



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

JESISLEI BONOLO DO AMARAL

**PREVENÇÃO E MANEJO DE OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS EM CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO POR SIMULAÇÃO**

UBERABA

2018

JESISLEI BONOLO DO AMARAL

**PREVENÇÃO E MANEJO DE OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS EM CRIANÇAS
MENORES DE UM ANO: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO POR SIMULAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para a obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo Temático: Saúde do adulto e do idoso

UBERABA

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

A514p Amaral, Jesislei Bonolo do
Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação / Jesislei Bonolo do Amaral. -- 2018.
174 f. : il., fig., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde)-- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa

1. Asfixia. 2. Aspiração respiratória. 3. Obstrução das vias respiratórias. 3. Engasgo. 4. Corpos estranhos. 5. Criança. 5. Educação em enfermagem. 6. Enfermagem. 7. Neonatologia. 8. Simulação. I. Barbosa, Maria Helena. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.211-008.4

JESISLEI BONOLO DO AMARAL

PREVENÇÃO E MANEJO DE OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO: UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO POR SIMULAÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do título de Doutor em Atenção à Saúde.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo Temático: Saúde do adulto e do idoso

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Helena Barbosa – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Sueli Riul da Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Luciana Mara Monti Fonseca
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Profa. Dra. Maria Angélica Melo e Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia/UFU

DEDICATÓRIA

A Deus,

Por ter me concedido a vida, a saúde, os sentidos e a perseverança.

Ao meu esposo, Fernando Rocha Nogueira,

Companheiro sempre, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, agradeço pelo apoio nos momentos de dificuldades.

As minhas filhas, Larissa e Ohana,

A razão da minha vida, obrigada pelo apoio, paciência e compreensão.

Aos meus pais Jefferson (*In memoriam*) e Suely,

Gratidão pela minha existência.

Às crianças,

Que não sobreviveram à obstrução de vias aéreas, razão maior deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. **Maria Helena Barbosa**, orientadora deste estudo, pelos ensinamentos, apoio, disponibilidade na orientação. Muito obrigada por me ajudar a fazer o melhor, me apoiar e confiar no nosso projeto.

À Profa. **Dra. Divanice Contim**, amiga, conselheira, que me deu consolo e seu abraço fraterno nos momentos difíceis da vida pessoal, durante esta jornada, obrigada por amenizar as angústias da pós-graduação, obrigada pelo apoio, pelos sacrifícios que fez para me ajudar na nossa disciplina.

Ao Prof. Dr. **Vanderlei José Hass**, pela imensa paciência com minhas dificuldades e pelas orientações quanto à análise dos dados.

Ao Enfermeiro, **Me. Kleiton Gonçalves do Nascimento**, pela ajuda inigualável na realização da análise, testes estatísticos e validação do cenário.

À Profa. Dra. **Luciana Mara Monti Fonseca**, pelas sugestões valiosas na metodologia, no exame de qualificação e agora na etapa final deste estudo.

À Profa. Dra. **Mariana Torreglosa Ruiz**, pelas correções e sugestões no exame de qualificação e agora na etapa final deste estudo.

À **Enf. Samira Ribeiro**, pela parceria nos trabalhos para publicação.

À **Enf. Pós-graduanda e querida, Maria Paula Custódio**, pela ajuda nas buscas sensibilizadas.

Enf. Intensivista Me. Cintia Dutra, pela capacitação, avaliação para a realização das manobras para desobstrução das vias aéreas e confecção do fôlder.

À **Enf. Dra. Márcia Felix**, pela colaboração e paciência com todas as submissões e dúvidas.

À **equipe de enfermagem** da Unidade de Alojamento Conjunto na Unidade Materno-Infantil e Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo, pelo apoio na coleta de dados, gratidão a vocês.

À **Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, ao **Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde**, por possibilitar a oportunidade de realizar este estudo.

Ao **colegiado do Departamento de Enfermagem Assistência Hospitalar do Curso de Graduação em Enfermagem**, pela compreensão e apoio nesta jornada.

Aos **servidores do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde**, Daniela e Fabio, por todas informações, amizade e apoio

Aos **colegas da Pós-Graduação**, pela acolhida, convivência e pelos momentos bons que passamos juntos.

Ao **Joilson Meneguci**, pelas sugestões no instrumento de coleta de dados.

À minha **família**, por entender as minhas ausências

Ao meu esposo **Fernando** e as minhas filhas, **Larissa e Ohana**, por estarem sempre comigo.

A **todos** que direta ou indiretamente fizeram parte desta jornada e que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

Gratidão a todos vocês!

“Que todo homem coma e deusas beba, e veja o que é bom por todo o seu trabalho árduo. É a dádiva de Deus.”

(Eclesiastes 3:13)

AMARAL, J.B. **Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação.** 2018, 175 p..Tese (Doutorado). Uberaba/MG:Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2018.

RESUMO

Os acidentes domiciliares infantis estão entre as principais causas de óbito e hospitalização em menores de cinco anos, sendo que os acidentes que causam obstrução das vias aéreas em crianças por corpo estranho ocupam taxas elevadas de mortalidade em crianças, especialmente em menores de um ano, no Brasil e no mundo. Há fatores de risco associados à aspiração de corpos estranhos, possibilitando ações de proteção, prevenção diagnóstica e intervenção precoce. O diagnóstico precoce em crianças é imprescindível para a intervenção imediata, uma vez que aumenta a possibilidade de sobrevivência das mesmas. Considera-se imprescindível que a mãe ou cuidadores tenham conhecimento e capacitação dos Primeiros Socorros, considerando que a maioria dos acidentes relacionados à obstrução de vias aéreas ou engasgamento em crianças ocorre no domicílio. A intervenção para desobstrução de vias aéreas, e caso a criança evolua para parada cardiorrespiratória, está descrita nas diretrizes da *American Heart Association*. O presente estudo teve como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção educativa, sobre prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas e parada cardiorrespiratória em crianças de zero a um ano, no conhecimento de puérperas. Trata-se de um estudo quase experimental, do tipo intervenção antes e depois com um único grupo, com abordagem quantitativa, analítico, de campo, longitudinal, prospectivo e conduzido de acordo com as recomendações da *Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs* (TREND), realizado no Alojamento Conjunto na Unidade Materno-Infantil e Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A população do estudo foram as puérperas que atenderam aos critérios de inclusão: mães de crianças nascidas vivas, hospitalizadas após o parto, que estivessem no período de 12 horas ao décimo dia do puerpério, que estivessem em condições físicas, ter liberação médica para ficar sentada ou em posição ortostática, estivessem sem dor ou queixas. As puérperas menores de 18 anos, que estivessem com acompanhante para assinar o Termo de Consentimento, foram incluídas. Participaram do estudo 20 puérperas que receberam a intervenção educativa, baseada nos pressupostos de Paulo Freire, onde se utilizou o método de simulação sobre as manobras a serem realizadas em caso de obstrução de vias aéreas e parada cardiorrespiratória. A coleta de dados ocorreu no período de junho a julho do ano de 2018, na enfermaria por meio de instrumento elaborado especificamente para este estudo, validado anteriormente por cinco juízes, o mesmo foi aplicado antes e imediatamente após a realização da intervenção educativa.

Para analisar o conhecimento específico das puérperas sobre prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças, por questão, em relação à proporção aos acertos, utilizou-se uma análise descritiva a partir de frequências absolutas(n) e relativas (%) dos itens e utilizou-se o teste t-pareado para escores de conhecimento e habilidade, antes e após a intervenção educativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da instituição e foi registrada na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos. Os resultados demonstram que após a utilização do teste t pareado, para comparação entre as médias de acerto sobre a realização de manobras para desobstrução de vias aéreas, e a realização de manobras de ressuscitação cardiopulmonar, em ambas, identificou-se que, em média, o número de acertos após a intervenção foi maior que a média de acertos antes ($p < 0,001$). Conclui-se que a intervenção educativa, proposta neste estudo, apresentou-se eficaz para aumentar o conhecimento cognitivo e habilidade das puérperas sobre prevenção, identificação e manejo de obstrução de vias aéreas e engasgo e asfixia em bebês, confirmando assim a hipótese desta investigação. Esta investigação contribuiu com evidências importantes, relacionadas ao efeito da intervenção educativa por meio de simulação para obstrução de vias aéreas por corpo estranho e parada cardíaca respiratória e poderá ser adotada como uma medida para prevenção de engasgos em recém-nascidos.

Palavras-chave: Aspiração respiratória. Obstrução das vias respiratórias. Engasgo. Corpos estranhos. Criança, Educação em enfermagem. Enfermagem. Neonatologia. Simulação.

AMARAL, J. B. **Prevention and management of airway obstruction in children under one year: a simulation intervention study.** 2018. 175 p. Thesis (Doctorate) - Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

ABSTRACT

Children's home-based accidents are among the leading causes of death and hospitalization in children under five years of age. Accidents causing airway obstruction due to foreign objects in children occupy high rates of mortality in children, especially those under one year of age, in Brazil and the world. There are risk factors associated with the aspiration of foreign objects, enabling protection actions, diagnostic prevention and early intervention. Early diagnosis in children is essential for immediate intervention, since it increases the possibility of their survival. It is considered essential that the mother or caregivers have knowledge and qualification of First Aid, considering that the majority of accidents related to airway obstruction or choking in children occurs at home. Intervention for airway clearance, and if the child develops for cardiorespiratory arrest, is described in the guidelines of the American Heart Association. This study aimed to evaluate the effectiveness of an educational intervention on the prevention and management of airway obstruction and cardiorespiratory arrest in children from zero to one year, in the knowledge of puerperal women. It is a quasi-experimental, one-on-one, quantitative, analytical, field, longitudinal, prospective study, and conducted in accordance with the recommendations of the Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs (TREND), performed at the Joint Housing in the Maternal-Infant and Gynecology and Obstetrics Unit, Clinical Hospital of the Federal University of Triângulo Mineiro. The study population was the mothers who had met the inclusion criteria: mothers of children born alive hospitalized after childbirth, who were in the period of 12 hours to the tenth day of puerperium, who were in physical condition, had medical release to sit or be in an orthostatic position, were without pain or complaints. The mothers under 18 years of age, who were accompanied by a companion to sign the Term of Consent, were included. Twenty postpartum women who received the educational intervention, based on the assumptions of Paulo Freire, participated in the study, where the simulation method was used on the maneuvers to be performed in case of airway obstruction and cardiorespiratory arrest. The data were collected in the infirmary, between June and July of the year 2018, through an instrument prepared specifically for this study, previously validated by five judges, the same was applied before and immediately after the educational intervention. In order to analyze the specific knowledge of puerperae on prevention and management of airway obstruction in children, by issue, in relation to the proportion of correct answers, a descriptive analysis was used based on

absolute (n) and relative (%) frequencies of items and the t-paired test was used for scores of knowledge and skill, before and after the educational intervention. The research was approved by the Research Ethics Committee of the institution and was registered in the Brazilian Registry of Clinical Trials platform. The results show that after the use of paired t-test, in order to compare the means of adjustment for maneuvers to clear the airway and to perform cardiopulmonary resuscitation maneuvers in both, it was identified that, on average, the number of hits after the intervention was higher than the average of hits before ($p < 0.001$). It is concluded that the educational intervention proposed in this study was effective in increasing the cognitive knowledge and ability of puerperae on prevention, identification and management of airway obstruction and choking and asphyxia in infants, thus confirming the hypothesis of this investigation. This research contributed with important evidence related to the effect of educational intervention through simulation for obstruction of the airways by foreign body and cardiopulmonary arrest and could be adopted as a measure for prevention of gagging in newborns.

Keywords: Respiratory aspiration. Airway obstruction. Gagging. Foreign bodies. Child. Education, nursing. Nursing. Neonatology. Simulation.

AMARAL, J.B. **Prevención y manejo de obstrucción de vías aéreas en niños menores de un año: un estudio de intervención por simulación.** 2018 175 h. Tesis (Doctorado) – Universidade Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

RESUMEN

Los accidentes domiciliarios infantiles están entre las principales causas de muerte y hospitalización en menores de cinco años, siendo que los accidentes que causan obstrucción de las vías aéreas en niños por cuerpo extraño ocupan tasas elevadas de mortalidad en niños, especialmente en menores de un año, en Brasil y en el mundo. Hay factores de riesgo asociados a la aspiración de cuerpos extraños, posibilitando acciones de protección, prevención diagnóstica e intervención precoz. El diagnóstico precoz en niños es imprescindible para la intervención inmediata, ya que aumenta la posibilidad de supervivencia de las mismas. Se considera imprescindible que la madre o cuidadores tengan conocimiento y capacitación de los Primeros Auxilios, considerando que la mayoría de los accidentes relacionados con la obstrucción de vías aéreas o atragantamiento en niños ocurre en el domicilio. La intervención para la desobstrucción de vías aéreas, y si el niño evoluciona hacia la parada cardiorrespiratoria, está descrita en las directrices de la American Heart Association. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de una intervención educativa, sobre prevención y manejo de obstrucción de vías aéreas y parada cardiorrespiratoria en niños de cero a un año, en el conocimiento de puérperas. Se trata de un estudio casi experimental, del tipo intervención antes y después con un solo grupo, con abordaje cuantitativo, analítico, de campo, longitudinal, prospectivo y conducido de acuerdo con las recomendaciones de Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND), realizado en el Alojamiento Conjunto en la Unidad Materno-Infantil y Ginecología y Obstetricia, del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro. La población del estudio fueron las puérperas que atendieron a los criterios de inclusión: madres de niños nacidos vivos, hospitalizados después del parto, que estuvieran en el período de 12 horas al décimo día del puerperio, que estuvieran en condiciones físicas, tener liberación médica para quedarse sentada o en posición ortostática, estuvieran sin dolor o quejas. Las madres menores de 18 años, que estuvieran acompañadas para firmar el Término de Consentimiento, fueron incluidas. En el estudio 20 puérperas que recibieron la intervención educativa, basada en los presupuestos de Paulo Freire, donde se utilizó el método de simulación sobre las maniobras a ser realizadas en caso de obstrucción de vías aéreas y parada cardiorrespiratoria. La recolección de datos ocurrió en el período de junio a julio del año 2018, en la enfermería por medio de un instrumento elaborado específicamente para este estudio, validado anteriormente por cinco jueces, el mismo fue aplicado antes e

inmediatamente después de la realización de la intervención educativa. Para analizar el conocimiento específico de las puérperas sobre prevención y manejo de obstrucción de vías aéreas en niños, por cuestión, en relación a la proporción a los aciertos, se utilizó un análisis descriptivo a partir de frecuencias absolutas (n) y relativas (%) de los ítems y se utilizó el test t-pareado para scores de conocimiento y habilidad, antes y después de la intervención educativa. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en investigación de la institución y fue registrada en la plataforma de Registro Brasileño de Ensayos Clínicos. Los resultados demuestran que después de la utilización del test t pareado, para comparación entre las medias de acierto sobre la realización de maniobras para desobstrucción de vías aéreas, y la realización de maniobras de resucitación cardiopulmonar, en ambas, se identificó que, en promedio, el número de aciertos después de la intervención fue mayor que el promedio de aciertos antes ($p < 0,001$). Se concluye que la intervención educativa, propuesta en este estudio, se presentó eficaz para aumentar el conocimiento cognitivo y habilidad de las puérperas sobre prevención, identificación y manejo de obstrucción de vías aéreas y engaño y asfixia en bebés, confirmando así la hipótesis de esta investigación. Esta investigación contribuyó con evidencias importantes, relacionadas con el efecto de la intervención educativa por medio de simulación para obstrucción de vías aéreas por cuerpo extraño y paro cardíaco respiratorio y podrá ser adoptada como una medida para prevención de atraganto en recién nacidos.

Palabras-clave: Aspiración respiratoria. Obstrucción de las vías aéreas. Atragantamiento. Cuerpos extraños. Niño. Educación en enfermería. Enfermería. Neonatología. Simulación

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Enfermaria do Alojamento Conjunto. Uberaba, Brasil, 2018.....	55
Figura 2. Enfermaria do Alojamento Conjunto, vista lateral. Uberaba, Brasil, 2018.....	56
Figura 3. Enfermaria do Alojamento Conjunto, com cadeira. Uberaba, Brasil,2018.....	57
Figura 4. Enfermaria do Alojamento Conjunto, com mesa de apoio posicionada.Uberaba, Brasil, 2018.....	57
Figura 5 Manequim Baby Anne [®] , Uberaba, Brasil, 2018.....	58
Figura 6 - Fluxograma da amostra (n=20). Uberaba, 2018.....	77

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Validação aparente e de conteúdo com o parecer de avaliação de cinco juízes **65**
- Tabela 2.** Validação aparente e de conteúdo com os pareceres de avaliação dos cinco juízes referentes às questões das manobras a serem realizadas em caso de obstrução parcial ou total de vias aéreas. Uberaba (MG), 2018 **69**
- Tabela 3.** Distribuição das características sociodemográficas das puérperas participantes do estudo, segundo idade, escolaridade e renda familiar, Uberaba (MG), 2018..... **71**
- Tabela 4.** Distribuição das características sociodemográficas das puérperas (n=20) participantes do estudo, segundo situação conjugal e ocupação. Uberaba (MG), 2018..... **77**
- Tabela 5.** Distribuição das características obstétricas das puérperas (n=20) participantes do estudo, número de filhos vivos, idade gestacional, número de consultas e período pós-parto. Uberaba(MG), 2018..... **78**
- Tabela 6.** Distribuição das características obstétricas das puérperas (n=20) participantes do estudo, segundo gravidez planejada, pré-natal, intercorrências maternas e tipo de parto. Uberaba (MG), 2018 **79**
- Tabela 7.** Distribuição do conhecimento sobre OVACE das puérperas (n=20) participantes do estudo, Uberaba (MG), 2018 **79**
- Tabela 8.** Descrição de conhecimento de fatores de risco para OVACE, pré e pós-intervenção das puérperas (n=20) participantes do estudo, Uberaba (MG), 2018..... **80**
- Tabela 9.** Descrição do conhecimento sobre alimentos e objetos de risco para OVACE, pré e pós-intervenção, das puérperas (n=20) participantes do estudo Uberaba (MG), 2018 **81**
- Tabela 10.** Descrição do conhecimento sobre cuidados e prevenção de OVACE, pré e pós-intervenção, das puérperas (n=20) participantes do estudo Uberaba (MG), 2018 **82**
- Tabela 11.** Descrição do desempenho das puérperas (n=20) na realização de manobras para OVACE, pré e pós-intervenção. Uberaba, MG, 2018..... **83**
- Tabela 12.** Descrição do desempenho das puérperas (n=20) na realização de manobras para PCR, pré e pós-intervenção. Uberaba, MG, 2018. **84**
- Tabela 13.** Descrição do desempenho das puérperas (n=20) na realização de manobras para OVACE e PCR antes e após a intervenção educativa. Uberaba, MG, Brasil, 2018 **85**
- Tabela 14-** Descrição do desempenho, das puérperas (n=20) na realização de manobras para OVACE e PCR antes e após a intervenção educativa. Uberaba, MG, Brasil, 2018 **86**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGNU	Assembleia Geral das Nações Unidas
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
HTML	<i>HyperText Markup Language</i>
IML	Instituto de Medicina Legal
MI	Mortalidade Infantil
NLN	<i>National League for Nursing</i>
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OVACE	Obstrução de vias aéreas por corpo estranho
OWG	Grupo de Trabalho Aberto das Nações Unidas
PCR	Parada Cardiorrespiratória
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
REBEC	Registro de Ensaio Clínicos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TREND	<i>Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VAS	Vias aéreas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	22
1.1 Fundamentação teórica.....	24
1.1.1 Obstrução de vias aéreas na infância e fatores de risco.....	24
1.1.2 Prevenção e intervenção de obstrução de vias aéreas na infância.....	26
1.1.3 Educação em saúde na enfermagem do cliente para prevenção de obstrução de vias aéreas na infância.....	28
1.1.4 Simulação em saúde na enfermagem	29
1.1.5 O cenário clínico simulado	31
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	34
2.1 Pedagogia libertadora de Paulo freire.....	34
3 JUSTIFICATIVA	38
4 HIPÓTESE	41
5 OBJETIVOS.....	43
5.1 Objetivo geral	43
5.2 Objetivos específicos	43
6 MATERIAL E MÉTODO.....	45
6.1 Delineamento do estudo	45
6.1.1 ETAPA I.....	45
6.1.2 Construção do instrumento.....	45
6.1.3 Validação do conteúdo	46
6.1.4 População do estudo	47
6.1.5 Análise estatística	47
6.2 ETAPA II	48

6.2.1 Tipo de estudo	48
6.2.2 Local de estudo.....	48
6.2.3 População e amostra.....	50
6.2.4 Critérios de inclusão.....	50
6.2.5 Critério de exclusão	51
6.2.6 Intervenção educativa.....	51
6.2.7 Construção e validação do cenário	54
6.2.8 Procedimento de coleta de dados	58
6.2.9 Análise dos dados	61
7 ASPECTOS ÉTICOS	61
8. REGISTRO DO ESTUDO	63
9.RESULTADOS.....	65
9.1 ETAPA I. Elaboração e validação dos instrumentos	64
9.2 ETAPA II Estudo quase experimental	76
9.2.1 Caracterização da amostra do estudo.....	76
9.2.2 Dados sociodemográficos	77
9.2.3 Caracterização obstétrica.....	78
9.2.4 Conhecimento sobre prevenção e fatores de risco para obstrução de vias aéreas, engasgo e asfixia.....	80
10.DISSCUSSÃO	88
11. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	93
12 CONCLUSÕES	95
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	109
ANEXOS	145

1 INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade infantil (MI) tem sido alvo de políticas e intervenções mundiais, como a adesão do Brasil aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU), estabelecidos em 2000 na Conferência Mundial da ONU, mediante o compromisso de alcance da meta global de redução em 75% na taxa de mortalidade infantil até o ano de 2015 (BRASIL, 2014).

