acho que o curso proporcionou um pouco mais de segurança para nós, serviu como uma instrução a mais, frente ao atendimento de saúde das crianças. Para mim foi um aprendizado muito grande (...) Foi uma experiência não só para dentro da escola, mas para a vida, mesmo. (...) Agregou muito conhecimento (P13)

Eu achei que ia ser só mais um curso, mas realmente foi bem significativo. Eu não sei se na prática eu vá conseguir realizar daquele jeito, porque quando é real tem aquilo do nervoso, mas eu acho que eu sei o que fazer, ou pelo menos orientar quem se dispuser a fazer o que fazer (...) Eu não posso dizer que eu sou 100% segura, mas com certeza aumentou um pouco mais a segurança depois do curso (...) Pelo menos eu sei o que fazer, que procedimento tomar, orientar quem está atendendo (...) Realmente, fica todo mundo desesperado e achei muito bacana isso de estabelecer o passo a passo (...) Foi bem significativo mesmo o curso, nesse sentido (P14)

O curso me ajudou a me situar e não ficar rodando igual barata tonta. Porque às vezes acontece algum incidente e por não saber como começar a agir, você perde tempo, não contribui com nada, fica nervosa. Eu achei que o curso organizou meus pensamentos, me ajudou a pensar como iniciar um atendimento e me deixou mais segura e tranquila para ajudar (P16)

Eu acho que a gente deveria ter mais desse tipo de atividade em sala de aula, dentro da escola. Quero dizer, essa preocupação que nós tivemos agora em termos atitude, rever o que aconteceu (...) Foi muito bom retomar algumas técnicas que eu achava que sabia fazer, e realmente, na hora fiquei sem ação (P17)

Para mim foi bom, porque tinha coisas que eu até sabia, mas com pensamentos antigos, como naquele da convulsão, colocar o dedo na língua. Então, nos atualizou e ajudou a esclarecer bastante coisas e repensar o pensamento mais popular (P22)

Chamou muito atenção quanto à tomada de decisão, quanto o passo a passo, o que vem primeiro, o que faz agora (...) Quanto estar mais tranquilo, mais calmo para poder tomar as providências, sem alvoroço (P24)

O aluno estava na educação física, quando me chamaram ,dizendo que caiu, bateu a orelha e que estava saindo sangue. No caminho, é fui pensando que teria batido a orelha, o ouvido, por onde estaria saindo o sangue. Quando cheguei perto dele, me mostrou (...), havia feito um cortezinho no lugar onde temos o furinho do brinco. Peguei a luva e vi que tinha uma pelinha branca, e realmente um corte (...) Dava para ver que não precisaria dar ponto, porque estava superficial, mas que tinha cortado mesmo. Ainda bem que aconteceu isso depois que fiz o curso, porque parece que na hora que eu estava indo ao encontro do aluno, tive a sensação de saber o que fazer, fui sistematizando meu pensamento, se caiu e cortou, precisava saber como ocorreu o corte, como era esse corte (...) Fui me preparando me atender (P25)

A Simulação Realística tem-se demonstrado como estratégia ativa e eficiente quanto ao processo de aprendizagem, pois permite que em ambiente seguro e controlado, sejam realizadas e testadas intervenções necessárias ao contexto real.

O professor é essencial dentro do ambiente escolar e normalmente encontra-se como protagonista no suporte às crianças. A escola é local privilegiado para o desenvolvimento de ações educativas para a prevenção de acidentes, uma vez que é cenário de diversas intercorrências de saúde. O professor sente-se inseguro para agir nessas situações, sendo necessário de que treinamentos sejam ofertados, porém com continuidade e regularidade.

MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE COM CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR

O ambiente escolar é cenário propenso a riscos que são inerentes à infância e ao tempo prolongado em que a criança passa dentro da escola. Assim, apesar de o maior número de agravos e acidentes na infância ser no ambiente doméstico, as intercorrências escolares são significativas. Nesse sentido, enfatiza-se a responsabilidade civil da escola enquanto protetora e promotora da infância

Dentro deste contexto, o manejo de intercorrências de saúde com crianças em ambiente escolar faz-se necessário. Porém, apesar da imprescindibilidade do aprimoramento do tema dentro dos ambientes de ensino, a capacitação do profissional de educação para lidar com urgências escolares é escassa. Os cursos de licenciaturas/formação de professores não têm instrução específica quanto a primeiros socorros, e, durante o percurso laboral, o

profissional, quando aproximado do tema, sente distanciamento entre o conteúdo abordado e a realidade escolar.

Assim, é necessário que treinamentos de primeiros socorros pautados na comunidade escolar sejam elaborados, a fim de minimizar e prevenir consequências de acidentes mal conduzidos. A capacitação profissional serve como baliza entre um bom atendimento ou manejo inadequado. É determinada por desejos e características individuais e coletivos, tanto de cada profissional de educação, quanto da escola de modo geral, além de treinamentos contextualizados e pertinentes para a população escolar, em especial, para os professores.

A aproximação do professor a temáticas de primeiros socorros não determina que o mesmo seja corresponsável pelo atendimento, visto questões jurídicas que culminam na assistência inadequada. Porém, enquanto cidadão, o professor, ao optar por auxiliar uma situação de urgência prestando primeiros socorros, deve estar capacitado para isto.

Entretanto, apesar de o professor ser uma das primeiras pessoas que estão com a criança no momento do acidente, dentro da escola e necessitar de capacitação profissional para atender adequadamente à urgência, há características pessoais, emocionais, de formação e gerenciais que, por vezes, podem ser impeditivas para exprimir prontidão ao socorro.

O fato de o professor ser treinado para o atendimento de primeiros socorros não deslegitima a responsabilidade pública de prover a escola com condições de cuidado de saúde à criança, quando dentro da instituição de ensino. Enfatiza-se a importância da Rede de cuidados e proteção à infância. Nesse contexto, há necessidade de interlocução entre educação e saúde, uma vez que a partir do momento em que a criança é considerada sob aspecto holístico e com demandas que extrapolam o aprender, há interdependência entre as duas áreas.

1) ACIDENTES E INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE COM CRIANÇAS: ASSUNTOS PARA O ESPAÇO ESCOLAR

Temáticas do campo da saúde são comuns dentro do ambiente escolar. A infância está propensa a acidentes, e então consequentemente, as crianças dentro da escola também.

Para o professor, lidar com o atendimento a questões de saúde não é tarefa fácil, pois repercute em características pessoais de falta de conhecimento e habilidades para isso. Demonstram-se também, como limitador desse processo, atitudes de acomodação perante as funções que devem ser exercidas na escola e falta de comprometimento, vontade ou interesse em participar de cursos com temas que extrapolam o campo educacional.

Devido ao risco inerente a que os professores e alunos estão expostos na escola, a capacitação profissional relativa ao tema de primeiros socorros demonstra-se estratégia efetiva para prevenção de agravos. O professor refere necessidade de capacitação profissional, uma vez que há lacunas durante a formação acadêmica e continuamente, durante os processos de trabalho.

Temáticas que extrapolam o campo educacional parecem, a princípio, não terem boa receptividade por parte dos professores, que compreendem que tal conhecimento não é importante para sua formação, seja ele da área da saúde, ou das demais que não estejam imbricadas ao campo educacional. Mudanças atitudinais individuais e coletivas, nesse sentido, são essenciais, para que o professor possa suprir demandas do ambiente escolar e enfrentar papel de profissional polivalente.

A simulação realística em primeiros socorros permite ao professor que experiencie situações reais de acidentes, dentro de um ambiente simulado, transmitindo sensações de segurança e confiança quanto ao conteúdo abordado, porém, ao se materializarem enquanto ações de atendimento, esbarram em características pessoais que delimitam a forma como esse atendimento será prestado.

Cenário propenso a riscos

Inúmeras são as situações que geram riscos à criança, sendo as mais comuns a descoberta do próprio corpo, o processo de ganho de autonomia para efetuar as rotinas diárias de vida, as próprias brincadeiras e a recreação. Os principais agravos de saúde vivenciados pelo professor foram engasgo, queda, fratura, contusões e lesões. O modo como aconteceu o

acidente e local de ocorrência tiveram influência direta da idade e fase do ciclo de desenvolvimento da criança.

Faz uns 20 dias que um aluno engasgou com gomo de mexerica. Ele olhava para nós, não saía nada e começou a ficar roxo (...) Acontece também das crianças colocarem objetos nos lugares mais inusitados possíveis (...), no nariz, no ouvido (...), sapato de Barbie, feijão no nariz (GF1)

Tem atitudes que as crianças têm, que dão até aflição. Eu trabalhei em uma escola que tinha sabe tatame, aquela material? A criança tirou um pedacinho, enfiou no nariz e respirou (...) É bem preocupante, eles pegam pecinhas dos brinquedos, não tem jeito. Esses dias um deles estava comendo enchimento de uma boneca (...) Outro risco é que estamos ensinando os menores a comer sozinhos, e tem coisas que eles não aceitam. Por exemplo, carne se estiver cortada muito grande eles não aceitam, mas algumas crianças tentam comer e é muito fácil de acontecer o engasgo (P2)

Um aluno meu, de dois anos, saiu correndo, bateu a mão no vidro, o vidro quebrou e a mão atravessou. Nisso, ele puxou e voltou rasgando tudo (P4)

Apesar de ter o professor de educação física acompanhando, como eles são maiores, ficam na quadra. Não ocorre muitos acidentes no intervalo, durante o pega- pega, por exemplo, porque eles acham que isso é coisa mais para criança. Mas ocorrem muitos acidentes na prática esportiva, eles se machucam muito, praticando esportes. Eles batem cabeça, torcem do pé, caem, passam o pé um no outro (P5)

Realmente acidentes acontecem, eles são crianças, eles podem brigar por causa de brinquedo, podem disputar o espaço no parque (...) podem correr, escorregar e cair (...) é uma situação natural. Tem areia para tudo quanto é lado (...) Sempre pedimos para que não corram, mas nem sempre eles obedecem (P6)

Eu costumo falar com as mães quando inicia o ano, eu faço reunião e já explico que se com elas que só têm uma ou duas crianças dentro de casa já acontecem acidentes, imaginem aqui com a gente que tem 25 alunos. Então eu peço muita paciência para os pais, porque acidentes vão acontecer, e que não vai ser porque a gente quer, ou porque a gente não olhou, ou porque a gente teve alguma negligência no atendimento da criança, mas, porque são crianças (P6)

Acho que nunca teve alguma coisa muito grave aqui na escola, mas assim, tem trombada na cabeça, queda (...) Eu presenciei um caso no ano passado, mas não foi coisa muito grave. A criança estava brincando e o sapato era um solado muito liso, ele escorregou e caiu.

Reclamou de dor no braço (...) e depois que foi no médico, tinha distendido o braço, no outro dia, ele veio com o gesso. É esse tipo de coisa, nada muito grave (...) os principais acidentes são queda e contusão (P9)

Elas estavam brincando de massinha, pouco tempo depois que eu já tinha guardado, começou a coçar o nariz (...) fui ver, ergui a cabeça dela e tinha um pedaço de massinha! (P9)

Teve uma vez que uma criança fechou a porta na mão da outra. Ela estava com a mãozinha encostada na porta, o amigo veio e bateu, não viu que ela estava atrás e prendeu os dedinhos, ficaram todos roxos. Ficamos com medo que tivesse tido alguma fratura (...) Outra criança saiu correndo e arrancou a unha do dedão (...) Às vezes eles estão no balanço, balançando e alguma outra criança passa correndo atrás (P9)

Eu já presenciei caso de um menino pegar e jogar o brinquedo no outro (...) sangrou muito e não parava, eu fiquei desesperada, aquele sangue escorrendo (...) Eu estou em uma sala que eu não consigo sair para ir ali fora, dar um recado para diretora (...) porque eles se machucam demais. Se machucam no sentido de bater, de empurrar, de cair (P10)

Eu trabalhava na cidade e a minha sala era de fase II, com crianças de 1 e 2 anos. E uma menina tinha a cabeça um pouco maior do que as outras crianças e ela não andava, enquanto todas as outras crianças andavam (...) estava em um carrinho e enquanto eu estava com outra criança, um menininho pegou o carrinho e virou, pegou o carrinho por baixo e ela caiu (...) derrubou com tudo no chão. A outra bateu a cabeça no chão, e eu não sei o que aconteceu, mas foi ficando roxa, não chorava (P12)

Eu tive caso aqui na escola de uma criança quase desmaiar dentro da sala. No caminho do hospital ela teve uma parada respiratória, eu acho, mais simples, ficou roxa e parou de respirar. Foi uma situação muito complicada e, realmente, se ela tivesse desmaiado dentro da sala, iria ser desesperador (...) Às vezes acontece da criança cair, cortar o dedo, se cortar no brinquedo, arranhar, quebrar o dente, ou cair o dente, ou então bater a cabeça, fazer galo e essas coisas (...) Essas são mais corriqueiras (P14)

Estávamos cantando o hino, as crianças mantinham-se em fila (...) de meninos e de meninas. Na hora que ela caiu eu estava mexendo no rádio, então eu estava de costas (...) eu não vi o que aconteceu, só ouvi um barulho muito alto (...) ,quando olhei para trás, cheguei a achar que tinha até rachado a cabeça. Ela bateu a testa, o nariz, o queixo (...) A possibilidade de acontecer um acidente é muito grande e a gente percebe que não temos o mínimo de controle da situação (P15)

Este ano nós temos um bebê que depois do nascimento parece que tinha algum probleminha relacionado ao coração, como se fosse um sopro. Só que esse ficamos sabendo faz um mês mais ou menos. A família ocultou até agora de nós. Penso que é algo importante da família contar para escola, porque, se você já sabe que existe o problemas, uma tosse, uma falta de ar,

um choro repentino te deixa mais esperto (...) nas últimas semanas, a criança passou por vários exames, e a família não nos conta o porquê de tantos exames (P16)

Olhamos e a criança estava um pouco pálida, começou a passar mal, de repente, ela desmaiou no braço da professora (...) Às vezes presenciamos crises de diarreia, de caxumba, de gripe (P21)

Um menininho de 8 anos, da minha sala, estava com uma moeda na boca, e eu não vi (P22)

Este ano não aconteceu nada com nenhum aluno meu, foi com uma criança de outra professora, mas fui eu quem acabei socorrendo. Ele cortou a cabeça, fundo mesmo. Ano passado, aconteceu uma situação mais séria, e tivemos que prestar os primeiros socorros (...) Um aluno ficou preso na grade, já fazia um tempo que estava pendurado e ficou com asfixia (...) Tiveram outros casos de aluno quebrar alguma parte do corpo, isso sempre acontece (...) Teve um aluno que escorregou sozinho, porque o pátio às vezes é meio liso (P26)

Querendo ou não, a gente vivencia todos os dias o risco de acontecer um acidente. Não só essas situações de perigo extremo, mas desde conjuntivite e milhares de coisas que a gente tem que conviver todos os dias, no nosso ambiente de trabalho (GF3)

Crianças possuem características inerentes à infância que as predispõem a intercorrências, pois vivenciam condições de descoberta, passam por desenvolvimento psicomotor e pelo processo de aquisição de habilidades ainda não acuradas. Assim, ao permanecerem a maior parte de suas vidas em ambiente escolar, este cenário torna-se propenso a riscos, comuns durante o desenvolvimento infantil. Portanto acidentes são passíveis de ocorrer, cujas consequências podem ser das mais simples às mais complexas. Desta forma, cabe à escola, como responsável pela criança, na perspectiva de seus organizadores, dirigentes, integrantes, promover ambiente mais seguro e saudável possível.

Necessitar de capacitação para um agir qualificado

O professor expôs a imprescindibilidade de conhecimento sobre primeiros socorros, para exercer atitudes certas no atendimento. Enfatizou que é linha de frente quando está dentro da sala de aula e por diversas vezes, permaneceu sozinho com um número grande de alunos. Essa situação predispõe a maior ocorrência de agravos e precisão de saber como

socorrer de imediato, na ausência de mais um profissional de educação para auxiliá-lo ou ainda que demore a chegar à cena. Alguns demonstram medo de assumir sala de aula com crianças menores em detrimento das consequências de saúde que essas possam apresentar, caso passem por alguma situação de urgência não atendida efetivamente.

Foi incomum a presença do enfermeiro escolar entre as escolas adscritas ao nosso estudo, o que gera maior insegurança entre os profissionais de educação, que se veem frente à situação de risco e despreparados para lidar com ela, elencando ser preciso treinamentos significativos anuais, progressivos para não esquecerem o conteúdo abordado.

Ressaltou-se ainda que realizar primeiros socorros adequadamente exige a sensação de ter deixado de fazer algo por desconhecimento e que poderia ter auxiliado a criança em apuros. Acreditam que extrapolar a temática para além dos muros da escola, discutindo com as próprias crianças e familiares, possa promover prevenção de agravos e estimular multiplicadores de conhecimento.

Salientaram-se as particularidades e desafios em trabalhar com crianças, e destaque para crianças com necessidades especiais, por demandarem conhecimentos específicos sobre saúde. Nesse sentido, os cursos de formação de professores possuem temáticas incipientes sobre primeiros socorros. A aprendizagem sobre questões de saúde é estabelecida entre o grupo de professores, a partir da própria prática dentro da escola e pelas demandas que surgem na rotina profissional, o que se torna um risco iminente ao profissional de educação.

Considerou-se capacitação profissional em primeiros socorros, substancial para um agir qualificado, principalmente no que se refere ao compartilhamento de conhecimentos, mas não necessariamente a corresponsabilização do profissional de educação, frente à demanda de saúde infantil.

Aconteceu aqui na escola de uma menina engasgar com uma bala, e acontece tudo muito rápido. A menina começou a se desesperar. Fizemos a manobra, você já se posiciona, aperta e a criança põe para fora, e foi isso que aconteceu. Mas se você não souber o que fazer, não adianta ficar todo mundo em volta da criança olhando, sem saber (GF2)

Pensando em um todo e no número de professores que a rede municipal tem, todo mundo precisaria fazer cursos sobre temas de saúde. Dentro da sala de aula nos vemos sozinhas, de imediato podemos contar somente com nós mesmas e com quem está dentro da escola, então quanto mais pessoas souberem fazer corretamente, melhor (...) Conhecimentos sobre primeiros

socorros tinham que ser obrigatórios para trabalhar com crianças (...) É preciso saber o que está sendo feito, para não ter que pensar depois que se soubesse, teria feito de outro jeito (...) E abrangendo, penso que há necessidade de abranger o curso para as próprias crianças, para eles aprenderem como fazer, e já crescerem sabendo disso, às vezes precisem agir com um irmãozinho, com alguém em casa (...) Normalmente a mãe sai para trabalhar e deixa uma criança cuidando de outra em casa, por exemplo, o irmão de nove anos cuidando do de três aninhos. Talvez ele não consiga socorrer, mas poderia orientar um adulto, sobre atitudes de primeiros socorros que aprender a fazer na escola e ajudar a multiplicar o conhecimento (GF4)

Como a rede municipal de educação não dispõe de um profissional da saúde em um ambiente escolar, então quem vai socorrer? Alguém tem que estar preparado. É importante sim os professores estarem preparados para qualquer emergência e para saberem esperar o socorro (...) Temos que ter uma noção sobre o que fazer, para poder atender de imediato e fazer pelo menos o mínimo de atendimento (...) Seria interessante sermos capacitados todo ano, por exemplo, no começo do ano. Ajudaria a lembrar, porque nós esquecemos mesmo, e são tantos os casos, convulsão, machucado, corte, engasgo, parada. Então assim, ajudaria a não esquecer os procedimentos (GF4)

Temos muito medo, eu conheço professores colegas que falam que não dão aula para as crianças menores por nada, porque têm medo de que aconteça alguma urgência, e nós sabemos que as consequências são muito rápidas (P1)

Nós temos muitas dúvidas, por exemplo, na fase de dar mamadeira, coloco para deitar após mamar, como eu faço? Tem aquela questão de alguns de nós termos filhos e outros não, o que dificulta, porque temos que aprender como agir, na marra, aqui na escola mesmo, e fazendo. Certo ou errado? Não sei, então vem o risco (...) Minha mãe dizia que antigamente a criança mamava e depois você deixava ela deitadinha de ladinho no berço, hoje não pode mais, é de barriga para cima. Então temos muitas dúvidas, e estou falando em nome do coletivo mesmo. Eu vejo na prática todos professores bem perdidos em relação a essas questões de saúde (P3)

Na nossa prática profissional, é importante estarmos preparados para as diversas situações. Cada vez mais temos alunos em inclusão, alunos com problemas de saúde e que frequentam a escola. Antigamente essas crianças ficavam isoladas ou não frequentavam a escola, hoje em dia, mudou e as demandas mudaram também, todas as crianças têm direito à educação, e têm crianças que têm certos cuidados a mais. Então acho importante capacitação nesse tema, caso ocorra algum acidente a gente está preparado, não é?(P6)

Trabalhamos com pessoas e essas têm diversas necessidades. É necessidade da educação, é necessidade da saúde (...) Várias necessidades que a gente pode auxiliar de alguma forma.

Então, nós que trabalhamos com pessoas que, em algum momento, podem ter um mal-estar ou que pode acontecer algo, precisamos utilizar e saber algumas técnicas até chegar o socorro maior (P7)

Quando eu fiz a graduação fizemos alguns treinamentos além do campo educacional, voltados para ensino especial, mas sobre saúde, não (...) Não temos nada relacionado aos temas da área de saúde, ninguém ensina nem na pedagogia, nem no curso de formação de professores, então eu acho que é bem necessário mesmo, pensando no risco que corremos dentro da escola. Podem acontecer acidentes a qualquer hora, são crianças, e nós não estamos preparados para lidar (...) Quando me formei, houve uma reformulação na grade curricular e então tem algumas disciplinas de primeiros socorros, mas são só textos (P8)

Quando ele engasgou, eu dei um tapa, fiz tudo errado. Eu dei um tapa muito forte, mas ele acabou cuspiendo a mexerica. Olha que eu olhei, eu estava perto dele, eu olhei e ele estava ficando roxo já, eu fiquei bem assustada. Então fiquei pensando na importância de termos formação e atualização. É coisa antiga isso, engasgou, dá um tapa nas costas (P11)

Na verdade, eu penso que eu gostaria que tivessem muito mais situações durante o curso. Eu sempre pensei que quando o professor entra, principalmente para trabalhar na educação infantil, deveria ter um curso desses. Podemos trabalhar com bebês que podem engasgar, por exemplo. Ou com crianças que podem cair, o que podemos fazer para ajudar? Eu acho totalmente errado não termos capacitação nesse sentido, porque existem pessoas que, no começo da trajetória profissional, que não sabem nem trocar fralda (...) e aprende, mas é ali, na hora do trabalho. Eu mesma no começo colocava fralda ao contrário, aprendi no dia a dia mesmo. Cursos assim deveriam ser obrigatórios (P12)

Estamos com crianças o tempo inteiro e é imprevisível o que vai acontecer. Eu considero de extrema importância falar sobre primeiros socorros, e sempre senti muita falta de ter esse conhecimento. O ideal seria ter constantemente o curso, com duração de seis meses, por exemplo, o pessoal acompanhando e orientando, para termos um conhecimento maior. Este treinamento foi bem reduzido, mas já colaborou bastante, imagino um mais extenso como seria (P13)

É fundamental que estejamos preparados para agir no caso de acidentes (...) Até os pais chegarem, até o SAMU chegar, podemos atuar para ajudar essa criança (...) É uma responsabilidade muito grande, porque nós não somos da área da saúde, mas enfim, acontece na nossa mão e temos que prestar esse primeiro socorro. Dá aquele medo, de fazer algo errado e piorar a situação (...), então é importantíssimo que sejamos orientados, porque querendo ou não, é na nossa mão que acontece o acidente enquanto as crianças estão na escola (P14)

Não tem escolha quando a situação é de urgência de saúde. E eu sei que o que eu fizer, vai ter consequências, e é esse o problema. Se eu fizer uma coisa certa vai ter uma consequência boa, mas se eu fizer uma coisa errada vai ter uma consequência ruim. Então é a vida de uma criança nas nossas mãos, sem nenhum preparo para lidar com isso, por isso a importância desses cursos (P15)

Deveríamos ter mais formação nessa área, porque são situações que vivemos no cotidiano. Podemos estar de frente com a urgência (...) e não sabermos agir de uma maneira mais correta, eu digo, adequada, porque nós não somos da área de saúde. Mas se formos capacitados, podemos ajudar de forma mais consistente, que não vá prejudicar a criança (P21)

Foi um pânico total quando a menina desmaiou e ninguém tinha nenhuma informação sobre o que fazer, apesar de estarmos convivendo o tempo todo com crianças. Não temos nenhum suporte técnico na área para saber pelo menos nos proteger e proteger quem está conosco, proteger a criança. Então, teríamos que ter muito mais cursos na área de saúde, não atrelado à responsabilidade de você fazer o atendimento, ou o serviço do médico, da enfermeira, mas de conhecimento, para que você, quando estiver frente a frente aos acontecimentos, saber como agir (P21)

Em uma ocorrência de saúde, por exemplo em um desmaio, ou outra situação qualquer, nós, que não somos da área de saúde, não sabemos o que vai acontecer depois de um ou dois segundos, que os próximos sintomas e os próximos passos para lidar com eles (...) Sempre pensamos que irá piorar cada vez mais, que o quadro vai evoluir para uma desgraça total, então precisamos estar preparados (...) Nós não temos orientação nenhuma, nem para um machucadinho (...), cada um faz o que aprendeu de criança, é mais ou menos assim que funciona (P24)

A escola não é um ambiente de saúde e nem conta com profissionais da área da saúde. Então o que podemos fazer realmente é prestar as primeiras providências. Posso dizer que não são nem primeiros socorros, mas sim, as primeiras providências mesmo. Entrar em contato com o SAMU, chamar alguém mais especializado, ou família, deixar a criança confortável, e para isso precisamos estar preparados (P24)

Eu acho importante o tema de primeiros socorros e tem que ser trabalhado na escola, mas também com as crianças. Durante o curso fizeram um comentário que no Japão eles aprendem isso desde criança, e é super importante. Muitas vezes uma criança pode ajudar outra, por exemplo, se ele tem 8, 9 anos e um irmãozinho menor cair, já podem socorrer, crianças aprendem muito rápido (P25)

A capacitação profissional qualifica os processos de trabalho. No caso do atendimento de primeiros socorros, é preciso ter conhecimento para poder agir e socorrer. Os riscos são comuns e os professores não têm formação para lidar com as repercussões. As situações de saúde são complexas e por vezes particulares; a inclusão pede que a escola esteja preparada para agir em situações de maior especificidade, a depender da condição de cada criança. Assim, fazem-se necessárias atividades educativas voltadas para o educador e a continuidade dessas atividades, respeitando-se as limitações enquanto profissional de educação, e não de saúde.