O Brasil também adotou, em setembro de 2015, os objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), onde foi incluída a agenda pós-2015, da Rio+20 no documento do Grupo de Trabalho Aberto das Nações Unidas (OWG), submetido à Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) 2014-2015. O objetivo é de que, no ano de 2030, as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos sejam extintas e que ocorra a redução da mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos vivos (NV) e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para, pelo menos, 25 por 1.000 NV (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM, essas intervenções surtiram efeito no Brasil, evidenciadas pelo alcance da meta de redução da mortalidade infantil, passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos (BRASIL, 2014).

No ano de 2015, identificou-se que o número de óbitos para menores de cinco anos no Brasil apresentou uma importante redução de 52,5/1.000 NV, em 1990 para 17,0/1.000 NV, o que representa uma diminuição de 67,6% (FRANCA et al., 2017).

No Brasil, observou-se a redução de 94,7% dos óbitos por doenças diarreicas de 1990 a 2015 em crianças. Os óbitos por infecções respiratórias e por desnutrição, que antes figuravam na 3ª e 7ª posições, sofreram importante redução, caindo para a 5ª e 9ª posições, respectivamente, bem como as doenças diarreicas que eram a 2ª maior causa de mortalidade em menores de cinco anos, passando para a 7ª posição. Porém, as mortes e hospitalizações associadas às causas externas ainda estavam entre as 20 primeiras posições em 2015 (FRANCA et al., 2017).

As causas externas incluem causas acidentais devido ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes e violências e as causas intencionais agressões e lesões autoprovocadas, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão-CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 2000). Essas causas estão entre as 15 principais causas de morte em menores de cinco anos, em particular entre crianças de um a quatro anos de idade, especialmente em menores de um ano, tornando-se um importante problema de saúde pública para as famílias e a sociedade (GASPAR, 2013; FRANCA et al., 2017).

Apesar do importante decréscimo das taxas em 2015, foram constatados 2.358 óbitos em crianças por aspiração de corpo estranho, acidentes de trânsito, afogamentos e homicídios, sendo que a aspiração de corpos estranhos ocupou a 10^a posição; acidentes de trânsito a 11^a e o afogamento a 12^a posição em causas de óbito (FRANCA, et al. 2017).

Os acidentes domiciliares estão entre os mais frequentes dentre os atendimentos de emergência na população infantojuvenil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000; GASPAR, 2013). Esses acidentes são responsáveis por grande demanda dos atendimentos às crianças, adolescentes e jovens nos serviços de urgência e emergência, e entre os mais frequentes está incluída a introdução de corpo estranho em orifícios naturais (YETIM, et al., 2012).

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datasus), a principal causa de mortes por acidentes em crianças menores de um ano é a asfíxia, representando 70% dos óbitos em 2012. Comparativamente entre os anos de 2003 a 2012, notou-se que apenas asfíxia não mostrou redução significativa no número de mortes no período frente às causas externas (PLANO NACIONAL, 2014).

Estudo realizado em Minas Gerais identificou 766 óbitos para as crianças de um a quatro anos e 767 para as de cinco a nove anos, no período de 2000 a 2010, sendo que os afogamentos representaram 23,6% dos óbitos em crianças de um a quatro anos, outros riscos acidentais à respiração foram responsáveis por 6,1% e 3% dos óbitos por idade respectivamente, observou-se que os acidentes de aspirações de corpo estranho e de conteúdo alimentar são riscos para óbito (ROMERO et al., 2016).

Somente no ano de 2013 foram realizados 526 atendimentos, em um Hospital de Cuiabá, causados por acidentes domiciliares. Identificou-se que o tipo de acidente, mais frequente, foi devido à penetração de corpo estranho no olho ou orifício natural (boca, nariz, ouvido, olhos, orifício geniturinário), sendo que o mais frequente, nas crianças menores de quatro anos, foi em consequência da ingestão de pequenos objetos como moedas, brinquedos pequenos, baterias, entre outros (BRITO, et al. 2016).

No ano de 2012, foram registrados 106 óbitos de crianças de 0 a 9 anos de idade, no Instituto de Medicina Legal (IML) na cidade do Recife (PE), mediante análise das causas de óbito segundo a faixa etária, houve predomínio dos acidentes de obstrução de vias aéreas em abaixo de quatro anos de idade e os acidentes por afogamento em indivíduos de dois a nove anos (DA SILVA, et al.2017)

A obstrução das vias aéreas em crianças, por corpo estranho, resulta em lesões, óbito e sequelas (BEZERRA et al., 2014).

1.1 Fundamentação teórica

1.1.1 Obstrução de vias aéreas na infância e fatores de risco

A aspiração por corpo estranho também é conhecida como engasgo, considerada uma situação em que qualquer objeto ou substância penetra inadvertidamente nas vias aéreas, com risco maior quando penetra nos pulmões, podendo ocorrer quando a criança está comendo, ou quando está com um objeto na boca, causando a obstrução parcial ou total das vias aéreas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

A obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) ou bloqueio da via aérea pode evoluir para asfixia, que se refere à dificuldade, à impossibilidade de respirar, ao bloqueio ou impedimento da entrada de ar nos pulmões, o que provoca a falta de oxigênio no organismo (COSTA, 2012).

As principais causas da asfixia são o afogamento, obstrução das vias respiratórias por enforcamento ou causada por corpo estranho (MOREIRA, 2013). A afixia resulta em lesões, óbito e sequelas (BEZERRA et al., 2014).

A OVACE alojado na laringe está associada a uma mortalidade em torno de 45%, e em pacientes asfixiados por uma obstrução transitória das vias respiratórias pode ocorrer risco de hipóxia próximo de 30% (SMITH, 2010).

Assim os acidentes, com OVACE ou engasgamento em crianças, envolvem alto risco de sequelas e óbito (INGRAM et al., 2011; BEZERRA et al., 2014; GIELEN; MCDONALD; SHIELDS, 2015), ocupam taxas elevadas de mortalidade em crianças, especialmente em menores de um ano, predominando a faixa etária entre um e três anos de idade, crianças do sexo masculino, que representam mais de 50% das aspirações (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2010; HUANKANG, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2014; AMITH, 2014).

Corpo estranho é considerado qualquer objeto ou substância que inadvertidamente seja introduzido no corpo ou em suas cavidades, como no sistema respiratório. Pode ser ingerido ou colocado pela criança nas narinas, com maior risco quando é aspirado para o pulmão. A obstrução de vias aéreas, traqueal e asfixia, pode ocorrer por engasgo durante a alimentação da criança, ou quando leva objetos à boca (XAVIER-GOMES et al., 2013).

Os objetos de pequenas dimensões oferecem maior risco, como por exemplo, tampas de caneta esferográfica, botões, anéis, moedas, brincos e alimentos pequenos de forma esférica

como amendoins, nozes, pipocas, castanhas, grão, feijão, ervilhas, milho, frutos com caroço e sementes (PASSALI et al., 2010; FOLTRAN et al., 2013; PANDA et al., 2014).

Os brinquedos como jogos, balões e que tenham peças pequenas têm maior probabilidade de provocar obstrução traqueal e asfixia, sendo que para crianças com menos de três anos, recomendam-se brinquedos com um diâmetro superior a 32mm, e os objetos esféricos deverão ter diâmetro superior a 45mm (PASSALI et al., 2010; PANDA et al., 2014).

O material mais relacionado a óbito imediato por asfixia é o sintético, como balões de borracha, estruturas esféricas, sólidas ou não, como bola de vidro e brinquedos (XAVIER-GOMES et al., 2013).

Fatores inerentes a crianças menores de um ano que favorecem a aspiração de corpos estranhos estão ligados à imaturidade, à curiosidade e à exploração do meio ambiente ao redor, somados à falta de preparo dos cuidadores, para promoção do desenvolvimento com proteção e a inexistência de medidas preventivas (BRASIL, 2010; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

A população mais acometida são os lactentes, sendo que os fatores causais podem ser devido à imaturidade do processo de deglutição, à ausência de dentes, que dificulta o processo de mastigação, à falha no reflexo de fechamento da laringe e à imaturidade para reação aos perigos, os lactentes ainda podem se engasgar com partes de brinquedos, comidas e outros pequenos objetos, pois geralmente levam objetos diretamente para a boca (BRASIL, 2010; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Acrescido ao fator idade, o ambiente doméstico também influencia na incidência dos acidentes em crianças, local de ocorrência da maioria desses (SANTANA, 2011; XAVIER-GOMES et al., 2013).

Estudos demonstram que fatores como ambiente inseguro e menores condições socioeconômicas propiciam mais que o dobro de probabilidade de as crianças chegarem a óbito por acidentes domésticos, quando comparadas com as que detêm um nível socioeconômico maior (SANTOS, 2011).

Algumas condições podem desencadear situações de risco ou até mesmo de acidentes, como as condições socioeconômicas e culturais; falta de percepção corporal e do espaço; sexo; idade; imaturidade física e mental; inabilidade para lidar com situações de perigo; curiosidade; precipitação e desatenção (TAVARES et al., 2013; PEREIRA, 2013).

Atualmente sabe-se que há fatores de risco para os acidentes domésticos na infância, porém os acidentes são considerados, por algumas populações, como situações imprevistas e incontroláveis que ocorrem durante a infância (PEREIRA, 2013; XAVIER-GOMES, 2013). Contudo essa concepção vem se modificando, uma vez que estudos têm identificado um perfil

e determinantes epidemiológicos dos acidentes, sendo possível a prevenção (BRITO; PEDROSO; MARTINS, 2016; FILOCOMO et al., 2017).

1.1.2 Prevenção e intervenção de obstrução de vias aéreas na infância

A incidência de acidentes na infância tem sido objeto de estudos no mundo (COUNTDOWN, 2008), bem como a realização de ações para prevenção, como a criação da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (FAJARDO, 2009).

A proteção e prevenção de aspiração de corpos estranhos é imprescindível, são consideradas as medidas mais importantes de manter objetos e alimentos que proporcionem obstrução de vias aéreas que possam ser aspirados fora do alcance das crianças, bem como a educação nutricional, como educação da família e de outros adultos que tenham a responsabilidade de cuidar de crianças, com relação à intervenção apropriada, no caso de crianças aspirarem corpos estranhos (FERREIRA; SOUZA, 2014).

As crianças pequenas, especialmente com menos de quatro anos, devem estar sob vigilância constante dos cuidadores. O diagnóstico precoce de um engasgamento acrescido aos cuidados dos pais são fatores mais importantes para a intervenção imediata (BEZERRA, 2014).

A mãe ou cuidadores e responsáveis são as pessoas mais próximas e que permanecem por mais tempo com as crianças, estudos apontam que a maioria dos acidentes, relacionada à obstrução de vias aéreas ou engasgamento em crianças, ocorre no domicílio (GONÇALVES, 2011; INGRAM et al., 2011; BEZERRA, et al., 2014; GIELEN; MCDONALD; SHIELDS, 2015).

Portanto, é imprescindível, para aumentar a sobrevivência de crianças em situações de OVACE e PCR, que as mesmas tenham conhecimento dos riscos, sinais e sintomas de engasgamento ou de obstrução de vias aéreas de crianças, que necessitam de intervenção, bem como o conhecimento e capacitação dos Primeiros Socorros padronizados para leigos (PASSALI et al., 2010; BEZERRA, 2014).

A capacitação dos que têm maior probabilidade de encontrar um bebê, quando está em situação de obstrução de vias aéreas, aumenta a possibilidade de sobrevivência do mesmo (BERG et al., 2010;PIERICK et al., 2012), uma vez que a sobrevivência da parada cardíaca de crianças fora do hospital depende do rápido reconhecimento e do início da ressuscitação por parte dos espectadores (NAIM et al., 2017).

Os sinais e sintomas, caso ocorra uma OVACE em bebês menores de um ano, bem como a intervenção, dependerão do grau de obstrução das vias aéreas. Na obstrução parcial das vias

aéreas há troca de ar, a criança é capaz de tossir e pode apresentar sibilos entre as tosse, voz molhada, respiração ruidosa, pigarro e engasgo (AHA, 2010; WEIR et al. 2011), podem apresentar ainda sinais de agitação dos membros, ausência de fala e segurar a garganta (PASSALI et al., 2010; BEZERRA et al. 2014).

Caso ocorra uma obstrução parcial das vias aéreas (VAS) em bebês, consideradas crianças menores de um ano, segundo definição da *American Hert Association*, é necessária a manutenção da calma, não se deve interferir nas tentativas de o bebê expelir o corpo estranho mediante tosse, deve-se permanecer ao lado e monitorizar sua condição; caso a obstrução parcial persistir deve-se acionar o sistema de urgência e emergência local e iniciar a aplicação das manobras para desobstrução de VAS (AHA, 2011). Não é recomendado executar a varredura digital às cegas em bebês e crianças, pois poderá empurrar o corpo estranho de volta para a via aérea, causando mais obstrução ou lesão (AHA, 2011).

Na obstrução completa da VAS, a troca de ar é deficiente ou ausente, o bebê não consegue fazer nenhum som ou não consegue respirar, a tosse é fraca ou a criança é incapaz de tossir, evoluir ou apresentar dificuldade respiratória súbita, ruídos agudos durante a inspiração ou absoluta ausência de ruído, possível cianose (AHA, 2010; WEIR et al., 2011), sibilos ou estridor, sinais de dificuldade respiratória, sinais de agitação dos membros, apneia, tosse, rouquidão ou assimetria na auscultação pulmonar (PASSALI et al., 2010; FOLTRAN et al., 2013; BEZERRA, 2014; AMITH et al., 2014), nesse caso deverão ser iniciadas as manobras para desobstrução de VAS imediatamente (AHA, 2011).

As manobras para OVACE de crianças menores de um ano, responsivo e consciente, segundo *American Het Association* (2011) estão no ANEXO I.

As manobras devem ser interrompidas caso o bebê volte a respirar, deve-se iniciar a Ressuscitação CardioPulmonar (RCP), caso pare de responder (AHA, 2011).

As manobras para crianças menores de um ano que não respondem, podendo estar em Parada Cardiorrespiratória (PCR) estão no ANEXO II.

Devido ao risco associado à idade da criança, aos fatores econômicos e à alta letalidade, a identificação precoce de obstrução da via aérea é primordial para um bom resultado da intervenção (AHA, 2011).

Observa-se que não só no Brasil, como em outros países, os prestadores de serviços de saúde não fornecem educação sobre as habilidades da RCP infantil. Programas convencionais de educação em RCP podem estar fora do âmbito da maioria das maternidades (BARRY, 2015).

Nesse sentido torna-se imprescindível o desenvolvimento de programas educacionais dirigidos aos pais e cuidadores, com vistas à prevenção de hábitos que predispõem acidentes

em crianças e o ensino de técnicas básicas de desobstrução de via aérea alta (PASSALI et al., 2010), uma vez que o observador quando capacitado consegue detectar os sinais de asfixia e intervir eficazmente (AHA, 2011).

1.1.3 Educação em saúde na enfermagem do cliente para prevenção da obstrução de vias aéreas na infância

A educação em saúde historicamente é compreendida como a transmissão de informações, assim posto impõe limitações ao complexo processo educativo, que é considerado uma ferramenta importante da promoção da saúde (SALCI, 2013).

A educação em saúde com objetivo de promoção da saúde é definida como:

Um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, técnicas, políticas e científica de caráter participativo e emancipatório, que têm como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, é definida como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visam à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2007).

O enfermeiro tem como um dos propósitos básicos da profissão o “educar” em saúde, independente do local de atuação. O mesmo realiza orientações em todos os níveis do serviço, atua na educação permanente da equipe e também da comunidade, visto que esta é uma das atribuições fundamentais desta profissão (BELLAGUARDA et.al., 2013).

O processo de trabalho do enfermeiro envolve o ensinar, que é sustentado pela Lei nº 7.498/86 regulamentada pelo Decreto, n 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, descreve ser privativo do enfermeiro a educação para a melhoria da saúde da população, e a formação, a educação permanente de enfermeiros, bem como a adaptação constante às mudanças e à vida em sociedade (BRASIL, 1986; BRASIL, 2000; DRAGANOV, 2013).

Assim os enfermeiros em funções educacionais e de orientação devem ser responsáveis pelo processo ensino-aprendizagem das famílias e de indivíduos, que são responsáveis pelos

cuidados de crianças, para lidar com a aspiração de corpos estranhos (ÇELIK, 2013; AKCA, 2016).

O enfermeiro está apto a realizar programas educacionais envolvendo pais ou responsáveis pelos cuidados da criança; uma vez que é capacitado durante a graduação acerca do atendimento pré e pós-hospitalar, poderá promover ações pertinentes à prevenção de acidentes e às condutas a serem tomadas nestes casos (BOEHRS et al., 2011).

O ensino dos Primeiros Socorros deve ser pautado em evidências científicas, utilizando tecnologias educativas, mediante a construção de recursos didáticos, materiais educativos de boa qualidade e com conteúdos adequados para viabilizar a compreensão das informações por parte do público-alvo (RYAN, 2014).

Uma das tecnologias educativas utilizadas como método de ensino que vem ganhando espaço nas universidades do mundo e frequente nos cursos de graduação em enfermagem é a simulação (AEBERSOLD, 2012).

1.1.4 Simulação em saúde na enfermagem

A simulação como método de ensino tem sido utilizada nas universidades do mundo, bem como nos cursos de graduação em Enfermagem (AEBERSOLD, 2012). Esse método é considerado como uma das estratégias de ensino que promove desenvolvimento de competências, com segurança e qualidade (GONZÁLEZ, 2008).

Na área da saúde, a simulação é utilizada para desenvolver a prática segura, sem expor o paciente ao risco, no intuito de diminuir os riscos e possibilitar o aprimoramento no processo de ensino e aprendizagem (QUILICI, 2008).

Segundo National League for Nursing (NLN), a simulação é a técnica que utiliza uma situação hipotética para permitir que as pessoas experimentem a representação de um evento real. Tem como objetivo aprender, praticar, avaliar, testar ou obter a compreensão do modo de agir de forma análoga à profissão (SCALABRINI NETO et al., 2017).

A simulação é definida como "situação ou lugar criado para permitir que um grupo de pessoas experimente a representação de um acontecimento real, com o propósito de praticar, aprender, avaliar ou entender sistemas ou ações humanas" (GONZÁLEZ, 2008; ARAYA, 2011).