Mudança atitudinal individual e coletiva sendo necessárias

Acentuou-se que alguns profissionais de educação não têm interesse em aprender sobre primeiros socorros, por acreditarem não ser função da profissão e por terem dificuldade de extrapolar e refletir sobre o que é ser humano, sem se limitar ao contrato de trabalho.

O cansaço e a acomodação profissional parecem ser fatores impeditivos para que alguns se permitam vivenciar novas experiências profissionais e refletir sobre seu papel social, enquanto educadores e responsáveis pelo público infantil.

Em todas as áreas há profissionais e profissionais, não só na educação. Nós sabemos que muita gente só fala que faz, mas não tira uma caneta daqui e coloca ali se não estiver no contrato de trabalho, se não for a função da pessoa. Tem muita gente que pensa assim, infelizmente (...) Se precisar passar um pano no chão porque faltou a merendeira, não passa, porque não é a função da pessoa (...) Em todas as áreas, em todos os lugares há profissionais dessa maneira, que não fazem nada a mais, por não ser função deles. A mesma situação acontece com isso de primeiros socorros, não quer aprender, porque entende que não é função, mas salvar vidas, não faz parte de ser humano?(GF4)

Para ir nesse tipo de curso, tem que querer e aceitar, só assim que se consegue participar e atribuir a responsabilidade da aprendizagem para nós. Tem muita gente que acha que não é função do professor atender primeiros socorros, mas isso depende muito de cada um, de cada profissional, entendemos que é questão de obrigação e então temos que levar o curso a sério.

As pessoas precisam mudar esse pensamento de que só podem fazer o que está no contrato (GF4)

Para mim foi bem legal, mas os professores é que ficam um pouco assim, dão um passo para trás (...), às vezes nos comportamos como crianças (...) igual quando damos aula e pedimos participação e fica todo mundo calado (...).Aconteceu bem pouco isso durante o curso, mas acho que quando aconteceu, não foi por vocês (...), penso que o pessoal fica reclamando que não tem nada de novo no HTPC, que só faz planejamento e, quando vem algo novo, alguma coisa legal, vários professores já dizem que não irão participar (...) Eu não sei se eles ficam cansados ou se tem vergonha (...) ou sei lá (...) estão acomodados e querem fazer só o planejamento mesmo e nada mais (P1)

Entendo que o curso é uma troca de conhecimentos, mas tem gente que entende que não tem nada a ver com a educação e que já fazemos atividades demais, então não vê motivo de ir no curso. Mas eu entendo que não, não é que todas as atribuições vão para a educação (...) O professor, a categoria é complicada, precisa se ligar um pouquinho, a maioria quer vir pra escola, fazer a lousa, ensinar e acabou, ir embora. Eu acho que não devia ser assim, eu acho que o povo deveria ser mais interessado (P7)

Às vezes eu fico um pouco triste com os professores e professoras, parece que as pessoas estão em um cansaço existencial muito grande. Tanto que, quando fala de curso, em vez de ficar feliz por ter oportunidade, as pessoas têm um pouco de resistência (P11)

O curso me fez perguntar sobre qual meu papel como professora, quais minhas atribuições e sobre o porquê nunca fomos cobrar isso [aprender primeiros socorros] (P11)

O ambiente de trabalho é cercado de pessoas com diferentes motivações, interesses e individualidades. As transformações econômicas e contratações escassas determinam necessidade de qualificação dos processos de trabalho, capacitações e compartilhamento de novos conhecimentos. Para que isso ocorra, é preciso mudança atitudinal.

Transcender o que é posto no contrato de trabalho, extrapolando os limites de atuação; demonstrar prontidão, interesse; repensar sobre as atribuições do cargo, minimizar resistência quanto ao novo; mobilizar-se e explorar a linha de conforto são aspectos necessários à realidade atual em que as demandas existenciais e profissionais cada vez são maiores.

A mudança atitudinal é um processo complexo, que deriva de aspectos históricos, crenças e valores, formação e educação. A qualificação profissional e a transformação das práticas só são possíveis, quando os sujeitos responsabilizam-se pela própria aprendizagem,

faz-se movimento de transformação do cotidiano estático para uma rotina dinâmica e passível de remodelamentos, a depender das lacunas existentes no processo de trabalho.

Nesse contexto, reflete-se sobre o papel do professor dentro da escola, a acomodação com a rotina imposta, o cansaço inerente à profissão e a falta de interesse por temáticas que não são diretamente relacionadas à educação. Há conteúdos intimamente ligados a situações que ocorrem na escola e ultrapassam a relação professor-aluno. No ambiente escolar há interações de aprendizagem, cuidados, relações pessoais e com o ambiente que necessitam de reflexão.

Saúde e educação: interações possíveis, porém truncadas

Apontaram-se as áreas da educação e da saúde como complementares. Nesse sentido, compreendeu-se que devido à integralidade do ser humano, é necessária presença de profissional de saúde, além de enfermarias dentro das escolas. Ressaltou-se que apesar do movimento de qualificação profissional frente às ações de saúde, há questões emocionais e de habilidades técnicas do professor que podem impossibilitá-lo de agir prontamente em situações de urgência dentro das escolas.

Elucidou-se que a presença de um enfermeiro de referência pertencente à unidade de saúde onde a escola é adstrita, a fim de fornecer informações e prestar serviços esporádicos nas escolas, facilitaria a atuação do professor frente aos acidentes ou intercorrências de saúde.

Em decorrência dos riscos de saúde aos quais as crianças estão expostas dentro das escolas e da consciência do professor sobre sua inabilidade em lidar com essas situações, houve demanda individual sobre capacitação em temáticas da saúde dentro dos centros de ensino. Os treinamentos comumente são realizados por profissionais de saúde capacitados, porém de maneira pouco inclusiva, dialógica e significativa para o grupo de educadores e seu cotidiano.

A saúde e a educação deveriam estar próximas, caminhar juntas. A prefeitura já propôs que tivesse essa aproximação, tentamos várias vezes fazer essa inserção, essa junção, mas nunca deu certo (GF3)

Você tem somente um coordenador pedagógico que é de função de toda a escola, imagina se pedirmos um enfermeiro ou um médico, vão dizer que não é prioridade da escola. Mas eu acho que seria o ideal, mas não temos (...) É bem melhor ter um enfermeiro dentro de cada escola, um médico se possível, é lógico, mas sabemos que não é a nossa realidade e não vai ser, porque está cada vez está piorando mais o sistema educacional (P1)

(...)Precisa ter essa relação entre saúde e educação (...), a grande maioria dos professores está torcendo para que dê certo esse diálogo e que possamos ter mais formação de saúde e trabalharmos mais confiantes nesse aspecto (P2)

Tínhamos que ter mais conversas sobre essa questão da saúde. Tivemos um caso de uma criança que frequentava a escola e era de família bem carente. Um dia estava chorando e não queria comer mais, fomos perguntar o porquê e ela nos disse que o dente doía. Chamamos o dentista e ele percebeu que todos os dentes de leite do menino estavam cariados. Como não vamos intervir em uma situação dessas? Tivemos respaldo do dentista e da prefeitura, conseguimos (...) um encaixe no dentista aqui do bairro, para que a mãe pudesse levá-lo (...) Penso que se houvesse mais desse tipo de conversa entre a saúde e a educação sobre situações que observamos, talvez tudo fosse diferente (...) Eu já encaminhei crianças para o posto de saúde, porque observei que estava muito apática, a mãe dizia que era preguiça, foi ver, era anemia gravíssima, começou a fazer o tratamento e mudou de comportamento, se empenhou mais na escola (...) Quando os pequeninos estão no parque e começam a comer areia, penso logo em vermes (...), são nas pequenas ações que conseguimos tornar o ambiente da escola melhor e olhar a criança como um todo (P4)

Seria importante ter enfermaria na escola ou um enfermeiro para socorrer, poderia ser pelo menos por região, não precisa ser nas escolas, mas por região. Caso acontecesse alguma situação, o enfermeiro pudesse nos prestar assistência, caso ocorresse algum problema, alguma dúvida, pudesse vir até a escola, penso em um enfermeiro de referência (...) No desespero pode dar um branco e não sabermos como proceder, porque somos professores e não profissionais da saúde (...) Para quem faz isso todo dia é normal, vocês vão saber como proceder, a gente não. Na hora do desespero pode ser que a gente não consiga raciocinar direito. E aí? A vida da criança pode correr risco. Então, infelizmente a gestão não tem pensado no enfermeiro na escola, mas é preciso, se não vai ficar assim como está (P6)

É necessário o profissional de saúde dentro da escola, é um local com muitas crianças, muitos riscos, esse profissional tinha que estar presente todos os dias. Seja uma febre, seja um medicamento que nós não podemos dar, já garantiria mais a segurança de cada um (...) Mesmo com treinamento, com o curso, o professor não é apto a agir. Profissionais de saúde estudam as partes do corpo em mínimos detalhes, noções que não temos (...) Cada área é uma área (P15)

Saúde e educação deveriam andar lado a lado, o que não acontece na prefeitura do município. Estou na prefeitura há 21 anos, no início eles sempre tentaram essa interlocução, mas com isso de entra um prefeito, entra outro, apesar de sempre tentaram fazer essa junção de educação e saúde, nunca deu certo (...) e para nós, professores, seria um suporte muito grande, sentimos muita falta de temas de saúde na escola (...) Em mandatos anteriores, havia uma parceria bem forte entre a universidade e a escola, sentimos muita falta, porque tínhamos informações muito boas, inúmeros cursos, apresentações de todas as áreas e que contribuíam para o nosso crescimento (P21)

Tem épocas, que parece que a bruxa está solta, porque todo mundo cai, todo mundo se machuca e a gente não sabe o que fazer. Todo dia é gelo, é criança que bate a cabeça, e nós não temos nenhum tipo de orientação nessa parte (...) A educação infantil precisaria estar bem mais próximo do pessoal da saúde, e não está (...) A responsabilidade sobre a saúde das crianças não é nossa, mas naquele momento em que você está presenciando o acidente, você necessita fazer algo, ter conhecimento e agir (...), é tudo muito rápido (...) Até chamar o socorro, se houvesse uma enfermeira aqui dentro ou um profissional, uma pessoa, que dê um respaldo maior, seria ideal (P23)

A partir do momento que se responsabiliza o professor fazer algum tipo de atendimento, desresponsabiliza a prefeitura de colocar um enfermeiro na escola. Sei que é um pouco utópico ter, mas seria o ideal. Porém, como não se tem, munir as pessoas de conhecimento, independente de ser uma escola, pode ser uma forma efetiva para salvar alguém (P24)

Precisamos trabalhar juntos, não é? Sempre falamos que a saúde e a educação caminham juntas, ou que precisam caminhar. Vocês não precisam da gente, mas nós precisamos muito de vocês da área da saúde. Precisamos para tudo, seja para questões de higiene ou de acidentes (...) Como nós estamos trabalhando num bairro carente, percebemos várias lacunas frente ao cuidado com as crianças, então é difícil, parte da própria família (...), assim, para mim, a área da saúde e a área da educação precisam caminhar de mãos dadas (P25)

A escola é um espaço de potência para o intercâmbio de informações entre as áreas de educação e saúde. Entretanto, apesar de haver interlocução entre ambas, há grande distanciamento relacionado à forma como as relações são estabelecidas entre os profissionais dessas duas áreas.

O campo da saúde é dependente da educação, quando se refere a processos pedagógicos para intervenções educativas; enquanto que a educação necessita de aprimoramentos diante de temáticas inerentes aos processos saúde e doença relativos à infância e da relação desses estados com o ambiente escolar. Para que o diálogo entre saúde e

educação se torne mais denso, é necessário trabalho em Rede que culmine no desenvolvimento infantil.

Considera-se a escola como espaço para construção social da saúde e de compartilhamento de ações de cuidado, entretanto a parceria entre os dois campos ainda é limitada. Questões governamentais relativas à falta de fiscalização de políticas públicas e continuidade de treinamentos realmente efetivos que supram as demandas dos professores são recorrentes e truncam o relacionamento entre as duas instâncias.

Características pessoais repercutindo no atendimento à urgência

A afinidade pessoal com questões de saúde repercute diretamente na facilidade ou não para a assistência. A não proximidade frequente com situações de risco iminente à vida dentro das escolas faz com que professores não vivenciem corriqueiramente intercorrências de saúde e sintam medo, falta de coragem, desespero, pavor, dúvida, e temor quando defronte a elas.

Ao experienciarem tais sentimentos, alguns professores demonstram prontidão ao atendimento e compreendem que é necessário agir rapidamente, enquanto outros se sentem paralisados, não conseguem pensar, socorrer, agir frente à situação, mesmo desejando intervir na situação.

O trabalho individual do professor para o atendimento de primeiros socorros na escola demonstrou-se mais assustador do que quando está no coletivo. Surgiram reflexões sobre ocorrência de agravos em saúde no ambiente familiar, levando a considerações de que há maior inclinação para aprendizagem ou para efetuação de ações de socorro com familiares, do que com alunos.

Às vezes, pensamos que se acontecer uma situação dessas na escola ,não vamos ter coragem, mas na hora, vem uma força não sei de onde, quer dizer, a gente sabe que é Deus, que Deus capacita a gente (...) mas assim, vem aquela força que você consegue atender, mas depois as pernas bambeiam e ficamos pensando de que forma que conseguimos (...) É importante sabermos nos virar em qualquer situação. Será que vamos ter coragem para atender ? Isso vai variar de cada um e do instinto próprio de ir lá e salvar (GF1)

Pensávamos ser mais corajosas, mas nessas duas semanas, percebemos que temos medo dessas situações, não sabemos por quê, mas é um receio mesmo (...) Essa situação do corte que vivenciamos hoje deixou muita apreensão (...) O ser humano é assim, às vezes falta coragem (GF3)

Na hora que acontece, a gente acaba fazendo alguma coisa. Você se vê na situação e se só tem você, não tem como ficar apenas olhando (...) vem de instinto (...) Você vai fazer alguma coisa (GF4)

Eu não sei se eu daria conta de lidar com uma situação real (...) gente é ser humano, lógico que bate um certo desespero no momento. Mas tenho certeza que vou tentar lembrar de tudo que eu vivi nos cenários (P9)

Quando aconteceu da minha aluna desmaiar, na verdade, eu nem tentei lembrar do que aprendi no curso, na hora eu não consegui pensar em nada. Na hora a gente estava aqui na sala, mas querendo estar fora daqui. É muito desesperador e muito complicado. Então, na verdade, eu não consegui atender, e digo eu, particularmente. E eu penso que se eu fizer esse curso durante 10 anos e passar por outra situação dessas, eu também não vou conseguir, porque eu sou muito apavorada (...) é o que eu falo para quem não tem prática com essas questões de saúde, só quer que a criança levante e fique bem, é tudo que a gente quer (...) Eu sabia que tinha que fazer alguma ação para oxigenar o cérebro, mas você acha que eu vou lembrar de oxigenação do cérebro nessa hora? Eu queria era que a boca da criança ficasse rosa de novo e não branca, como estava (P15)

Eu não entro em choque, eu tento resolver, só que eu tento resolver chamando ajuda, porque eu tenho medo de prejudicar mais. Nessa situação do desmaio, eu segurei a menina no chão, pensei só em afastar as outras crianças e chamar ajuda, porque sozinha eu não consigo mesmo (...) As outras professoras foram lembrando de ligar para o SAMU, chamar os pais, e então, a equipe em si foi se organizando, porque quem está de fora é mais fácil pensar do que quem está vivendo a situação (...) Eu precisei chamar apoio, porque eu sabia o que eu podia fazer, mas não conseguia nem lembrar do que poderia, porque sozinha eu não consigo pensar mesmo (P15)

Eu tenho pavor de convulsão, vou ser sincera para você, e aquilo que vimos foi bem real. Eu vejo uma pessoa com convulsão, eu não consigo socorrer. Eu não sei se fosse um filho, meu marido, eu não sei. Eu acredito que talvez eu atenderia, porque não tem como sair correndo. Mas eu tenho pavor de ver alguém convulsionando assim, é muito feio, é muito apavorante, não sei se atenderia aqui na escola (P19)

Foi muito próximo do real, eu não conseguia nem olhar. Ai, meu Deus, foi muito feio. É nojento, é feio, é apavorante (...) Eu tenho problema sério com essas questões de saúde, eu detesto ambiente de hospital, eu tenho pavor de ver gente estropiada, ver gente com dor, gente

passando mal, vomitando. É uma coisa assim que eu, pessoalmente, não lido bem, não consigo nem ver, imagina atender! (P19)

Eu acho que só vou conseguir ligar para urgência mesmo, porque eu sou uma pessoa que para, eu travo, eu não tenho atitude (P22)

O meu aluninho estava correndo na educação física, ele caiu, bateu a orelha e fez um corte de sangrar, eu olhei, vi que era superficial, lavei, coloquei a gaze, liguei para a mãe (...) a gente fica meio apavorado, mas é o que acontece na vida real, na hora que acontece um acidente ficamos apavoradas, não tem como não ficar, a gente não vê isso todo dia como vocês, mas tem que atender, afinal é uma criança (...) a gente, só tem que conseguir pensar antes de agir (P25)

Considerando que o atendimento de primeiros socorros é realizado por pessoas e que elas são constructos biopsicossociais e espirituais, possuindo assim características individuais, mesmo com os procedimentos padronizados, o modo pelo qual as intercorrências de saúde são mediadas diferem de socorrista para socorrista.

Primeiros socorros inclui não só assistência direta à vítima mas também condutas referentes a chamar apoio especializado, quando os professores se defrontam com situações de risco, possuem comportamentos diversos, que variam desde colocar em prática protocolos de atendimento, manter a segurança das demais crianças e do ambiente, até simplesmente acionar ajuda.

2) (A)O ‘SUPER’ PROFESSORA(R)

O processo de ensino demanda habilidades específicas do professor. A formação em licenciatura destina-se à execução de funções do magistério e apoio escolar. Assim, cumprindo com as demandas escolares, o professor tem funções gerenciais, de planejamento, de avaliação, de acompanhamento do ensino, que são aspectos inerentes à profissão.

Entretanto, as atribuições relacionadas à docência parecem extrapolar, à medida que os professores tornam-se polivalentes no ensino fundamental e infantil, realizando incumbências

que se manifestam no ambiente escolar, porém não repercutem na sua competência final, facilitar a educação.

Nesse contexto suscitam indagações entre os profissionais de educação, entre realizar ou não primeiros socorros, pois ao realizá-los, estão desobrigando a responsabilidade governamental em prover atendimento mais capacitado dentro das escolas, ao não realizá-los, estão eximindo-se enquanto seres humanos e cidadãos e omitindo socorro.

O professor sente que em seu campo de trabalho, assim como em suas funções, é alvo de inúmeras investigações. Por isso questiona-se quanto a princípios éticos da pesquisa e desvio de dados, bem como sobre a real efetividade dessas investigações para o cotidiano profissional e sobre a falta de intercâmbio dos resultados entre os pesquisadores e o professor, enquanto sujeito de pesquisa.

As várias atribuições da(o) professora(r)

A quantidade de alunos pelos quais o professor é responsável; as inúmeras atividades a serem cumpridas; as condições de trabalho insuficientes; as diversas cobranças, seja da direção, seja dos pais; a carga de responsabilidade que sentem sobre si; a falta da presença da família na escola; a falta de treinamento e capacitações específicas demonstraram-se elementos estressores a que esses profissionais estão sujeitos, o que gera sobrecarga no processo de trabalho.

A escola hoje não abrange somente a área educacional. A professora tem que dar conta de muita coisa, tem que ser meio enfermeira, tem que ser professora, mãe, tia, psicóloga, fisioterapeuta (...) Acaba realizando um pouquinho de cada profissão. A gente lida com seres humanos e a nossa realidade é essa (GF4)

Ao ver uma situação de urgência e que pode acontecer no dia a dia, nos damos conta de que a vida de nossos alunos também está nas nossas mãos todos os dias. Não temos que dar conta só da vida profissional deles, pensar sobre quem eles vão ser no futuro e na formação que a gente vai dar, mas na vida deles propriamente dita. A mãe entrega eles aqui na escola e deixa a vida deles com a gente. Do mesmo jeito que eu deixo a minha filha na outra escola e a professora dela cuida da vida dela, eu estou cuidando da vida dessas crianças (GF4)

Acontece com uma criança dentro da sua casa, você acha que não vai acontecer com 25? É isso que às vezes os pais não entendem, não é? Eles acham que é porque não olhamos. E não é isso, é questão que você nunca espera que vai acontecer, nunca está preparada para um acidente, não é? Então às vezes, e é no momento que você está mais despreocupada, que você acha que está tudo bem que acontece (P6)

Não tinha nenhum parente atendendo o telefone, então não conseguimos contato. Imediatamente pegamos a criança e levamos para o hospital. Eu sei que dentro da prefeitura tem a regra que temos que acionar o SAMU, mas não dava para esperar (...) Então, pegamos o carro e levamos para o serviço de saúde, onde foi medicado, compramos o restante do tratamento para casa e o trouxemos para escola, demos comida, porque ainda ele não tinha comido e esperamos a mãe, que não estava em casa. Como iríamos deixar essa criança? (P9)

Nós, aqui, temos uma responsabilidade pela criança sobre o que sabemos e sobre aquilo que não sabemos fazer (...) Os pais sabem que a gente não sabe fazer nada sobre questões de saúde, porque a gente não é de saúde, mas mesmo assim precisamos garantir a vida da criança, não importa como. A gente pensa muito que se acontecer alguma coisa com a criança, os pais não vão entender que tentamos, é muito complicado, porque apesar de sabermos que o risco existe, já temos várias atribuições dentro da escola (P15)

Quando se trata de criança dá muito medo, porque eles são muito frágeis e é a vida de outra pessoa que está na sua mão. Numa situação de urgência, o pai não vai querer saber se você fez algo de errado, nem se você tentou certo ou não, é muito difícil (...) Comentamos dos riscos todos os dias, porque eles são bebês, é muita responsabilidade para a gente ficar, pode acontecer qualquer coisa, a qualquer momento e ninguém quer saber, os pais querem pegar o filho inteiro (P16).

Acontecer algo esporadicamente é uma coisa, agora, você tendo consciência que a criança não está bem e querer trazer para a escola é outra. Eu acho que isso não é responsabilidade da escola (...) Já recebemos até potinho de exame de fezes, para colher na escola, antibióticos para administrar (...) É o cúmulo, acho isso um absurdo. A criança fica o dia inteiro na escola, então a mãe tem que se virar, ficou doente vai para casa, isso é responsabilidade da mãe, não é responsabilidade da escola (P19)

Teve uma aluna minha que desmaiou, depois voltou, depois desmaiou de novo (...) Chamávamos ela e ela virava o olho todo, então chamamos o SAMU. Quem acompanhou ela fui eu. Era minha função? Não! Mas a mãe trabalhava em uma fábrica, então até a mãe chegar para acompanhar, eu fui junto e pronto. Toda criança tem que ter uma referência, não é? Já que a mãe não estava, eu fui a referência dela, já que não podia ir pro hospital totalmente desamparada (P20)

Estamos lidando com vidas (...) quando a mãe entrega o filho aqui na escola é aquela história, está no nosso controle, então a gente tem que saber lidar com todas situações que venham a acontecer (...) Eu acho que ,cada vez mais, o professor acaba não sendo só professor, acaba sendo tudo (...) professor, psicólogo, assistente social, faz papel de mãe, enfermeiro. Temos que estar prontos para isso, quando escolhemos a profissão (P26)

Além do encargo de docente, o professor comumente representa papel de cuidador e referência para a criança, quando em situações de risco ou quando necessita de representatividade legal. Lidar com pessoas, em especial com crianças na educação infantil e ensino fundamental, faz emergir conceito truncado sobre o que é ser holístico. Dessa maneira, materializa-se na escola o educador, exercendo cuidados que fora do ambiente escolar seria exercido pela mãe, enfermeiro(a), tio(a), psicólogo(a), fisioterapeuta, educador(a) especial, entre outros. Além disso, reflexões acerca da responsabilidade sobre a vida da criança repercutem em atitudes protetivas e maternais que vão ao encontro da preservação e manutenção, de fazer papel da família e dar amparo.