A simulação tem sido utilizada para desenvolver diferentes competências, abordando várias temáticas (OLIVEIRA, 2014), considerando que o desenvolvimento da competência é resultado da combinação entre conhecimentos (saberes), habilidades (saberes-fazer) e atitudes (querer, saber e poder-agir) (GONZÁLEZ, 2008).

Considerada uma ferramenta de aprendizado, a simulação melhora o conhecimento e as habilidades por um tempo mais prolongado e atinge a absorção do conteúdo de uma forma mais agradável do que o ensino tradicional (FLATO, 2011).

Tem sido utilizada para conteúdos clínicos, para desenvolvimento de atitudes (comportamentais e afetivas) associadas ao desenvolvimento de procedimentos técnicos, não se restringindo apenas a essas, podendo dedicar-se ao desenvolvimento de atitudes (OLIVEIRA, 2014).

As metodologias podem incluir simulação de casos escritos, modelos tridimensionais, *software* informático, pacientes padronizados/atores, manequins de baixa e média fidelidade, ou simuladores/manequins de pacientes de alta fidelidade (MEAKIM COLLEN et al., 2013).

A simulação pode ser classificada de acordo com a fidelidade, sendo o grau em que a simulação se aproxima da realidade, à medida que aumenta a fidelidade, aumenta o realismo. O ambiente que determina a fidelidade envolve fatores físicos, ferramentas e equipamentos relacionados, recursos utilizados, fatores psicológicos, tais como emoções, crenças e consciência dos participantes, fatores sociais, motivação e objetivos do instrutor, o grau de abertura e confiança, assim como os modos de pensar dos participantes (MEAKIM COLLEN et al., 2013).

Os manequins classificados como de baixa fidelidade favorecem a reprodução realista do procedimento e têm como objetivo o desenvolvimento de habilidades a serem praticadas no ser humano (MEAKIM COLLEN et al., 2013). Os manequins de média e alta fidelidade não apresentam alterações nos sinais fisiológicos, mas podem ter sons cardíacos e pulmonares, etc., já os de alta fidelidade fisiologicamente são sensíveis às ações dos alunos ou à falta de ações na cena (MEAKIM COLLEN et al., 2013).

A estratégia de simulação compreende quatro períodos ou fases:

- 1) Pré-simulação (*Prebriefing*) embasamento teórico prévio sobre a atividade simulada, onde são disponibilizadas informações e orientações aos participantes antecedendo a simulação, de forma a preparar a todos para o desenvolvimento da experiência da simulação, informações sobre os objetivos do cenário, se houver equipamentos orientações sobre o uso dos mesmos, manequins, os papéis, tempo de cena e situação do cliente (MEAKIM COLLEN et al., 2013).

O objetivo do *Briefing* ou *Prebriefing* é esclarecer os participantes sobre os objetivos do cenário, incluindo orientações para o uso dos equipamentos, desenvolvimento, sobre os manequins, os papéis, o tempo da cena e a situação do paciente (MEAKIM COLLEN et al.,

2013). É um momento de contextualizar a situação clínica que será vivenciada (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

Posteriormente à simulação ocorre o *Debriefing*, uma atividade cujo objetivo é promover um ambiente para a assimilação e consolidação do conhecimento para a aprendizagem. Realizada pelo facilitador, com os participantes, onde o mesmo irá discutir e refletir os aspectos que ocorreram na simulação, proporcionar a oportunidade de refletir e discutir, encorajar-se e ter retorno da experiência e de sua performance (MEAKIM COLLEN et al., 2013).

O facilitador é a pessoa, professor que conduz o processo de simulação, desde a construção do caso até o *debriefing*, e oferece suporte para os estudantes em sua experiência durante a simulação (MEAKIM COLLEN et al., 2013).

Para a efetividade das práticas simuladas, é imprescindível a construção de cenários clínicos planejados, que reportem ao mais próximo possível da realidade, possibilitando experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas que contribuam para a aprendizagem (TUORINIEMI, 2008).

1.1.5 O cenário clínico simulado

O Cenário Clínico Simulado é um recurso efetivo de acelerar a estruturação de competência, uma vez que o processo de aprendizagem baseado na experimentação de situações reais é considerado significativo, por estar presente em todas as etapas do desenvolvimento humano (SCALABRINI NETO, et al., 2017).

O cenário pode focar na aquisição, manutenção ou avaliação de competências, sendo adequado para a abordagem tanto daquelas cognitivas quanto das psicomotoras ou efetivas (SCALABRINI NETO, et al., 2017).

Recomenda-se que o cenário deve ser preparado previamente, de modo a reproduzir o mais fidedigno a realidade, deve ser baseado nos objetivos que se deseja trabalhar e deve ser testado a fim de impedir imprevistos (ARAÚJO; QUILICI, 2012).

O conceito de cenário inclui a descrição de uma situação clínica, com elementos necessários, conforme os objetivos propostos que possibilitam a aprendizagem (SCALABRINI, NETO et al., 2017; MEAKIM COLLEN et al., 2013).

O cenário inclui a preparação dos participantes, o *briefing*, descrição das informações do paciente que será utilizado no caso simulado e os objetivos dos participantes (MEAKIM COLLEN et al., 2013).

A descrição do cenário deve conter o título do mesmo, o espaço de aprendizagem, especificado o local que se utilizará para a simulação e o contexto clínico a simular, o nível de simulação, as habilidades e competências a serem desenvolvidas (SCALABRINI NETO, et al., 2017).

Devem-se descrever as ações esperadas, o objetivo de aprendizagem, os recursos humanos, todos os materiais e equipamentos utilizados, as orientações prévias, o uso de paciente simulado, construção do *script*, as orientações sobre o desenvolvimento do cenário em relação ao comportamento/desempenho do participante, suas funções e papéis, definição da forma de interação entre o participante e o avaliador, construção do *check list* do número de itens e sua pontuação ponderada, a disposição do ambiente, a estruturação do *debriefing* do caso e as referências bibliográficas (SCALABRINI NETO, et al., 2017; FABRI, 2017).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Contextualizando, as práticas de educação em saúde foram influenciadas pelo movimento de Educação Popular, a partir da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, incorporando a participação e o saber popular e possibilitando processos educativos mais democráticos (BARRETO, 2016).

Inicialmente a pedagogia foi proposta para alfabetização de jovens e adultos, paulatinamente, seus pressupostos filosóficos foram sendo utilizados e considerada uma importante metodologia para trabalhar a promoção da saúde pela enfermagem (BORGES, 2014; HEIDEMANN, 2014; BARRETO, 2016).

2.1 Pedagogia Libertadora de Paulo Freire

A emancipação e autonomia do sujeito é o foco dos pressupostos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire e podem ser adotadas para sustentar as intervenções educativas por simulação, considerando o cenário, o público-alvo e a intervenção a ser realizada.

Os Fundamentos da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire são os princípios da ética, do respeito à dignidade e do estímulo à autonomia, o que implica em uma abertura da diversidade de saberes que todos trazem de suas experiências pessoais e se tornam ponto de partida para as trocas educativas (FREIRE, 1999; FREIRE, 2015).

Assim, realizar a Educação em Saúde baseada na metodologia de Paulo Freire tem como pressuposto inicial o saber anterior do educando. Em um primeiro momento, o educador se inteira daquilo que o educando conhece, evitando as práticas autoritárias que atrapalham as relações educativas e proporcionando um ambiente solidário onde educador e educando aprendem mais (FREIRE, 1999; FREIRE, 2015).

Na Pedagogia de Paulo Freire, a transmissão de conteúdos estruturados fora do contexto social do educando é considerada "invasão cultural" ou "depósito de informações". No primeiro momento, o mais importante é conhecer o educando enquanto indivíduo inserido num contexto social (FREIRE, 1999; FREIRE, 2015).

O conhecimento, segundo Paulo Freire, emerge pelo entendimento e pela consciência crítica da realidade. Onde o educando se assume como sujeito de construção do seu conhecimento, o educador orienta, fazendo relações com a realidade do educando e contextualizando. Encoraja o questionamento, o debate e a crítica ao conteúdo ensinado, o educando deve construir seu conhecimento, onde o educador deve ensinar a pensar, utilizando

uma metodologia que instigue o raciocínio, relacionando informações para raciocinar em busca de soluções (FREIRE, 2015).

Valorizar o saber e os valores pessoais do educando prevê a conscientização e negociação dos diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política, necessários à sua superação (FREIRE, 1999;FREIRE, 2015).

O empoderamento é conquistado por meio das interações sociais, problematização da realidade, reflexão e conscientização. O reconhecimento crítico de mundo, as transformações, os pronunciamentos são frutos do empoderamento, da emancipação e da liberdade dos homens perante a criação e a recriação; assim, a educação se expressa como ação cultural para a liberdade(FREIRE, 1999;FREIRE, 2015). O importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida. A situação real vivida pelo educando só tem sentido se resultar de uma aproximação crítica dessa realidade (FREIRE, 1999).

O autor afirma que transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador. Pensar demanda profundidade na compreensão e interpretação dos fatos, criar possibilidades ao educando para sua própria construção (FREIRE, 2015).

A metodologia de Freire, em termos de Método ou Sistema, estrutura-se em momentos ou fases que não são estanques, mas estão interdisciplinarmente ligados entre si, descritos a seguir.

Primeira Fase

Levantamento do universo vocabular: nesse momento o educando se aproxima do grupo que trabalhará, numa relação informal para conhecimento do grupo e a linguagem a ser utilizada, o vocabulário.

A pesquisa do universo vocabular, das condições de vida dos educandos é um instrumento que aproxima educador-educando-objeto do conhecimento numa relação democrática, conscientizadora e libertadora (FREIRE, 1999; FREIRE, 2011).

A proposta de Freire parte do estudo da realidade. Como ponto de partida a sua bagagem cultural repleta de conhecimentos vividos que se manifestam através de suas histórias, de seus “causos” e, por meio do diálogo constante, mediante a fala do educando, o educador organiza os dados (FREIRE, 1999; FREIRE, 2011).

Segunda Fase

Escolha das palavras selecionadas do universo vocabular pesquisado: devem ser

utilizados critérios segundo a: a) da riqueza fonética; b) das dificuldades fonéticas, numa sequência gradativa dessas dificuldades; c) do teor pragmático da palavra, ou seja, na pluralidade de engajamento da palavra numa dada realidade social, cultural, política, etc. (FREIRE, 1999; FREIRE, 2011).

Terceira Fase

Criação de situações existenciais: são situações típicas do grupo com quem se vai trabalhar, são desafiadoras, codificadas e carregadas de elementos que serão descodificados pelo grupo com a mediação do educador (FREIRE, 1999; FREIRE, 2011).

A tematização é a fase onde ocorre a seleção dos temas geradores e palavras geradoras. Consiste no momento de seleção de temas e palavras geradoras, de exploração das questões relativas aos temas em discussão; realizam-se a codificação e a decodificação desses temas, buscando o seu significado social. Assim, a partir do tema gerador, os educandos poderão avançar para além do limite de conhecimento, que os têm de sua própria realidade, podendo assim melhor compreendê-la com intuito de nela intervir criticamente; desse tema deverão emergir as palavras geradoras, sendo que cada palavra geradora deverá ter a sua ilustração. Essa ilustração (desenho ou fotografia), sempre ligada ao tema, tem como objetivo a representação de um aspecto da realidade, de uma situação existencial construída pelos educandos em interação com seus elementos (FREIRE, 1999; FREIRE, 2015).

Quarta Fase

Elaboração de fichas-roteiro: consiste na elaboração de fichas-roteiro que auxiliem os coordenadores de debate no seu trabalho. São fichas que deverão servir como subsídios, mas sem uma prescrição rígida a seguir (FREIRE, 1999; FREIRE, 2011).

Quinta Fase

Elaboração de fichas com a decomposição das famílias fonéticas: correspondentes aos vocábulos geradores. Esse material poderá ser confeccionado na forma de slides, stripp-filmes (fotograma) ou cartazes (FREIRE, 1999; FREIRE, 2015;).

3 JUSTIFICATIVA

Estudos concluem que a proteção e prevenção são medidas importantes para aspiração de corpo estranho, mediante ações de proteção do acesso de crianças a objetos que possam ser aspirados, educação nutricional, riscos, dos sintomas do engasgamento, bem como as medidas a serem adotadas durante engasgo ou OVACE (BEZERRA, 2014).

A importância de se assegurar aos pais e às crianças o conhecimento dos princípios básicos de saúde de ações de prevenção de acidentes, bem como receber apoio para a aplicação desses conhecimentos, foi citada no artigo 24 da convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente de 1990 (BRASIL, 1990).

A aplicação na prática de prevenção, a proteção e o atendimento das crianças requerem programas educacionais dirigidos aos pais e cuidadores, com vistas à prevenção de hábitos que predispoem acidentes em crianças e o ensino de técnicas básicas de desobstrução de via aérea alta (PASSALI et al., 2010).

Estudos indicam o efeito benéfico da capacitação sobre os Primeiros Socorros em caso de OVACE de uma criança, mediante a constatação de que as intervenções educativas melhoraram a apreensão do conhecimento a curto e longo prazo da população estudada (ÇELIK; ARIKAN, 2013; LI, et al., 2014; LI, 2014).

Assim, recomenda-se que o enfermeiro desempenhe mais ativamente suas funções de educador com as famílias e os responsáveis pelo cuidado do bebê, sobre a prevenção de aspiração de corpo estranho (ÇELIK; ARIKAN, 2013).

O Ministério da Saúde recomenda que a mulher e o recém-nascido (RN) retornem ao serviço de atenção básica em torno de cinco a dez dias após o parto, com vistas a avaliar o estado de saúde da mãe e do RN, e dentre as ações devem ser fornecidas orientações quanto à amamentação e aos cuidados básicos com o bebê (BRASIL, 2005, 2008). Porém observa-se que os enfermeiros e equipe de enfermagem preocupam-se em ensinar cuidados técnicos, como a técnica da amamentação, cuidados com o coto umbilical, higiene corporal de recém-nascidos tanto no hospital como na atenção primária.

As informações relativas a causas que levam às obstruções de VAS em menores de um ano, prevenção de aspiração de corpo estranho e engasgo bem como as manobras de desobstrução de VAS e atendimento em caso de Parada Cardiorrespiratória (PCR) não são ensinadas de forma individual a todas as mães, pais e cuidadores legais de crianças, antes de nascerem, ou antes, de receberem alta hospitalar.

Diante da identificação de que a principal causa de mortes por acidentes em crianças menores de um ano é a asfixia (PLANO NACIONAL, 2014), e que a maioria dos acidentes

relacionados à obstrução de vias aéreas ou engasgamento em crianças ocorre no domicílio (GONÇALVES, 2011; INGRAM et al., 2011; GIELEN; MCDONALD; SHIELDS, 2015; BEZERRA, et al., 2014), a realização das manobras de RCP precoce oferece a melhor chance de sobrevivência, mesmo considerando que os bebês tenham menor probabilidade de sobreviverem à parada cardíaca (PIERICK, 2012).

Assim os pais, cuidadores e responsáveis devem ter conhecimento dos riscos envolvidos bem como os sinais e sintomas de que as vias aéreas estão obstruídas (BEZERRA, et al. 2014), recomenda-se que o treinamento infantil em RCP seja oferecido aos pais, babás e cuidadores de crianças (CYR, 2012). Acrescido a isso evidências demonstram que há outros benefícios no fornecimento de treinamento em RCP infantil, a redução da ansiedade para os pais (PIERICK et al., 2012).

Aprender as habilidades da RCP infantil e o que fazer no caso de uma criança engasgar tem uma relevância específica para novos pais, ao iniciar sua transição para a parentalidade, concluiu estudo realizado pela Associação St John's Ambulance (2014).

Considerando a crença de que as informações relativas a causas que levam às obstruções de VAS em menores de um ano, prevenção de aspiração de corpo estranho e engasgo, bem como as manobras de desobstrução de VAS e atendimento em caso PCR devem ser realizadas no hospital após o parto ou nas consultas de puericultura, propôs desenvolver o presente estudo com vistas a contribuir com essa prática, propiciando informações para a capacitação das mães.

Ressalta-se que a literatura sobre essa temática relacionando a educação dos pais é escassa, tendo em vista o número restritivo de artigos nas principais bases de dados, entre elas, *Scientific Eletronic Library online – SCIELO, Medical Literature Analisys and Retrieval Sistem online – MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, PUBMED, LILACS, Portal CAPES*, entre outros.

Frente ao exposto esta pesquisa propôs implementar ações de saúde às mães para subsidiar ações protetivas e prevenção para aspiração de corpo estranho, mediante ações de proteção do acesso de crianças a objetos que possam ser aspirados, educação nutricional, riscos e sintomas do engasgamento e medidas a serem adotadas durante engasgo ou OVACE (BEZERRA, 2014; PASSALI et al., 2010).

Os resultados deste estudo poderão fornecer aos gestores e profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, subsídios para planejamento de estratégias e ações com vistas à prevenção e ao atendimento de crianças com obstrução de vias aéreas, prevenindo sequelas e mortes, mediante a implementação dessa prática educativa.

4HIPÓTESE DA PESQUISA

Hipótese principal (H_1): as intervenções educativas por meio de simulação sobre prevenção, identificação e manejo de asfixia, obstrução de vias aéreas e engasgo em bebês contribuirão para o aumento do conhecimento cognitivo e habilidade entre as puérperas, quando comparados antes da intervenção. Portanto puérperas que participarem da intervenção apresentarão uma elevação nos escores de conhecimento cognitivo e de habilidade.

Hipótese nula (H_0): os grupos terão desempenho igual antes e após a intervenção (nula).

Espera-se com esta pesquisa que, após a aplicação da intervenção educativa por simulação, as puérperas consigam aumentar seu conhecimento sobre prevenção e identificação e manejo de obstrução de vias aéreas e engasgo, em crianças de zero a um ano de idade.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Avaliar a efetividade de uma intervenção educativa por meio de simulação de prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças de zero a um ano, no conhecimento e habilidade de puérperas.

5.2 Objetivos específicos

- 1 Elaborar um instrumento tipo *check list* para verificar o conhecimento das puérperas a respeito de prevenção e a habilidade no manejo sobre as medidas adequadas a serem adotadas para prevenção e desobstrução de vias aéreas.
- 2 Realizar validação aparente e de conteúdo do instrumento tipo *check list* para verificar o conhecimento das puérperas.
- 3 Elaborar e validar a intervenção de prevenção e manejo de engasgo e obstrução de vias aéreas em crianças.
- 4 Construir e validar o cenário da simulação.
- 5 Caracterizar as puérperas segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas.
- 6 Verificar o conhecimento das puérperas sobre prevenção e manejo de engasgo e obstrução de vias aéreas em crianças, antes da intervenção.
- 7 Verificar o conhecimento das puérperas sobre prevenção e a habilidade no manejo de engasgo e obstrução de vias aéreas em crianças, após a intervenção.
- 8 Comparar o conhecimento das puérperas sobre a prevenção e a habilidade no manejo de engasgo e obstrução de vias aéreas em crianças, antes e após a intervenção.

6 MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi realizado de acordo com as recomendações do *Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs* (TREND) (Anexo III).

Trata-se de diretrizes elaboradas baseadas em evidências para melhorar os padrões de relatórios de estudos não randomizados de intervenções comportamentais e de saúde pública, a fim de melhorar a transparência e reduzir a inutilidade da pesquisa. Essas diretrizes enfatizam o relato de teorias usadas e descrições de condições de intervenção e comparação, o *design* da pesquisa e os métodos de ajuste para possíveis vieses em estudos de avaliação que usam desenhos não randomizados. Contém uma lista de verificação de itens essenciais para o relato de ensaios clínicos (DES JARLAIS et al., 2011).

6.1 Delineamento do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, denominadas Etapas I e II.

Na Etapa I, realizou-se um estudo metodológico e na Etapa II, um estudo com delineamento quase experimental.

A seguir são descritas essas etapas.

6.1.1 ETAPA I

6.1.2 Construção do instrumento

Nesta etapa foi realizada uma pesquisa de natureza quantitativa, metodológica cujo foco esteve na elaboração, na avaliação e no aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias metodológicas (POLIT, 2011).

Constituiu-se da construção e validação do instrumento de coleta de dados, a saber.