As inúmeras demandas institucionais de cuidado, educação e a escassez de recursos materiais e emocionais postos sobre o professor, podem exaurir suas forças ou sobrecarregar esse profissional, que deve ser assistido e potencializado para exercer sua função de maneira justa, eficaz e completa.

Dicotomia da(o) professora(r) ao prestar primeiros socorros na escola: fazer ou não fazer?

A dicotomia entre socorrer ou não um aluno dentro da escola percorreu caminhos incertos, que foram desde constructos pessoais sobre responsabilidade social e cidadania ao pensamento de que as atribuições profissionais já são tantas, que lidar com temas da saúde extrapola a atividade profissional e causa sobrecarga. Medo e insegurança em se sentirem corresponsáveis por um atendimento fracassado também fizeram parte da reflexão dos professores sobre o tema.

Por outro lado, a realização de curso sobre primeiros socorros foi tida como orientação a respeito de como agir, caso vir acontecer algum acidente na escola; como capacitação perante as situações difíceis de atendimento; como experiência de vida e exercício da humanidade e cidadania.

Nós não seremos punidos se não soubermos fazer e tivermos o curso (...) Não é passar a responsabilidade para nós, é somente orientar para saber o que fazer, não ficar que como uma pessoa tonta e incapaz, se acontecer um imprevisto (...) é experiência de vida (...) e outra, não é um curso de formação para você falar que está apta como um profissional de saúde para atuar, mas sim uma orientação (GF4)

Todo mundo, independente de ser professor ou não, tinha que ter esse curso e o básico de noção de primeiros socorros, porque isso pode acontecer em casa, na rua, com um parente nosso, amigo ou com um aluno. A pessoa, o aluno não se desconecta de ser pessoa, estando aqui, estando na rua, estando em casa, no pátio, então a gente tem que saber. E assim, a primeira pessoa que estiver do lado, não é que é responsável por aquilo, mas tem que agir. Todos sabemos que nós, professores, não somos formados em medicina, não sabemos o que é para fazer efetivamente como saberia um profissional de saúde (...) Se a pessoa morrer na nossa frente, mesmo fazendo tudo certo, não devemos nos culpar e, por isso, devemos fazer (...) É nossa função como ser humano, como a pessoa mais próxima, é poder ajudar alguém que está em dificuldade (P1)

Não adianta imaginarmos que vão colocar uma enfermeira em cada escola para caso aconteça alguma coisa, não vai acontecer. Somos nós que estamos com as crianças, não vamos deixá-los morrer, estão sob a nossa responsabilidade. Eu entendo que o nosso papel é outro, mas é cuidar também, principalmente na educação infantil. Falta preparação para nós, aprender primeiros socorros não é aprender a fazer uma cirurgia, cortar a criança, nada disso, mas sim, socorrer dentro do que podemos, precisamos de formação e eu não entendo que não faça parte das nossas atribuições (P2)

Se eu não tiver essa formação, eu vou continuar ficando com os meus 16 alunos, inevitavelmente irá acontecer algo, não vai ter uma enfermeira na escola, e o que eu faço? Então eu prefiro ter a formação e poder agir. É um ser humano, temos que levar isso em consideração (...) Tem gente que leva o edital do concurso que fez baixo do braço e não pode fazer nada a mais do que está lá, é questão de bom senso, vejo por esse lado (P2)

Percebi que alguns professores que não fizeram o curso gostariam de ter feito, pela repercussão que o curso deu. Já com outros professores, a resistência maior foi em relação à parte legal, achar que não é nossa obrigação, de ter medo de fazer o atendimento, e se caso

houvesse algo errado, ser culpa deles. A negação em participar em cursos de primeiros socorros é nesse sentido, de respaldo legal. (...) Mas, tendo o conhecimento e sabendo o que estou fazendo não há problemas, é uma vida na minha mão (...) São os primeiros socorros, eu tentaria fazer aquilo que eu aprendi e, com certeza, colocaria em prática, sem pensar duas vezes. Primeiro eu penso na vida da pessoa, depois na parte legal e tudo mais. Claro, eu não faria algo para prejudicar a pessoa, se eu não tiver segurança da situação eu não vou fazer, mas se eu sentir segurança eu vou fazer sim. É uma vida e se eu puder colaborar com isso, seja na escola ou na rua, eu vou colaborar (P5)

Ao mesmo tempo que deveríamos ter um enfermeiro na escola, é importante estarmos preparados para as situações (...), às vezes recebemos alunos que têm convulsão, tem aluno que é epilético, e não sabemos como proceder (...) falar sobre primeiros socorros é importante (...), temos que ter esse conhecimento, é essencial, mas as autoridades públicas não podem se eximir da responsabilidade por termos essa sabedoria, afinal enquanto um está fazendo, o outro não precisa se mobilizar para fazer, não é? (P6)

Realmente não temos como nos responsabilizar pelos primeiros socorros prestados, porque a nossa formação não é a área de saúde, mas se fecharmos os olhos e disser que não está acontecendo e que não temos nada a ver com isso, estamos sendo errados (...). Temos que compreender o tema como um preparo para uma primeira abordagem, não é estar responsabilizando, só que você pode socorrer, e não socorrer caracteriza-se como omissão de socorro, mesmo você não sendo da área da saúde (...) Há pessoas um pouco bitoladas, e se acontecesse com um pai, uma mãe, um filho, será que omitiria socorro? (P7)

Eu não acho que é nos corresponsabilizar pelo atendimento, a lei é clara, é educar e cuidar, pelo menos, na educação infantil. Estamos, está aqui para isso. Se é uma criança que passou mal dentro da minha sala de aula, eu vou oferecer esses primeiros atendimentos. Não entra na minha cabeça, enquanto educadora, que têm professores que se negam a fazer isso (P9)

São vivências que eu não preciso levantar somente para a escola, sou cidadã. Eu posso estar comendo na rua, estar dentro do ônibus, posso estar no trânsito, posso estar em vários espaços que eu precise desses conhecimentos, o curso é significativo para a vida (P11)

Não estamos nos responsabilizando, porque iremos chamar o SAMU, eu prefiro muito mais saber o que tenho que fazer para ajudar (...). Vamos chamar pessoas mais capacitadas para virem socorrer, mas o primeiro atendimento, podemos fazer. Então, não acho que é uma responsabilidade, é somente uma aproximação das técnicas. Se você irá fazer ou não, é escolha tua, ninguém irá te obrigar (P12)

Eu acho que é uma responsabilidade grande, mas ao mesmo tempo não tem como a gente fugir disto, porque se não fizer os primeiros socorros naquela criança, você também está sendo omissa (...) Se você não fizer, você também está se responsabilizando por não ter feito, é uma

situação difícil. Às vezes, no intuito de ajudar e não tendo conhecimento, acaba prejudicando, é um prejudicar, ajudando (...) Temos que agir sim, ou se não conseguirmos, pelo menos temos que chamar alguém que tenha mais conhecimento, até o SAMU chegar (P14)

A gente não tem preparo para atuar com situações de saúde, então trazer o conhecimento é uma coisa, esperar de nós agirmos em prol disso é outra (...) É como esperar que um profissional de saúde entre numa sala e dê conta (...) de alfabetizar (...) Então penso que cada profissão tem a sua especificidade (...) Trazer o conhecimento é importante, ter meramente consciência do que se pode fazer, agora pôr na nossa mão, responsabilizar, eu acho muito difícil. Quem vai para a área de saúde tem estômago para isso, sabe lidar com a situação, então eu acho que não pode responsabilizar nenhum outro profissional que não seja da saúde por uma situação dessas (P15)

Desde que não tenha um profissional de saúde na escola, prestar o primeiro atendimento a uma urgência é função nossa enquanto professor, faz parte do nosso dia a dia. Por exemplo, uma criança tropeçou, caiu, abriu a testa, vamos deixar lá ou esperar que alguém faça algo? É mais fácil colocar uma compressa para estancar aquele sangue e depois, por hábito, temos o costume de chamar os pais (...) Então, não é uma atribuição a mais, faz parte do cotidiano, não tem como dizer que não faz (P20)

Eu não enxergo como passar a responsabilidade do campo da saúde para o professor, toda informação é interessante (...) o professor teria que ter essa orientação, porque até o suporte técnico chegar, poderíamos salvar vidas (...) O sentido não é de atrelar a responsabilidade do profissional de saúde para o de educação, porque isso não dá mesmo, não dá para você ser professor e ser enfermeiro ao mesmo tempo, mas dá para estar bem orientado(P21)

Eu tenho marido, eu tenho filho, eu tenho mãe, eu tenho irmãos, e são informações que vão me servir não só para meu trabalho, mas lá fora, na minha casa também, com os meus filhos, com os meus amigos, se acontecer. Então, eu não acho que aprender primeiros socorros vá sobrecarregar o professor, informação nunca é demais (...) A responsabilidade, claro, tem que ser da saúde mesmo, não do professor, mas informações sim, temos que ter acesso às informações e saber como fazer (P21)

Não está nos corresponsabilizando, eu não vou ser uma enfermeira, quer dizer, vou estar preparada para atender numa situação de emergência, mas não perfeito como uma enfermeira, vou prestar somente os primeiros atendimentos. Nesse sentido, tem que ser um profissional da área mesmo (...). Nem medicar, medicamos aqui na escola (P22)

Eu sinto que em uma situação de urgência eu tenho que agir de alguma forma, independentemente de eu estar na escola, na rua ou em casa, e para isso, preciso ter conhecimento (...), não me sinto responsável pelo atendimento (...) Discutir primeiros socorros é somente mais uma maneira de ter um conhecimento maior e poder ajudar alguém naquele

momento, independente de quem ele seja (...) Para mim, significa poder fazer algo e a diferença na vida de uma pessoa, até que alguém que vá ser o responsável pelo atendimento, chegue (P23)

Não concordo com o posicionamento de nos estarem corresponsabilizando por uma atribuição que pertence ao campo da saúde. Vocês estão munindo as pessoas de um conhecimento que é necessário, não só para o ambiente escolar, mas para a vida. Deixar a pessoa alheia a esse conhecimento é um perigo, fica tudo muito vulnerável (...) Não é porque você não foi capacitado, não conhece, não sabe nada a respeito que as coisas vão deixar de acontecer dentro da escola. Os acidentes continuam acontecendo, e se souber como agir, souber o passo a passo, é muito mais tranquilo para a criança, para a pessoa e para a equipe da escola também (...) É preciso saber o que fazer, não só porque trabalha com crianças e que tem uma vulnerabilidade maior, mas por sermos pessoas, de uma forma geral (...) você tem que estar preparado para a vida, ocorrências de saúde acontecem (P24)

Independente do que presenciamos, temos o instinto de ajudar quando vemos um acidente, assim é melhor saber o que fazer, do que sair chacoalhando a pessoa (...) Não é pelo fato de eu saber o que fazer, se na hora eu não fizer e a criança acabar indo a óbito, que a culpa é minha por eu não ter agido correto (...) É melhor pensar, eu fiz o que pude fazer, do que pensar que se soubesse como agir, não teria acontecido. Então eu prefiro saber e penso ser importante saber como agir no momento (P25)

Discutir sobre primeiros socorros faz com que consigamos agir da melhor maneira, caso precisemos. Não é um peso a mais para mim enquanto professor, eu somente vou saber lidar melhor com a situação (...) Lógico que não é mesmo nosso papel, mas se estamos no acidente e somos a primeira pessoa com quem a criança tem contato e o socorro não chegou ainda, vamos deixar lá e pronto? (...) Por mais que não consigamos ter a ação igual a um profissional (...) podemos fazer o primeiro socorro inicial e ajudar até que alguém que realmente possa estabilizar a situação, chegue (...) É bom termos conhecimento para pelo menos, podermos desempenhar da melhor forma possível, o que a gente conseguir fazer ali na hora do acidente (P26)

O professor tem respaldo legal para realização de cursos de primeiros socorros ofertados por enfermeiros e médicos, dentro das escolas e em locais externos. Há programas governamentais para implementar o tema de primeiros socorros na educação básica da rede escolar em todo estado de São Paulo, entretanto há desconhecimento dos professores sobre as legislações vigentes, o que gera incerteza quanto à permissão legal de agir ou não em uma situação de urgência dentro do ambiente escolar.

A omissão de socorro, no Brasil, constitui-se como crime e agrava-se no ambiente escolar, uma vez que essa instituição é responsável legal por seus alunos. O desconhecimento acerca de deveres e direitos coloca o professor em uma linha tênue entre prestar ou não ajuda dentro da escola. Enfatiza-se que o atendimento não se resume somente a atitudes práticas de primeiros socorros, mas inicia-se com o acionamento do socorro e chamar por ajuda, atos que quanto mais rápidos feitos, repercutem em atendimento e orientação por profissionais de saúde qualificados para isso e em melhores resultados. Dessa forma, a omissão de socorro do professor não se justifica, uma vez que o atendimento também inclui mobilizar ajuda e capacitar-se para tal.

Professores enquanto sujeitos de pesquisa

O professor considerou a pesquisa como qualificadora do processo de trabalho e contribuidora para formação profissional. Porém enfatizou a falta de ética e comprometimento dos pesquisadores com a pesquisa e seus sujeitos, além da distorção de resultados.

Enfatizou-se a falta de retorno dos resultados para a sociedade e da real utilidade da pesquisa para os sujeitos envolvidos. Por vezes os professores sentiram-se como um objeto usado por determinado período, com validade determinada – final do processo de coleta de dados. Isso os desestimulou a participarem de investigações acadêmicas, pois não têm retorno do processo no qual estão envolvidos.

As pessoas vêm aqui, fazem estágio, trabalham, pesquisam e então vão embora, não dão um retorno, não falam nada, nem agradecem (...) é bem o sentimento de que somos legais até que termine o projeto (P1)

Vocês disseram que dariam um retorno. No primeiro momento a gente nem acreditou muito, os outros também falaram isso que iriam dar um retorno para a escola (...) penso que deveria ter uma parceria bem maior entre a universidade e as escolas do município, e não ser isso de fazer pesquisa por fazer e sem sentido nenhum (P1)

Esse tema que vocês trouxeram é uma coisa muito válida, eu acredito que seja muito importante (...) e eu não me importaria de estar respondendo, de estar ajudando na pesquisa,

(...) mas se vem algum tema super fora e que não tem nada a ver com a nossa realidade, eu fico um pouco mais incomodada de estar participando, respondendo (...) mas se são temas pertinentes ao nosso trabalho, eu acredito que seja importante nossa participação na pesquisa (P2)

É isso, pesquisa é um saco (...) porque as pessoas vêm nas escolas, trazem um monte de instrumento para a gente responder e não dão retorno (...) isso fica na cabeça do professor, e eu não vou responder, porque não vai ter retorno (...) Mas, dessa vez o retorno para nós já foi dado, aprender tudo isso que a gente aprendeu, entendeu, foi muito produtivo, e é significativo para nós (P3)

Eu acho bem favorável a pesquisa (...), vocês estão fazendo a pesquisa para melhorar, estão buscando esse foco (...) No caso, para nos ajudar, para colaborar, já que a gente atua com criança, caso ocorra algum acidente na escola (...) eu acho que a pesquisa é sempre favorável, está sempre em busca de algo melhor (P8)

Quando vocês vieram apresentar o projeto, eu logo perguntei se vocês iriam apresentar os resultados, qual era o objetivo e se era mesmo para auxiliar na nossa formação (...) Eu acho que isso é importante, porque nós também, professores e professoras, estamos cansados de responder questionários, por responder (...) chega muita pesquisa para a nós, ou questionário para responder, mas ninguém dá um retorno, ninguém explica o objetivo inicial, ninguém apresenta o resultado final. É uma coisa que é muito jogada e parece que você está ali, você fornece os dados e só. Então isso eu acho ruim, mas não foi o que aconteceu aqui. (P11)

Eu já participei de outras pesquisas, às vezes as pessoas querem empurrar as coisas, principalmente com professor e professora que sempre responde os questionários, às vezes os ditos pesquisadores simulam até as nossas respostas (...) Mas muito pelo contrário, vocês, o tempo todo, nos deixaram muito livres para falar o que realmente estávamos pensando, sem induzir as nossas respostas. A ética na pesquisa também é super importante (P11)

Na verdade, todos os outros projetos que tiveram aqui eu não vi com bons olhos, porque a gente não teve uma devolutiva, tanto é que eu acredito que não foi só eu que tive essa primeira visão quando vocês chegaram, achamos que seria o mesmo do mesmo (...) Eu penso que a maioria achou que ia ser exatamente como foram todos os outros projetos (...) Essa pesquisa que vocês fizeram, eu achei muito válida e eu acho que talvez se fosse assim, se fosse essa coisa que ajudasse mesmo a gente, se tornariam válidas todas as pesquisas (P12)

Eu vejo pelo lado positivo a questão de quem está na graduação, na pós-graduação vir até o nosso ambiente, porque é muito rico. Cada ano é um ano, cada turma é uma turma, e com elas vem mil e uma experiências que temos aqui na escola (...), mas quando tem um feedback para o nosso trabalho, é perfeito (...) eu acho que com essa parceria dos alunos, professores e pesquisadores, todo mundo ganha, mas tem que ter objetivos (...) e eu penso que quem ganha

mais são as crianças, porque aquilo que eu aprendi com vocês eu vou usar com eles, então eles saem ganhando também (P16)

Geralmente não existe devolutivas das pesquisas que fazem com a gente. Eu já participei de algumas que não existiam devolutivas. Aí a gente tem que acreditar que estava corrido e que foi difícil voltar (...) mas eu penso que essa pessoa vai cair no mercado de trabalho e vai entender que ela não pode fazer isso, usar as pessoas e pronto (...) Alguém vai fazer isso com ela depois, e ela vai ver o quanto é ruim, e que não pode ser assim, precisa mudar a tática (P16)

Eu acho interessante a devolutiva da pesquisa, é bom saber o que significou terem passado os conhecimentos para a gente, e o que despertou em nós (...) Penso que a pesquisa é uma maneira de enriquecer, mas precisa de um fechamento, de compromisso, que não seja aquela coisa largada de cumprir protocolo (P23)

É interessante, para nós, que a pesquisa seja um todo, e que não lembremos de quem vem com a autorização de pesquisa, como pessoas que deixaram o papel na secretaria para ser assinado enquanto pesquisa (...). Fica vazio, jogado, não temos devolutiva, e é a devolutiva que é interessante para nós (...). Tenho a impressão que as pessoas acham que professor reclama demais, fala demais, então vem fazer pesquisa com a gente, deixa largado e ninguém volta para dar devolutiva sobre o que começou a fazer (P23)

Eu acho que pela pesquisa é o único jeito da gente falar sobre o que você quer que melhore, o que está bom, como podemos fazer diferente (...) Se não for pesquisado, a gente não consegue pensar nisso, então é importante pesquisa, sim, é por ela que descobrimos onde estão as falhas e os acertos (P25)

Existe uma disfunção muito grande entre a universidade e a vida real, então precisamos de profissionais que façam esse elo, e eu vejo isso pelos pesquisadores (...) temos que estudar, mas tem que haver mais prática dentro da teoria (P26)

Diversas pesquisas realizadas no meio acadêmico tem como local de estudo a escola. O delineamento da pesquisa é determinado pela produção, comunicação e utilização dos estudos. A disponibilidade e acesso à ciência devem ser dissipados e considerados fatores intrínsecos à responsabilidade social. Há necessidade de adequação dos temas estudados à real demanda profissional do professor; evitar a falta de contextualização dos dados, objetivos e foco. É substancial incorporar a prática na teoria e melhorar a interlocução entre a universidade e a escola

6. Discussão

O tema de primeiros socorros dentro do ambiente escolar é emergente e necessário. A escola tem papel fundamental na promoção da saúde, além de prevenção de acidentes infantis (BOAVENTURA et al, 2017). A instituição de ensino é ambiente propenso a acidentes e riscos, porém os professores não estão aptos e/ou confiantes para promoverem os primeiros atendimentos (OLIVEIRA et al, 2012; VENÂNCIO,2014; SILVA; SOARES; LIMA, 2016). Assim, faz-se imprescindível que intercorrências de saúde e acidentes com crianças na escola sejam discutidos, bem como estratégias para aprimoramento do modo como essas ocorrências são tratadas pelos profissionais de educação.

Cabral; Oliveira (2017) demonstraram que as principais intercorrências vivenciadas pelos professores na escola foram crise convulsiva, desmaio, picada de animal peçonhento, hemorragia, choque elétrico, crise asmática, afogamento, queimaduras, intoxicação e parada cardiorrespiratória. A situação do engasgo foi referendada em nosso estudo como ocorrência significativa dentro do ambiente de ensino.

O engasgo, a queda, a fratura, as contusões e lesões foram os tipos de acidentes mais vivenciados pelos professores de nossa pesquisa, o que corrobora com estudo de Carmo; Souza; Araujo; Francisco (2017) que cita, como principais acidentes vivenciados pelos professores, no ambiente escolar, fraturas, entorses, engasgo e queda. Malta; Mascarenhas; Neves, Silva (2015) também elucidam engasgamento e cortes como situações recorrentes, adicionando a essas situações os traumas e mordidas.

Estudo realizado em Cabo Verde, em 2017, afirmou que acidentes são comuns no cotidiano das crianças, podendo causar lesões incapacitantes ou até mesmo óbito. Analisou aspectos epidemiológicos de ocorrência dos agravos que aconteceram por acidentes domésticos, nos esportes, acidentes no lazer ou na escola. Das 201 crianças incluídas no estudo, as que tinham idade menor que 5 anos foram as mais atingidas. Em relação aos tipos de brincadeiras, os que mais ocasionaram acidentes foram os jogos de luta e futebol. A maioria dos acidentes aconteceu em casa e as fraturas foram as lesões preponderantes, ocorrendo em todos os ambientes, porém com representatividade de 40% na escola (MOHAMED et al, 2017).

O alto número de acidentes com crianças que ocorrem na escola justifica a importância do nosso estudo e salienta a necessidade de aprimoramento dos conhecimentos técnicos e teóricos sobre primeiros socorros pela equipe que atua na instituição. Em nossa pesquisa, a maioria dos professores vivenciou alguma intercorrência de saúde na escola, porém não tinha instrução suficiente para atender adequadamente o agravo.

Carmo; Souza; Araujo; Francisco (2017) revalidam tal achado, ao investigarem as atitudes dos docentes de uma escola de educação infantil diante de um acidente escolar, e concluírem que os mesmos demonstram ser leigos em relação ao manejo inicial do acidente escolar, apesar de manifestarem desejo de aproximação ao tema.

Estudo realizado por Cabral; Oliveira (2017) com 31 professores de educação básica objetivou investigar o conhecimento dos professores acerca da temática de primeiros socorros. Demonstrou que as ações realizadas foram baseadas em conhecimentos populares, sendo o sangramento nasal, a picada de animais peçonhentos e o engasgamento as situações manejadas de forma mais inadequada. Os autores também investigaram conhecimento específico dos professores sobre PCR, enfatizando que há conhecimentos incompletos sobre os protocolos, ausência de início das compressões torácicas e preocupações com a responsabilidade legal.

Assim, o cenário de parada cardiorrespiratória realizado durante nossa pesquisa demonstra-se como situação crítica real que ocorre na escola, porém não bem manejada pelos professores. Dessa maneira, realça-se importância de agregar à nossa intervenção educativa tal intercorrência clínica.

De acordo com estudo de Cabral; Oliveira (2017), Machado; Petry; Somavilla; Hopp (2017) a temática de saúde na escola é insuficiente na formação profissional, uma vez que, quando são necessárias, as ações de cuidado provêm de conhecimentos pessoais e familiares. Corroborando com os achados, os professores de nosso estudo referiram que previamente à intervenção educativa, as ações que realizavam quando defronte a alguma urgência eram as mesmas apreendidas em domicílio, desde criança, como no caso de engasgo, bater nas costas e levantar os braços.

A ausência de fundamentos essenciais sobre primeiros socorros faz com que o acidente se torne uma situação ainda mais assustadora, repercutindo em complicações, por vezes, desnecessárias (CABRAL; OLIVEIRA, 2017).

Estudo realizado na Grécia, em 2016 objetivou apreender o meio pelo qual professores de escolas primárias e secundárias obtiveram conhecimento a respeito de epilepsia, primeiros socorros com convulsões e outras condições de saúde das crianças. 37,7% relataram que obtiveram informações por meio de vivências pessoais e pela internet e somente 6,2% participaram de algum tipo de atividade formativa. Dos sujeitos investigados, 92% relataram que não teve treinamento sobre primeiros socorros de maneira adequada (KAMPRA; 2016). Concomitantemente, em nosso estudo, os professores relataram que não obtiveram informações precisas sobre primeiros socorros durante a formação acadêmica ou durante o processo de trabalho.