O instrumento, para a validação, constituído por duas partes, foi desenvolvido em padrão *HyperText Markup Language* (HTML) na plataforma Google Docs (Apêndice I), contendo 69 questões fechadas, composto por 148 itens. A primeira parte, composto por 41 questões, refere-se à caracterização das puérperas, segundo as variáveis sociodemográficas (questões de um a 21) e caracterização obstétrica (questões de 22 a 41).

A segunda parte, tipo *checklist*, foi adotada como uma forma de garantir a uniformidade dos critérios avaliados e tinha o objetivo de verificar o conhecimento das puérperas, sobre o conhecimento dos fatores de risco, os sinais e sintomas, caso ocorra obstrução total de vias

aéreas e engasgo, baseado em revisão bibliográfica, a habilidade em relação às manobras a serem realizadas, caso ocorra obstrução total das vias aéreas e caso a criança evolua para Parada Cardiorrespiratória(PCR) segundo as diretrizes da *American Heart Association* (AHA,2015, 2011, 2010).

Cada questão do instrumento para validação, (Apêndice I), tinha duas possibilidades de resposta, para as ponderações, os juízes opinaram se a questão deveria ser incluída ou não, no instrumento, e havia um espaço para sugestões de alterações.

6.1.3 Validação do conteúdo

O presente instrumento foi validado por juízes com *expertise* no tema e no método da pesquisa. Validar um instrumento refere-se a avaliar em que grau o mesmo mede aquilo que se propõe a medir. Validação aparente é o grau em que um instrumento parece estar medindo o que realmente se destina a medir (POLIT; BECK, 2011).

A validação de conteúdo indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio, determinante para testes de construto. O grau em que os itens de um instrumento representam adequadamente o universo do conteúdo para o conceito que está sendo medido (POLIT; BECK, 2011).

Para validação aparente e de conteúdo do instrumento, o mesmo foi enviado para dez juízes, contatados por *e-mail*, onde foram apresentados os objetivos, solicitando que avaliem os itens propostos, bem como verificaram se representam adequadamente o universo hipotético do objeto, além de analisarem a adequação da estrutura semântica dos itens, mediante o preenchimento e devolução do instrumento em HTML na Google Docs., no prazo de 30 dias para retorno. Foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II) e enviado o link do instrumento a ser preenchido.

A anuência foi dada após o juiz abrir o link e preencher umas das alternativas: “Eu fui informado sobre o que o pesquisador está fazendo e por que precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto” ou “Não concordo em participar”. Só então, deu-se início à avaliação do questionário.

6.1.4 População do estudo

A população da Etapa I do estudo foi constituída por dez juízes, de acordo com LYNN (1986), é recomendado um mínimo de cinco e o máximo de dez juízes para participar deste processo, foram escolhidos por meio de uma amostragem de conveniência, mediante a análise de currículos existentes na base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq). Foram considerados a titulação, especialização, produção científica, conhecimento e tempo de atuação com a temática em discussão, mediante a análise dos referidos/ respectivos currículos.

Os juízes escolhidos possuíam experiência em Urgência, Emergência e Pediatria, com experiência no tema investigado e/ou avaliação de instrumento e ter titulação de Doutor, ou ser especialista em Urgência, Emergência e Pediatria.

Os juízes que não devolveram o instrumento após o prazo de trinta dias do recebimento do instrumento foram excluídos, assim obteve-se retorno de cinco juízes.

Após esta avaliação dos juízes, o instrumento analisado e mediante as observações e sugestões propostas, realizaram-se os ajustes necessários no instrumento. Após esta fase de validação, foi realizado um estudo-piloto com 10 mães com a finalidade de estimar a amostra para coleta de dados e avaliar a aplicabilidade e adequabilidade no instrumento.

Ressalta-se que a população do teste-piloto não foi incluída na pesquisa, na Etapa II do estudo.

6.1.5 Análise estatística

Os dados foram armazenados em planilhas em um banco de dados no formato *Excel*®, por dupla entrada para posterior validação. Em seguida, foram importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21 para o processamento e análise. As variáveis qualitativas foram analisadas segundo estatística descritiva por meio da distribuição de frequência absoluta e relativa.

A análise das respostas dos juízes na fase de validação de conteúdo incluiu a proporção de concordância de cada item, foram incluídos apenas os itens que obtiverem mais de 80% de concordância.

6.2 ETAPA II

6.2.1 Tipo de estudo

Nessa etapa realizou-se um estudo com delineamento quase experimental, do tipo intervenção antes e depois com um único grupo, de intervenção, com abordagem quantitativa analítico, de campo, transversal e prospectivo. Realizou-se a exposição (intervenção) de forma intencional e controlada com o objetivo de investigar os efeitos da alteração realizada (POLIT; BECK, 2011; MEDRONHO, 2006).

Os estudos quase experimentais não contemplam todas as características de um experimento verdadeiro, devido à não possibilidade de controle experimental na aplicação da intervenção, principalmente no que se refere à randomização e aplicação da intervenção (MEDRONHO, 2006; LOBIONDO-WOOD, 2010; POLIT; BECK, 2011).

As razões para a realização de um estudo quase experimental decorrem da natureza da variável independente ou do perfil dos sujeitos. Uma das justificativas é quando já existem evidências suficientes dos benefícios de determinadas intervenções e estabelecer um grupo controle não seria ético (HANDLEY; SCHILLINGER, 2011).

No caso desta pesquisa, não seria ético oferecer a capacitação somente a um grupo de puérperas, uma vez que estudos comprovam a eficácia e necessidade de capacitação acerca do tema em estudo; assim optou-se por realizar uma intervenção educativa por simulação e comparar dois momentos do mesmo grupo.

Foi observado o efeito sobre dois desfechos: conhecimento sobre prevenção, identificação (reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de aspiração de corpo estranho, obstrução de vias aéreas ou sufocação) e manejo (medidas adequadas e manobras a serem adotadas para desobstruir as vias aéreas e desempenho na realização das manobras de desobstrução de vias aéreas e estabilização da criança de zero a um ano de idade pelas puérperas participantes desta investigação.

6.2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Alojamento Conjunto na Unidade Materno-Infantil e Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), onde a puérpera encontrava-se hospitalizada.

A Unidade Materno-Infantil atende gestantes que realizaram o pré-natal no ambulatório de gestação de alto risco, moléstias infecciosas no ciclo gravídico-puerperal; pré-natal

patológico e gestações normais da área de abrangência, o Distrito I de Uberaba, o atendimento em demanda espontânea provenientes de Uberaba e as que são atendidas por meio de encaminhamento de outros hospitais, a área de abrangência é o Triângulo Sul.

A Unidade Materno-Infantil conta com 35 leitos ao todo, sendo 17 de ginecologia, 12 de alojamento conjunto, 10 de medicina fetal. As enfermarias são individuais para a mãe, recém-nascido (RN) e acompanhante. O RN permanece com a mãe na forma de alojamento conjunto e assim mantém a privacidade e tranquilidade para realização da intervenção. Em cada enfermaria, há espaço suficiente para movimentação e realização da intervenção.

Segundo dados estatísticos fornecidos pela coordenação de enfermagem do referido hospital, em 2016 a taxa de ocupação foi de 81,9%. Das gestantes atendidas nasceram 1.519 bebês vivos em 1.499 partos, desses 343 foram de partos normais, 654 partos normais em gestação de alto risco e 556 partos cesarianos em gestação de alto risco.

O HC-UFTM responde por 73% dos atendimentos de média e alta complexidade da macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais e por 100% da alta complexidade na mesma área, com exceção do tratamento de câncer (BRASIL, 2017).

Quanto à estrutura, o Hospital possui 302 leitos ativos, sendo 20 em Unidade de Terapia Intensiva infantil (UTI), 10 de UTI adulto e 10 de UTI coronariano, além de 14 salas de cirurgia. O Pronto Socorro conta com 22 leitos. O HC-UFTM possui cinco anexos: Ambulatório Maria da Glória, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Pediatria, Centro de Reabilitação e Central de Quimioterapia, totalizando 180 consultórios (BRASIL, 2017).

O HC-UFTM localizado na cidade de Uberaba em Minas Gerais, atende aos 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, 100% pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2017).

Essa macrorregião é composta pelas seguintes cidades: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

6.2.3 População e amostra

Fizeram parte, desta Etapa II do estudo, puérperas assistidas nas enfermarias de Alojamento Conjunto na Unidade Materno-Infantil e Ginecologia e Obstetrícia, do HC-UFTM, durante o período da coleta de dados.

O tamanho da amostra foi definido utilizando-se os dados obtidos por meio de estudo-piloto, realizado com 10 (dez) puérperas.

Para calcular o tamanho de amostra, é necessário estimar a diferença que se espera entre os dois momentos, antes e depois da intervenção no estudo. Essa diferença pode ser estimada por um estudo-piloto, onde um pequeno estudo determina o que seja essa diferença (HULLEY, 2003).

O cálculo do tamanho amostral foi realizado após o estudo-piloto, mediante a análise do poder alcançado no estudo-piloto com 10 puérperas. Considerou-se o ganho de habilidade de 62,5 pontos, um desvio-padrão de 6,4 pontos e um nível de significância α de 1%; sendo assim, o poder estatístico atingido foi de 99%.

Supondo que essa diferença ou ganho de habilidade permaneça similar ao tamanho mínimo amostral seria $n = 10$, as puérperas. Porém, por precaução, mesmo considerando a expressiva magnitude dessa diferença, o estudo principal considerado incluiu uma amostra de $n=20$.

6.2.4 Critérios de inclusão

Foram incluídas, no estudo, puérperas de crianças nascidas vivas.

As mesmas estavam no período compreendido entre 12 hs após o parto e décimo dia do puerpério, período em que a puérpera pode permanecer internada no Alojamento Conjunto da Unidade Materno-Infantil, aliado ao fato de que grande parte das situações de morbimortalidade neonatal acontece durante a primeira semana, após o parto (MONTENEGRO, 2014; BRASIL, 2001, 2005, 2008).

Além disso, as puérperas demonstraram estar em condições físicas, ter liberação médica para ficar sentada ou em posição ortostática, não relatar dor no momento da abordagem, sangramento intenso, não estar chorosa, nervosa, agressiva ou sonolenta.

Foram incluídas puérperas menores de 18 anos que estivessem com acompanhante para assinar o Termo de Consentimento (APÊNDICE III), as mesmas não foram excluídas do estudo uma vez que atualmente observa-se ainda um número elevado de mães adolescentes, sendo que

entre as que estão na faixa de 10 a 14 anos houve um discreto aumento, de três para quatro nascimentos por 1.000 mulheres, no ano de 2006 (BRASIL, 2008).

A adolescente menor de 18 anos necessita de representantes legais para assinar juntamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois a maioridade civil é após os 18 anos, segundo art. 5º, da Lei n. 10.406/2002 do Código Civil Brasileiro.

6.2.5 Critérios de exclusão

Foram excluídas puérperas com deficiência visual ou auditiva, com deficiência física nos membros superiores, as que apresentavam comportamento agressivo, agitação ou não interagiram, na primeira etapa do estudo.

As puérperas com deficiência visual, auditiva, deficiência física nos membros superiores, que apresentavam comportamento agressivo, agitação, não interagiram na primeira etapa do estudo e necessitavam de um acompanhante que as auxiliem nos cuidados do bebê, a inclusão desses poderia trazer interferência na homogeneidade da população do estudo. Essas mães quando desejavam foram orientadas pela pesquisadora, porém foram excluídas da amostra do estudo.

6.2.6 Intervenção educativa

As puérperas foram submetidas a uma intervenção educativa, elaborada especificamente para este estudo. Entende-se por intervenção educativa um conjunto de atividades de ensino, com métodos, fases e regras específicas, destinadas ao alcance de habilidades e atitudes desejáveis (LENOIR; PEIXOTO; ARAÚJO, 2011).

O conceito de intervenção está centrado na ação do educador orientado para uma relação interativa com um ou diversos sujeitos, esse conceito é considerado central para qualificar a função docente e para permitir descrever o ato de ensino (OLIVEIRA, 2015).

A intervenção é considerada também um agir operacional, agrupa maneiras de pensar e fazer, ela resulta do recurso de os “saberes profissionais”, encontrar este emprego entre os médicos, enfermeiros, assistentes sociais, policiais, advogados, profissionais da comunicação, economistas, psicólogos, sociólogos e entre os professores. A palavra define, ao mesmo tempo, o papel social dos interventores e a ação dos profissionais (OLIVEIRA, 2015).

Neste estudo, a intervenção educativa se propôs a ser significativa e objetiva. Assim,

foi utilizado material ilustrativo e informativo, um manequim de simulação, figuras utilizadas com vocabulário próprio à população, que permita o esclarecimento de dúvidas e a desconstrução de conceitos equivocados, possibilitando a construção de novos conceitos sobre a prevenção e intervenção, conforme os pressupostos de Paulo Freire.

Inicialmente foi conversado com a puérpera sobre o tema obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças; questionado o que deve ser feito para prevenção e intervenção, caso ocorra com uma criança na opinião da mesma; qual importância atribui ao referido conhecimento.

Mediante as respostas e o diálogo com a puérpera, foram realizados o levantamento do universo vocabular e o vocabulário utilizado pela mãe, qual a importância conferida e o quanto sabiam sobre o assunto pesquisado. Esse diálogo possibilitou ser realizado com as anotações necessárias, em diário de campo, para elaboração das fichas-roteiro, conforme descrito no Referencial Teórico de Paulo Freire.

A partir daí foi possível assim adaptar o vocabulário utilizado pela pesquisadora ao vocábulo e à escolaridade das mães. Os vocábulos e expressões identificados foram utilizados para direcionar a intervenção educativa com vistas a uma comunicação com linguagem apropriada e compreensível, na busca de uma intervenção dialogada e que proporcione reflexão sobre os riscos da obstrução de vias aéreas e os fundamentos da intervenção.

Exemplificando, as puérperas referiam-se ao ato de a criança parar de respirar como “engolir o fôlego”, afogar”, a palavra bolinha de gude também é conhecida como “biloca”, a obstrução de vias aéreas foi substituída por engasgo, criança engasgada, criança que não respira, a palavra cianótica foi substituída verbalmente por roxo, inconsciente por molinho, sem reação, sem cor.

A intervenção educativa foi realizada após a aplicação do instrumento de coleta de dados e a seguir descrevem-se as etapas realizadas, detalhadamente (Apêndice VII).

1. Questionados os motivos que acha que as intervenções realizada, perante a OVACE, anteriormente são adequadas. Foi demonstrado à mãe o que está adequado e o que não está e os motivos.
2. Demonstrado para as mães que tiveram dúvidas ou não souberam as informações relativas à anatomia e fisiologia do sistema respiratório, utilizando figuras da faringe, laringe e traqueia (ANEXO IV), explicado como ocorre o processo de deglutição e respiração e as consequências caso ocorra a obstrução de vias aéreas por meio fluido, corpo estranho, aspiração de corpo estranho e asfixia foram

utilizados também objetos do cotidiano para possibilitar a comparação de proporção do trato respiratório.

3. Contextualizada a importância de a mãe saber prevenir, reconhecer sinais de engasgo, e as consequências e risco de óbito. Foram abordados os fatores de risco para engasgo e aspiração de corpos estranhos, utilizando material ilustrativo e informativo de objetos de risco para OVACE.
4. Demonstrados os objetos e líquidos que oferecem riscos de acordo com a idade, e o que pode acontecer caso esses objetos adentrem nas vias aéreas superiores e/ou inferiores, (ANEXO V) e brinquedos reais, considerados de risco para menores de um ano.
5. Entregue um pôster, desenvolvido pela pesquisadora e outros autores, constando de orientações por escrito acerca dos riscos e intervenções baseadas em evidências científicas a serem realizados, acrescido do número do telefone do SAMU e corpo de bombeiros (APÊNDICE IV).
6. Fornecidas as orientações pré-simulação (*briefing*) onde se disponibilizaram informações e orientações à puérpera acerca da simulação das manobras de desobstrução de vias aéreas e PCR.
7. No Pré- *briefing* foi orientado sobre o cenário, onde a enfermagem representa um cômodo da casa da puérpera, a mesa auxiliar representa uma mesa da casa, e a puérpera poderia usar a mesma para auxiliar nas manobras.
8. Orientou-se quanto ao uso do manequim, permitindo que a participante manipule, observe, sinta o peso e a maleabilidade do tórax do mesmo, demonstrou-se como o mesmo pode ser manuseado.
9. Realizada a simulação (APÊNDICE V) pela pesquisadora, do atendimento à criança em situação de engasgo, aspiração de corpo estranho em manequim Baby Anne® (ANEXO VI) de simulação seguindo os passos preestabelecidos (Anexo I e II).
10. Posteriormente solicitou-se à puérpera que realize no manequim de simulação as manobras conforme orientação, feitas as correções e dirimidas as dúvidas.
11. No debriefing as mães puderam repetir mais de uma vez, mediante observação da pesquisadora. Nesse momento as correções necessárias foram realizadas, bem como o reforço e feedback às puérperas.

A orientação e realização das manobras demoraram aproximadamente 30 minutos, Utilizou-se a alteração de entonação na voz e repetição das manobras de forma rítmica,

para acompanhar a realização de cada manobra, pela puérpera, durante a orientação, de forma auxiliar na memorização, uma vez que esse tom de voz, assim como o ritmo musical pode ser utilizado como instrumento para memorização da frequência das Compressões Torácicas Externas para leigos, conforme descrito em estudo realizado por Hafner et al. (2015) no ensino de Suporte Básico de Vida (SBV), que utilizou a música “*Stayin’ Alive*” do grupo musical “*The Bee Gees*”, durante o treinamento.

Posteriormente a essa orientação, as manobras foram realizadas pela puérpera, sem a intervenção da pesquisadora. Nesse momento foi anotado o desempenho da mesma no instrumento de coleta de dados, para posterior comparação com o desempenho antes da realização da intervenção.

O **Debriefing**, etapa da simulação importante para a assimilação e consolidação do conhecimento para a aprendizagem, realizou-se após coleta de dados pela segunda vez. As correções foram realizadas novamente, bem como o reforço, *feedback* e elogio do que tinham realizado corretamente.

Para a efetividade das práticas simuladas, é imprescindível a construção de cenários clínicos planejados Tuoriniemi (2008), frente a isso, descreve-se a seguir o cenário da intervenção educativa utilizada.

6.2.7 Construção e validação do cenário

As enfermarias do Alojamento Conjunto na Unidade Materno-Infantil e Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, onde a puérpera estava hospitalizada, foram utilizadas como cenário.

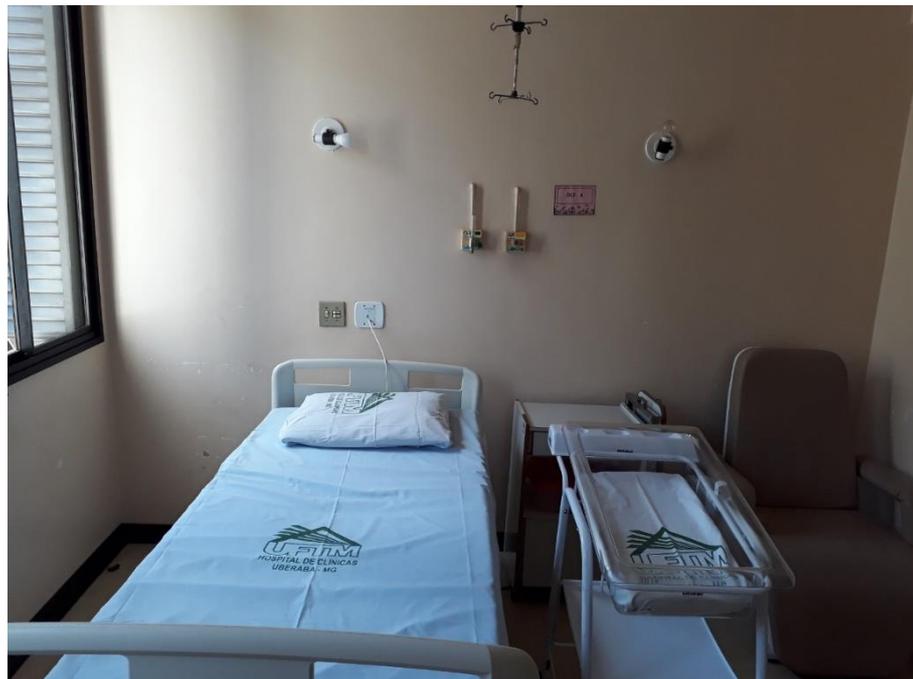
O cenário foi preparado e submetido a teste antes e durante o estudo-piloto pela pesquisadora acompanhada por um enfermeiro, doutorando, especialista em urgência e emergência. Após a realização do estudo-piloto, foram feitos os ajustes necessários no cenário.