Apesar da implementação incipiente em algumas universidades, o conhecimento acerca dos protocolos de primeiros socorros entre professores é deficiente, e não há formação acadêmica adequada sobre a temática durante a graduação (BROZELI, 2014; GHAMOUM; MENDES JUNIOR; OLIVEIRA; LIMA, 2015; COSTA;NUNES, 2016).

Cabral; Oliveira (2017) detalham que a oportunidade de participar de disciplina de primeiros socorros, durante a graduação do docente, é escassa e que, apesar do interesse limitado por cursos extracurriculares, os professores compreendem a necessidade de formação sobre o tema. Carmo; Souza; Araujo; Francisco (2017) referem que de 10 professores entrevistados em seu estudo, somente 6 possuíram capacitação de primeiros socorros durante o período de graduação e que nenhum recebeu treinamento institucional para atuar, caso necessário.

No caso em que os professores afirmam ter aproximação com o tema de primeiros socorros durante a graduação, referem insegurança para atuar em diversas situações de saúde e que o tema de primeiros socorros foi insuficiente (OLIVEIRA; LEÃO JUNIOR; BORGES, 2015; SALES; SILVA; PEREIRA; DOMINGOS JUNIOR; MEDEIROS, 2016; MACHADO; PETRY; SOMAVILLA; HOPP, 2017).

Na graduação em educação física há obrigatoriedade em cursar primeiros socorros, porém, ao mesmo tempo, a inaptidão dos professores para atender as demandas de saúde deve-se à carga horária escassa e predominância de aulas teóricas com pouco espaço para prática (CASSOTE; SANTOS SILVA; MIRANDA, 2015).

A literatura coincide com o nosso estudo, quando traz que o professor destaca a necessidade de capacitação em primeiros socorros e percebe necessidade de a temática ser

inserida dentro da escola, devido aos riscos intrínsecos a esse espaço. Hwang; Oh; Cho (2016) detalham que os professores estão disponíveis para realizar os primeiros atendimentos e que a demanda educacional sobre a temática é maior entre os professores que já vivenciaram algum caso de urgência.

Em relação à atualização dos cursos de primeiros socorros, há diretrizes mundialmente aceitas e revistas periodicamente que dirigem a condução das manobras de primeiros socorros. Entre as diretrizes principais estão o Suporte Básico de Vida em Cardiologia (BLS), o Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) e o Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), que enfatizam a sistematização do atendimento e os procedimentos organizacionais para que ocorram em tempo e local adequados (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015; VAN DE VELDE et al, 2013; INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES, 2011).

É imprescindível, dentro do ambiente escolar, o profissional de educação ter referência para o atendimento e ser capacitado por meio de atividades educativas que visem à avaliação e ao manejo diante de um evento adverso (MARTIN, 2015; SALES; SILVA; PEREIRA; DOMINGOS JUNIOR; MEDEIROS, 2016; BECKER; MOLINA; NUNES, 2017).

Apesar da complexidade do primeiro socorro, a literatura enfatiza que ao menos um indivíduo bem treinado pode melhorar significativamente as consequências, a longo prazo, decorrentes de um acidente vivenciado (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015, MARTÍN, 2015). Professores treinados para exercer primeiros socorros podem tanto atender na escola, quanto serem multiplicadores das informações obtidas para outros profissionais de educação ou para as próprias crianças (BOTTIGER; AKEN, 2015).

Nesse sentido, estratégias que articulem educação e saúde dentro das escolas são efetivas para ampliar oferta do atendimento bem sucedido de urgência na escola, e aumentam o conhecimento e confiança dos professores ao se defrontarem com alguma intercorrência de saúde com a criança. Assim, o Ministério da Saúde enfatiza o período escolar como propulsor para promoção da saúde, prevenção de doenças e fortificação de fatores de prevenção, uma vez que a escola tem atribuições sociais e políticas que devem resultar no desempenho da cidadania (LIMA; NEVES JUNIOR, 2016).

Boaventura, et al (2017) descreveram treinamento de primeiros socorros realizado com 150 professores e funcionários de um centro de educação infantil e complementar, para

prestar cuidados imediatos às crianças vítimas de acidentes ou mal súbito. Dos participantes, 45,65% não possuíam conhecimento prévio sobre primeiros socorros e 97,82% referiram a contribuição do curso para atuação profissional e desejo de aprofundamento da temática. O curso foi realizado através de percurso teórico prático dividido em quatro encontros que abrangeram a criança engasgada, febre, convulsão, hemorragia, fratura, queda, reação anafilática, intoxicação, picadas por animais peçonhentos e parada cardiorrespiratória. Utilizou-se de demonstração prática e treinamento de habilidades, como recurso de multimídia.

Estudo realizado por Silva; Costa; Furtado; Tavares; Costa (2017) detalhou o delineamento de uma ação educativa com professores do ensino primário, em que foram realizadas discussões teórico-práticas pautadas no protocolo do Suporte Básico de Vida, com vistas ao desmaio, engasgo, fraturas, convulsão, ferimentos e sangramento nasal. Essas situações foram elencadas pelos professores, sob estudo, por meio de diálogo prévio à intervenção, com o corpo docente, como as mais recorrentes na escola. O estudo enfatiza insegurança e sentimento de realização de ação inadequada e consequentes agravos da situação, indo ao encontro de nossos achados. Os professores demonstraram lacunas nos saberes relacionados ao primeiro atendimento, a chamar ajuda e a intervirem. Além disso, referiram medo de contaminação por contato com o sangue ou fluidos. A avaliação da atividade educativa realizada foi positiva e descrita em cartolina, que propulsionou discussão a respeito de modificações das práticas realizadas.

Pesquisa realizada na Índia, em 2014, sensibilizou professores sobre a ocorrência de acidentes com crianças na escola e o gerenciamento de primeiros socorros. Demonstrou que houve aprimoramento do conhecimento após aplicação de programa de ensino estruturado (PIYALI, 2014). Em 2015, o treinamento de primeiros socorros no ambiente escolar passa a ser enfatizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através de incentivos adscritos na declaração “Kids save lives” que prevê a formação de emergências nas escolas para crianças no mundo todo (BOTTIGER; AKEN, 2015; MARTÍN, 2015).

Assim, ao considerar a complexidade da temática de exercer primeiros socorros dentro do ambiente escolar, intervenções educativas com professores demonstram-se ferramentas que contribuem para abordagem de informações e conhecimentos sobre manejo de intercorrências de saúde na escola.

Nessa perspectiva, o enfermeiro escolar possui responsabilidade social perante a formação da comunidade escolar e deve ser capaz de compartilhar informações sobre saúde, para além do ambiente físico-hospitalar ou ambulatorial, de maneira contextualizada às demandas escolares (RASCHE; SANTOS, 2013; ROSA et al, 2017). A enfermagem em saúde escolar é determinante a fim de estimular emancipação de saberes, diálogo intersetorial e estímulo a discussões teórico-práticas (ROSA et al, 2017; SILVA et al, 2018). Tais atributos extrapolam pressupostos do Programa Saúde nas Escolas, em que se enfatiza a prevenção de agravos e não a promoção à saúde de maneira efetiva, requerendo do enfermeiro educador habilidades de comunicação, estratégias educacionais inovadoras e atualizações constantes.

Nosso estudo elucida que cada vez são maiores as demandas de saúde dentro das escolas. Elucida também que, além do risco iminente de ser criança e estar em um processo de descobrimento, estratégias de inclusão demandam dos professores procedimentos específicos de cuidado em saúde, aumentando a complexidade dos atendimentos prestados dentro da escola. A atual realidade escolar inclui crianças com problemas crônicos de saúde, o que implica em vulnerabilidade da comunidade educacional quando não está adequadamente treinada para lidar com primeiros socorros (RODRIGUÉZ; CASTRO, 2013).

Nesse sentido, Chicon et al, 2016 referem que o professor tem atribuição essencial de promoção de avanços no aprendizado e desenvolvimento infantil, e Braz-Aquino; Ferreira (2016) relatam que a inserção de crianças com necessidades especiais na escola ocorre de maneira que não há condições físicas e de apoio a potencializar as habilidades da criança. Da mesma forma, mães de crianças com doenças crônicas evidenciam limitações e dificuldades dos filhos de permanência na escola, devido à falta de condições necessárias à inclusão efetiva (PINTO, 2017).

A interlocução entre saúde e educação há tempos acontece, porém não por meio de processo integrativo educacional. A inadequação dos materiais didáticos e das estratégias metodológicas para temas distantes dos conhecidos pelo público-alvo, raramente são significativos para população aprendiz (DUQUE; SILVAVA, 2011; PINAFO; NUNES; GONZALES, 2012; OLIVEIRA et al, 2013; FONSECA; SCHMIDT; TEIXEIRA, 2013; JUNQUEIRA; SANTOS, 2013).

Assim, a utilização de estratégias de ensino e aprendizagem, direcionadas e específicas para cada público, sinaliza que treinamentos dessa natureza podem abrir espaços para o diálogo e a críticas do cotidiano do ambiente escolar (PATRÍCIO et al,2013).

Evidencia-se em nosso estudo que é necessário aproximar o socorrista leigo por meio de ferramentas de ensino e operacionalização do processo ensino-aprendizagem que valorizem a clareza, simplicidade de linguagem, escassez do uso de termos técnicos e atualização do conteúdo, o que ocasiona maior interesse e relevância ao que está sendo exposto. A transposição do conteúdo abordado sobre primeiros socorros, para o contexto da realidade escolar do professor demonstrou incrementar o conhecimento apreendido a longo prazo.

Santos (2017) refere que a capacitação profissional deve ocorrer, a fim de melhorar os conhecimentos dos profissionais de educação para aprimoramento da prática e dos trabalhos que são executados. Isto posto, apesar de ocorrerem algumas ações de educação permanente dentro das escolas , nosso estudo demonstra que aquelas ações cujos temas extrapolam o campo educacional possuem menor aceitação por parte dos docentes, do que aquelas em que se concentram conteúdos inseridos diretamente do âmbito educacional.

Assim, é significativo que sejam feitas adaptações das temáticas de saúde para os professores, a fim de tornar o conteúdo sensível à efetiva prática profissional. São necessárias transformações atitudinais que sejam permeadas por visão crítica sobre necessidade de aprimoramento profissional. Nessa conjectura, dispõem-se de poucos estudos a respeito da adequação ao público-alvo do material didático utilizado em cursos de primeiros socorros.

Pesquisa realizada por Duque e Silvava, em 2011, teve como ênfase as abordagens do processo de ensino-aprendizagem utilizados por enfermeiros no treinamento de clientes tratados por diálise peritoneal. Nesse estudo foi identificado que a ação do enfermeiro no contexto examinado requer conduta sistematizada, com base em conhecimentos técnico-científicos atuais, que seja respaldada em necessidades dos clientes e permeada pelo contexto sociocultural no qual estão inseridos.

Nessa perspectiva, da mesma forma que ocorreu com o paciente dialítico, enfatizando o percurso da educação em saúde, o professor compreende que as ações de educação em saúde têm que ser pautadas no contexto em que estão inseridas. Devem ser significativas para

o cotidiano educacional, enfatizando necessidade de treinamentos atuais e apoiadas pelas demandas da escola.

A discussão de primeiros socorros na escola vem sendo debatida a nível governamental. Os professores têm respaldo legal para realização de cursos de primeiros socorros, porém desconhecem seus direitos e deveres frente ao atendimento de saúde de crianças em situações de urgência (BRASIL, 1940; PROJETO LEI 7434/2014; BRASIL, 2015; PROJETO LEI LUCAS, 2018).

A omissão de primeiros socorros ou não pedir socorro à autoridade competente constitui-se enquanto crime (BRASIL, 1940). Isso se torna agravante para o profissional de educação, uma vez que o contexto escolar contempla crianças menores de idade e que estão sob responsabilidade da própria escola.

Ao mesmo tempo, prestar socorro inadequadamente ou não ter conhecimento sobre as situações de risco à saúde, imputa em complicações para o decorrer da vida, tanto para quem sofreu o acidente, quanto para quem prestou o socorro de maneira incorreta (MAIA; CAMPOS, 2012; FONTANA; SANTOS, 2014) As intercorrências de saúde nas escolas não são situações desconhecidas, e conferem preocupação entre os professores, em decorrência da responsabilidade civil e penal que permeia o atendimento (RODRIGUÉZ; CASTRO, 2013).

Segundo Cabral; Oliveira (2017), vivenciar situação imprevista de agravo à saúde na escola gera estresse ao professor, que se vê responsável pelo atendimento da criança até que chegue serviço especializado. Soma-se a isto a baixa autoconfiança do professor no desenvolvimento de primeiros socorros (HWANG; OH; CHO, 2016). Apoiando os autores, nosso estudo enfatiza que o professor, ao experienciar um acidente, sente medo, ansiedade, angústia e insegurança para manejar a situação. Além disso, as características pessoais de personalidade causam repercussões positivas ou negativas no atendimento.

O fato de o professor conseguir atender ou não a uma urgência pode estar correlacionado à suposição de Rabaglio (2004), em que para efetivar uma ação, é preciso ter conhecimentos, habilidade e atitudes (CHA). Esse conceito surgiu com McClelland em 1973 a partir do uso de teste de competências em processos seletivos. Ele enfatiza que os conhecimentos são os conteúdos que sabemos, porém não obrigatoriamente precisam ser colocados em prática; as habilidades constituem-se enquanto as práticas que dominamos; e as

atitudes referem-se às características pessoais que levam a intervir ou não sobre o que se conhece e sabe. Assim, nota-se que as ações realizadas pelos professores de nosso estudo pautaram-se em premissas estabelecidas pelo CHA.

As competências coletivas remontam à capacidade grupal de cumprir um objetivo geral, com base na ação compartilhada e com vistas à qualidade do processo (BITENCOURT, 2013). Nesse sentido, em nosso trabalho, as competências coletivas dos participantes pareceram marcantes perante o atendimento de primeiros socorros, em detrimento das práticas individuais. Quando o professor estava em meio aos seus pares, sentia-se mais seguro em prestar o atendimento de forma grupal do que individualmente, ancorando-se na preposição de que ações partilhadas podem gerar menos riscos e minimizar a insegurança da atuação.

Aspectos como habilitação literária, percepção de conhecimento e fontes de informação interferem no conhecimento teórico sobre como atuar em situações de emergência, bem como no conhecimento operacional (ESTEVES; PINHEIRO; BRÁS; O'HARA; RODRIGUES, 2015)

Em relação à atribuição do professor em ser responsável pela realização dos primeiros socorros, cabe ressaltar que esse profissional não se torna corresponsável pelo atendimento inicial, quando se aproxima das técnicas, mas sim, sujeito crítico e com qualificação mínima para agir em uma situação de urgência, caso sinta segurança e autonomia, antes que o serviço de saúde especializado chegue.

Diversas atribuições do professor dentro da escola extrapolam propriamente o ensino e variam desde exercerem papel de familiares até a necessidade de desenvolvimento de habilidades pertencentes a outros profissionais, tais como educadores especiais, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros. Nesse sentido, cabe ressaltar que, apesar de ser imprescindível capacitação de primeiros socorros para pessoas leigas, enquanto cidadãs, e no caso, dos professores; dentro das escolas é necessária interlocução com os serviços de saúde e presença mais próxima das instituições de ensino ao profissional especializado, a fim de conter riscos.

Enfatiza-se a responsabilidade governamental em garantir aplicabilidade de legislação que prevê esse movimento de proximidade entre as áreas de saúde e educação, e de prover ferramentas de operacionalização do trabalho em Rede, que vise ao desenvolvimento e à proteção infantil.

O processo de globalização trouxe o rápido acesso às informações, renovações sociais, tecnológicas e organizacionais, que culminaram em novas demandas educacionais em relação às aquelas até então aceitas e instituídas. Nesse contexto, a tecnologia passa a ser facilitadora do processo de aprendizagem, e as estratégias educacionais carecem de apropriarem-se das características dessa nova forma de comunicação, propiciando que as experiências educacionais vivenciadas tornem-se mais consistentes na realidade imposta (OLIVEIRA; SOUZA, 2016; CUNHA; CUNHA; CUNHA, 2017).

Dentro desse contexto, métodos transformadores do processo de ensino-aprendizagem perpassam por abordagens teóricas que fazem menção ao construtivismo. Baseiam-se, pois, na aprendizagem significativa, colaboração, interdisciplinaridade, contextualização, reflexão, crítica, investigação, humanização, motivando a aprendizagem (CECY; OLIVEIRA, 2013). Essas premissas conceituais estimulam diretrizes integradoras da teoria e da prática e permitem abranger as possibilidades de ensino (ROMAN, et al, 2017).

Farias, Martins, Cristo (2015) discorrem sobre as mudanças históricas nas práticas educacionais, trazendo o conceito de aprendizagem significativa e o diálogo que esse conceito estabelece com as premissas construtivistas. O modo como um novo conhecimento é apreendido resulta da significação que o aprendiz dá à nova informação, ou seja, as correlações feitas com seus conhecimentos prévios.

No caminho de aprimorar o processo de ensino-aprendizagem, em especial, em primeiros socorros, a literatura expõe diversas estratégias de ensino dos temas relacionados em saúde. Em 2016 Wilson, Johnson e Tully criaram aplicativo projetado para garantir atendimento de primeiros socorros adequado antes e durante emergências, adaptado para uso em 76 países.

Outra estratégia relevante está relacionada ao percurso metodológico escolhido para o ensino de primeiros socorros, que considere questões de transformação social e de disseminação das informações. Nessa perspectiva, revisão narrativa realizada por Roman, et al (2017) no período entre novembro e dezembro de 2016, enfatizou as principais metodologias ativas utilizadas durante a graduação em saúde. Os autores ressaltaram a problematização e aprendizagem baseada em problemas, a espiral construtivista, o ensino baseado em jogos, o ciclo de discussão de problemas e a simulação.

Em nosso estudo utilizamos a Simulação Realística como tecnologia para intervenção de educação em saúde sobre primeiros socorros, com professores. Essa tecnologia foi definida por Gaba (2007) como estratégia que transforma situações reais em representações guiadas e reproduzem contextos do mundo real de maneira participativa.

A Simulação Realística é uma tecnologia utilizada para aprendizagem ativa e avaliação de experiências de vida. Expõe questões da realidade em experiências replicadas controladas por interpretações do mundo real em um cenário interativo. Tal estratégia de ensino aprimora a evolução pedagógica, intercomunicando atribuições práticas e teóricas, conteúdos acumulados e propiciando tomada de decisão (GABA, 2007; VILELLA; LEITE; NASSAR, 2010; BLAND; TOPPING; WOOD, 2011; BRAZÃO et al, 2015; FERREIRA; CARVALHO; CARVALHO, 2015).

Na literatura, diversos são os estudos que utilizam teoria e prática agregados para o treinamento de primeiros socorros nas escolas, porém há escassez de estudos que utilizam essa metodologia juntamente aos sujeitos professores. A simulação realística vem sendo empregada nos ambientes acadêmicos, com graduandos, na maioria das pesquisas, mas ainda de forma incipiente. Emprega-se também para preparo de alta do paciente e facilitação de autocuidado, como *in situ* com profissionais de saúde (KANEKO et al, 2015; SALVADOR et al, 2015; LEONELLO; LEITE; ALMEIDA; DIAS, 2017; SANTOS et al, 2017; BELFORT et al, 2018; LEMOS et al, 2018; MIRANDA; MAZZO; ALVES, 2018).

A simulação realística propicia diálogo entre educando-professor-conteúdo e utiliza de conhecimentos prévios como propulsores da aprendizagem, utilizando a reprodução da realidade em ambiente controlado (PRESADO, 2018; NEGRI, 2017). Estrutura-se a partir de *design* proposto por Jeffries (2012), que delimita objetivos, fidelidade do cenário, resolução de problemas, apoio ao estudante e debriefing.

O momento do debriefing constitui-se como fase mais significativa da simulação e pilar do cenário simulado, pois permite compartilhamento dos acontecimentos do cenário e reformulação de ações (ABATZIS; LITTLEWOOD, 2015). Essa etapa da estratégia tem etimologia no período de guerra, em que eram discutidas as batalhas e novas missões após o confronto (PEARSON; SMITH, 1986).

Há diversas formas de realização do debriefing, entretanto alguns pontos são comuns entre elas e fazem menção pelo qual a reflexão sistemática é organizada, a fim de remodelar

comportamentos realizados durante a atuação, e reflexões que perpassem por diversas visões sobre as ações efetuadas (COUTINHO; MARTINS; PEREIRA, 2014; GARCÍA-SOTO; NAZAR-JARA; CORVETTO-AQUEVEQUE, 2014). Lederman (1992) enfatiza que neste momento devem ser expostos questionamentos sobre o cenário vivenciado e sobre conhecimentos teóricos específicos, além dos sentimentos experimentados na situação, retomada de pontos positivos e pontos a serem melhorados, aprimoramentos para próximos cenários e tempo conciso.

O realismo do cenário, a responsabilidade de participação e comprometimento com a aprendizagem, somados ao momento de retroalimentação da aprendizagem caracterizado como debriefing tornam marcantes a experiência de participar de um cenário simulado, na medida em que há promoção de pensamento crítico-reflexivo e autocrítica (SOUZA et al, 2017). A simulação realística permite que se repense a própria prática e desenvolva pensamento crítico a partir do compartilhamento de experiências, antepondo conceitos antes estritamente estabelecidos. Oportuniza-se também transpor a realidade vivenciada para reflexões acerca de condutas corretas.

Notou-se, em nosso estudo, que os participantes, ao se depararem com o cenário simulado, por diversas vezes lembraram alguma intercorrência vivenciada na escola, ou até mesmo conhecimentos prévios a respeito do que estavam visualizando. A aprendizagem tornou-se significativa, a partir do momento em que o professor conseguiu estabelecer correlações entre o que estava vendo enquanto conteúdo e sua aplicabilidade para o cotidiano, fazendo interligações mentais e apreendendo, a partir de seus conhecimentos prévios, reflexões e prática.

Fraser, et al (2012) expõe que há diversos estudos que concluem que as emoções advindas junto ao cenário simulado afeta a carga cognitiva e os resultados de aprendizagem. Assim, ao manipularem algumas emoções durante capacitação com simulação, conseguiram avaliar o impacto na carga cognitiva. Os autores concluem que quando o desfecho do cenário culmina em óbito ou em experiências negativas, a carga cognitiva torna-se inversamente proporcional ao aprendido, ou seja, o aluno aprende menos quando o desfecho do cenário é ruim.

Os dados dessa pesquisa expõem que a simulação realística proporciona ao aprendiz defrontar-se com suas próprias emoções e aprender como lidar com elas, fazendo com que a

aprendizagem seja facilitada pelos aspectos cognitivos intrínsecos a ela. Os professores entrevistados relataram que não sabiam que emergiriam sensações de medo, insegurança, nervoso e incapacidade e, ao lidarem com tais emoções, referiram lembrar-se das ações a serem realizadas, com maior facilidade.

Nesse ínterim, Pacheco (2008) expõe a premissa de que o desequilíbrio entre fatores internos, ou seja, as capacidades do indivíduo, e fatores externos, referentes às exigências do ambiente, levam à volubilidade e conseqüentemente a situações de estresse. Assim, os professores, ao se defrontarem com sentimentos negativos, desenvolveram atitudes de reacomodação, em que o frêmito emocional, ao mesmo tempo em que propiciou impotência frente à situação, propiciou iniciativa de tomada de decisão, seja em buscar ajuda seja em agir ativamente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. Considerações finais

A população brasileira, de maneira geral, não está preparada para lidar com questões de urgência em saúde. Neste sentido, a comunidade escolar, por estar próxima a crianças e ter responsabilidades frente à educação, porém também ao cuidado da criança durante sua permanência na escola, deve estar capacitada a prover primeiros socorros de maneira segura, quando necessário.

O ambiente escolar é cenário propício a riscos de vida, assim, identificar as contribuições da Simulação Realística quanto ao manejo de intercorrências de saúde com crianças em ambiente escolar por professores, traz à tona questionamentos relacionados ao papel profissional, ético e de cidadania do professor.

Acidentes e intercorrências de saúde com crianças na escola são assuntos a serem discutidos, uma vez que capacitação profissional para atender tais situações ainda é incipiente e pautada em treinamentos descontextualizados da rotina de trabalho.

Nesse sentido, nosso estudo demonstra que, além de mudanças atitudinais individuais e coletivas, faz-se necessário interconexão entre a rede de saúde e educação. São imprescindíveis iniciativas de treinamentos que se baseiem em estratégias metodológicas transformadoras do processo de ensino-aprendizagem e que enfatizem a aprendizagem significativa. A escola consolida-se como espaço substancial para troca de informações e é preciso maior proximidade relacional entre o campo educacional e da saúde.

Nessa perspectiva, a simulação realística, como tecnologia aplicada à educação em primeiros socorros e como recurso da aprendizagem experiencial, promove reflexões intencionais, desvela sensações e emoções dos professores, relacionadas ao atendimento de situações de urgência e materializa intervenção educativa projetada para o profissional de educação.