A descrição do cenário (APÊNDICE VI) incluiu o título do mesmo, o espaço de aprendizagem, onde se especificam o local que foi utilizado para a simulação e o contexto clínico a simular, o nível de simulação, as habilidades e competências a serem desenvolvidas, conforme recomendado por Scalabrini Neto, et al. (2017).

A enfermaria possuía um leito, centralizado, uma mesa auxiliar acoplada a uma mesa de apoio para refeições, localizada à esquerda ou direita da mesma, uma poltrona reclinável para o acompanhante localizada à esquerda e outra para a amamentação localizada à frente do leito encostada na parede, há um suporte de soro preso ao teto, sobre o leito, um cesto para lixo

próximo à porta, um suporte de televisão na parede à frente do leito, vazio, rede de gases, campainha atrás do leito, o berço de acrílico fica ao lado do leito, onde o bebê permanecia durante a coleta e intervenção. Anexo a cada enfermaria há um banheiro (Figura 1).

Figura 1. Enfermaria do Alojamento Conjunto. Uberaba, Brasil, 2018.



Fonte: Da autora, 2018.

Figura 2. Enfermaria do Alojamento Conjunto, vista lateral. Uberaba, Brasil, 2018



Fonte: Da autora, 2018.

Para a coleta de dados, foi introduzida no cenário uma cadeira de escritório, confeccionada em aço, com assento e o encosto com espuma laminada, acabamento em Policloreto de polivinila (PVC) rígido; a mesma era levada do posto de enfermagem para enfermaria, a cada coleta de dados, e devolvida após finalizar cada intervenção.

Utilizou-se essa cadeira para a pesquisadora sentar-se de frente à puérpera que permaneceu sentada no leito, o objetivo era manter o contato visual e facilitar a interação e o diálogo, durante a coleta de dados e intervenção educativa (Figura 3).

Figura 3. Enfermaria do Alojamento Conjunto, com a cadeira. Uberaba, Brasil,2018



Fonte: Da autora, 2018.

A parte superior da mesa de refeições era esvaziada, limpa com álcool a 70% antes e após o procedimento, e utilizada para posicionar o manequim durante a realização das manobras de PCR (Figura 4).

Figura 4. Enfermaria do Alojamento Conjunto, com mesa de apoio posicionada. Uberaba, 2018.



Fonte: Da autora, 2018.

O manequim Baby Anne[®] utilizado para simulação era levado pela pesquisadora para a Unidade de Internação a cada utilização (Figura 5).

O procedimento de limpeza do manequim era realizado imediatamente após o uso, a limpeza e desinfecção foi realizada segundo a RESOLUÇÃO – RDC Nº 15, de 15 de março de 2012, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, para prevenção da transmissão de micro-organismos (ANVISA, 2012) (Anexo VII).

Figura 5. Manequim Baby Anne[®] Uberaba, Brasil, 2018



Fonte: Da autora, 2018.

6.2.8 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho do ano de 2018. Inicialmente foi realizada diariamente a busca de pacientes puérperas na Unidade de Internação Materno-Infantil do HC-UFTM.

Mediante a identificação das puérperas que atendiam aos critérios de inclusão, foi realizada a abordagem, que incluiu a apresentação da pesquisadora, o questionamento sobre como se sentia naquele momento, se sentia dor ou incômodo e caso se sentisse em condições naquele momento, foi convidada a participar do estudo. Quando não se sentia em condições

naquele momento e queria participar, foi abordada posteriormente, durante o período de hospitalização.

Posteriormente às explicações e mediante a concordância em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III).

A aplicação do instrumento de coleta de dados e a avaliação da realização das manobras por simulação, antes e após a realização da intervenção educativa, seguiram a mesma ordem com todas as puérperas.

Optou-se em realizar a avaliação da influência da intervenção educativa no conhecimento da puérpera imediatamente após a intervenção educativa, considerando que essa estratégia é mais frequentemente utilizada para a comparação do nível de conhecimento do participante, antes e após ser submetido ao evento educacional (GONÇALVES, 2010).

As etapas realizadas, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estão descritas a seguir.

1. Verificados a ordem da enfermaria e os itens previstos na lista de checagem do cenário.
2. Posicionada a mesa auxiliar, passado álcool a 70%.
3. Posicionada a cadeira de escritório.
4. Aplicado o instrumento de coleta de dados já validado parte I (APÊNDICE VII).
5. Entregue o manequim Baby Anne[®] (Laerdal) com a informação de que a mesma deve considerar que o mesmo representa um bebê, e a situação hipotética de que esse bebê não consegue tossir, está com tosse silenciosa ou ineficaz, devido a uma obstrução por corpo estranho; questionado o que faria com esse bebê e solicitado para demonstrar.
6. Observada a habilidade da puérpera com o manequim, anotadas no instrumento de coleta de dados, parte II (APÊNDICE VII).
7. Solicitado à puérpera que permaneça com o manequim nos braços, fornecida a informação de que o bebê, representado pelo manequim, desmaiou, ficou roxo e seu coração pode parar de bater.
8. Observadas habilidade da puérpera com o manequim, anotado no instrumento de coleta de dados parte II (APÊNDICE VI).
9. Realizada a intervenção educativa, descrita no item 6.1.2.6, acerca de prevenção e manejo, caso ocorra OVACE e PCR.
10. Após a intervenção educativa, foi orientado à puérpera que a mesma responderia às questões realizadas anteriormente, sendo que deveria responder conforme achasse correto, foi solicitado ainda que a mesma realizasse as manobras no manequim,

acrescentando a informação de que não seria feita nenhuma interferência pela pesquisadora, a mesma permaneceria em silêncio, observando e anotando.

11. Foi aplicada a Parte I do mesmo instrumento (APÊNDICE VII), excluindo a caracterização sociodemográfica e obstétrica.
12. Entregue o manequim com a informação de que a mesma deve considerar que aquele manequim representa um bebê, e a situação hipotética de que esse bebê não consegue tossir, está com tosse silenciosa ou ineficaz, devido a uma obstrução por corpo estranho; questionado o que faria com esse bebê e para demonstrar no manequim.
13. Observadas a habilidade da puérpera com o manequim, anotadas no instrumento de coleta de dados parte II manobras para OVACE (APÊNDICE VII).
14. Posteriormente foi orientado à puérpera que o bebê, representado pelo manequim desmaiou, ficou roxo e seu coração pode parar.
15. Observadas a habilidade da puérpera com o manequim, anotado no instrumento de coleta de dados parte II manobras para PCR (APÊNDICE VI).

A coleta de dados foi realizada após as 14hs. Definiu-se esse horário no estudo-piloto, mediante a observação de que no período da manhã as puérperas estavam envolvidas em várias outras atividades, a saber: o banho do bebê, orientações de amamentação, visita médica do Ginecologista e Pediatra; a realização de exames como o teste da orelhinha, teste do coraçãozinho, teste do pezinho; o almoço é servido às 11hs, e logo após as puérperas dormiam um pouco. No período da tarde, as mães estavam mais despertas e descansadas, podiam contar com um acompanhante para observar o neonato.

O tempo de duração desde a aplicação do instrumento de coleta de dados antes e após a intervenção educativa e a realização das manobras antes e após a intervenção foram de uma hora a uma hora e meia com cada puérpera.

As respostas às questões teóricas do instrumento de coleta de dados e a realização das manobras foram anotadas pela pesquisadora, uma vez que foi constatado, durante o teste do cenário e a realização do estudo-piloto, que a presença de um observador para realizar essas anotações seria inviável, devido à restrição de espaço na enfermaria, acrescido do fato de que a presença de uma segunda pessoa poderia constranger a puérpera e influenciar no desempenho da mesma.

Anteriormente à coleta de dados, foi solicitado aos familiares quando estavam presentes, que não realizassem nenhuma intervenção com a puérpera, tanto pela fala quanto pela ação, durante a coleta de dados, uma vez que poderia interferir nos resultados do estudo. Esse

procedimento foi acrescentado mediante a observação de que durante a realização do estudo-piloto, no momento em que a puérpera estava realizando as manobras, os familiares de algumas puérperas, presentes na enfermaria, tentavam ajudar falando o que a mesma deveria fazer.

6.2.9 Análise dos dados

Os dados foram armazenados em um banco de dados no formato *Excel*®, digitados por dupla entrada, para posterior validação. Em seguida, foram importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21 para o processamento e análise.

Para análise da caracterização das puérperas segundo as variáveis sociodemográficas e gestacionais, foram apresentados na forma de distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis qualitativas e valores de média e mediana (medidas de tendência central); desvio-padrão e valores máximo e mínimo (medidas de variação) para as variáveis quantitativas.

Para analisar o conhecimento específico, das puérperas sobre prevenção e manejo de engasgo em crianças e obstrução de vias aéreas, por questão em relação à proporção de puérperas quanto ao acerto, utilizou-se uma análise descritiva a partir de frequências absolutas (n) e relativas (%) dos itens e o teste t-pareado, uma vez que os pré-requisitos para sua utilização foram preenchidos (teste de normalidade) para escores de conhecimento e habilidade, antes e após a intervenção educativa.

Considerou-se um nível de significação $\alpha = 0,05$ onde $p \leq 0,05$

7. ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Na Etapa I, para validação do instrumento, os juízes foram contatados por *e-mail*, onde foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II) e oferecidas as informações pertinentes.

A anuência foi dada após o entrevistado preencher umas das alternativas: “Eu fui informado sobre o que o pesquisador está fazendo e por que precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto” ou “Não concordo em participar”. Só então, dará início ao questionário.

Na Etapa II, a paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(APÊNDICE III).

Inicialmente, foi enviado um memorando para a Diretoria Clínica do Hospital de Clínicas e para responsáveis pelas demais clínicas especializadas, informando os objetivos e finalidades do estudo, solicitando autorização para a realização da pesquisa. De posse da resposta autorizando o desenvolvimento da pesquisa, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 77348317.7.0000.5154, foi aprovado pelo CEP-UFTM 2.378.979 (ANEXO VIII).

A intervenção poderia causar desconforto emocional às puérperas, porém as medidas para evitar este desconforto foram tomadas, como questionar como se sente antes de iniciar a coleta de dados, de suspender a coleta se a mesma sentir dor ou desconforto.

Devido ao risco relacionado com a perda de confidencialidade das informações, os instrumentos aplicados antes e após a intervenção foram anexados juntamente, sendo que, para identificá-los foram utilizados códigos em ordem numérica com objetivo de manter a confidencialidade.

Todas as informações foram coletadas e utilizadas apenas pela pesquisadora que garantiu sigilo das informações, utilizando-as apenas para esse fim. Os nomes das puérperas envolvidas foram omitidos. O sigilo, a privacidade, a confidencialidade, a proteção da imagem e a não estigmatização das informações foram garantidos pela pesquisadora, identificando as participantes com números nos instrumentos de coleta de dados.

8 REGISTRO DO ESTUDO

A presente pesquisa foi registrada e publicada na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), com número do UTN: U1111-1216-8895. URL do registro (trial url): <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-2gsphv/> (ANEXO IV).

O Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC) é uma plataforma virtual de acesso livre para registro de estudos experimentais e não experimentais realizados em seres humanos e conduzidos em território brasileiro, por pesquisadores brasileiros e estrangeiros.

O ReBEC é um Projeto conjunto do Ministério da Saúde (DECIT/MS), da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). O Comitê Executivo do ReBEC é composto pelas instituições supracitadas e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

9 RESULTADOS

9.1 Etapa I. Elaboração e Validação dos instrumentos

A elaboração do instrumento foi baseada em dados de resultados de estudos e nas diretrizes da *American Heart Association* (AHA, 2015; AHA, 2011; AHA, 2010).

A primeira versão do instrumento (APÊNDICE I) foi enviada a dez doutores em Urgência, Emergência e Pediatria, com experiência no tema investigado e/ou em validação de instrumento. Obtiveram-se respostas de cinco juízes, assim os resultados referem-se à avaliação e às sugestões desses, quanto ao conteúdo, à sequência e à adição de outros itens considerados relevantes à avaliação.

Todas as observações e sugestões indicadas na primeira parte do instrumento foram relevantes e acatadas. As alterações realizadas na primeira parte do instrumento, nas questões relacionadas a: variáveis sociodemográficas, econômicas, caracterização obstétrica e relacionadas ao conhecimento de sinais e sintomas de engasgo, obstrução de vias aéreas e asfixia estão indicadas na Tabela 1.

As questões relacionadas a variáveis sociodemográficas e econômicas Q1, Q3, Q5, Q6, Q7 e Q11 foram indicadas para serem incluídas por 4(80%) dos juízes, as questões Q2 e Q10 foram excluídas por 4 (80%) e Q4, Q8, Q9, Q12 foram excluídas por 5 (100%) juízes. As questões Q3, Q5, Q6, Q7e Q11 tiveram sugestões de inclusão ou exclusão de alguns itens.

Assim na Q3 foi incluída a data de nascimento e realizado o cálculo da idade posteriormente, na Q5 e Q7 foi incluída indicação numérica a cada alternativa.

Na Q6, as cinco categorias de anos estudados por períodos (1-4; 5-8; 9-11; mais de 12 anos de estudo) foram substituídas por anos de estudo. Na Q11, foram excluídos os períodos, ficando indicação da renda em salário-mínimo.

As questões relacionadas a variáveis da caracterização obstétrica, Q1, Q4, Q5, Q6, Q7 e Q8 foram mantidas por todos os juízes 5 (100%); a Q2 e Q3 mantida por 4(80%) dos juízes, na Q3 foi alterada a palavra desejada para planejada; na Q5 foi alterada a palavra problema de saúde para intercorrências durante a gravidez. As questões relacionadas ao conhecimento de fatores de risco e sinais e sintomas de obstrução de vias aéreas e engasgo, de Q1 a Q10 e a Q13, foram mantidas por 5(100%) dos juízes e as Q4 e Q6 alteradas, as questões Q10, Q11, Q12 e Q13 foram excluídas por 4(80%).

Tabela 1 - Validação aparente e de conteúdo com o parecer de avaliação dos cinco juízes. Uberaba (MG), 2018

Variáveis sociodemográficas e econômicas:	Parecer dos juízes		
	Incluir	Não incluir	Sugestão
Q1 Identificação número	5(100%)		
Q2. Iniciais maternas	1(20%)	4 (80%)	
Q3 Idade: em anos	4 (40%)	1(20%)	Incluir data de nascimensto 3(60%)
Q4. Cor autorreferida declarada pelas participantes: (branca; negra, amarela; parda; vermelha.		5 (100%)	
Q5. Situação conjugal: solteira; casada, união estável; viúva; divorciada ou separada.	4(80%)	1(20%)	Incluir indicação numérica a cada alternativa
Q6. Escolaridade: refere-se aos anos completos de estudo, sem repetir a mesma série. Classificada de forma quantitativa e em cinco categorias: 1-4; 5-8; 9-11; mais de 12 anos de estudo.	4(80%)	1(20%)	Excluir os períodos, incluir anos de estudo
Q7. Ocupação: do lar; mercado formal; mercado informal; estudante; mercado informal e estudante.	4(80%)	1(20%)	Incluir indicação numérica a cada alternativa
Q8. Renda individual: não possui renda individual; salário-mercado formal; renda do mercado informal; bolsa família; pensão de pais ou dos filhos; outros.		5 (100%)	
Q9. Valor da renda individual, em salário-mínimo: < 1; 1; 1-2; 2-3; 3-4; 4-5.		5 (100%)	
Q10. Provedor da família: entrevistada; companheiro; ambos; pais; entrevistada e outros; outros.	1(20%)	4(80%)	
Q11.Renda familiar em salário-mínimo: < 1; 1; 1-2; 2-3; 3-4; 4-5; 5-6; >6.	5 (100%)		Excluir os intervalos

Q12. Número de pessoas residentes no domicílio: 1, 2-4; 5-8; >8. 5 (100%) Excluir os intervalos

Variáveis relacionadas à caracterização obstétrica

Q1. Número de filhos vivos: classificada de forma quantitativa	5 (100%)		
Q2. Idade gestacional do RN ao nascer: em semanas	4 (80%)	1(20%)	
Q3. Gravidez atual foi desejada: sim; não	4 (80%)	1(20%)	Alterar a palavra desejada para planejada
Q4. Realizou pré-natal: sim; não	5 (100%)		
Q5. Problema de saúde relacionado à maternidade: sim; não	5 (100%)		Alterar a palavra problema por intercorrências durante a gravidez
Q6. Qual problema: hipertensão arterial, diabetes gestacional; DST, infecção do trato urinário; outros.	5 (100%)		Alterar as alternativas
Q7. Tipo de parto.	5 (100%)		
Q8. Período pós-parto:	5(100%)		

Variáveis relacionadas ao conhecimento de sinais e sintomas de engasgo, obstrução de vias aéreas e asfixia

Q1. Teve conhecimento ou capacitação anterior sobre aspiração de corpo estranho, engasgo?	5 (100%)		
Q2. Se sim como: () durante pré-natal () cursos () internet () outros.	5 (100%)		
Q3. Teve alguma experiência com acidente de engasgo e obstrução de vias aéreas anteriormente? : () sim () não.	5 (100%)		
Q4. Há uma idade de maior risco para aspiração de corpo estranho por gênero e faixa etária? () sim () não	5 (100%)		Desmembrar a questão
Q5. Se sim qual idade: () Menor um ano () um a dois anos ()	5 (100%)		

três a quatro () maior de cinco anos.

<p>Q6.Há objetos e alimentos que são de maior risco? () sim () não</p>	<p>5 (100%)</p>	
<p>Q7.Se sim, quais são os alimentos mais aspirados pelas crianças? Leite () Líquidos () Grãos () Uva () Feijão () Ervilha () Frutos com caroço () Pipoca () Milho () Sementes ()</p>	<p>5 (100%)</p>	<p>Especificar na questão risco para engasgo e aspiração Desmembrar a questão Incluir não se aplica e a soma</p>
<p>Q8.Se sim, quais são os objetos de maior risco?</p>	<p>5 (100%)</p>	<p>Incluir não se aplica e a soma</p>
<p>Q9.Tampas de esferográfica () botões () anéis () moedas () brincos () balões () bola de vidro (gude, biloca) () rodinha de carrinho () bonequinha () outros</p>	<p>5 (100%)</p>	
<p>Q10.De que forma crianças devem ser protegidas contra a aspiração de corpo estranho? () observando o ambiente e excluindo material de risco () escondendo materiais de risco () ensinando o bebê a não colocar na boca () não oferecendo alimentos inadequados () outros.</p>	<p>5 (100%)</p>	<p>Incluir questão se as crianças podem ser protegidas e de que forma se a resposta for positiva</p>
<p>Q11.Qual o tamanho do brinquedo ou objeto deve ter para não oferecer risco de aspiração? () Não sei () diâmetro superior a 32 mm, ou 3,2 cm () outros.</p>	<p>1(20%)</p>	<p>4 (80%)</p>
<p>Q12.Qual tamanho do brinquedo ou objeto esférico deve ter para não oferecer risco de aspiração? () não sei () diâmetro superior a 45mm ou 4,5 cm () outros</p>	<p>1(20%)</p>	<p>4 (80%)</p>

Q13.Quais sintomas podem ser observados em criança com engasgo obstrução parcial ou completa do trato respiratório por um corpo estranho. Será assinalado conforme a mãe ou cuidadora cita. Tosse: () sim () não Chiado, sibilo: () sim () não Respiração Ruidosa: () sim () não Falta de respiração: () sim () não Tosse fraca: () sim () não Tosse ausente: () sim () não Dificuldade respiratória súbita: () sim () não Absoluta ausência de ruído: () sim () não Cianose (criança roxa): () sim () não Sinais de dificuldade respiratória: () sim () não Sinais de agitação dos membros: () sim () não Parada respiratória: () sim () não Rouquidão: () sim () não	5 (100%)	Exclusão de alguns itens e das alternativas sim ou não.
---	----------	---

Fonte: A autora, 2018.