Compreender as demandas de saúde escolar e aproximar-se das técnicas de primeiros socorros, a partir de treinamentos com simulação, permite ao professor autorreflexão. Além disso dá sentido a estímulos externos, revalida informações do senso comum e de acesso através dos meios eletrônicos, auxilia na operacionalização do atendimento às intercorrências,

através da proatividade e prontidão; seja para atuar direta ou indiretamente no caso de alguma intercorrência.

É imprescindível a discussão sobre primeiros socorros na escola, e essa pesquisa parte da premissa de que qualificar os professores para isso repercute na defesa, promoção e proteção da infância e tem relevância social.

Entretanto, indagações sobre corresponsabilização do professor sobre mais uma atribuição, além das inúmeras que já desenvolve na prática profissional, devem ser consideradas, uma vez que se fazem necessários treinamentos de primeiros socorros nas escolas, a fim de familiarizar o profissional com as técnicas e aproximá-lo delas, enquanto cidadãos. Entretanto, não eximir a responsabilidade governamental em potencializar a escola para a segurança da criança.

Conhecer a experiência de participação do professor na intervenção educativa mediada pela Simulação Realística e averiguar as contribuições do curso na vivência diária deste profissional, subsidia para que novos estudos sejam feitos, a fim de aprimorar o meio educacional para lidar com questões de saúde.

A simulação realística auxilia para que situações reais possam ser praticadas através de ambiente seguro e foi considerada subsídio inicial para o aprendizado, ponderada como ponto de partida do processo aprendizagem em primeiros socorros.

Como instrumentos de coleta de dados, a entrevista individual demonstrou-se bastante significativa, entretanto o modo como constituiu-se o grupo focal trouxe dados escassos referentes à coletividade, sendo mais abrangentes as falas provenientes do momento do Debriefing do que do próprio grupo. Nesse sentido, nesse tipo de pesquisa, grupo focais, realizados após intervenção com simulação realística e debriefing, tornam-se cansativos e não tão representativos enquanto instrumento de coleta de dados, mesmo quando a conduta do facilitador é imparcial e integradora entre o grupo.

Os participantes não referiram nas entrevistas individuais que o grupo focal foi elemento de estresse, entretanto, durante o percurso de realização, esse grupo não se desenvolveu da forma esperada, contemplando amplitude nos resultados grupais. Falas viciadas e copiadas de integrantes anteriores, pressa para finalização e poucos resultados advindos deste momento da pesquisa foram comuns, apesar de não prejudicarem os objetivos finais da pesquisa. Sugere-se que para replicações

desse estudo, seja repensado o momento de realização do grupo focal, levando em consideração as potencialidades desse instrumento para coleta de dados.

Após intervenção educativa, o acesso aos professores foi facilitado pelo aplicativo WhatsApp®, que nesta pesquisa minimizou o tempo para contato com esses profissionais, uma vez que eles puderam responder se participariam ou não das entrevistas individuais no momento em que estavam disponíveis e não no momento de ligação telefônica, em que poderiam não estar desocupados para atender. Nesse sentido, a tecnologia auxiliou em parte da coleta de dados, realçando a importância de novas inteligências a serem utilizadas em pesquisas posteriores.

Enfatiza-se que a pesquisa foi realizada por meio de grupo seletivo de profissionais de educação, quando se pensa na infinidade de especialidades que circundam o campo educacional e subcategorias de professores. Restringiu-se apenas àqueles que trabalham com educação infantil e de ensino fundamental I, devido à alta incidência de acidentes na infância e crianças passarem o maior tempo de suas vidas na escola. Entretanto, a literatura demonstra carência de conhecimento sobre primeiros socorros entre diversas categorias de professores. Dessa forma, propõem-se estudos em que metodologias ativas para treinamento em saúde sejam aplicadas com outras categorias de professores e profissionais de educação, além de novos treinamentos com cenários validados, replicados no mesmo formato desta pesquisa e com número maior de participantes.

Como limitações do nosso estudo, enfatiza-se que a demanda dos temas abordados na intervenção não partiu dos próprios professores, sendo um viés quando discutido à luz da conceitualização de educação popular em saúde. Entretanto, entende-se que abrir espaço para perceber quais as reais necessidades dos professores dentro do contexto escolar é importante; e justifica-se a escolha por meio de levantamento literário, a fim de abranger temas de evidência nacional e não somente através da escolha de grupo seletivo de professores, apesar da intervenção ser focada nele.

8. Referências bibliográficas

ABATZIS, V.T.; LITTLEWOOD, K.E. Debriefing in Simulation and Beyond. *Int Anesthesiol Clin*, v.53, n.4, p. 151-62, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26397791>. Acesso em: jan 2017

AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*, Campinas; Sorocaba, São Paulo v.16, n.1, p167-184, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aval/v16n1/v16n1a09.pdf>. Acesso em: mar 2017

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>. Acesso em: mar 2017.

ALVES, M. G. Aprendizagem ao longo da vida: entre a novidade e a reprodução de velhas desigualdades. *Revista Portuguesa de Educação*, v.23, n.1, p.07-28, 2010. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-91872010000100002. Acesso em: mar 2017

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. Massachusetts, v.112, n.24, p.IV-1–IV-5, 2015b. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/>. Acesso em: 17 abr. 2016.

AZEVEDO, P.R.; SOUSA, M.M.; SOUZA, N.F.; OLIVEIRA, S.H.S. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* (online). Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 260-267, jan-mar. 2018. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=32234&indexSearch=ID>. Acesso em: jan 2018

BACKES, D.S.; COLOMÉ, J.S.; ERDMANN, R.H.; LUNARDI, V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, vol. 35, n.4, p. 438-442, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf. Acesso em: abr 2017

BALL, S. Aprendizagem ao longo da vida, subjetividade e a sociedade totalmente pedagogizada. *Educação*, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 144-155, 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/12886>. Acesso em: jun 2016

BATEMAM, C. The risky lives of South Africa's children: Why so many die or are traumatised. *S Afr Med J*, v.105, n.3, p.170-171, 2015. Disponível em: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/9462/6576>. Acesso em: jan 2018

BAUER, M.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Editora Vozes, Petrópolis, 2002.

BECKER, K.E.; MOLINA, F.C.; NUNES, C.B. Primeiros socorros nas escolas: opção ou necessidade? XXII Seminário Internacional de Educação, n.2, 2017. Disponível em: <https://www.ulbracds.com.br/index.php/sieduca/article/view/1272/203>

BELFORT, M.A., et al. Low-Fidelity Simulator for the Standardized Training of Fetoscopic Meningomyelocele Repair. *Obstet Gynecol*, v.131, n.1, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29215525>. Acesso em: abr 2018

BEZERRA, M.A.R.; SANTOS, L.R.; ROCHA, R.C.; ROCHA, S.S.B.; BRITO, E.C.C.; SANTOS, J.P. Percepções de cuidadores de crianças menores de cinco anos sobre a prevenção de acidentes domésticos. *REME-Rev Min Enferm*, 20:e944, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/bde-29826?lang=pt>. Acesso em: jan 2018

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – BVS. Descritores em Ciência da Saúde. Disponível em: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&previous_page=homepage&task=exact_term&interface_langua

ge= p&search_language=p&search_exp=Pr%E9-Escolar>. Acesso em: out 2016.

BISHOP, J.P.; BROTHERS, K.B.; PERRY, J.E.; AHMAD, A. Reviving the conversation around CPR/DNR. *The American Journal of Bioethics*, v.10, n.1, p.61–67, 2010. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15265160903469328?needAccess=true>. Acesso em: ago 2016.

BITTENCOURT, C. *Na Trilha das Competências*. Porto Alegre: Bookman, 2013

BLAND, A.J.; TOPPING, A., WOOD, B. A concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today*, v.31, n.7, p. 664-7, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21056920>. Acesso em: abr 2016

BOAVENTURA, A.P. et al. Primeiros socorros no ambiente escolar: relato de experiência na divisão de educação infantil e complementar da Universidade Estadual de Campinas. *Revista Saberes Universitários*, v.2, p.2, p.147-158, 2017. Disponível em: <http://www.sbu.unicamp.br/seer/ojs/index.php/saberes/article/view/7596>. Acesso em: fev 2018

BÖTTIGER, B.W; AKEN, H.V. Kids save lives – Training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*. New York, v.94, p.A5–A7, 2015. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/resuscitation>. Acesso em: mar 2016.

BÖTTIGER, B.W.; AKEN, H.V. Kids save lives – Training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*. New York, v.94, p.A5–A7, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26209417>. Acesso em: mar 2016.

BRANDÃO, E.R.M.; ROCHA, S.V.; SILVA, S.S.. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: Reorientando a formação médica. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro , v. 37, n. 4, p. 573-577, Dec. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000400013>

BRASIL. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Secretaria Geral Parlamentar. Departamento de Documentação e Informação. Lei nº 15.661, de 09 de janeiro de 2015. Institui o programa Lições de Primeiros Socorros na educação básica da rede escolar em todo Estado e dá providências correlatas. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15661-09.01.2015.html>. Acesso em: jan 2017

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8606-saudenaescola-decreto6286-pdf-1&category_slug=agosto-2011-pdf&Itemid=30192. Acesso em: set.2016.

BRASIL. Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências, 1971. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: maio 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2012. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: jan 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: abr 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: maio 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2004b. 80 p.: il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 106 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/portaria-saude-da-cca1.pdf>. Acesso em: out .2016.

BRASIL. Presidência da república. Casa civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: jan 2016

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: jun 2017

BRAZ-AQUINO, F.S.; LUCENA, I.R. ;CAVALCANTE, L.A. Concepções e Práticas de Psicólogos Escolares e Docentes acerca da Inclusão Escolar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.36, n.2, p.255-266, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n2/1982-3703-pcp-36-2-0255.pdf>. Acesso em: mar 2017

BRAZÃO, M.L.; NÓBREGA, S.; CORREIA, J.P.; SILVA, A.S.; SANTOS, D.; MONTEIRO, M.H. Simulação Clínica: Uma Forma de Inovar em Saúde. *Medicina Interna. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, v.22, n. 3, 2015. Disponível em: https://www.spmi.pt/revista/vol22/vol22_n3_2015_146_155.pdf. Acesso em jun 2018

BRITO, J.G.; PEDROSO, B.R.P.; MARTINS, C.B.G. Acidentes domiciliares por forças mecânicas inanimadas em crianças, adolescentes e jovens. *Texto & Contexto Enfermagem(UFSC. Impresso)*, v.65,p. e4180014, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200315&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar. 2018.

BRITO, M.A.; ROCHA, S.S. A criança vítima de acidentes domésticos sob o olhar das teorias de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (online)*, v.7, n.4, p. 3351-3365,

2015. Disponível em:
www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/4307/pdf_1720. Acesso em: jun 2017

BROZELI, E.A. Orientações de Primeiros Socorros em Urgência na Escola. Centro Universitário Amparense – Unifia, 2014 Disponível em:
http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/primeiros_socorros_naescola.pdf. Acesso em: jun 2016

CABRAL, E.; OLIVEIRA, M.F. Primeiros socorros na escola: conhecimento de professores. Revista Ensino, Saúde, Ambiente, v.10, n.1. 2017

CALANDRIM, L.F. Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários. Rev Rene, vol.18, n.3, p.292-299, 2017, maio-jun. Disponível em:
<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20044>. Acesso em: fev 2018

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2009, 288p.

CARMO, H.O.; SOUZA, R.C.A.; ARAÚJO, C.L.O.; FRANCISCO, A.G. Atitudes dos docentes de educação infantil em situação de acidente escolar. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1457. Disponível em:
[file:///D:/Users/Gabriela/Downloads/1457-7650-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/Gabriela/Downloads/1457-7650-1-PB%20(1).pdf)

CARVALHO, L.S.; ALARCÃO, A.L.C.; BARROSO, P.D.; MEIRELES, G.O.A.B. A Abordagem de Primeiros Socorros Realizada Pelos Professores em uma Unidade de Ensino Estadual em Anápolis – GO. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v. 18, n. 1, p. 25-30, 2014. Disponível em:
<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/407>. Acesso em: jul 2017

CASSOTE D.F.; SANTOS SILVA, S. A.; MIRANDA, M.L.J. Desempenho do profissional de educação física em casos de parada cardiorrespiratória: considerações sobre a formação profissional. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte. v.14, n.1, p.143 – 162, 2015. Disponível em:

<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/viewFile/5867/5993>. Acesso em: jul 2017

CECY, C.; OLIVEIRA, G.A.D, (Org.) EMdMBC. Metodologias Ativas: Aplicações e Vivências em Educação Farmacêutica. 2a ed. Brasília/DF: Conselho Federal de Farmácia; 2013.

CHAUDHARY, S.; POMERANTZ, W.J.; MILLER, B.; PAN, A.; AGARWAL, M. Pediatric injury prevention programs: Identifying markers for success and sustainability. *J Trauma Acute Care Surg*; 83(5S Suppl 2): S184-S189, 2017 Nov. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28557845>. Acesso em: abr 2018

COELHO, J.P.S.L. Ensino de primeiros socorros nas escolas e sua eficácia. *Revista Científica do ITPAC*. Araguaína, v.8, n.1, Pub.7, jan 2015. Disponível em: https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/76/Artigo_7.pdf. Acesso em: jul 2016

CHICON, J.F.; HUBER, L.L.; ALBIÁS, T.R.M.; SÁ, M.G.C.S.; ESTEVÃO, A. Educação Física e Inclusão: a mediação pedagógica do professor na brinquedoteca. *Movimento*, v.22, n.1, p. 279-292, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/56302/36617>. Acesso em: mar 2017

COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA (NCPI). Estudo nº 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem. 2014. Disponível em: <http://www.ncpi.org.br>. Acesso em: out 2016.

CRIANÇA SEGURA SAFE KIDS BRASIL. Análise de indicadores de mortes e internações por acidentes na infância e adolescência desde 2001, 2016. Disponível em: <http://criancasegura.org.br/wp-content/uploads/2016/10/livreto-15-anos-v2D-2016-08-29-simples.pdf>

COSTA, O.C.; NUNES L.A.M. Nível de conhecimento em Primeiros Socorros dos Professores de Educação Física das Escolas de São Luís/MA. *Revista Ceuma Perspectivas*, v.28, n.2, 2016. Disponível em:

<http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RCCP/article/view/51/50>. Acesso em: jan 2017

COUTINHO, V.R.D.; MARTINS, J.C.A.; PEREIRA, M.F.C.R. Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, n.2, p.41-50, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a05.pdf>. Acesso em: jun 2016

COUTINHO, V.R.D.; MARTINS, J.C.A.; PEREIRA, M.F.C.R. Student's opinion about feedback Vs structured debriefing: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Didactics*, vol.7, n.4, abril 2017. Disponível em: <http://innovativejournal.in/ijnd/index.php/ijnd/article/viewFile/215/321>. Acesso em: fev 2018

CUNHA, T.N.B.; CUNHA, N.B.; CUNHA, N.C. Gestão do Conhecimento: Influência da Web no Contexto Educacional. *Getec*, v.6, n.14, p.18-32, 2017.

DALL'AGNOL, .C.M.; MAGALHÃES, A.M.M.; MANO, G.C.M.; OLSCHOWSKY, A.; SILVA, F.P. A noção de tarefa nos grupos focais. *Rev Gaúcha Enferm*. v.33, n.1, p.186 – 190, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100024. Acesso em: abr 2018.

DE, P. Effect of Structured Teaching Programme on Knowledge of School Teachers regarding First Aid Management in Selected Schools of Bangalore. *Nurs J India*, v.105, n.8, p.278-82, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26182823>. Acesso em: jan 2016

DELLA BARBA, P.C.S.; BARROS, V.M.; FIGUEIREDO M.O; MARTINEZ, L.B.A. Formação em vigilância do desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Iniciação Científica*, Itapetininga, v. 4, n. 2, p.36-54, 2017. Disponível em: <https://itp.ifsp.edu.br/ojs/index.php/IC/article/viewFile/494/616>. Acesso em: mar 2018

DIAS, J.; COSTA, S.; MARTINS, S. Prevenção de acidentes em idade pediátrica: O que sabem os pais e o que fazem os médicos. *Acta Pediatr Port*, v. 44, n.6, p. 277-282, 2013. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/app/article/viewFile/3490/2756>. Acesso em: mar 2018

DISTLER, R.R.. Contribuições de david ausubel para a intervenção psicopedagógica. Rev. Psicopedag., v.32, n.8, p.191-199, 2015, São Paulo. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862015000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: mar 2018.

DUQUE, D.R.; SILVAVA, F.V. Educação em Saúde: as abordagens do processo de ensino-aprendizagem aplicadas ao treinamento em diálise peritoneal. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v.10, supl.1, 2011. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=122. Acesso em: jun 2016

ELO, S; KYNGA, S.H. The qualitative content analysis process. J Adv. Nurs., v.62, n.1, p.107-15, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18352969>. Acesso em: jan 2017

EMOND, A.; SHEAHAN, C.; MYTTON, J., et al. Developmental and behavioural associations of burns and scalds in children: a prospective population-based study. Archives of Disease in Childhood, v.102, p.428-483, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28424177>. Acesso em: fev 2018

ERICE, D.B.; PARDO, V.G.V; QUESTIER, F.; LUJÁN, D.P. La producción del conocimiento experiencial de los estudiantes en la educación superior. Prax. Saber, v.7, n.14, p.17-39, 2016. Tunja. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-01592016000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar 2018.

ESTEVES,D.; BRÁS,R.; O'HARA,K.; RODRIGUES, R. Avaliação do conhecimento dos professores de educação física para reagirem a situações de emergência. Journal Motricidade , v.11, n.1, 2015. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/3125/5153>. Acesso em: out 2016

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T.P.L.; MORAES, E.P.; SOUZA, E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000300847&script=sci_abstract.

Acesso em: nov 2017

FARIAS, P.A.M.; MARTIN, A.L.A.R; CRISTO, C.S. Aprendizagem ativa na educação em saúde: percurso histórico e aplicações. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.39, n.1, p.143-158, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0143.pdf>. Acesso em: nov 2017

FERNANDES, C.R. et al. Ensino de Emergências na Graduação com Participação Ativa do Estudante. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.38, n.2, p. 261-268, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000200013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: jun 2017

FERREIRA, C.; CARVALHO, J.M.; CARVALHO, F.L.Q. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde. III Seminário de Tecnologias Aplicadas a Educação e Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/1617>. Acesso em: jul 2015

FILOCOMO, 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. São Paulo.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000300287&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700044>.

FLISCH, T.M.P.; ALVES, R.H.; ALMEIDA, T.A.C.; TORRES, H.C.; SCHALL, V.T.; REIS, D.C. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. *Interface. Comunicação Saúde Educação*, v.18, n.2, p. 1225-1268, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601255&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em ago 2017

FLORES, G.E.; OLIVEIRA, D.L.L; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, v.14 n.2, p. 487-504, 2016. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981->

77462016005001107&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: set 2017

FONSECA, T.; SCHMIDT E.; TEIXEIRA, V. Educação em saúde: processos educativos emergentes da relação entre profissionais de saúde e gestantes sobre enfermidade transmitida sexualmente IX Congreso Internacional Sobre Investigación En Didáctica De Las Ciencias p.1306-1310, 2013. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/4937/Educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde.pdf?sequence=1>

FONTANA, R.T.; SANTOS, S.A.P.. Educação em Saúde sobre primeiros socorros a partir dos saberes dos professores. *Vivência*, v.10, n.18, p.133- 146, 2014. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_018/artigos/pdf/Artigo_11.pdf. Acesso em: jul 2016

FRASER, K et al. Emotion, cognitive load and learning outcomes during simulation training. *Med Educ*, v.46, n, 11, p.1055-62, 2012

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. 11^a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. 158p.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 6.ed. Rio de Janeiro; Paz e Terra, 1997. 144p.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 50. ed. Rev. atual. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 253 p.

FREIRE, P.; SHOR, I. Medo e ousadia – o cotidiano do professor. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 312p.

FREITAS, C.M. et al. Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. *Trab. Educ. Saúde*, v. 13, supl. 2, p. 117-130, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462015000500117&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: out 2017

FREITAS, H.M.R.; CUNHA, M.V.M.; MOSCAROLA, J.R. Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. Revista de Administração da USP, v.32, n.3, p.97-109, 1997. Disponível em: http://gianti.ea.ufrgs.br/files/artigos/1997/1997_052_RAUSP_Freitas_Cunha_Moscarola.pdf. Acesso em: fev 2016

FREITAS, L.N.; REIS, M.M.T.; TINOCO, V.A. O enfermeiro promovendo saúde como educador escolar: atuando em primeiros socorros. Revista Transformar, n. 06, 2014. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/16>. Acesso em : abr 2018

GABA, D.M. The future vision of simulation in healthcare. Society for Simulation in Healthcare, v.2, n.2, 2007. Disponível em: http://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Abstract/2007/00220/The_Future_Vision_of_Simulation_in_Healthcare.8.aspx Acesso em: 15 ago. 2016.

GALINDO NETO, N.M.; CAETANO, J.A.; BARROS, L.M.; SILVA, T.M.; VASCONCELOS, E.M.R. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. Acta Paul Enferm, v.30, n.1. p.87-93, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n1/1982-0194-ape-30-01-0087.pdf>. Acesso em: mai 2016

GHAMOUM, A. K. MENDES JR, J. OLIVEIRA, V. M. LIMA, W. P. Disciplina Primeiros Socorros: sua importância na formação do profissional de Educação Física. Revista da Faculdade União Goyazes, v.9, n.2, jul-dez. 2015, p. 47. Disponível em: <http://www.fug.edu.br/2018/revista/index.php/VitaetSanitas/article/view/10/0>. Acesso em: jan 2017

GARCÍA-SOTO, N.; NAZAR-JARA, C.; COVETTO-AQUEVEQUE, M. Simulación en anestesia: la importancia del debriefing. Artículo de revisión, v.37, n.3, p201-205, 2014. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cma143g.pdf>. Acesso em: dez 2016

GASPAR, V.L.V.;SOUZA, E.C.O.; CARMO, J.H.; PEREIRA, W.D. Características de crianças e adolescentes hospitalizados em decorrência de causas externas. Rev Med Minas

Gerais. 2013; v.22, n.3, p. 287-295. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/79>. Acesso em: set 2017

GOMES, L.B., MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n.1, p.7-18, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000100002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: out 2016

GRANEHEIM, U.H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, n.24, p.105–112, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769454>. Acesso em: out 2017

GUEDES-GRANZOTTI, R.B. et al. Situação-problema como disparador do processo de ensino- aprendizagem em metodologias ativas de ensino. *Rev. CEFAC*, v.17, n.6, p.2081-2087, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462015000802081&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: fev 2018

HWANG, JI-YOUNG.; OH, EUN-SOON; CHO, KEUN-JA. A Study on the Self-confidence in Performance and Education Demand of First Aid in Kindergarten and Daycare Center Teachers. *Journal of the Korea Academia-Industrial*, v.17, n.1, p.234-243, 2016

IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Emprego de simulações no ensino e na avaliação. *Rev. Medicina (Ribeirão Preto)*, v.48, n.3, p.233-240, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104308>. Acesso em: mar 2018

INGRAM, J.C. et al. Identifying facilitators and barriers for home injury prevention interventions for pre-school children: a systematic review of the quantitative literature. *Health Educ. Res.*, v.27, n.2, p.258-268, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21873613>. Acesso em: abril 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.saocarlosagora.com.br/cidade/noticia/2017/08/31/91413/sao-carlos-continua-sendo-a-cidade-mais-populosa-da-regiao>

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES. International first aid and resuscitation guidelines 2011. For National Society first aid programme managers, scientific advisory groups, first aid instructors and first responders. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2016.

Disponível em: http://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/First-Aid-2016-Guidelines_EN.pdf . Acesso em: mar 2016.

JEFFRIES, P. R. Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation (2nd ed.). New York, NY: National League for Nursing, 2012

JOSEPH, N.; NARAYANAN, T.; ZAKARIA, S.; NAIR, A.V.; BELAYUTHAM, L.; SUBRAMANIAN AM, et al. Awareness, attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore, South India. *J Prim Health Care*, v.7, n.4, p. 274-281, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26668832>. Acesso em: jul 2017

JUNQUEIRA, M. A. B.; SANTOS, F. C. S. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. *Rev. Ed. Popular, Uberlândia*, v.12, n.1, p.66-80, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/20301/12514>. Acesso em: fev 2016

KAMPRA, M., et al. Teachers' knowledge about epilepsy in Greece: Information sources and attitudes towards children with epilepsy during school time. *Epilepsy & Behavior*, v.60, p.218-224, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27240308>. Acesso em fev 2018

KANEKO, R.M.U., et al. Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco. *Rev. bras. educ. méd*, v.39, n.2, p.286-293, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0286.pdf>. Acesso em: jun 2017

KOLB, D. *Experiential learning*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1984

KOLBE, M.; GRANDE, B.; SPAHN, D.R. Briefing and debriefing during simulation-based

training and beyond: Content, structure, attitude and setting. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* v.29, n.1, p.87-96, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25902470>. Acesso em: mar 2018

KRAKAUER, P. V. C.; SANTOS, S. A. D.; ALMEIDA, M. I. R. Teoria da aprendizagem experiencial no ensino de empreendedorismo: um estudo exploratório. *Revista de Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas*, v.6, n.1, p.101-127, 2017. Disponível em: <http://www.regepe.org.br/regepe/article/view/353>. Acesso em: abr 2018

LEDERMAN, L.C. Debriefing: toward a systematic assessment of theory and practice. *Simulat Gaming*, v.2, n1, p.145-59, 1992.