Para avaliar conhecimento relativo ao que deve ser feito, caso ocorra a obstrução parcial ou completa do trato respiratório por corpo estranho ou líquido em crianças conscientes e com até um ano de idade, foi validado o *check list* das manobras para observação da habilidade das puérperas, antes e após a intervenção educativa, na segunda parte do instrumento.

Todas as manobras do *check list* da segunda parte do instrumento, relacionadas à desobstrução de vias aéreas, foram mantidas; na M1 foi retirada a palavra ajoelhada (Tabela 2).

Tabela 2 - Validação aparente e de conteúdo com os pareceres de avaliação dos cinco juízes referente às questões das manobras a serem realizadas em caso de obstrução parcial ou total de vias aéreas. Uberaba (MG), 2018.

Manobras para OVACE	Incluir	Não incluir	Sugestões
M.1 Ajoelhou-se, ou sentou-se com bebê no colo.	5(100%)		Retirar ajoelhar-se
M2.Removeu a roupa do tórax do bebê.	5(100%)		
M 3. Manteve o bebê voltado para baixo, sustentado pelo antebraço.	5(100%)		
M 4.Colocou sobre o colo ou coxa.	5(100%)		
M 5.A cabeça do bebê está mais baixa do que o tórax, apoiado no antebraço.	5(100%)		
M 6.A cabeça e a mandíbula estão sustentadas com a mão.	5(100%)		
M7.Foram realizadas cinco (5) pancadas vigorosas no meio das costas, entre as escápulas omoplatas do bebê, usando a face dorsal da mão.	5(100%)		
M8.Para virar o bebê, foi colocada a mão que está livre nas costas do bebê, apoiada a parte de trás da cabeça com a palma da mão.	5(100%)		
M9.O bebê está entre os dois antebraços, com a palma de uma mão sustentada no rosto e na mandíbula, enquanto a palma da outra mão sustenta a parte de trás da cabeça do bebê.	5(100%)		

M10.O bebê foi como um todo, sustentando a cabeça e o pescoço.	5(100%)	
M11.O bebê ficou voltado para cima, e o antebraço está em repouso sobre a coxa.	4(80%)	1(20%)
M12.Foram aplicadas até cinco (5) compressões torácicas para baixo, no meio do tórax, sobre a metade inferior do esterno.	5(100%)	
M13.Aplicadas as compressões torácicas à frequência de uma (1) por segundo aproximadamente.	5(100%)	

Questionado se a mãe não falar até quando deve-se repetir a manobra e anotar conforme indicação da participante

M14. Até que o objeto seja removido.	5(100%)
M15.Até que o bebê pare de responder.	5(100%)
M16.Até chegada do socorro.	5(100%)
M17.Não sabe.	5(100%)

Fonte: A autora, 2018.

A lista de manobras que devem ser realizadas, caso o bebê fique sem consciência, roxo ou pare de respirar, evoluindo para a PCR, foi validada na segunda parte do Instrumento (Tabela 3).

Todas as manobras de M1 a M19 do *check list* da segunda parte do instrumento, relacionadas a manobras caso o bebê evolua para PCR foram mantidas; exceto as manobras M12 e M16 “Abriu a via aérea, procurou o objeto obstrutor na parte de trás da garganta”, comprimiu o nariz com o polegar e o dedo indicador (apoiando a mão na testa) que foram retiradas (Tabela 3).

Tabela 3 - Validação aparente e de conteúdo com os pareceres de avaliação dos cinco juízes referentes às questões das manobras a serem realizadas, caso o bebê apresente uma PCR, Uberaba, 2018.

Manobras para obstrução parcial ou completa do trato respiratório	Parecer dos juízes		
	Incluir	Não incluir	Sugestões
M.1 Chamar ajuda.	5(100%)		Retirar ajoelhar-se
M2. Pediu a alguém chamar atendimento de emergência urgência.	5(100%)		
M 3. Colocou o bebê sobre uma superfície plana e firme.	5(100%)		
M 4.Realizou a compressão cardíaca.	5(100%)		
M 5. Em profundidade de no mínimo de 4 cm.	5(100%)		
M 6. Permitiu o retorno ou relaxamento total entre as compressões.	5(100%)		
M7. A frequência de compressões torácicas de no mínimo de 100 por minuto.	5(100%)		
M8.Realizou a ventilação (respiração boca a boca).	5(100%)		
M9.A ventilação foi realizada após as compressões.	5(100%)		
M10. A via aérea da criança estava aberta.	5(100%)		
M11. A cabeça está inclinada e queixo elevado.	4(80%)	1(20%)	
M12. Comprimiu o nariz com o polegar e o dedo indicador (apoiando a mão na testa).		5(100%)	Retirar essa etapa
M13. Inspirou e colocou os lábios à boca do	5(100%)		

bebê, vedando.		
M14. Forneceu uma ventilação.	5(100%)	
M15. Observou se há elevação do tórax (peito da criança) quanto à ventilação administrada.	5(100%)	
M16. Abriu a via aérea, procurou o objeto obstrutor na parte de trás da garganta.	5(100%)	Retirar essa etapa
M17. Se não houver elevação, reposicionou o bebê.	5(100%)	
M18. Após duas tentativas, reiniciou as contrações torácicas.	5(100%)	
M19. Realizou 30 massagens para cada duas ventilações.	5(100%)	

Fonte: A autora, 2018.

A versão final do instrumento, após a validação, inclui 25 questões de múltipla escolha, sendo oito na caracterização sociodemográfica, oito nas variáveis relacionadas à caracterização obstétrica, 12 nas variáveis relacionadas à experiência e ao conhecimento sobre prevenção e reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de engasgo, aspiração de corpo estranho ou sufocação, em crianças de zero a um ano de idade, e contém 15 questões fechadas (APÊNDICE VII).

A segunda parte refere-se ao conhecimento relativo às manobras a serem realizadas, caso ocorra a obstrução parcial ou completa do trato respiratório por corpo estranho ou líquido em crianças conscientes e com até um ano de idade. Foram avaliadas por meio de 15 questões fechadas denominadas Manobras para OVACE (APÊNDICE VII).

As variáveis referentes às manobras que devem ser realizadas, caso o bebê fique sem consciência, hipotônico com cianose ou pare de respirar e entre em PCR, foram avaliadas por meio de 21 questões denominadas Manobras para PCR (APÊNDICE VII).

Os itens da primeira parte do instrumento, após a validação, são constituídos por variáveis sociodemográficas e caracterização obstétrica, descritos a seguir.

Número de identificação:

Data da coleta:

A. Iniciais:

Variáveis sociodemográficas.

B. Data nascimento Quantitativo:

C. Situação conjugal: solteira; casada, união estável; viúva; divorciada ou separada.

D. Escolaridade: refere-se aos anos completos de estudo, sem repetir a mesma série.

Classificada de forma quantitativa:

E. Ocupação: do lar; mercado formal; mercado informal outros.

F. Renda familiar em salários-mínimos:

As variáveis relacionadas à caracterização obstétrica contêm oito itens.

A. Número de filhos vivos:

B. Idade gestacional do RN ao nascer pós-natal:

C. Gravidez atual foi planejada: sim/não

D. Realizou pré-natal: sim; não _____ n° de consultas

E. Teve intercorrência na gravidez: sim/não

F. Qual intercorrência: não aplica; pré-eclâmpsia; hipertensão arterial; infecção do trato genital; outros.

G. Tipo de parto: normal; cesáreo, fórceps

H. Período pós-parto: ___ em dias

As relacionadas ao conhecimento sobre prevenção, reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de aspiração de corpo estranho ou sufocação, experiência de obstrução de vias aéreas e engasgo em crianças de zero a um ano de idade contêm 15 questões fechadas.

A. Obteve conhecimento ou capacitação anterior sobre aspiração de corpo estranho, engasgo? Sim/não.

B. Se sim como: não aplica; durante pré-natal; cursos, família, outros.

C. Teve alguma experiência com acidente de engasgo, obstrução de vias aéreas ou asfixia anteriormente? Sim; não.

D. Há uma idade de maior risco para aspiração de corpo estranho por gênero? Sim/não

E. Há uma idade de maior risco para aspiração de corpo estranho por faixa etária? Sim/não

F. Se sim qual sexo: não se aplica; masculino; feminino

G. Se sim qual idade: não se aplica; menor um ano; um a dois anos; três a quatro; maior

de cinco anos.

H. Há alimentos que são de maior risco? Sim/não

I. Se sim, quais são os alimentos que mais são aspirados pelas crianças? (Serão assinaladas as alternativas conforme a puérpera for indicando): Leite; líquidos; azeitona; uva; castanhas, grãos; feijão; feijão; ervilha; amendoim, nozes; pipoca; carnes; frutos com caroço e sementes; outros; nenhum.

J. Há objetos que são de maior risco para aspiração e engasgo? Sim/não

K. Se sim, quais são os objetos ou brinquedos que apresentam maior risco. (Serão assinaladas as alternativas conforme a mãe ou cuidador for indicando e somado ao final da questão): não se aplica; tampas de canetas esferográficas; botões; anéis; moedas; brincos; balões; bola de vidro (gude, biloca); rodinha de carrinho; bonequinha; outros.

L. As crianças podem ser protegidas de acidentes de aspiração de corpo estranho?

Se sim, quais ações podem proteger contra a aspiração de corpo estranho? (Serão assinaladas as alternativas conforme a mãe ou cuidadora for indicando): não aplica; não sei; observando o ambiente e excluindo material de risco; escondendo materiais de risco; ensinando o bebê a não colocar na boca; não oferecendo alimentos inadequados; outros.

M. Quais sintomas podem ser observados em criança com engasgo, obstrução parcial ou completa do trato respiratório por um corpo estranho (serão assinaladas as alternativas conforme a mãe ou cuidadora for indicando)

- a) Tosse: sim/não
- b) Chiado: sim/não
- c) Respiração ruidosa: sim/não
- d) Falta de respiração: sim/não
- e) Tosse fraca: sim/não
- f) Tosse ausente: sim/não
- g) Dificuldade respiratória súbita: sim/não
- h) Absoluta ausência de ruído: sim/não
- i) Cianose (criança roxa): sim/não

Na segunda parte, são 14 itens das manobras a serem realizadas, caso ocorra obstrução parcial ou completa de vias aéreas, e 21 itens das manobras caso o bebê pare de respirar e entre em PCR.

Manobras para OVACE

- a) Sentou-se com bebê no colo: sim/não
- b) Se for fácil, removeu a roupa do tórax do bebê: sim/não
- c) Manteve o bebê voltado para baixo, sustentado pelo antebraço: sim/não
- d) Colocou o bebê sobre o colo ou coxa: sim/não
- e) A cabeça do bebê deve estar ligeiramente mais baixa do que o tórax, apoiado em seu antebraço: sim/não.
- f) A cabeça e a mandíbula estavam sustentadas com a mão, sem comprimir as partes moles da garganta do bebê: sim/não
- g) Deu até cinco (5) pancadas vigorosas no meio das costas, entre as escápulas omoplatas do bebê, usando a face dorsal da mão “calcanhar da mão”: sim/não.
- h) Após as cinco (5) pancadas, colocou a mão que está livre nas costas do bebê, apoiando a parte de trás da cabeça com a palma da mão.
- i) O bebê ficou deitado entre os dois antebraços, com a palma de uma mão sustentada no rosto e a mandíbula, enquanto a palma da outra mão sustenta a parte de trás da cabeça do bebê: sim/não.
- j) Virou o bebê como um todo, sustentando cuidadosamente a cabeça e o pescoço.
- k) Manteve o bebê voltado para cima, com seu antebraço repousado sobre a coxa: sim/não
- l) Aplicou até cinco (5) compressões torácicas para baixo, no meio do tórax, sobre a metade inferior do esterno: sim/não.
- m) Aplicou as compressões torácicas à frequência de uma (1) por segundo aproximadamente: sim/não.
- n) Repetiu a sequência de cinco (5) pancadas e cinco (5) compressões sim/não:

2: Deve-se repetir a sequência até:

- a) Não sei: sim/não
- b) Que o objeto seja removido: sim/não.
- c) Até que o bebê pare de responder: sim/não.
- d) Até chegada do socorro: sim/não.

2-Manobras para PCR

- a) Chamou ajuda: sim/não.

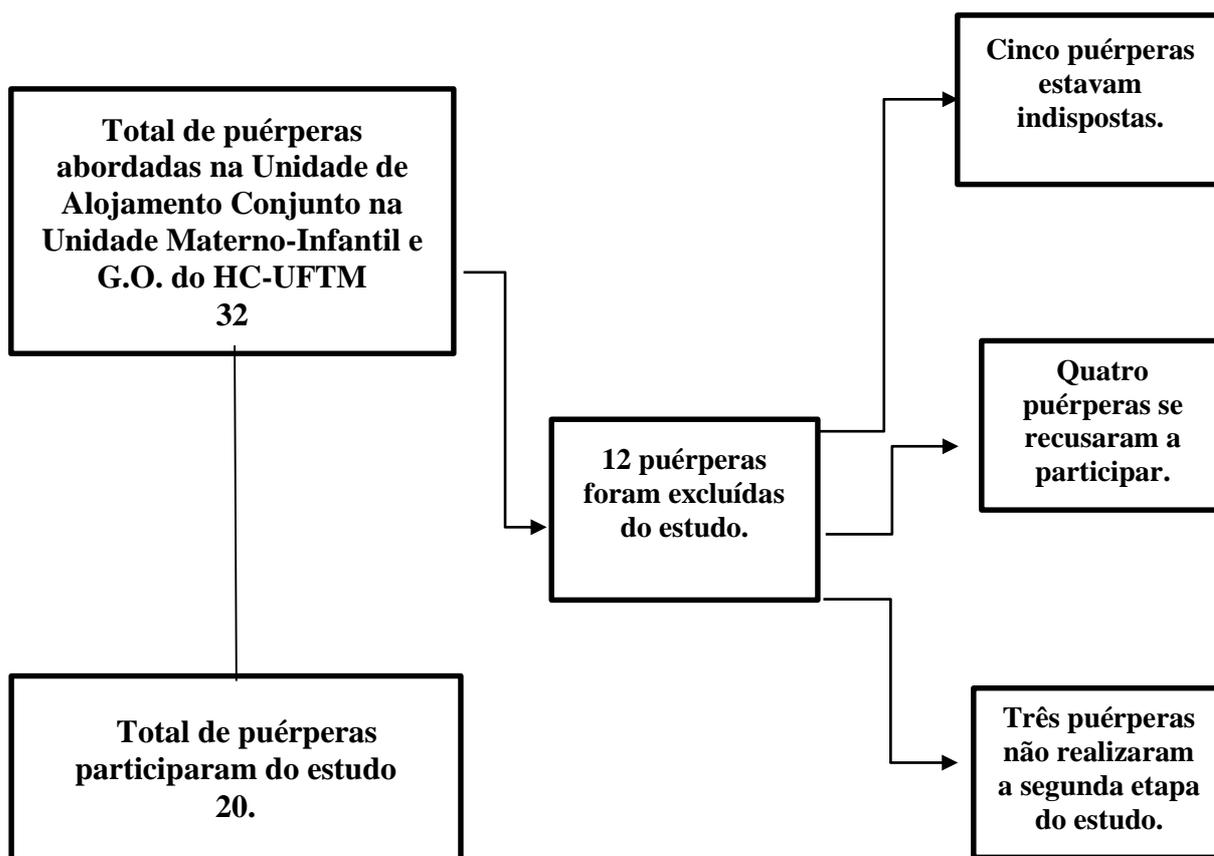
- b) Se alguém responder, encarregou essa pessoa de acionar o sistema de resposta de emergência urgência: sim/não.
- c) Colocou o bebê sobre uma superfície plana e firme: sim/não.
- d) Iniciou as compressões cardíacas: sim/não.
- e) Comprimiu com força e rapidez iniciando a RCP
- f) Em profundidade de, no mínimo, 4 cm: sim/não.
- g) Permitiu o retorno ou relaxamento total entre as compressões: sim/não.
- h) A frequência de compressões torácicas de, no mínimo, de 100 A 120 por minuto: sim/não.
- i) A ventilação foi realizada após as compressões: sim/não.
- j) Realizou ventilação (respiração boca a boca) sim/não.
- k) Manteve a via aérea da criança aberta: sim/não.
- l) Manteve a inclinação da cabeça-elevação do queixo: sim/não.
- m) Inspirou normalmente e colocou os lábios à boca e nariz do bebê, vedando: sim/não
- n) Forneceu uma ventilação (por cerca de um segundo): sim/não
- o) Observou se há elevação do tórax (peito da criança), quando a ventilação é administrada: sim/não
- p) Houve elevação do tórax: sim/não
- q) Iniciou com as compressões: sim/não
- r) Se não, reposicionou a cabeça, abriu a via aérea e elevou queixo: sim/não.
- s) Forneceu a segunda ventilação (soprou por cerca de um segundo): sim/não.
- t) Se não conseguiu ventilar a vítima após duas tentativas, reiniciou imediatamente as compressões torácicas: sim/não
- u) Realizou 30 massagens para cada duas ventilações

9.2 ETAPA II – Estudo quase experimental

9.2.1 Caracterização da amostra do estudo

No período de junho a julho de 2018, foram abordadas 32 puérperas, dessas foram excluídas 12. Assim a amostra desta pesquisa foi constituída por 20 puérperas como pode ser visto na Figura 6.

Figura 6 - Fluxograma da amostra (n=20). Uberaba, 2018.



Fonte: Da autora, 2018.

9.2.2 Dados sociodemográficos

A amostra (n) desta pesquisa foi constituída por 20 puérperas com média de idade de 26 anos de idade, com mínimo de 17 e máximo de 39 anos, estudaram em média por 9,7 anos, mínimo de quatro anos e máximo de 16, a renda familiar em salários-mínimos foi de 1,8 com mínimo de um salário e máximo de cinco, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das características sociodemográficas das puérperas participantes do estudo, segundo idade, escolaridade e renda familiar, Uberaba (MG), 2018.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP*
Idade #	17,00	39,00	24,00	26,00	7,42
Escolaridade #	04,00	16,00	10,00	13,20	15,3
Renda familiar "	01,00	05,00	01,00	01,80	1,28

*Desvio-padrão #Em anos "Em salários mínimo

Fonte: Da autora, 2018.

Quanto à situação conjugal, a maioria 11(55,0%) das puérperas estava em união estável e quanto à ocupação 11 (55,0%) eram do lar, conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das características sociodemográficas das puérperas (n=20) participantes do estudo, segundo situação conjugal e ocupação. Uberaba (MG), 2018.

Características sociodemográficas			
Variáveis	Características	N	%
Situação conjugal	Solteira	5	25,0
	Casada	4	20,0
	União estável	11	55,0
	Total	20	100,0
Ocupação	Do lar	11	55,0
	Mercado informal	6	30,0
	Mercado formal	3	15,0
Total		20	100

Fonte: Da autora, 2018.

9.2.3 Caracterização obstétrica

As puérperas tinham em média 2,4 filhos vivos, com mínimo de um e máximo de oito, a idade gestacional de nascimento dos RN foi de 38,8 semanas pós-natais, com mínimo de 35 e máximo de 41 semanas, realizaram em média 6,8 consultas, mínimo de duas e máximo de 12.

A coleta de dados e a intervenção foram realizadas em média 32 horas após o parto, mínimo de 18 horas e máximo de 56 horas.

Os dados relacionados à caracterização obstétrica estão demonstrados na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das características obstétricas das puérperas (n=20) participantes do estudo, número de filhos vivos, idade gestacional, número de consultas e período pós-parto . Uberaba (MG), 2018.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP*
Número de filhos vivos	01,00	08,00	02,00	02,40	1,60
Idade gestacional	35	41,00	39,00	38,80	1,28
Número de consultas	2,0	12,00	06,50	06,80	2,58
Período pós-parto (hs)	18,00	56,00	28,00	32,20	10,75

*DP: Desvio-padrão.

Fonte: Da autora, 2018.