LEONELLO, V.M.; LEITE, M.M.J.; ALMEIDA, D.M.; DI, C.A. Simulação como Estratégia para o Ensino de Administração em Enfermagem. *Revista de Graduação USP*, v.2, n.2, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/gradmais/article/view/123921/130079>. Acesso em: mar 2018.

LEMONS, F.M.F.C.; FERNANDES, I.S.L.; COUTINHO, I.H.I.L.S.; CUELLAR, P.M.G. Aquisição de habilidades em cirurgia videolaparoscópica por residentes em cirurgia geral após treinamento em um simulador de alta fidelidade. *Sci. med.*, v.28, n.1, 2018. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-879744>. Acesso em: abr 2018

LI, F. et al. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. *Pediatrics.* v.14, n.209, p.1-8. 2014. Disponível em: <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-209>. Acesso em: set 2016.

LIMA, L.L.N.; NEVES JUNIOR, R. Brigada Estudantil de Prevenção de Acidentese Primeiros Socorros em Palmas (TO). *Rev. bras. educ. med.* [online], v.40, n.2, p.310-313, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000200310&script=sci_abstract&tlng=pt

LOPES, R.; TOCANTINS, F.R. Promoção da saúde e a educação crítica. *Interface:*

comunicação, Saúde, Educação, v.16, n.40, p. 235-246, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1312>. Acesso em: jul 2016

LUNA, I.T., et al. Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescentes vulneráveis às DTS/AIDS. *Ciencia y Enfermeria*, v.18, n.1, 2012. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_05.pdf. Acesso em: fev 2017

MACHADO, E.C.M.; PETRY, A.R.; SOMAVILLA, V.E.C.; HOPP, L.S. Acidentes na infância: percepção e atitudes dos professores na educação infantil. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v.11., p.35-45, 2017

MAIA G, CAMPOS R. Segurança para crescer. *Saúde e Meio Ambiente – Revista Interdisciplinar*, v.1, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/download/224/267>. Acesso em: jun 2016

MALTA, D.C.; MASCARENHAS, M.D.M.; NEVES, A.C.M.; SILVA, M.A. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad Saúde Pública*, v.31, n.5, p.1095-1105, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000500020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: abr 2016

MALTA, D.C., et al. The characteristics and factors of emergency service visits for falls. *Rev Saúde Pública.*, v.46, n.1, p.128-37, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22249755>. Acesso em: jan 2017

MARIN, M.J.S et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Rev. bras. educ. med.*, v.34, n.1, p.13-20, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: ago 2016

MARTIN, A.R Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. *Enfermería Universitaria*, v.12, n.2, p.88-92, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000056>. Acesso em: jun 2017

MARTINS, C.B.G. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev Bras Enferm*, v.66, n.4, p.578-84, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a17.pdf>. Acesso em: dez 2016

MARTINS, C.B.G.; MELLO-JORGE, M.H.P. Circumstances and factors associated with accidental deaths among children, adolescents and young adults in Cuiaba, Brazil. *Sao Paulo Med. J.*, v.131, n.4, p.228-237, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802013000400228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar 2018.

McCLELLAND, D.C. Testing for Competence rather than Intelligence. *American Psychologist*, p. 1-14. 1973. Disponível em: <https://www.therapiebreve.be/documents/mcclelland-1973.pdf>. Acesso em: jan 2017

MENDES, A.; LANNI, A.M.Z.; MARQUES, M.C.C.; FERREIRA, M.J.; SILVA, T.H.S. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. *Saúde Soc*, v.26, n.4, p.841-860, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-841.pdf. Acesso em: abr 2018

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, p. 197-228, 2002

MESQUITA, S.K.C; MENESES, R.M.V.; RAMOS, D.K.R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 473-486, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000200473&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: abr 2018

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, F.B.G.; MAZZO, A.; PEREIRA JUNIOR, G.A. Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências: revisão da literatura. *Sci. med.*, v.28, n.1, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322728012_Uso_da_simulacao_de_alta_fidelidade_no_preparo_de_enfermeiros_para_o_atendimento_de_urgencias_e_emergencias_revisao_da_literatura. Acesso em: abr 2018

MIRANDA, N.A.; REZENDE, B.D.; OLIVEIRA, J.S.F.; FRANCO, M.B.S.; KAWATA, L.S. Caracterização de crianças atendidas no pronto-socorro de um hospital universitário. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.4, n.1, p.1350-1364, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/22996/16518>. Acesso em: mai 2016

MOHAMED, A.S. et al. Accidents of the everyday life (AcVC) in children in Dakar: about 201 cases. *Pan African Medical Journal*, v.27, p. 272, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29187941>. Acesso em: jan 2018

MONTEIRO, E.M.; VIEIRA, N.F. Health education based on culture circles. *Rev Bras. Enfermagem*, v.63, n.3, p.397-403, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a08v63n3.pdf>. Acesso em dez 2017

MONTEIRO, P.H.N.; BIZZO, N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. *História, Ciências, Saúde*, v.22, n.2, p.411-427. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n2/0104-5970-hcsm-2014005000028.pdf>. Acesso em: out 2016.

NATIONAL LEAGUE FOR NURSING (NLN). Board of Governors. Debriefing Across the Curriculum. A Living Document from the National League for Nursing In collaboration with the International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL), 2015. Disponível em: [http://www.nln.org/docs/default-source/about/nln-vision-series-\(position-statements\)/nln-vision-debriefing-across-the-curriculum.pdf?sfvrsn=0](http://www.nln.org/docs/default-source/about/nln-vision-series-(position-statements)/nln-vision-debriefing-across-the-curriculum.pdf?sfvrsn=0). Acesso em: dez 2017

NEGRI, E.C., et al. Simulação clínica com dramatização: ganhos percebidos por estudantes e profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 25, e.2916,

2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100604&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: mar 2018

NGAYIMBESHA, A.; HATUNGIMANA, O. Evaluation of first aid knowledge among elementary school teacher in Burundi. *Int J Sport Scienc Fit.*; v.5, n.2, p. 304. 2015. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=22311599&AN=108526821&h=PpP8NRGp7TWPkaAl%2fUGs6miiBarczBWki75B68V2DnCwN%2bbv3aE%2b%2f1f1UrHfiZIsSKsIOVfG3G1Ypj3UoMs3nw%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d22311599%26AN%3d108526821>. Acesso em: dez 2017

NOBREGA, D.O.; ANDRADE, E.R.G.; MELO, E.S.N. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, v.28, n.3, p.433-441. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n3/1807-0310-psoc-28-03-00433.pdf>. Acesso em: jan 2018

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

OLIVEIRA, et al. O Processo de Ensino e Aprendizagem em Educação em Saúde no Município Brasileiro de Lages. *Revista de Ciências Humanas*, v.47, n.2, p.254-271, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2013v47n2p254/27308>. Acesso em: fev 2016

OLIVEIRA, I.A.; SOUZA, I.P.; MARQUES, S.M.; CRUZ, A.F. Knowledge of educators on prevention of accidents in childhood. *J Nurs UFPE on line*, v.8, n.2, p.279-285, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9672/9708>. Acesso em: nov 2017

OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; GOMES, A.M.A.G.; SAMPAIO, M.H.L.M. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface. Comunicação Saúde Educação*, v.18, supl.2, p.1389-1400, 2014.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18suppl2/1389-1400/pt/>. Acesso em: fev 2018

OLIVEIRA, L.A.; SOUSA, C.N.B. As tecnologias da informação no processo educacional. Simpósio Internacional de Educação à Distância. Encontro de Pesquisadores de Educação à Distância, 2016

OLIVEIRA, R.A.; LEÃO JUNIOR, R.; BORGES, C.C. Situações de primeiros socorros em aulas de educação física em municípios do sudoeste de Goiás. Enciclopedia Bioesfera, Centro Científico Conhecer – Goiânia, v. 11, n. 20, p. 772-777, 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. CID-10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

OYETUNJI, T.A., et al. The ethnic characteristics of domestic injuries in children younger than age 5 years. *Am Surg.*; v.78, n.4, p. 426-431. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684159>. Acesso em: jul 2017

PACHECO, S. Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem. *Revista Referência*, IIA série, n.7, p. 89-95, 2008. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/7-8995.pdf>. Acesso em: jun 2016

PAIVA, M.R.F.; PARENTE, J.R.F.; BRANDÃO, I.R.; QUEIROZ, A.H.B. Metodologias ativas de ensino aprendizagem: revisão integrativa. *SANARE*, v.15 n.2, p.145-153, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049/595>. Acesso em jun 2017

PATRÍCIO, A.C.F.A., et al. Conhecimento dos profissionais que trabalham na educação infantil: Prevenção e manejo do Trauma. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife. v.7, n.11, p. 6617-6623. 2013. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../7858. Acesso em: mar 2016

PEARSON, M.; SMITH, D. Debriefing in experience-based learning. Reflection: Turning experience into learning, p.69-84, 1986.

PEREIRA, G.L. et al. Therapeutic procedures and use of alternating antipyretic drugs for fever management in children. *Jornal de Pediatria, Rio J.*, v. 89, n. 1, p.25-32, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n1/v89n1a05.pdf>. Acesso em: out 2016.

PIYALI, D. Effect of Structured Teaching Programme on Knowledge of School Teachers regarding First Aid Management in Selected Schools of Bangalore. *Nurs J India*, v.105, n.6, p.278-82, 2014

PINAFO, E.; NUNES, E.F.P.A.; GONZALEZ, A.D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1825-1832, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar 2018.

PINTO, M.B.; SOARES, C.C.D.; SANTOS, N.C.C.B.; PIMENTA, E.A.G.; REICHERT, A.P.S.; COLLET,N. Perception of mothers about the school inclusion of children with chronic disease. *Rev enferm UFPE*, v.11, n.3, p.1200-1206, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13495/16221>. Acesso em: jan 2018

PRADO, M.L.; VELHO, M.B.; ESPÍNDOLA, D.S.; SOBRINHO, S.H.; BACKES, V.M.S. Arco de Charles Magueréz: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc. Anna Nery*, v. 16, n.1, p 172-177, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a23.pdf>. Acesso em out 2017

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. Portal da Educação. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/educacao-em-numeros.html>. Acesso em: nov 2016.

PRESADO, M.H.C.V., et al. Aprender com a Simulação de Alta Fidelidade. *Ciênc. saúde coletiva*, v.23, n.1, p. 51-59, 2018. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000100051&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: mar 2018.

PROJETO DE LEI Nº 7434. Torna obrigatório o curso de prevenção de acidentes e primeiros socorros em todas as escolas e creches públicas em todo o território brasileiro, 2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=612945>. Acesso em: mar 2016

QUILIC, A.P.K.A. Simulação clínica do conceito à aplicabilidade. São Paulo: Atheneu, 2012.

RABAGLIO, M.O. Ferramentas de avaliação de performance com foco em competências. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

RASCHE, A.S.; SANTOS, M.S.S. Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga atividade. Rev Bras Enferm, v.66, n.4, p. 607-10, Brasília, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400022

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA (RNPI). Plano Nacional da Primeira Infância. Projeto Observatório Nacional da Primeira Infância. Mapeamento da Ação Finalística Evitando Acidentes na Primeira Infância, 2014. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/RELATORIO-DE-MAPEAMENTO-EVITANDO-ACIDENTES-versao-4-solteiras.pdf>. Acesso em: out 2017

RODRÍGUEZ, J.E.H.; CASTRO, J.J.S. ¿Están los profesores de los centros escolares de la provinciade Las Palmas preparados ante situaciones de emergencias? Metas enferm, v.16, n.7, p.70-75, 2013. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4434292>. Acesso em: jan 2017

ROMAN, C et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. Clin Biomed Res, v.37, n.4, p.349-357, 2017. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/73911>. Acesso em: mar 2018

ROSA, et al. Considerações sobre a enfermagem na saúde escolar e suas práticas educativas. *Holus*, ano 33, v. 5, 2017. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3644/pdf>

SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enfermagem*, v.22, n.1, p.224-30, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100027&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: mar 2016

SALES, J.S.; SILVA, G.H.G.; PEREIRA, J.P.B.; DOMINGOS JUNIOR, M.F.; MEDEIROS, D.C. Formação de professores e nível de conhecimento de professores de educação física escolar sobre os primeiros socorros na cidade do Natal/RN. *Revista Humano Ser*, v.1, n.1, p.49-63, 2016

SALVADOR, P.T.C.O, et al. Tecnologia no ensino de enfermagem. *Rev. baiana enferm*, v.29, n.1, 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9883/9540>. Acesso em: jun 2017

SANTOS, L.L.C.P. Formação docente: questões atuais. Associação Nacional de Política e Administração da Educação. Universidade de Minas Gerais, Brasil, 2017

SANTOS, J.S.; BONANI, M.S.; YAKUWA, M.S.; ANDRADE, R.D.; MELLO, D.F. O cuidado e a prevenção de acidentes na infância: perspectiva de mães adolescentes. *Rev enferm UERJ*, v. 24, n.5, p. e16681, 2016. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16681/20373>. Acesso em: jan 2018

SANTOS, F.A.C.; SOBRINHO, G.K.M.; OLIVEIRA, R.W.; SANTOS, J.N.P.; MARQUES, D.R.S. Revisão Integrativa: a Simulação Realística como Método de Ensino para Formação de Enfermeiros. Congresso Internacional de Enfermagem, v.1, n.1. Universidade Tiradentes – Aracajú – SE, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5812>. Acesso em: abr 2018

SANTOS, T.V.L.; MACHADO, T.O. Transformações societárias, determinantes sociais da saúde e sua relação com o trabalho do/da assistente social. III Jornada Internacional Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo1/transformacoessocietariasdeterminantessociaisdasauedesua.pdf>. Acesso em: fev 2018

SAWAYA, S.M. Desnutrição e práticas pré-escolares de leitura e escrita. Estudos Avançados, v.27, n.78, p.89-102, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/07.pdf>. Acesso em: mar 2016

SCOTA, M.C. Ações educativas sobre prevenção de acidentes infantis com professoras de educação infantil. Dissertação (mestrado em Psicologia da Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília. 140p. 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/138241/scota_bc_me_mar.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: jul 2017

SENA,S.P.; RICAS,J.; VIANA, M.R.A. A percepção dos acidentes escolares por educadores do ensino fundamental. Rev. méd. Minas Gerais, v.18, n. 4, p. S47-S54, 2008. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1400>. Acesso em: jan 2017

SIDEBOTHAM, P., et al. Understanding why children die in high-income countries. Lancet, v.384, n.9946, p. 915-27, 2014. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60581-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60581-X/fulltext). Acesso em: jul 2016

SILVA, A.H.; FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. Qualitas Revista Eletrônica, v.17, n 1, 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>. Acesso em: fev 2017

SILVA, A.S.; SOARES, A.A.S; LIMA, L.C.D. Primeiros socorros no ambiente escolar: uma lição interdisciplinar. Form@re. Revista do Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica. Universidade Federal do Piauí. Teresina, v. 4, n. 1, p.99-102, jan. / jun. 2016

SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, v.15, n. 5, p.2539-2550. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar 2018.

SILVA, C.S.; BODSTEIN, R.C.A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciênc Saúde Coletiva*; v.21, n.6, p.1777-1788, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1777.pdf>. Acesso em: ago 2017

SILVA et al. Nuances do cuidado sexual: o enfermeiro como multiplicador de saberes em ambiente escolar. *R. Interd.* v. 11, n. 1, p. 107-115, 2018. Disponível em: file:///D:/Users/Gabriela/Downloads/ARTIGO_2018_LIMAetal.pdf

SILVA, L.G.S.; COSTA, J.B.; FURTADO, L.G.; TAVARES, J.B.; COSTA, J.L.D. Primeiros socorros e prevenção de acidentes no ambiente escolar: intervenção em unidade de ensino. *Enferm. Foco*, v.8, n.3, p. 25-29 25. 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Primeiros-socorros-e-preven%C3%A7%C3%A3o-de-acidentes-no-ambiente-escolar.pdf>. Acesso em: jan 2018

SILVA, P.O.M.; TRINDADE, Z.A.; SILVA, A. As representações sociais de conjugalidade entre casais recasados. *Estudos de Psicologia*, v.17, n.3, p.435-443, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-294X2012000300012&pid=S1413-294X2012000300012&pdf_path=epsic/v17n3/12.pdf&lang=pt. Acesso em: jan 2016

SILVA, R.C.; FINAMORE, E.C.; SILVA, E.P.; BARBOSA, V.J. O papel do enfermeiro como educador e pesquisador, e a integração entre prática baseada em evidências e educação permanente. *Percurso Acadêmico*, v.5, n.10, p. 417-430, 2015. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/2313/9268>. Acesso em: mar 2016

SILVA, T.M.; NETO, N.M.G.; VASCONCELOS, E.M.R. Intervenções de educação em saúde sobre primeiros socorros no ambiente escolar. *Anais do 14º Congresso Internacional de*

Tecnologia na Educação Brasil, Recife, 2016.

SIMPLÍCIO, S.; NEVEZ, C. Os sentidos da aprendizagem ao longo da vida na educação de adultos: Dos debates teóricos às percepções sobre os impactos do processo de RVCC a nível pessoal, profissional e social. *Mediações – Revista OnLine da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal*, v.2, n.2, 2014

SIMON, E.; JEZINE, E.; VASCONCELOS, E.M.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. *Interface. Comunicação saúde educação*, v.18, supl. 2, p. 1355-1364, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1355.pdf>. Acesso em: ago 2016

SOBRAL,F.R.; CAMPOS,C.J.G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. *Rev. esc. enfermagem. USP*, v.46, n.1, p. 208-18, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a28.pdf>. Acesso em: set 2016

SOUZA, J.M.O.; SILVA, F.R.; OLIVEIRA, K.M.; VENANCIO, A.F.; HERMANN, P.R.S.; MAGRO, M.C.S. Debriefing como ferramenta de avaliação qualitativa no ensino simulado. *Investigação Qualitativa em Saúde*, v.2, p.841-848, 2017. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1281/1241>. Acesso em: jan 2018

SOUZA,N.P., et al . A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. *Ciênc. saúde coletiva*, v.22, n.7, p.2257-2266. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702257&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar 2018

TAVARES,E.O.; BURIOLA,A.A.; SANTOS, J.A.T.; BALLANI, T.S.L.; OLIVEIRA, M.L.F. Fatores associados à intoxicação infantil. *Esc. Anna Nery*, v.17, n.1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/05.pdf>. Acesso em: out 2017

TESTON,E.F.; OLIVEIRA,A.P.; MARCON,S.S. Necessidades de educação em saúde

experienciadas por cuidadores de indivíduos dependentes de cuidado. *Rev. Enfermagem UERJ*, v.20, n.6, p. 720-725, 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5982/4298>. Acesso em: set 2016

TRAD, I.A.B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis*, v.19, n.3, p.777-96, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>. Acesso em: fev 2016

VAISMORADI, M.; TURUNEN, H.; BONDAS, T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, v.15, n.3, p.398-405, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23480423>. Acesso em: set 2016

VALADARES, J. A teoria da aprendizagem significativa como teoria construtivista. *Aprendizagem Significativa em Revista/Meaningful Learning Review*, v.1, n.1. p. 36-57, 2011. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID4/v1_n1_a2011.pdf. Acesso em: set 2016

VALADARES, A.F.M.; MAGRO, M.C.S. Opinion of nursing students on realistic simulation and the curriculum internship in hospital setting. *Acta paul. enferm.*, v.27, n.2, p.138-143, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0138.pdf>. Acesso em: out 2016

VAN DE VELDE, S. et al. Can training improve laypersons helping behaviour in first aid? A randomised controlled deception trial. *Emerg Med J. London*. London. v.30, p. 292–297, 2013. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22562070. Acesso em: abr 2016.

VENÂNCIO, M.A.V.D. Prevalência dos acidentes em espaço escolar e percepção dos agentes educativos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária) — Escola Superior de Saúde de Viseu, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2559/1/VENANCIO%20Maria%20Alice%20Varanda%20Duarte%20-%20DissertMestrado.pdf>. Acesso em: nov 2016

VILELLA, D.S.; LEITE, L.M.; NASSAR, M.E.D. A simulação realística como estratégia de

ensino em atendimento pré-hospitalar: um relato de experiência. São Paulo (SP): Prefeitura de São Paulo; 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-1553>. Acesso em: mai 2016

WAZNONIS,A.R. Simulation Debriefing Practices in Traditional Baccalaureate Nursing Programs: National Survey Results. *Clinical Simulation in Nursing*, v.11, n.2, p.110-119, 2015. Disponível em: [http://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(14\)00176-5/fulltext](http://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(14)00176-5/fulltext). Acesso em: jan 2017

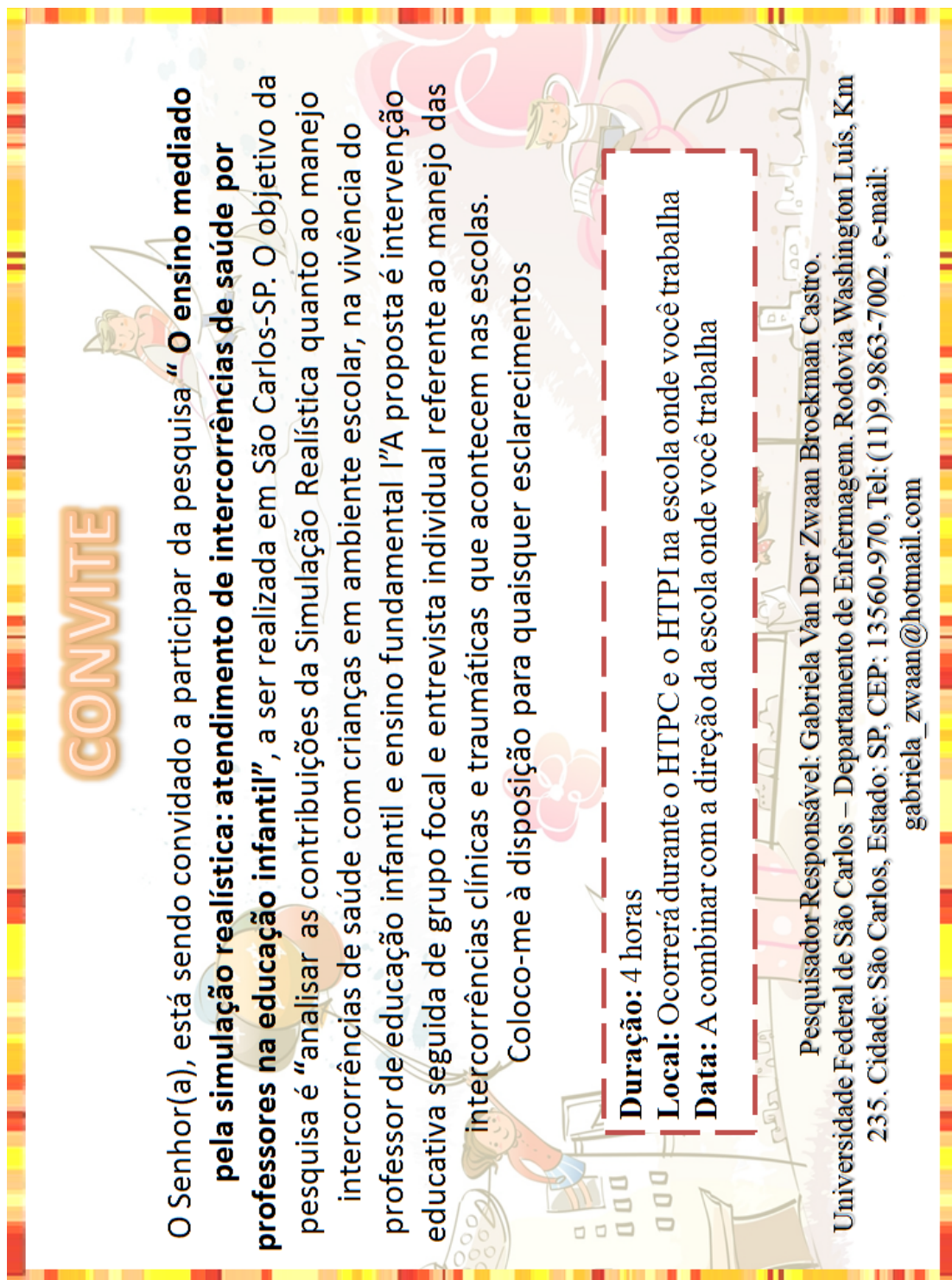
WITT, T.L.; UNRUH,S.A.; SESHADRI,S. The Level of Medical Services and Secondary School- Aged Athletes. *J Train Athl*, v.47, n.1, p. 91-95, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418120/>. Acesso em: jan 2017

WILSON, J.J.; JOHNSTON, W.D.J.; TULLY, M.A. Life-saving first aid tips in the palm of your hands. Courtesy of the Red Cross. *Br J Sports Med* , v.50, n. 24, p.1554-1555, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27267894>. Acesso em: jan 2018

WONG, W.D.; HOCKENBERRY, M.J. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica - 9ª Ed.* 2014

XAVIER-GOMES,L.M.; ROCHA,R.M.; ANDRADE-BARBOSA,T.L.; SILVA,C.S.O. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. *Mundo Saúde*, v.37, n.4, p.394-400, 2013. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155558/A03.pdf. Acesso em: out 2016

Apêndice A – Convite impresso para os professores



CONVITE

O Senhor(a), está sendo convidado a participar da pesquisa “ **O ensino mediado pela simulação realística: atendimento de intercorrências de saúde por professores na educação infantil**”, a ser realizada em São Carlos-SP. O objetivo da pesquisa é “analisar as contribuições da Simulação Realística quanto ao manejo intercorrências de saúde com crianças em ambiente escolar, na vivência do professor de educação infantil e ensino fundamental I”A proposta é intervenção educativa seguida de grupo focal e entrevista individual referente ao manejo das intercorrências clínicas e traumáticas que acontecem nas escolas.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos

Duração: 4 horas
Local: Ocorrerá durante o HTPC e o HTPI na escola onde você trabalha
Data: A combinar com a direção da escola onde você trabalha

Pesquisador Responsável: Gabriela Van Der Zwaan Broekman Castro.
 Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Enfermagem. Rodovia Washington Luís, Km 235. Cidade: São Carlos, Estado: SP, CEP: 13560-970, Tel: (11)9.9863-7002, e-mail: gabriela_zwaan@hotmail.com

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Resolução 466/2012 do CNS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Título da pesquisa: **“O ENSINO MEDIADO PELA SIMULAÇÃO REALÍSTICA: ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE POR PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL”**

Prezado(a) Senhor(a),

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, após leitura minuciosa deste documento e explicação pelo pesquisador, firma seu consentimento livre e esclarecido concordando em participar da pesquisa: **“O ENSINO MEDIADO PELA SIMULAÇÃO REALÍSTICA: ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE POR PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL”** realizada em São Carlos-SP, que será realizada com professores que atuam na educação infantil e fundamental I. O objetivo da pesquisa é “Analisar as contribuições da Simulação Realística quanto ao manejo intercorrências de saúde com crianças em ambiente escolar, na vivência do professor de educação infantil e ensino fundamental I”

Se estiver de acordo, participará de uma intervenção educativa seguida de grupo focal referentes ao manejo das intercorrências clínicas e traumáticas que acontecem nas escolas. Essa intervenção educativa terá quatro horas de duração e ocorrerá durante o HTPC (horário de trabalho pedagógico coletivo). Após 1 mês desta intervenção, você participará de uma entrevista individual com o objetivo de averiguar as contribuições do curso na sua vivência diária como profissional de educação infantil durante o HTPI (horário de trabalho pedagógico individual). Além de participar da intervenção educativa irá responder a um instrumento de caracterização dos sujeitos da pesquisa. O tempo para preenchimento desses instrumentos está previsto nas quatro horas da atividade. Informamos que a intervenção educativa será gravada

em áudio, tanto no momento do HTPC, como no HTPI.

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

Com relação aos benefícios, a pesquisa proporcionará a oportunidade de aquisição de conhecimento a respeito do manejo inicial das intercorrências clínicas e traumáticas que ocorrem na escola, propiciando melhor capacitação profissional para tomada de decisões e transformações práticas. Os riscos previstos referem-se à participação ativa no cenário simulado, o que pode ocasionar constrangimento e desconforto. Todavia, a participação é livre e a desistência a qualquer momento é garantida. Além disso, me coloco a disposição para ampara-lo e confortá-lo (a) caso seja necessário.

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

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

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

São Carlos, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Pesquisador Responsável _____

Pesquisador Responsável: Gabriela Van Der Zwaan Broekman Castro. Endereço Institucional: Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Enfermagem. Rodovia Washington Luís, Km 235. Cidade: São Carlos, Estado: SP, CEP:

13560-970, Tel: (11)9.9863-7002 , e-mail: gabriela_zwaan@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e concordo em participar do projeto de pesquisa “**O ENSINO MEDIADO PELA SIMULAÇÃO REALÍSTICA: ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE POR PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL**”. 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 C – Termo de autorização de gravação de áudio

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE GRAVAÇÃO DE ÁUDIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Declaro que autorizo, gratuita e espontaneamente gravação em áudio a ser realizada durante a intervenção educativa efetivada na pesquisa **“O ENSINO MEDIADO PELA SIMULAÇÃO REALÍSTICA: ATENDIMENTO DE INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE POR PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL”**

Estou ciente que o fim específico de tal material será para análise dos dados obtidos durante o grupo focal e a entrevista individual, e que será mantido em sigilo, tendo acesso à ele, somente pesquisadora responsável, auxiliares de pesquisa e orientadora.

Autorizo a divulgação da **análise e interpretação dos dados** obtidos através dos áudios em congressos e publicações em revistas científicas, e compreendo que meu nome não aparecerá, sendo mantido anonimato e sigilo. **Não permito divulgação direta dos meus áudios.**

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito, sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à gravação de áudio ora autorizada ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

São Carlos, ____/____/____

Assinatura _____

Apêndice E - Autorização da secretaria municipal de educação



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

Secretaria Municipal de Educação

Rua 13 de maio, 2056, Centro – CEP: 13560-647 - São Carlos – SP

Telefone: (16) 3373-3222 / Fax: 3373-3227

E-mail: educacao@saocarlos.sp.gov.br

São Carlos, 3 de fevereiro de 2017

Ilmo Sr.
Orlando Mengatti Filho
Secretário Municipal de Educação

A Divisão de Educação Infantil da Secretaria Municipal de Educação analisou o projeto de pesquisa da aluna pós-graduanda Gabriela Van Der Zwaan, da Universidade Federal de São Carlos, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, intitulado: **“A SIMULAÇÃO REALÍTICA E TRANSFORMAÇÕES NO CUIDADO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO QUANTO AO MANEJO DE INTERCORRENCIAS DE SAUDE COM CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR.”** sob a orientação da professora Dr^a Giselle Dupas.

O trabalho tem por objetivo identificar as contribuições da simulação realística na transformação do cuidado do profissional de educação quanto ao manejo de intercorrências de saúde com crianças em ambiente escolar. A pesquisa será junto aos professores e da educação infantil, será desenvolvida ao longo do ano letivo de 2017 nos horários de HTPC.

Considerando a importância de pesquisa nesta área para o avanço do conhecimento e das práticas pedagógicas e inclusivas, a Divisão de Educação Infantil considerou procedente o pedido de autorização desde que haja as devidas autorizações dos participantes, os dados de pesquisa sejam de uso exclusivo para fins acadêmicos, não sendo permitida o uso de imagem dos alunos, professores e equipe escolar.

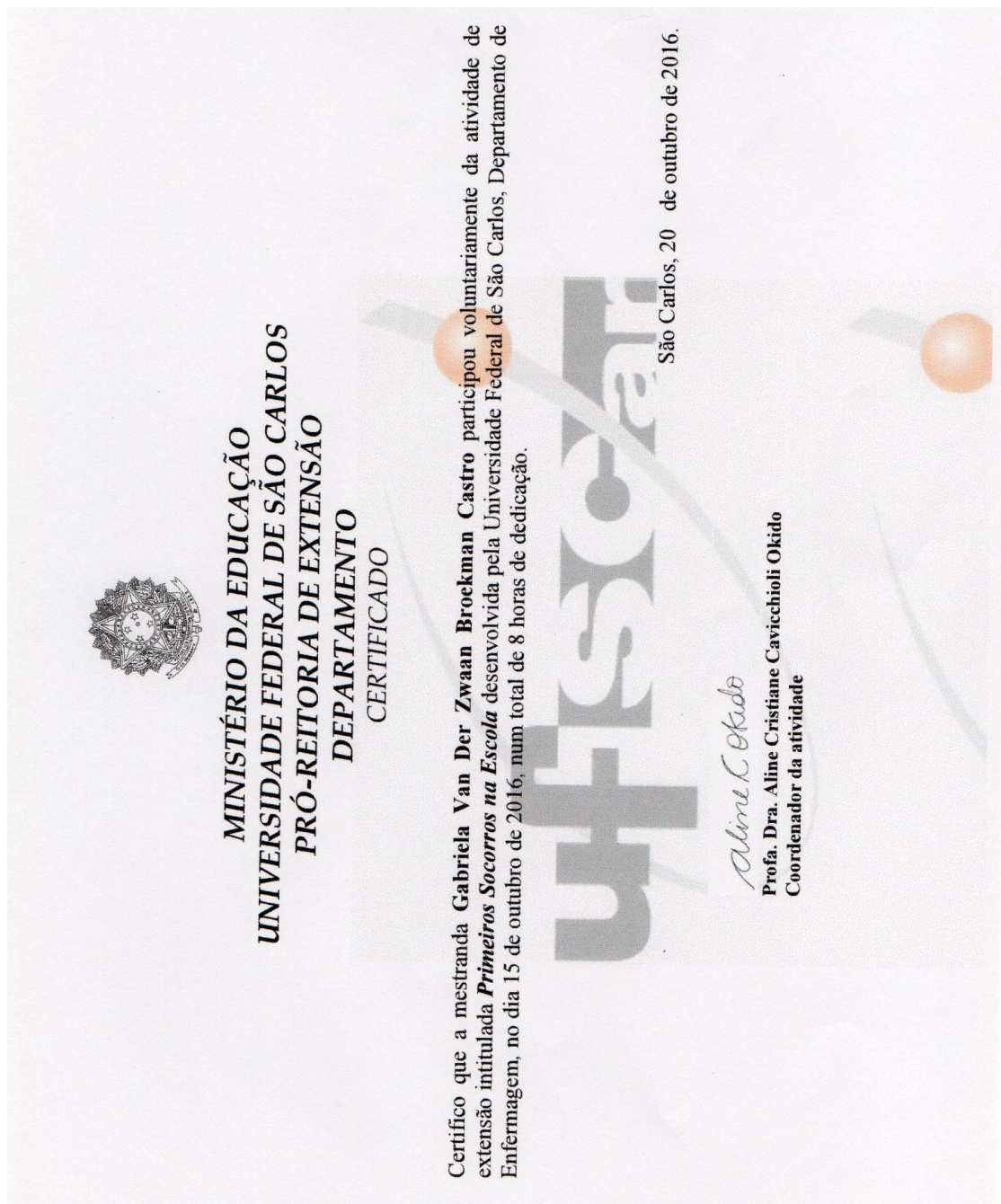
Pede-se, por gentileza, que a pesquisadora planeje previamente os dias e horários da coleta de dados de modo a não comprometer a rotina diária da escola e também se comprometa a trazer uma devolutiva no final do trabalho realizado a esta Secretaria.

Atenciosamente,

Prof^a Cilmar Aparecida de Almeida Ruy

Diretora de Departamento Pedagógico / São Carlos

Cilmar Ap. Almeida Ruy
Diretora de Departamento Pedagógico
RG 16.220.236-3

Apêndice F - Comprovante de organização do curso de primeiros socorros

Apêndice G – Templates originais dos cenários

Template / Cenário 1 – Manejo da Crise Convulsiva

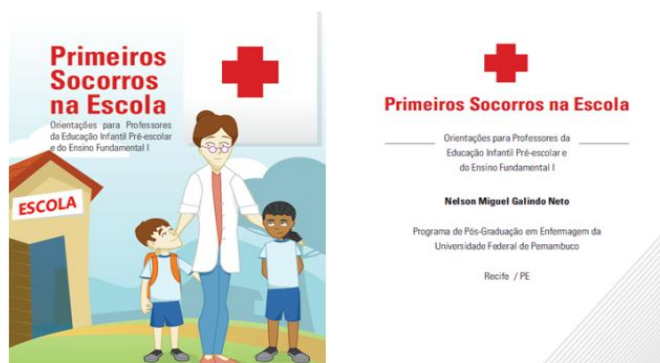
CENÁRIO
Manejo da crise convulsiva
RESPONSÁVEIS
Jaqueline Brosso Zonta; Gabriela V.D.Z.B. Castro; Giselle Dupas e Aline C.C Okido
PÚBLICO ALVO
Professores, alunos de graduação e pós-graduação que atuam com Pré-escola e /ou Fundamental I
OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as manifestações clínicas da crise convulsiva (perda de consciência; rotação dos olhos para cima; salivação abundante; contrações musculares descoordenadas; cerramento dos dentes); - Constatar a necessidade de chamar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-192 (SAMU) e delegar alguém para realizar a ação; - Avaliar a segurança do local; - Realizar medidas de proteção e segurança (afastar objetos que possam machucar a criança, retirar objetos pessoais como óculos, retirar excesso de roupas, apoiar e lateralizar a cabeça). - Verificar a duração da crise convulsiva.
LOCAL DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
Sala de aula da escola, com possibilidade de “platéia”, ou seja, pessoas próximas observando a cena.
DISTRATORES
Não há
EQUIPE NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
2 voluntários
MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS
Não será utilizado manequim
ATORES
<p>Serão utilizados dois atores,</p> <p>1º ator - Fará o papel da criança em crise convulsiva</p> <p>2º ator – Fará o papel do monitor da escola.</p>
EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS
Cadeiras

Carteira;
 Mesa do professor;
 Blusa de frio;
 Óculos;
 Sachê de bicarbonato de sódio (para simular a sialorréia);
 Avental do monitor com decoração infantil;
 Celular

PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO

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

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



DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Gabriel, 10 anos de idade, é portador de epilepsia. Faz uso de medicações específicas para doença, porém, neste dia, a mãe esqueceu-se de dar o medicamento. Estará caído no chão da sala, em crise convulsiva, o mesmo estará com uma blusa de frio e com óculos. Durante a crise irá apresentar grande quantidade de sialorréia

FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

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

Ator 2 monitor da escola:

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

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

4- Retirou objetos próximos a criança que pudessem machucar como mesa, cadeira e carteria escolar;	Fim de Cenário – Discussão no Debriefing	4- Não realizou mais nenhuma intervenção;	4- Tentou colocar algo na boca para a criança morder; Ator intervém dizendo: <i> você não tem medo de fazer isso, ele pode te morder;</i>	4- Não realizou nenhuma intervenção; Ator intervém dizendo: <i> você já chamou por ajuda, mas precisamos fazer alguma coisa!</i>
5 – Afrouxou a roupa da criança, retirou objetos pessoais como óculos;		Fim de Cenário – Discussão no Debriefing	5- Se não realizou mais nenhuma intervenção;	5- se não realizou mais nenhuma intervenção;
6- Segurou e lateralizou a cabeça da criança;			Fim de Cenário – Discussão no Debriefing	Fim de Cenário – Discussão no Debriefing
7 - Cronometrou o tempo de duração da crise convulsiva;				
Fim de cenário				
EMENTA DO DEBRIEFING				
<ul style="list-style-type: none"> - Conceito da Crise Convulsiva e Epilepsia; - Principal manifestação clínica da crise convulsiva; - Avaliar a segurança do local; -Condutas esperadas diante da crise como: Conter a cabeça e manter lateralizada; caso haja algo macio como uma almofada ou até mesmo um blusa apoiar a cabeça da criança em cima; remover objetos próximos da criança que possam machucá-la como mesas e cadeiras; remover 				

objetos pessoais como óculos, relógio;

-Condutas não indicadas durante a crise convulsiva: por que não conter os movimentos da vítima;

-Importância de não colocar nada na boca no momento da crise;

-Destacar a importância de cronometrar o tempo da crise;

-Destacar as medidas para evitar possíveis constrangimentos

Questões principais:

INICIAR COM REFORÇO POSITIVO

- 1) Como você se sentiu participando da simulação? Qual sentimento/emoção em participar do cenário?
- 2) Você poderia descrever o cenário em que você atuou?
- 3) Quais foram os pontos positivos que você destaca em sua atuação? Os demais colegas têm algum ponto positivo para expor?
- 4) 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?
- 5) Você considera que participar dessa atividade educativa ajudará a manejar uma situação de crise convulsiva na escola?

REFERÊNCIA

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

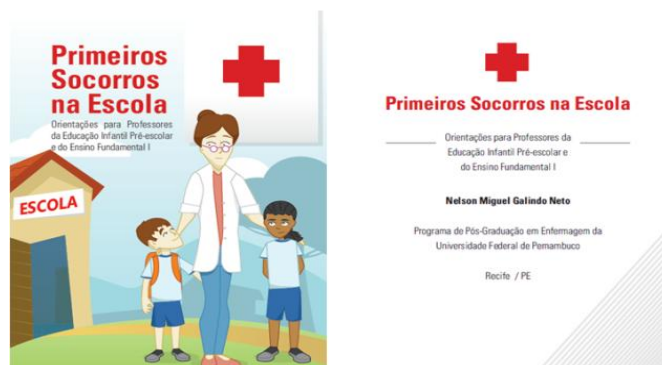
Template / Cenário 2 – Manejo da Parada Cardiorrespiratória em crianças para leigos

CENÁRIO
Manejo da Parada Cardiorrespiratória em crianças para leigos
RESPONSÁVEIS
Jaqueline Brosso Zonta; Gabriela V.D.Z.B. Castro; Giselle Dupas e Aline C.C Okido
PÚBLICO ALVO
Professores, alunos de graduação e pós-graduação que atuam com Pré-escola e /ou Fundamental I
OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as manifestações da PCR (criança não responde/inconsciente e criança não respira); - Constatar a necessidade de chamar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-192 (SAMU) e delegar alguém para realizar a ação; -Garantir a segurança do local; - Executar compressões de alta qualidade imediatamente (100 a 120 compressões/minuto, permitir o retorno do tórax, utilizar superfície rígida).
LOCAL DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
Banheiro da escola, com possibilidade de “plateia”, ou seja, pessoas próximas observando a cena.
DISTRATORES
Não há
EQUIPE NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
2 voluntários
MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS
<p>Será utilizado um manequim - Ressusci Junior Skill (Laerdal®) - simulador de corpo inteiro com aparência de uma criança de 5 anos para realização de treinamento de RCP.</p> <p>Possui um indicador SkillGuide que permite visualizar a ventilação, a profundidade de compressão e o posicionamento das mãos, e se estão sendo realizados de forma adequada e em tempo real. Permite a inclinação da cabeça, elevação do queixo e posicionamento da mandíbula.</p> <p>Exibe obstrução das vias aéreas, resistência para compressão e expansão do tórax de forma real.</p> <p>Apresenta pontos de referência anatômicos relevantes à RCP em crianças.</p>
ATORES
<p>Será utilizado um ator,</p> <p>1º ator - Fará o papel do monitor da escola.</p>
EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS
<p>Manequim - Simulador para treinamento de RCP em crianças;</p> <p>Roupas, boné e tênis para o manequim;</p> <p>Telefone</p> <p>Avental do monitor com decoração infantil</p>

PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO

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

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



DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

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

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

No banheiro a monitora presencia um desmaio súbito da criança.

FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

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

Ator 1 - monitor da escola:

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

FLUXOGRAMA

Ações Esperadas	Agiu de Maneira Inadequada	Agiu de Maneira Inadequada	Agiu de Maneira Inadequada	Agiu de Maneira Inadequada
1- Identificou a PCR	1- Seguiu a cadeia de sobrevivência para leigos de	1- Seguiu a cadeia de sobrevivência para leigos de	1- Seguiu a cadeia de sobrevivência para leigos de	1- Seguiu a cadeia de sobrevivência para leigos de

	forma errada;	forma errada;	forma errada;	forma errada;
2- Avaliou a segurança do local;	2- Realizou checagem de pulso; Ator intervém dizendo: você vai ficar tentando verificar o pulso, ele não está respirando, faz alguma coisa;	2- Realizou compressões e ventilação boca-a-boca;	2- Realizou compressões inadequadas ou adequadas e não chamou ajuda;	2- Molhou o rosto e elevou as pernas da vítima
3 –Delegou que alguém chamasse por ajuda;	3-Apenas segurou a cabeça da criança	3-Se debruçou sobre a criança para conter seus movimentos; Ator intervém dizendo: “ <i>Você não vai machucá-lo?</i> ”	3 - Fim de cenário	3- Fim de cenário
4- Constatou ausência de respiração;	4 - Se chamar ajuda e não intervir: Ator intervém dizendo: a ajuda já foi acionada, mas o João não está conversando, nem respirando. Temos que fazer algo rápido!	Fim de cenário		

5 – Delegou que alguém chamasse por ajuda;	5- Se não realizar nenhuma intervenção;			
6- Verificou se a criança está deitada em local rígido;	Fim de cenário			
7 - Iniciou as compressões no tórax, sendo 100/120 movimentos por minuto, permitindo o retorno do tórax;				
8 - Seguiu corretamente a cadeia de sobrevivência para leigos				
Fim de cenário				
EMENTA DO DEBRIEFING				
<ul style="list-style-type: none"> - Conceito de parada cardiorrespiratória (PCR) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP); - Principais causas de PCR na infância (distúrbios respiratórios, febre, convulsão, quedas, acidentes de trânsito, origem cardíaca); - Passos sobre as cadeias de sobrevivência da criança; - Importância de chamar ajuda; - Motivos de não verificar o pulso e importância das compressões; - Compressões de alta qualidade (posicionamento correto das mãos e dos braços; frequência adequada; profundidade adequada; retorno do tórax; minimização dos intervalos entre as compressões) - Motivos de não realizar respiração boca-a-boca; - Conceito e importância do uso do DEA, por mais que não haveria um DEA no local, seria 				

interessante trazer para o público participante o uso desse equipamento, por estar presente na cadeia de sobrevivência a desfibrilação precoce.

Questões principais:

INICIAR COM REFORÇO POSITIVO

- 6) Como você se sentiu participando da simulação? Qual sentimento/emoção em participar do cenário?
- 7) Você poderia descrever o cenário em que você atuou?
- 8) Quais foram os pontos positivos que você destaca em sua atuação? Os demais colegas têm algum ponto positivo para expor?
- 9) 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?
- 10) Você considera que participar dessa atividade educativa ajudará a manejar uma queda seguida de corte e sangramento, na escola?

REFERÊNCIA

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

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Manual do aluno de SBV para profissionais de Saúde: impresso no Brasil.

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

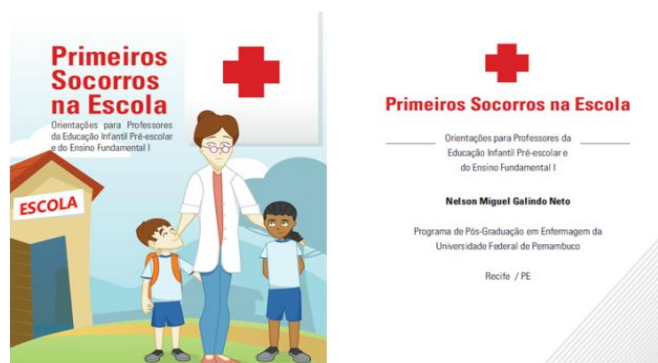
GONZALEZ e COLS. Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar. Arq Bras Cardiol. 2013;100(2):105-113

Template / Cenário 3 – Manejo de engasgo/obstrução de vias aéreas por corpo estranho

CENÁRIO
Manejo do Engasgo / Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho
RESPONSÁVEIS
Jaqueline Brosso Zonta; Gabriela V.D.Z.B. Castro; Giselle Dupas e Aline C.C Okido
PÚBLICO ALVO
Professores, alunos de graduação e pós-graduação que atuem com Pré-escola e /ou Fundamental I
OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer os sinais de Engasgo (criança com as mãos no pescoço - sinal universal da asfixia, agitação); - Constatar a necessidade de chamar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-192 (SAMU) e delegar alguém para realizar a ação. - Avaliar se a criança está consciente; - Realizar manobra de Heimlich.
LOCAL DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
Brinquedoteca da escola, com possibilidade de “plateia”, ou seja, pessoas próximas observando a cena.
DISTRADORES
Não há
EQUIPE NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
2 voluntários
MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS
Não será utilizado manequim
ATORES
<p>Serão utilizados dois atores,</p> <p>1º ator - Fará o papel da criança engasgada</p> <p>2º ator – Fará o papel do monitor da escola.</p>
EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS
<p>Brinquedos de vários tamanhos:</p> <p>Peças de bloco de montar;</p> <p>Carrinho de brinquedo;</p> <p>Tapete de EVA;</p> <p>Celular.</p>
PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO
Ter realizado leitura prévia do material educativo – Briefing- disponibilizado via e-mail com prazo

de pelo menos uma semana antes a realização do cenário.

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



DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

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

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

FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

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

Ator 2 monitor da escola:

“Professora, professora! Corre aqui!”