Das 20 gestantes, 12 (60,0%) não planejaram a gravidez, 20(100%) realizaram o pré-natal, 11 (55,0%) tiveram intercorrências durante a gestação, sendo que, dessas 11, sete tiveram (63,6%) infecção do trato genital, duas (18,2 %), hipertensão arterial e duas (18,2 %), outros.

O tipo de parto mais comum foi o parto vaginal realizado em 15 (75%) das puérperas.

Os resultados referentes ao planejamento da gravidez, realização do pré-natal, intercorrências maternas associadas à gestação e ao tipo de parto estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição das características obstétricas das puérperas (n=20) participantes do estudo, segundo gravidez planejada, pré-natal, intercorrências maternas e tipo de parto. Uberaba (MG), 2018.

Variáveis	Características obstétricas				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	n	%		
Gravidez planejada	8	40,0	12	60	20	100
Realizou pré-natal	20	100	-		20	100
Intercorrências maternas	11	55,0	10	50,0	20	100
Parto normal	15	75,0	5	25,0	20	100
Parto cesário	5	25,0	15	75,0	20	100

Fonte: Da autora, 2018.

9.2.4 Conhecimento sobre prevenção e fatores de risco para obstrução de vias aéreas, engasgo

Em relação às respostas quanto ao conhecimento das puérperas sobre prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas (OVACE), três (15%) puérperas relataram que obtiveram conhecimento anteriormente, dessas uma (33,3%) foi por curso e dois (66,7%) de outras formas. A maioria 12 (60%) não teve experiência anterior com situação de engasgo e obstrução de vias aéreas em crianças (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição do conhecimento sobre OVACE das puérperas (n=20) participantes do estudo, Uberaba (MG), 2018.

Variáveis	Conhecimento sobre OVACE					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	N	%
Conhecimento sobre OVACE	3	15,0	17	85,0	20	100
Experiência com OVACE	8	40,0	12	60,0	20	100

Fonte: Da autora, 2018.

Foram indagadas sobre fatores de risco para a ocorrência de acidentes com engasgo, obstrução de vias aéreas, relacionados ao gênero da criança e idade; e 19 (95%) das puérperas que participaram responderam incorretamente quanto à relação ao gênero, 11(55%) indicaram haver uma idade de risco.

Após a intervenção educativa, 19 (95%) responderam haver relação de risco com o gênero, dessas 18 (90%) indicaram o gênero masculino corretamente; e 19 (95%) indicaram haver relação com a idade, sendo que 17 (85%) indicaram a idade correta. Os resultados estão apresentados na Tabela 8.

Observa-se que, em relação aos alimentos demonstrados na Tabela 8, 11(55%) não relacionaram nenhum deles ao risco de obstrução de vias aéreas.

Das 09 puérperas que indicaram haver alimentos de risco para obstrução de vias aéreas, 4(20%) indicaram um alimento, com uma média de 0,70 alimentos de risco indicados antes da intervenção. Após a intervenção educativa, 20 (100%) indicaram haver alimentos de risco (Tabela 9).

Tabela 9. Descrição de conhecimento de fatores de risco para OVACE, pré e pós-intervenção das puérperas (n=20) participantes do estudo, Uberaba (MG), 2018.

Fatores de risco para OVACE									
Fatores de risco	Período	Correta		Incorreta		Não se aplica		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Relação com gênero	Pré	1	5,0	19	95,0			20	100
	Pós	19	95,0	1	5,0			20	100
Relação com a idade	Pré	11	55,0	9	45,0			20	100
	Pós	19	95,0	1	5,0			20	100
Gênero de risco	Pré			1	5,0	19	95,0	20	100
	Pós	18	90,0					20	100
Idade de risco	Pré	11	55,0			9	45,0	20	100
	Pós	17	85,0	1	5,0	2	10,0	20	100
Alimentos de risco	Pré	9	45,0	11	55,0			20	100
	Pós	20	100					20	100
Objetos de risco	Pré	19	95,0	1	5,0			20	100
	Pós	20	100					20	100

Fonte: A autora, 2018.

Após a intervenção educativa, 20 (100%) indicaram haver alimentos de risco. Sendo que 4(20%) indicaram três e 4 (20%) indicaram seis alimentos de risco, com uma média de 4,90 alimentos citados por puérpera (Tabela 10).

Após a aplicação-do teste t pareado para comparação entre as médias de acerto sobre a soma de alimentos, identificou-se que, em média, o número de acertos após a intervenção foi maior que a média de acertos antes, (média:4.9; desvio-padrão 1,98, $t(20) = 9.44$ com $p < 0,001$).

Os objetos ou brinquedos de risco foram indicados por 19(95%) puérperas, dessas 11 (55%) lembraram de um objeto ou brinquedo de risco antes da intervenção, com uma média de 1,50 objeto citado (Tabela 10).

Após a intervenção educativa, 20 (100%) indicaram objetos ou brinquedos de risco, sendo que, desses, 10 (50%) indicaram até cinco desses, com uma média de 3,80 objetos citados (Tabela 10).

Após a utilização do teste t pareado para comparação entre as médias de acerto sobre o número de objetos, identificou-se que: em média o número de acertos após a intervenção foi maior que a média de acertos antes, (média:3,8; desvio-padrão 1,26, $t(20) = 8,15$ com $p <$

0,001(Tabela 10).

Tabela 10 - Descrição do conhecimento sobre alimentos e objetos de risco para OVACE, pré e pós-intervenção, das puérperas (n=20) participantes do estudo Uberaba (MG), 2018

Fatores de risco	Fase da intervenção	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP*	Média acertos antes e após	p†
Alimentos	Pré	0	4,00	0,00	0,70	1,08	4,9	0,001
	Pós	2,00	8,00	5,00	4,90	1,94		
Objetos	Pré	0	3,00	1,00	1,50	0,82	3,08	0,001
	Pós	1,00	5,00	4,00	3,80	1,10		

DP*: Desvio-padrão

p† Teste t Pareado

Fonte: Da autora, 2018.

Na Tabela 11, a seguir, estão descritos os cuidados que podem ser realizados para prevenção de acidentes de OVACE e os sinais e sintomas, caso ocorra obstrução parcial de vias aéreas. Sendo que 11(55%) das puérperas indicaram alguma medida para prevenção antes da intervenção, após a intervenção educativa 16 (80%) indicaram até dois cuidados.

A média de cuidados indicados antes da intervenção foi de 1,30 e após a intervenção foi citado em média 2,0 (Tabela 11).

Após a aplicação do teste t pareado para comparação entre as médias de acertos sobre os cuidados para prevenção de acidentes com OVACE, identificou-se que em média o número de acertos após a intervenção foi maior que a média de acertos antes, (média: 2; desvio-padrão 0,92, $t(20) = 3,39$ com $p < 0,003$ (Tabela 11).

O conhecimento dos sinais apresentados pela criança, quando está com obstrução parcial ou total de vias aéreas, é importante para a mãe, uma vez que possibilita a intervenção imediata. Antes da intervenção, foram indicados sinais por 16 puérperas, dessas, sete (35%) indicaram um e dois sinais respectivamente; após a intervenção 20 (100%) indicaram sintomas, sendo que nove (45%) indicaram até dois sinais.

A média de sinais indicados pelas puérperas antes da intervenção foi de 1,35 e após a intervenção foi de 2,70 (Tabela 11).

Após a aplicação do teste t pareado para comparação entre as médias de acerto sobre a sinais do engasgo, identificou-se que, em média, o número de acertos após a intervenção foi maior que a média de acertos antes, (média:2,7; desvio-padrão 1,08, $t(20) = 5,54$ com $p <$

0,001).

Tabela 11 - Descrição do conhecimento sobre cuidados e prevenção de OVACE, pré e pós-intervenção, das puérperas (n=20) participantes do estudo Uberaba (MG), 2018

	Fase da Intervenção	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP*	Média Acertos	p†
Medidas prevenção	Pré	0	3	1,00	1,30	0,73	2,00	0,003
	Pós	0	3	2,00	2,00	0,79		
Sinais OVACE	Pré	0	3	1,00	1,35	0,93	2,7	0,001
	Pós	3	3	2,50	2,70	0,97		

DP*: Desvio-padrão

Fonte: Da autora, 2018.

O resultado da avaliação do desempenho das puérperas na realização de cada manobra para desobstrução de vias aéreas, antes e após a realização da intervenção educativa, está descrito na Tabela 12.

Observou-se que sentar e manter o bebê voltado para baixo foi uma das manobras que algumas puérperas sabiam que deveria ser feito, citado por 7(35%) das puérperas antes da intervenção educativa e 20 (100%) após.

Tabela 12 - Descrição do desempenho das puérperas (n=20) na realização de manobras para OVACE, pré e pós-intervenção. Uberaba, MG, 2018.

Manobras	Realizaram corretamente Antes	Realizaram corretamente Após
Sentou-se com o bebê no colo.	11(55%)	20(100%)
Se for fácil, remover a roupa do tórax do bebê.	0	0
Manteve o bebê voltado para baixo, sustentado pelo antebraço.	7(35%)	20(100%)
Colocou sobre a coxa.	3(15%)	19(95%)
A cabeça do bebê estava ligeiramente mais baixa do que o tórax, apoiando no antebraço.	2(10%)	16(80%)
A cabeça e a mandíbula estavam sustentadas com a mão, sem comprimir as partes moles da garganta do bebê.	1(5%)	20(100%)
Deu até cinco (5) pancadas vigorosas no meio das costas, entre as escápulas omoplatas do bebê, usando a face dorsal da mão “calcanhar da mão”.	2(10%)	18(90%)
Após as cinco (5) pancadas, colocou a mão que está livre nas costas do bebê, apoiando a parte de trás da cabeça com a palma da mão.	0	19(95%)
O bebê ficou deitado entre os dois antebraços com a palma de uma mão sustentada no rosto e a mandíbula enquanto a palma da outra mão sustenta a parte de trás da cabeça do bebê.	0	19(95%)
Virou o bebê como um todo, sustentando cuidadosamente a cabeça e o pescoço.	0	19(95%)
Manteve o bebê voltado para cima, com seu antebraço repousado sobre a coxa.	0	20(100%)
Aplicar até cinco (5) compressões torácicas para baixo, no meio do tórax, sobre a metade inferior do esterno.	0	16(80%)
Aplicou as compressões torácicas à frequência de uma (1) por segundo aproximadamente.	0	17(85%)
Repetiu a sequência de até cinco (5) pancadas nas costas e até cinco (5) compressões.	0	20(100%)

Fonte: Da autora, 2018.

O resultado da avaliação do desempenho das puérperas, na realização de cada manobra em caso de PCR antes e após a realização da intervenção educativa, está descrito na Tabela 12.

Observou-se que chamar ajuda foi uma das ações indicadas por 11(55%) das puérperas, antes da intervenção educativa e após por 7(35%) (Tabela 13).

A ação de se encarregar de alguém acionar o sistema de resposta de emergência urgência foi indicada por 6(30%) das puérperas antes e 5 (25%) após a intervenção.

Tabela 13 - Descrição do desempenho das puérperas (n=20) na realização de manobras para PCR, pré e pós-intervenção. Uberaba, MG, 2018.

Manobras	Realizaram corretamente	Realizaram corretamente
	Antes n (%)	Após n (%)
Chamou ajuda:	11(55%)	7(35%)
Se alguém responder, encarregou essa pessoa de acionar o sistema de resposta de emergência urgência.	6(30%)	5(25%)
Colocou o bebê sobre uma superfície plana e firme.	0	19(95%)
Iniciou com as compressões cardíacas.	0	20(100%)
Comprimiu com força e rapidez iniciando a RCP.	0	20(100%)
Em profundidade de no mínimo de 4 cm.	0	17(85%)
Permitiu o retorno ou relaxamento total entre as compressões.	0	18(90%)
A frequência de compressões torácicas foi de 100 a 120 por minuto.	0	16(80%)
A ventilação foi realizada após as compressões.	2(10%)	20(100%)
Manteve a via aérea da criança aberta.	0	19(95%)
Manteve-se inclinação da cabeça-elevação do queixo.	0	19(95%)
Vedou os lábios, a boca e o nariz do bebê.	0	20(100%)
Forneceu uma ventilação por cerca de um segundo.	0	16(80%)
Observou se há elevação do tórax, quando a ventilação é administrada.	0	18(90%)
Forneceu a segunda ventilação por um segundo.	0	12(60%)
Se não houver elevação do tórax, reposicionou a cabeça, abriu a via aérea e elevou queixo.	0	13(65%)
Se não conseguiu ventilar a vítima após duas tentativas, reiniciou imediatamente as compressões torácicas.	0	13(65%)
Realizou 30 massagens para cada duas ventilações.	0	19(95%)

Fonte: Da autora, 2018.

A média de acertos em caso de obstrução de vias aéreas antes da intervenção foi de 1,15 e após 12,15, com um mínimo de 0 e máximo de 4 acertos no pré e mínimo de 9 e máximo de 13 acertos após a intervenção, e a média de acertos em caso de PCR antes da intervenção foi de 0,95 e após 14,60 com um mínimo de 0 e máximo de 2 acertos no pré e mínimo de 10 e máximo de 18 acertos, após a intervenção (Tabela 14).

Após a aplicação do teste t pareado para comparação entre as médias de acerto sobre a realização de manobras para desobstrução de vias aéreas, identificou-se que em média o número

de acertos após a intervenção foi maior que a média de acertos antes, (média:12,1; desvio-padrão da 1,26, $t(20) = 23,97$ com $p < 0,001$ (Tabela 14).

Após a utilização do teste t pareado para comparação entre as médias de acerto sobre a realização de manobras quando a criança perde a consciência e necessita de ressuscitação cardiopulmonar, identificou-se que: em média no número de acertos após a intervenção foi maior que a média de acertos antes, (média:14,6; desvio-padrão 2,47, $t(20) = 24,03$ com $p < 0,001$ (Tabela 14).

Tabela 14 - Descrição do desempenho das puérperas (n=20) na realização de manobras para OVACE e PCR, antes e após a intervenção educativa. Uberaba, MG, Brasil, 2018.

Manobras Corretas	Fase da intervenção	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP*	Média Acertos	p†
Desobstrução de VAS	Pré	0	4,00	1,00	1,15	1,13	12,5	0,001
	Pós	9,00	13,00	13,00	12,15	1,26		
PCR	Pré	0	2	1,00	0,95	0,82	14,6	0,001
	Pós	10	18	15,00	14,60	2,47		

* Desvio-padrão

p† Teste t Pareado

Fonte: Da autora, 2018.

10. DISCUSSÃO

O instrumento de coleta de dados, utilizado para avaliar o conhecimento sobre prevenção e identificação de obstrução de vias aéreas e a habilidade no manejo de OVACE e PCR, foi validado na Etapa I do presente estudo.

Identificou-se que o mesmo contemplou os itens essenciais para avaliar habilidades, gestão de obstrução das vias aéreas por corpos estranhos e de PCR, estando de acordo com os itens indicados em estudo realizado pela University of Copenhagen, Nørregade, na Dinamarca, cujo objetivo foi estabelecer um consenso internacional sobre itens essenciais para avaliar habilidades de suporte básico de vida pediátrico e das habilidades de gestão de obstrução das vias aéreas por corpos estranhos, para leigos (HASSELAGER, 2018).

As habilidades dos dois instrumentos de avaliação produzidos pelo estudo foram desenvolvidas utilizando-se da abordagem Delphi modificada, para buscar consenso entre os especialistas em uma série de rodadas, onde participaram do estudo duas enfermeiras e 26 médicos de 13 países diferentes e foram validados em ambiente simulado, e podem ser utilizados de maneira confiável e válida em um ambiente simulado padronizado (HASSELAGER, 2018).

Os achados deste estudo mostraram que a intervenção educativa por meio de simulação sobre prevenção, identificação e manejo de obstrução de vias aéreas e engasgo em bebês contribuiu para o aumento do conhecimento cognitivo e habilidade entre as puérperas, quando comparados antes da intervenção.

As puérperas que participaram da intervenção apresentaram uma elevação nos escores de conhecimento cognitivo sobre prevenção e identificação e de habilidade no manejo de obstrução de vias aéreas, engasgo e PCR em crianças de zero a um ano de idade.

Corroborando com as evidências disponíveis na literatura de que intervenções educativas realizadas com pais melhoram o conhecimento e a habilidade no atendimento à criança com OVACE, como em um estudo realizado com objetivo de avaliar o conhecimento cognitivo dos pais de crianças com menos de 24 meses de idade, sobre aspiração de corpo estranho (ACE) e determinar os fatores associados à falta de conhecimento. Mediante a resposta de 1.490 questionários, de um total de 1.766 questionários enviados, a maioria foi respondida pelas puérperas. Os resultados demonstraram que poucas puérperas (4,3%) não reconheceram um brinquedo pequeno como causa de ACE, e 20,2% não sabiam que amendoim e outras nozes podem ser causa de ACE. Em relação aos sinais clínicos, 27,7% e 41,8% das puérperas não sabiam que a asfixia e a tosse súbita eram sintomas sugestivos de ACE, respectivamente, conclui-se que um número substancial de puérperas não tem conhecimento sobre aspiração de corpo estranho (HIGUCHI, 2013).

A melhora no conhecimento e na conscientização sobre a prevenção de lesões pediátricas no ambiente doméstico de mães também foi avaliada em estudo quase experimental em um único grupo, utilizando pré-teste e pós-teste". Realizou-se um treinamento para 300 mães de crianças de 0 a 6 anos, no período de abril de 2014 a outubro de 2015, na Turquia. Os dados foram coletados por meio de um questionário de 33 itens sobre as características sociodemográficas da família e os fatores relacionados às lesões pediátricas, 0-6 anos de idade. Houve uma visita no domicílio para avaliação e entrevista, onde foram aplicadas uma escala validada de identificação das mães para crianças sobre Precauções de segurança e Prevenção de Lesões Pediátricas (*Safety Precautions for the Prevention of Pediatric injuries*) e um Formulário de avaliação de risco para lesões pediátricas (*Risk Assessment Form for Pediatric injuries* (RAF)). O treinamento sobre os riscos e atitudes que levam a lesões ocorreu de forma padronizada sobre situações perigosas que podem levar a lesões e formas de preveni-las, onde se utilizaram cartazes e folhetos preparados pelos pesquisadores para elevar sensibilidade e melhorar o conhecimento e comportamento das mães participantes. Um mês depois, as mães foram revisitadas e foram aplicadas as mesmas escalas. Identificou-se nos resultados que houve uma diferença significativa entre o pré e a pontuação pós-treinamento. Os escores médios na escala de identificação de lesões pediátricas aumentou de $165,8 \pm 16,3$ (pré-treino) a $176,7 \pm 12,9$ (pós-treino), e essa diferença foi significativa ($t = -12,129$; $p = 0,000$). Os escores médios obtidos da Escala de Identificação de Precauções de Segurança foram maiores naqueles que estudaram em escola profissional e maior em formados. Houve correlação significativa entre as subescalas e a média de pontuação pós-treinamento, e nas pontuações médias a escala de identificação para lesões pediátricas aumentou também após treinamento, pois as mães evitaram os riscos que poderiam causar lesões pediátricas em casa (DEVI, 2017).

Semelhante aos resultados do presente estudo, onde se observou a elevação nos escores de habilidade em manejo de RCP, em um estudo foram identificadas evidências dos benefícios no fornecimento de treinamento em RCP infantil, realizado com novos pais (PIERICK et al., 2012).

Identificou-se, no presente estudo, que a maioria das puérperas era leiga em relação à prevenção e ao manejo de OVACE e PCR, uma vez que 17 (85%) relataram não ter tido nenhum conhecimento sobre o assunto.

A importância de realizar o treinamento e a capacitação de leigos, tanto para o atendimento de adultos como crianças, são enfatizadas em diversos estudos, bem como as vantagens de iniciar as capacitações em Suporte Básico de Vida (SBV) desde a idade escolar, de forma a possibilitar a otimização do atendimento e melhores índices de sobrevivência às

vítimas de PCR (AHA, 2015; AHA, 2015; TALIKOWSKA, et al., 2016).