Olha a Fabiana:

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

FLUXOGRAMA

Ações Esperadas	Agiu de Maneira Inadequada	Agiu de Maneira Inadequada	Agiu de Maneira Inadequada	Agiu de Maneira Inadequada
1- Identificou que a criança apresenta-se engasgada;	1- Identificou que a criança apresenta-se engasgada;	1- Identificou que a criança apresenta-se engasgada;	1- Não identificou que a criança apresentar engasgada;	1- Identificou que a criança apresenta-se engasgada;

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

vítima com as mãos em uma direção para trás e para cima;				
5 – Objeto expelido pela criança	5 – Objeto expelido pela criança;	5- Criança ainda permanece engasgada;	Fim de Cenário – Discussão no Debriefing	Fim de Cenário – Discussão no Debriefing
Fim de cenário	Fim de cenário	Fim de Cenário – Discussão no Debriefing		

EMENTA DO DEBRIEFING

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

Questões principais:

INICIAR COM REFORÇO POSITIVO

- 11) Como você se sentiu participando da simulação? Qual sentimento/emoção em participar do cenário?
- 12) Você poderia descrever o cenário em que você atuou?
- 13) Quais foram os pontos positivos que você destaca em sua atuação? Os demais colegas têm algum ponto positivo para expor?
- 14) 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?
- 15) Você considera que participar dessa atividade educativa ajudará a manejar uma queda seguida de corte e sangramento, na escola?

REFERÊNCIA

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

Template / Cenário 4 – Manejo da queda, corte e hemorragia

CENÁRIO
Manejo de queda, corte e hemorragia.
RESPONSÁVEIS
Jaqueline Brosso Zonta; Gabriela V.D.Z.B. Castro; Giselle Dupas e Aline C.C Okido
PÚBLICO ALVO
Professores, alunos de graduação e pós-graduação que atuem com Pré-escola e /ou Fundamental I
OBJETIVOS DA SIMULAÇÃO / APRENDIZAGEM
<ul style="list-style-type: none"> - Constatar a gravidade da intercorrência (queda de aproximadamente 2 metros de altura, com corte profundo e sangramento); - Garantir a segurança do local; - Avaliar o nível de consciência da criança; - Constatar a necessidade de chamar ajuda do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-192 (SAMU) e delegar alguém para realizar a ação. -Aplicar as primeiras medidas de socorro (manter criança imobilizada; colocar cobertura limpa no local do sangramento, não retirar cobertura primária, acrescentar, cobertura secundária caso necessário; caso não haja sinais de fratura levantar o membro que sangra e comprimir artéria que leva sangue ao membro).
LOCAL DE REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
Área externa da escola com árvores, com possibilidade de “plateia”, ou seja, pessoas próximas observando a cena.
DISTRATORES
Não há
EQUIPE NECESSÁRIA PARA REALIZAÇÃO DO CENÁRIO
2 voluntários
MANEQUIM E CARACTERÍSTICAS
Não será utilizado manequim
ATORES
<p>Serão utilizados dois atores,</p> <p>1º ator - Fará o papel do escolar caído no pátio com corte profundo em braço esquerdo</p> <p>2º ator – Fará o papel do monitor da escola.</p>
EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS
<p>Pátio da escola com árvore;</p> <p>Avental de inspetor de alunos com decoração infantil</p> <p>Telefone Celular;</p>

Blusa de frio

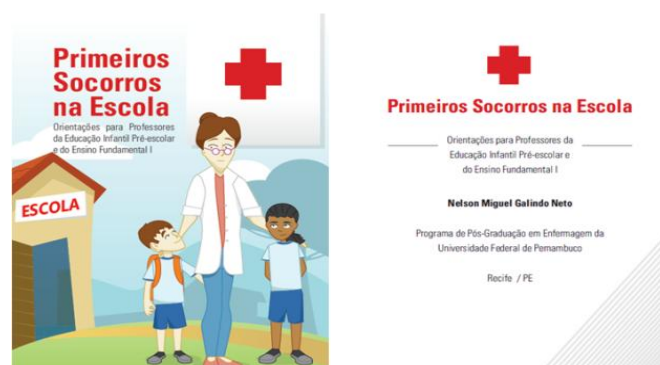
Maleta de primeiros socorros contendo: compressas de gaze estéril, compressa de pano; clorexidina alcóolica, agulhas e seringas.

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

PRÉ-REQUISITOS DA SIMULAÇÃO

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

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



DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

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

FALAS DO FACILITADOR ANTES DO INÍCIO DO CENÁRIO

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

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

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

Ator 2 – monitor da escola:

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

OBS: haverá uma blusa pendurada na árvore.		
FLUXOGRAMA		
Ações Esperadas	Agiu de Maneira Inadequada	Agiu de Maneira Inadequada
1- Identificou a queda;	1- Não avaliou a segurança do local;	1- Lavou o corte
2- Avaliou a Segurança do local;	2- Não delegou que alguém chamasse por ajuda; Ator intervém dizendo: está doendo demais pede ajuda para alguém!!	2- Se não contiver a Hemorragia, colocando cobertura limpa e seca no ferimento;
3- Avaliou a consciência da vítima;	3- Se mobilizar a vítima; Ator intervém dizendo: aiiiiiiiiiiii minhas costas está doendo muito!!!	3- Miguel desmaia;
4- Delegou que alguém chamasse por ajuda;	4- Se delegar ajuda e não intervir; Ator intervém dizendo: professora, eu sei que a ajuda está vindo, mas faz alguma coisa!!	Fim de cenário – Discussão no Debriefing
5- Não mobilizou a vítima;	Fim de cenário – Discussão no Debriefing	
6- Colocou coberturas limpas e secas na lesão;	Fim de cenário – Discussão no Debriefing	
7- Elevou o membro;	Fim de cenário – Discussão no Debriefing	
8- Comprimiu a artéria mais próxima;	Fim de cenário – Discussão no Debriefing	
9- Não lavou o corte	Fim de cenário – Discussão no Debriefing	
EMENTA DO DEBRIEFING		
<p>- Princípios básicos dos primeiros socorros (manter a calma, avaliar a cena, não permitir que outras pessoas se tornem vítimas, avaliar a segurança do local, solicitar/delegar ajuda, avaliar orientação da vítima, tomar decisões, avaliar risco de lesão em coluna cervical);</p> <p>- Manejo da hemorragia (importância de elevar o membro com o corte profundo, de não lavar um corte profundo, de não retirar a cobertura primária, de comprimir a artéria principal que está</p>		

irrigando o sangue);

Questões principais:

INICIAR COM REFORÇO POSITIVO

- 16) Como você se sentiu participando da simulação? Qual sentimento/emoção em participar do cenário?
- 17) Você poderia descrever o cenário em que você atuou?
- 18) Quais foram os pontos positivos que você destaca em sua atuação? Os demais colegas têm algum ponto positivo para expor?
- 19) 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?
- 20) Você considera que participar dessa atividade educativa ajudará a manejar uma queda seguida de corte e sangramento, na escola?

REFERÊNCIA

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

Apêndice H – Roteiro norteador do grupo focal

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Equipe de trabalho e funções:

- 1) Mediador: provê direcionamentos necessários para facilitação da discussão grupal e incentivo para participação de todos os integrantes do grupo focal, nas discussões. Além disso, instiga e possibilita que novas perspectivas sejam reveladas durante o grupo focal de maneira coletiva
- 2) Observador: realiza registros escritos sobre reações atitudinais e linguagem não verbal dos participantes do grupo focal para o enriquecimento das análises.
- 3) Operador de gravação: opera dois gravadores de áudio para resgate posterior dos dados (APÊNDICE E)
- 4) Auxiliar de pesquisa: facilita a organização estrutural do grupo focal em formato de círculo e provê o bem estar dos participantes durante o grupo focal, evitando barulho, distrações interrupções, provendo ambiente confortável e agradável

Conteúdo:

Serão abordadas questões introdutórias, de desenvolvimento e de síntese nos seguintes eixos temáticos: 1) Estratégia de Simulação Realística como intervenção educativa 2) Contribuições de metodologias ativas para o Aprendizado Significativo 3) Educação em Saúde nas escolas

Delineamento do grupo focal:

- 1) Apresentação dos participantes
- 2) Explicação breve do objetivo do grupo focal de conhecer a experiência de participação na intervenção educativa mediada pela Simulação Realística e seu delineamento
- 3) Início das perguntas norteadoras colocadas de forma coletiva para o grupo

Eixo temático 1 - Estratégia de Simulação Realística como intervenção educativa

- 1) Vocês já participaram de alguma atividade com simulação?
- 2) Como vocês avaliam o desenvolvimento dessa atividade desde o momento da leitura prévia dos materiais?
- 3) Quais experiências que participar de Simulação Realística proporcionou a vocês?
- 4) Qual o impacto da simulação para seu cotidiano profissional?

Eixo temático 2 – Contribuições de metodologias ativas para o Aprendizado Significativo

- 1) Vocês já participaram de alguma aula tradicional de primeiros socorros?
- 2) Para vocês há diferenças entre uma aula tradicional sobre primeiros socorros e a experiência de participar de uma metodologia de ensino ativa?
- 3) Qual o significado da metodologia de ensino ativa para sua aprendizagem?

Eixo temático 3- Educação em Saúde nas escolas

- 1) Qual a proximidade que vocês tem com temáticas de saúde no ambiente escolar?
- 2) Como avaliam a inserção de temáticas relacionadas à saúde no ambiente escolar?

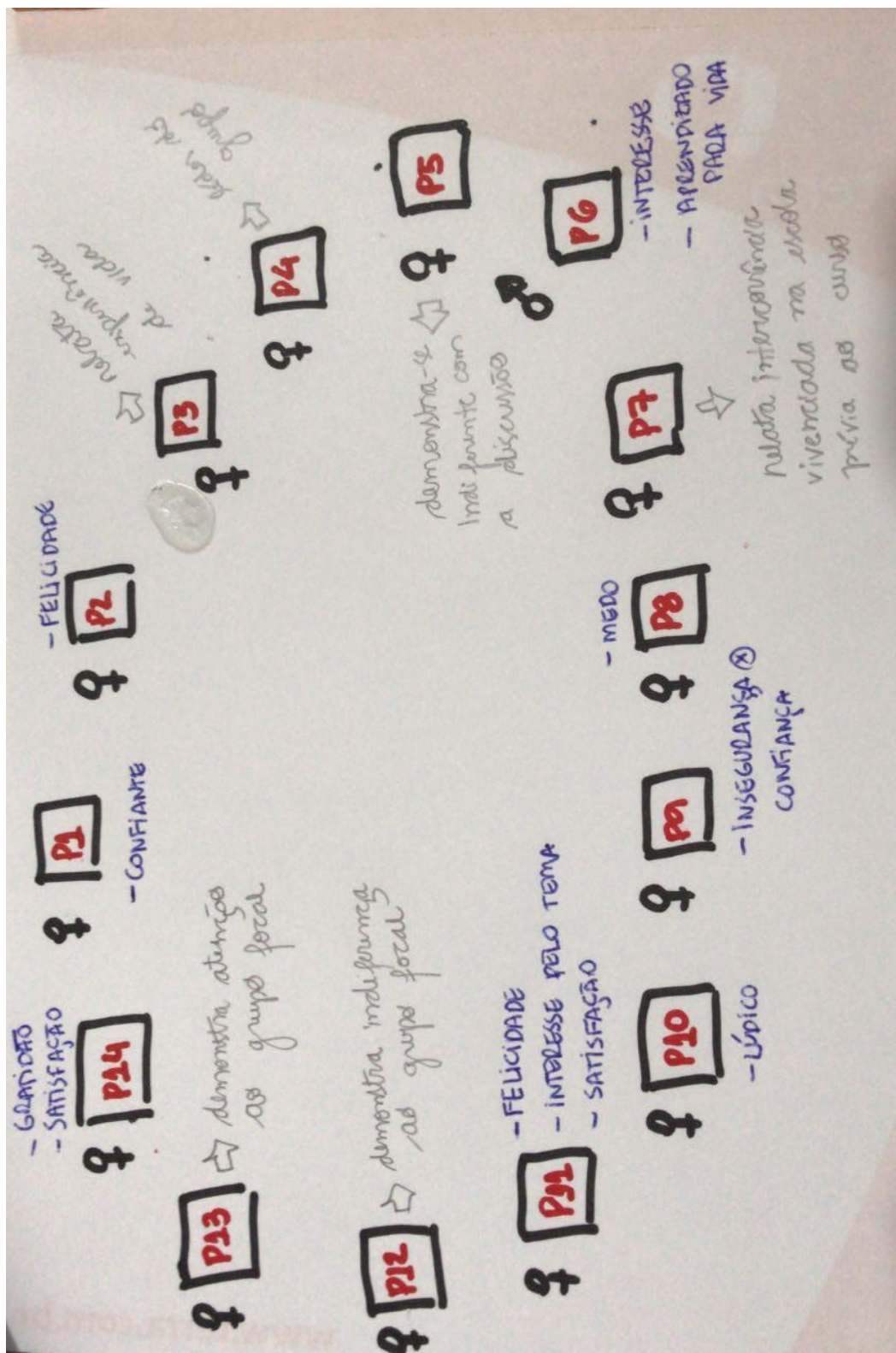
Síntese das principais ideias:

- 1) Validação dos discursos
- 2) Fornecimento de oportunidade para feedback e avaliação do grupo focal

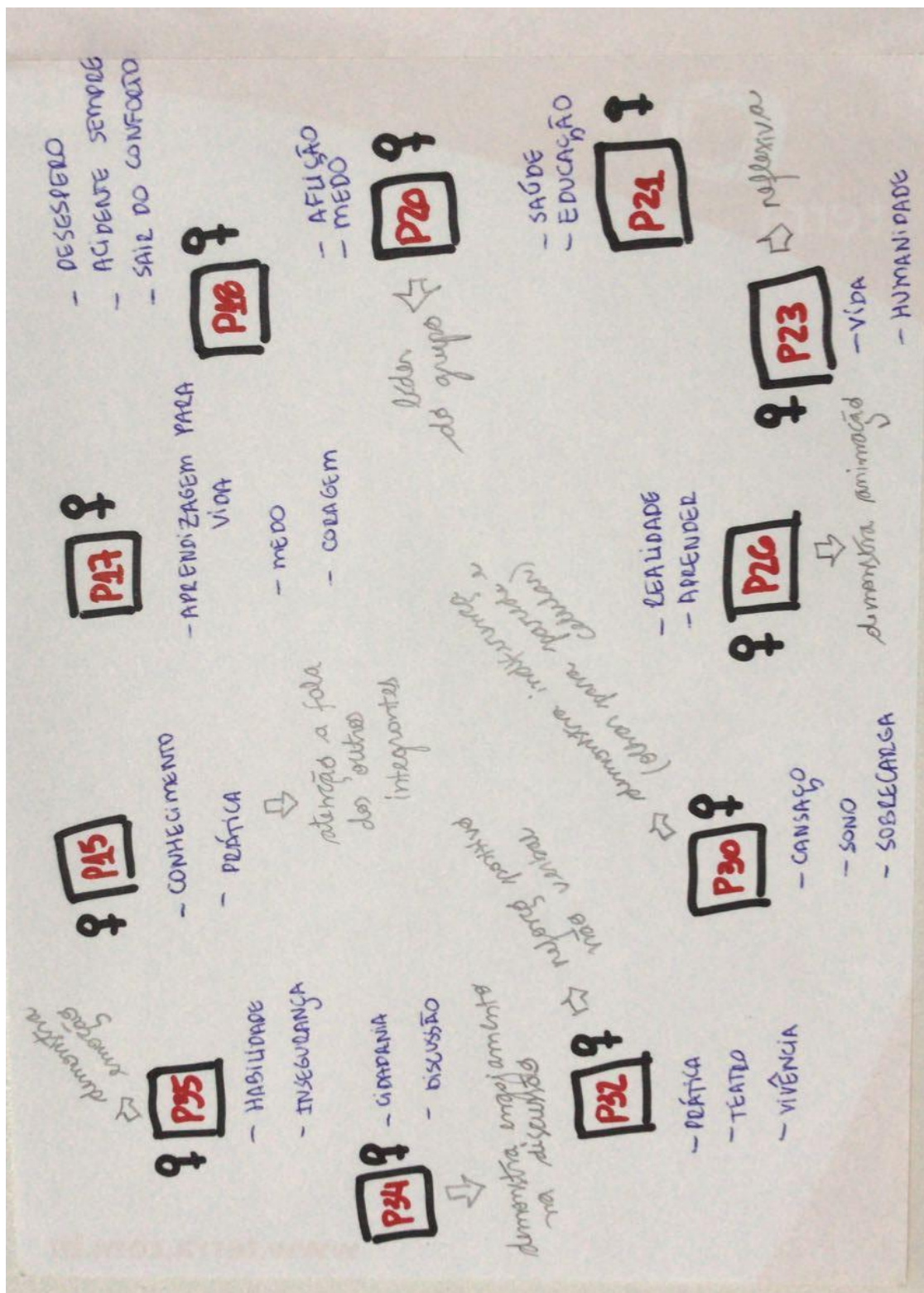
Apêndice I – Registro ilustracional do grupo focal

ILUSTRAÇÃO DO GRUPO FOCAL

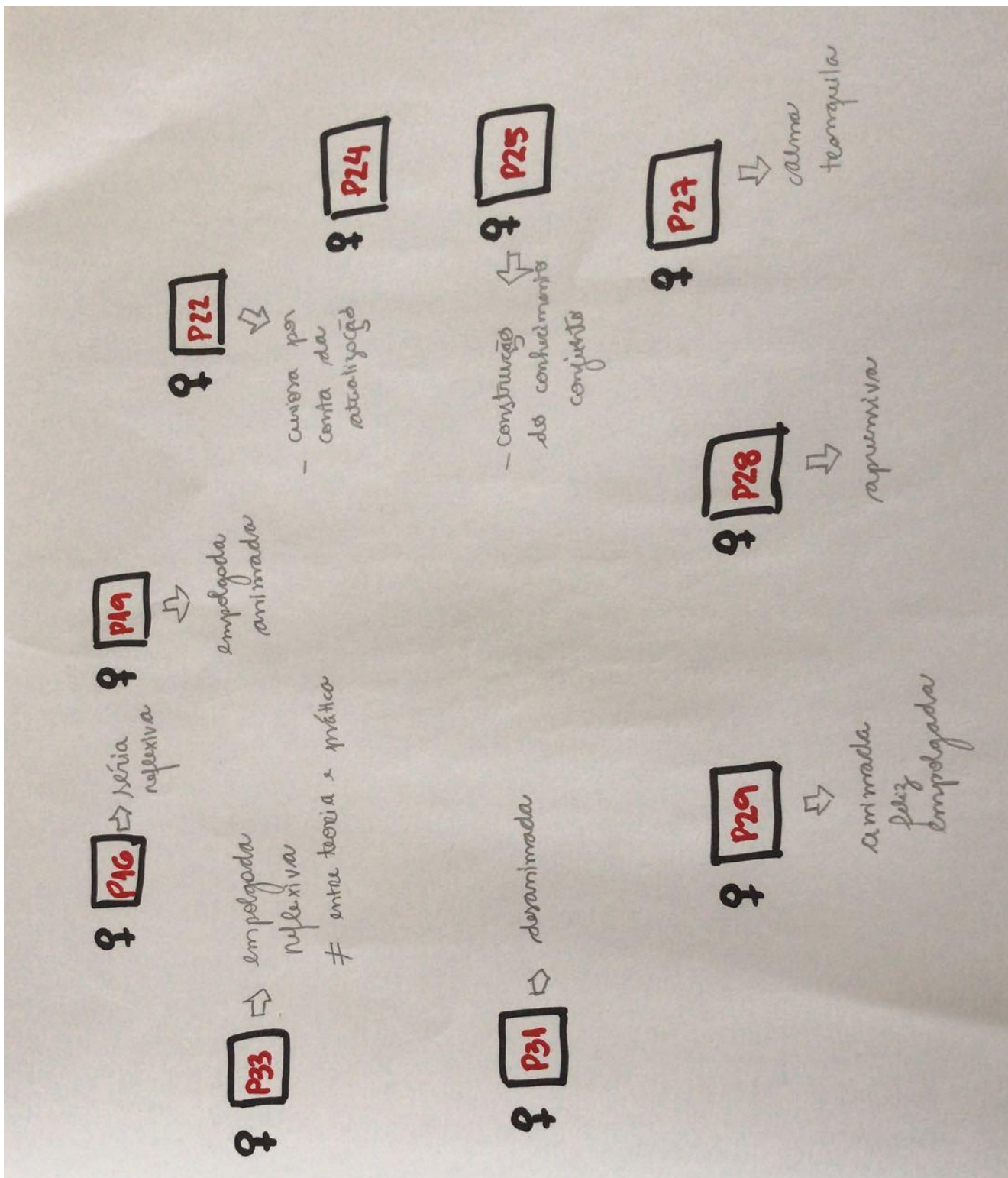
Grupo 1



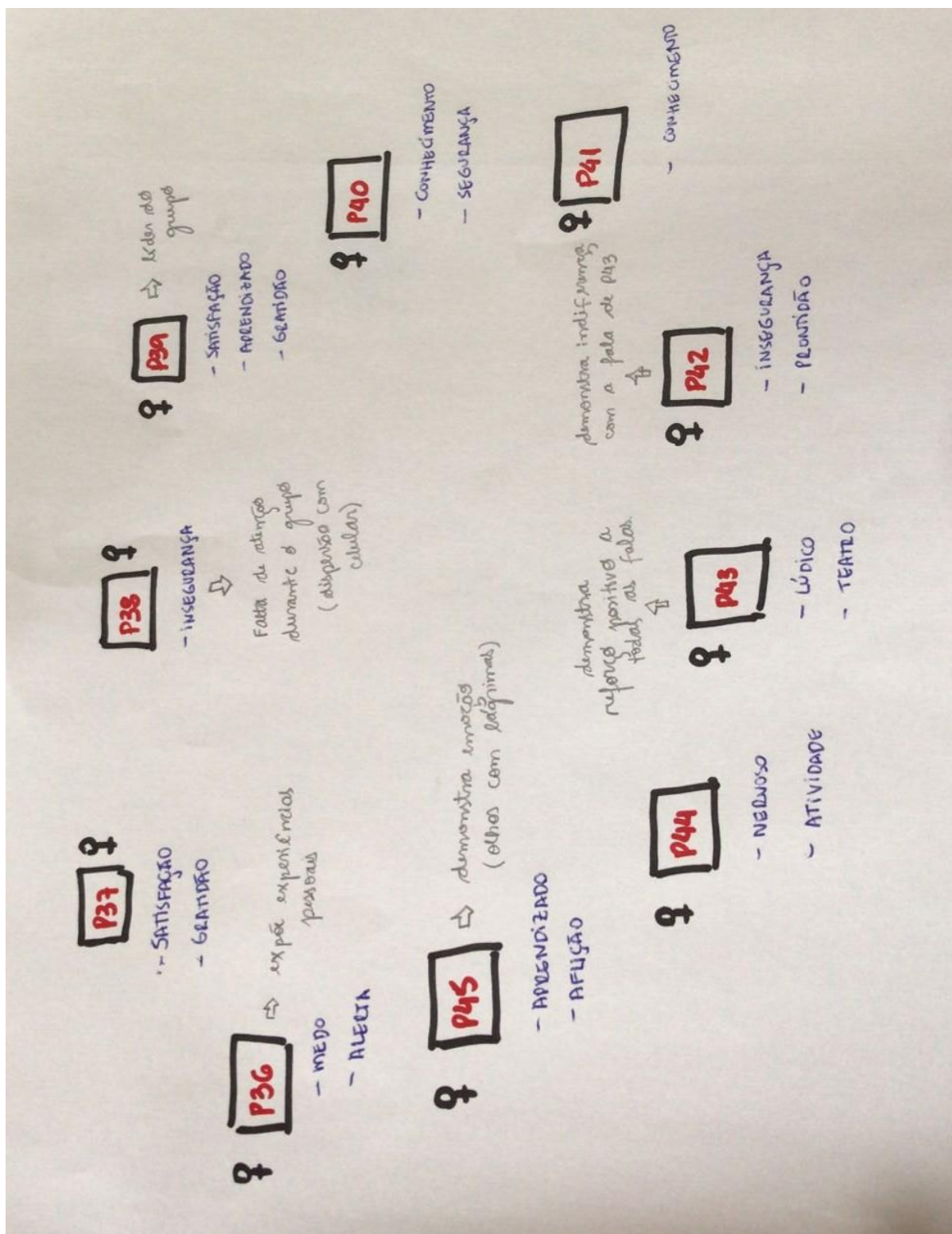
Grupo 2



Grupo 3



Grupo 4



Apêndice J - Instrumento para realização de entrevista individual semi-estruturada

- 1) Você participou de uma atividade educativa sobre primeiros socorros mediada pela Simulação Realística. Após o curso, você vivenciou alguma intercorrência clínica ou traumática na escola?
- 2) Se sim, você percebeu alguma modificação em suas atitudes durante o manejo dessas intercorrências? E de seus colegas que também participaram do curso?
- 3) Após ter participado e presenciado alguma intercorrências real, você lembrou-se das atividades realizadas durante o curso?
- 4) Como você se sente para tomar decisões e agir durante uma intercorrência clínica ou traumática com seus alunos?
- 5) Qual o significado do curso para sua atividade profissional como professora?
- 6) Quais foram suas sensações em experienciar uma intervenção com participação ativa?
- 7) Qual a sua percepção sobre metodologias tradicionais de ensino e metodologias ativas?
- 8) Explícite a experiência de ter participado do momento final de discussão dos cenários, designado como debriefing
- 9) Qual a sua concepção sobre a inserção da temática de primeiros socorros dentro das escolas?
- 10) O que significou para você participar desse curso enquanto experiência profissional como professora?