O ensino precoce em SBV, com a realização do treinamento desde a infância, por meio de inclusão do conteúdo nas grades curriculares é sugerido pela *American Heart Association* e outros estudos (BHANJI et al., 2015; BOUDREAUX; DIXE; GOMES, 2015; HART et al., 2013).

Alguns estudos têm utilizado estudantes como população de estudo, como um realizado na Turquia, cujo objetivo era de determinar o nível de conhecimento de 100 estudantes do ensino médio, em relação à aspiração de corpo estranho (ACE) e o efeito do treinamento de ACE em seu nível de conhecimento. Estudo semi experimental, realizado entre os meses de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. Foi realizado um teste preliminar ao treinamento e outro após. O teste constava de questões relacionadas à prevenção e aspiração de corpo estranho; foi realizado um treinamento onde os pesquisadores demonstraram intervenções que devem ser realizadas em caso de obstrução parcial ou total de vias aéreas em crianças menores de um ano. Identificou-se nesse estudo que 99% (n = 99) não haviam realizado nenhum curso sobre aspiração de corpo estranho, e os resultados relacionados ao aumento da habilidade na realização da intervenção de Primeiros Socorros dos alunos, no caso de um corpo estranho aspirado, obstrução parcial e completa entre crianças menores de um ano de idade foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Contudo os resultados relacionados ao conhecimento sobre intervenção de Primeiros Socorros, nessas mesmas circunstâncias, divergiram dos resultados do presente estudo, uma vez que não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos pré-treinamento e pós-treinamento ($p > 0,05$) (AKCA, 2016).

No presente estudo, utilizou-se o método educativo fundamentado na proposta pedagógica libertadora e problematizadora de Paulo Freire, para a abordagem teórica sobre os riscos, prevenção e identificação precoce de OVACE, somado à simulação como método de ensino e avaliação das manobras para OVACE e PCR, com resultados positivos. As evidências indicam que a retenção significativa das habilidades em RCP ocorre quando há um planejamento de aula envolvendo a reflexão do tema, a prática frequente e repetitiva associada com o uso de manequins de baixa ou alta fidelidade (SULLIVAN, 2015).

A importância da abordagem teórica de forma reflexiva e prática para a capacitação em RPC foi identificada em estudo tipo revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi identificar os resultados na retenção de habilidades adquiridas na RCP, em adultos, utilizando diferentes estratégias de ensino, quando comparada com o treinamento tradicional (AHA, 2015).

Associação da teoria à prática por meio da estratégia de simulação aperfeiçoa o desenvolvimento e a retenção do conhecimento de habilidades psicomotoras (KAWAKAME, MIYADAHIRA, 2015; SULLIVAN, 2015; BEZZERA et al., 2014).

Em estudo realizado no ano de 2013, entre os 89 profissionais da atenção primária em saúde, cujo objetivo foi avaliar a retenção do conhecimento teórico e as habilidades assimiladas, em treinamento de ressuscitação cardiopulmonar e desobstrução eficaz da via aérea em um bebê, utilizaram-se duas estratégias: aula expositiva que abordou o Suporte Básico de Vida em adultos e crianças, e as atividades práticas de manobras de desobstrução da via aérea utilizando situações simuladas em manequins de média fidelidade (Little Anne®, Little Junior® e Baby Anne® (Laerdal, Stavanger, Noruega), com uma carga horária total de oito horas. A avaliação foi realizada imediatamente após e um ano após. Mediante a análise da retenção do conhecimento, observou-se queda do número médio de acertos, comparando a média imediatamente após o treinamento ($9,5 \pm 0,9$) e um ano após ($7,5 \pm 1,7$) ($p < 0,001$). Em relação à habilidade assimilada, na situação sobre desobstrução da via aérea do bebê, os profissionais apresentaram baixo desempenho (média final $3,2 \pm 1,8$) (NOGUEIRA et al., 2018).

11 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo avaliou imediatamente após a intervenção educativa, e não houve uma segunda avaliação após meses ou anos, não sendo possível avaliar a retenção do conhecimento. Talvez isso possa ser considerado uma limitação deste estudo. Entretanto os objetivos deste estudo foram atingidos, e os dados são fidedignos.

12 CONCLUSÕES

O instrumento construído e validado para o presente estudo foi adequado para a realização do presente estudo. Possibilitou a avaliação do conhecimento sobre prevenção, identificação e habilidade de manejo de obstrução de vias aéreas e engasgo em bebês, antes e após a intervenção educativa.

Este estudo permitiu concluir que a intervenção educativa por meio de simulação sobre prevenção, identificação e manejo de obstrução de vias aéreas e engasgo em bebês contribuiu para o aumento da habilidade cognitiva entre as puérperas, quando os dados foram comparados antes da intervenção. As puérperas que participaram da intervenção apresentaram uma elevação nos escores de conhecimento cognitivo e de habilidade.

As puérperas, após participarem da intervenção educativa por simulação, aumentaram seu conhecimento sobre prevenção, identificação e manejo de obstrução de vias aéreas e engasgo em crianças de zero a um ano de idade, uma vez que se identificou que em média o número de acertos após a intervenção foi maior que a média de acertos antes, e os resultados foram estatisticamente significante entre os grupos pré-treinamento e pós-treinamento ($p < 0,001$).

Conclui-se que a intervenção educativa proposta neste estudo apresentou-se eficiente para aumentar o conhecimento cognitivo e a habilidade das puérperas sobre prevenção, identificação e manejo de obstrução de vias aéreas e engasgo e asfixia em bebês, confirmando assim a hipótese desta investigação.

Esta pesquisa contribuiu com evidências importantes, relacionadas ao efeito da intervenção educativa por meio de simulação para OVACE e PCR e poderá ser adotada como uma medida para prevenção de engasgos em recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

AKCA, S. O. Efeito do treinamento em aspiração de corpo estranho no nível de conhecimento de estudantes. **Brazilian Journal Otorhinolaryngol**, São Paulo, v. 82, n. 4, p. 408-415, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v82n4/pt_1808-8694-bjorl-82-04-00408.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.06.005>>. Acesso em: 01 maio 2017.

AEBERSOLD M, TSCHANNEN D, BATHISH M. Innovative simulation strategies in education. **Nurs Res Practice**. V. 2012,p. 1-7, jan. 2012. DOI:10.1155/2012/765212. Acesso em: 10 out. 2017.

AMITH, I.; NARAGUND,R.S.; MUDHOL,A.S.; HARUGOP,P.H.; PATIL,P.S.; HAJARE,V.V; Tracheo-Bronchial Foreign Body Aspiration in Children: A One Year Descriptive Study. **Indian Journal of Otolaryngology and Head Neck Surgery**, v.1, n. 66, p.180-185, jan.2014. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3918306/>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Policy statement-prevention of choking among children. **Pediatrics**, Springfield, v. 125, n. 3, p. 601-607, 2010. Disponível em <<http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-2862>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

AMERICAN HERT ASSOCIATION. **Destaques da American Heart Association 2010**: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Dallas: AHA; 2011. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

AMERICAN HERT ASSOCIATION. **Destaques da American Heart Association 2015**: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Dallas: AHA; 2015. Disponível em:<<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução - RDC nº 32, de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 15 mar. 2012. Seção 1 p.43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html> . Acesso em: 12 out. 2018.

ARAYA, S. B.; APIP, M. P. M; COOK, M. P. Educación en salud: en la búsqueda de metodologías innovadoras. **Cienc Enferm**. v. 17, n. 1, p. 57-69, 2011. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441806007>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BARRETO, R. M. et al. IST na adolescência: percepção de gestantes a luz do círculo de cultura de Paulo Freire. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 16, n. 30, p. 116-125, jan./jun. 2016. Disponível em:<<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/4449/4994>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BARRY, M. An evaluation of expectant parents knowledge, satisfaction and use of a self-instructional infant CPR kit. **Midwifery**, v. 31, n. 8, p. 805-810, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.002>>. Acesso em: 05 out. 2018.

- BERG, M. et al. Part 13: pediatric basic life support: 2010. In: American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, v. 122, n. 18, p. 5862–5875, nov. 2010. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/circulationaha.110.971085>>. Acesso em: 05 out. 2018.
- BEZERRA, M. A. R. et al. Acidentes domésticos em crianças: concepções práticas dos agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 776-784, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647663018>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- BHANJI, F. et al. Part 14: Education: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 132, n. 18, p. S561–S573. Suplemento 2. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000268. Acesso em: 05 out. 2018
- BOEHRS, A. E. et al. Percepções das mães sobre os cuidados à saúde da criança até 6 anos. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 114-120, 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/sumario/8>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-346, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0338.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.
- BOUDREAUX, S.; BROUSSARD, L. Sudden cardiac arrest in schools: the role of the school nurse in AED program implementation. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, New York, v. 35, n. 3-4, p. 143-152, 2012. Doi: <http://10.3109/01460862.2012.708214>. Acesso em 05 outubro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. EBSEH – Hospitais Universitários Federais. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Estrutura administrativa**. Gerência de Ensino e Pesquisa. Uberaba: UFTM, 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/historia>>. Acesso em: 01 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM nº 72 de 11 de janeiro de 2010**. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html>. Acesso em: 12 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº. 116, de 11 de fevereiro de 2009**. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os sistemas de informações em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html>. Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretariade Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990**. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Brasília: Presidência da República; 1990. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos . Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Brasília, 25 jun 1986. Seção 1, p. 9275-9279

BRASIL. **Decreto n 94.406/87** que Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Dec. Nº 94.406, de 08.06.87. DOU de 09.06.87, seção I – fls. 8.853 a 8.855.

Ministério da Educação e Cultura (BR). Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1133/2001: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, 3 out. 2001. Seção 1E. p. 131.

BRITO, M. A.; ROCHA, S. S. Accident victim of domestic child under the look of nursing theories. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 3351-3365, out./dez. 2015. Disponível em:<
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4307/pdf_1720>. Acesso em: 18 fev. 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** v.25, n. 2, p.2-

9, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71446259015/>> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004180014>>. Acesso em: 10 out. 2018

BELLAGUARDA, M.L.R et.al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc. Anna Nery**. v. 17, n. 2, p. 369- 374, Abr-Jun 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a23.pdf> > . Acesso em: 16 out. 2018.

ÇELIK, N.; ARIKAN, D. The effect of the training given to the child development students about foreign body aspiration upon their knowledge levels. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, Amsterdam, v. 77, n. 11, p. 1811-1817, nov. 2013. Disponível em <[http://www.ijporonline.com/article/S0165-5876\(13\)00396-0/pdf](http://www.ijporonline.com/article/S0165-5876(13)00396-0/pdf) >Acesso em: 10 out. 2017

COSTA, J. **Dicionário médico**. Lisboa: Climepsi Editores, 2012.

COUNTDOWN COVERAGE WRITING GROUP. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. **The Lancet**, London, v. 371, n. 9620, p. 1247-1258, abr. 2008: Disponível em:< <https://europepmc.org/abstract/med/18406859>> Acesso em : 01 de out. 2018.

CYR, C. Preventing choking and suffocation in children. **Paediatrics & child health**, v. 17, n. 2, p. 91-92, fev. 2012. Disponível em: <<https://academic.oup.com/pch/article/17/2/91/2638862>>. Acesso em:05 out. 2018.

ARAÚJO, O. D.et al. Círculo de cultura Paulo Freire: experiência na pós-graduação em Enfermagem. **Rev. enferm. UFPI**, v.4, n 2, p. 107-110, abr./junh. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-31004>>. Acesso em: 05 out. 2018.

DES JARLAIS, DON C. et al. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. **American journal of public health**, v. 94, n. 3, p. 361-366, out. 2011. Disponível em: < <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.94.3.361> >. Acesso em :10 de out. 2018.

DEVI, W.R. Effectiveness of Video Assisted Teaching on CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) for Children among Student Nurses. **International Journal of Nursing Education**, v. 9, n. 3, p. 37-42, jul. / set. 2017. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Urmila_Bhardwaj/publication/319364730_Effectiveness_of_E-learning_Module_on_First_Aid_A_Study_on_Student_Nurses/links/5a5c8f5a4585154502790f32/Effectiveness-of-E-learning-Module-on-First-Aid-A-Study-on-Student-Nurses.pdf#page=43> DOI: [10.5958/0974-9357.2017.00068.X](https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00068.X) . Acesso em: 10 out. 2018.

DRAGANOV, P.B.; SANNA, M. C. Avaliação das competências de professores de enfermagem para desenvolver programas educativos para adultos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 66, n. 4, p. 543-549, Ago. 2013 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400012&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 17 out. 2017.

FABRI, R. P. et al. Construção de um roteiro teórico-prático para simulação clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. 03218, jan. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/130915>>.

DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016265103218>. Acesso em: 17 out. 2018.

FAJARDO, S.; AERTS, D.R.G.C.; BASSANESI, S.L.; Acurácia da equipe do Sistema de Informações sobre Mortalidade na seleção da causa básica do óbito em capital no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.10. p. 2218-28, oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2017.

FERREIRA, J.; SOUZA, T. V. Desobstrução de vias aéreas superiores em crianças menores de um ano. **Rev. Enf. Profissional**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.267-275, jan/abr 2014. Acesso em: 13 nov. 2017.

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: 15 set. 2018.

QUILICI

FOLTRAN, F. et al. Inhaled foreign bodies in children: a global perspective on their epidemiological, clinical, and preventive aspects. **Pediatric Pulmonology**, Philadelphia, v. 48, n. 4, p. 344-351, abr. 2013. DOI: <http://10.1002/ppul.22701>. Acesso em: 28 ago. 2018.

FRANCA, E. B. et al . Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev. bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 46-60, May 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500046&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2018.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 51. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 42. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005

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**. V. 22, p. 287-95, mar. 2013. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/79>> Acesso em: 30 out. 2018.

GIELEN, A.C.; MCDONALD, E.M.; & SHIELDS, W. Unintentional home injuries across the life span: problems and solutions. **Annu Rev Public Health**; v.36, p. 231-253, mar. 2015. Disponível em: < <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031914-122722>>. Acesso em 25 ago. 2017.

GONÇALVES, V.L.G. Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo [tese]. [São Paulo]: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010. 226p. Disponível em :<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-14022012-100136/en.php>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

GONZÁLEZ, G.J.M.; CHAVES, V.J.; OCETE, H.E.; CALVO, M.C. Nuevas metodologías en el entrenamiento de emergencias pediátricas: simulación medica aplicada a pediatría. **An Pediatr**. v. 68, n. 8, p. 12-20, jun. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1157/13123296>. Acesso em: 28 ago. 2018.

HANDLEY, M. A.; SCHILLINGER, D.; SHIBOSKI, S. Quasi-experimental designs in practice-based research settings: design and implementation considerations. **Journal of the American Board of Family Medicine**, Lexington, v. 25, n. 5, p. 589-596, set./out. 2011. Disponível em: < <http://www.jabfm.org/content/24/5/589.long>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

HASSELAGER, A. B. et al. What should be included in the assessment of laypersons' paediatric basic life support skills? Results from a Delphi consensus study. **Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine**, v. 26, n. 1, p. 9, 2018. Disponível em: < <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-018-0474-5>>. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0474-5>. Acesso em: 17 out. 2018

HASSELAGER, A. et al. Assessment of laypersons' paediatric basic life support and foreign body airway obstruction management skills: a validity study. **Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine**, v. 26, n. 1, p. 73, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0544-8>. Acesso em: 17 out. 2018.

HART, D. et al. Cardiopulmonary resuscitation and automatic external defibrillator training in schools: "is anyone learning how to save a life?". **Canadian Journal of Emergency Medicine**, Ottawa, v. 15, n. 5, p. 270-278, set. 2013. DOI: <http://10.2310/8000.2013.130898>. Acesso em: 17 de out. de 2018.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, ago. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03553.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2017.

HIGUCHI, O. et al. Mothers' knowledge about foreign body aspiration in young children. **International journal of pediatric otorhinolaryngology**, v. 77, n. 1, p. 41-44, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.09.026>. Acesso em 05 de outubro de 2018.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong, Enfermagem da criança e do adolescente**. 9. Ed. Loures: Lusociência, 2014.

HUANKANG, Z. et al. Comparison between tracheal foreign body and bronchial foreign

body: a review of 1007 cases. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, Amsterdam, v. 79, n. 12, p. 1719-1725, des 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2012.08.008>. Acesso em: 15 out. 2018

HULLEY, STEPHEN B.; NEWMAN, THOMAS B. E CUMMINGS, STEVEN R. Primeira Parte: Anatomia e Fisiologia da Pesquisa Clínica. In: Hulley, Stephen B.; Cummings, Steven R.; Browner, Warren S. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. P: 21-34.

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.**, Oxford, v. 27, n.2, p.1-11, ago. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1093/her/cyr066>. Acesso em: 15 de out. 2018.

KARADENIZ, H. et al. Effects of a Safety-Awareness–Promoting Program Targeting Mothers of Children Aged 0–6 Years to Prevent Pediatric Injuries in the Home Environment: Implications for Nurses. **Journal of trauma nursing**, v. 25, n. 5, p. 327-335, 2018. DOI: <http://10.1097/JTN.0000000000000384>. Acesso em: 15 out. 2018.

KAWAKAME, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Avaliação do processo ensino-aprendizagem de estudantes da área da saúde: manobras de ressuscitação cardiopulmonar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0657-0664, ago. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000400017>>. Acesso em: 10 ago.2018.

LAFOND, C.M.; VAN H. V. C. A critique of the National League for Nursing/Jeffries simulation framework. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 2, p. 465-480, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06048.x>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Li, F.; SHENG, X.; ZHANG J.; JIANG F.; SHEN, X. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. **BMC Pediatr**. v. 14, n. 209, p. 1-8, ago. 2014. Disponível em: <<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-209>>. Acesso em: 18 ago.2017.

LYNN, M. R. Determination and quantification of con-tent validity. **Nursing Research**. v.35, n.6, p. 382-385. Nov./dez.1986. Disponível em:< https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1986/11000/Determination_and_Quantification_Of_Content.17.aspx> DOI:<http://10.1097/00006199-198611000-00017>. Acesso em: 18 ago.2017.

LENOIR, Y. A intervenção educativa: um constructo teórico para analisar as práticas de ensino. Tradução: PEIXOTO, J. ARAÚJO, C. H. S. **Educativa, Goiana**, v. 14, n. 1, p. 9-38, Jan/Jun. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.18224/educ.v14i1.1614>. Acesso em: 12 out. 2018.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. 7. Ed. St Louis: Mosby Elsevier, 2010.

MARTINS, C. B. DE G.; MELLO-JORGE, M. H. P. Circumstances and factors associated

with accidental deaths among children, adolescents and young adults in Cuiabá, Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 4, p. 228-237, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2013.1314459> Acesso em: 12 out. 2018.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MEAKIM COLLEN et al. Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 9, n 65, p.S3-S11, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>. Acesso em: 12 out. 2018.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. R. **Obstetrícia**. 13. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

NAIM, M.Y., et al. Association of Bystander Cardiopulmonary Resuscitation with Overall and Neurologically Favorable Survival after Pediatric out-of-Hospital Cardiac Arrest in the United States: a report from the cardiac arrest registry to enhance survival surveillance registry. **JAMA Pediatr**. v. 171, n.2, p. 133–141, 2017. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2583454>> DOI: 10.1001/jamapediatrics.2016.3643. Acesso em: 12 out. 2018.

NOGUEIRA, L. S. et al. Avaliação dos conhecimentos e habilidades em ressuscitação cardiopulmonar assimilados por profissionais da atenção primária em saúde. **Sci. med.(Porto Alegre, Online)**, v. 28, n. 1, p. ID28843-ID28843, 2018. DOI: <http://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28843>. Acesso em: 10 out. 2018.

OLIVEIRA, S. N.; PRADO, M. L.; KEMPFER, S. S.. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 487-504, 2014. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140036>. Acesso em: 28 mar. 2018.

OLIVEIRA, Y. et al. Mediação na educação–reflexões na modalidade a distância. **Educativa**, v. 18, n. 1, p. 61-80, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.18224/educ.v18i1.4256>. Acesso em: 28 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 8. Ed. São Paulo: EDUSP; 2000.

PANDA, S. S. et al. Foreign body in the bronchus in children: 22 years experience in a tertiary care paediatric centre. **African Journal of Paediatric Surgery**, Jos, v. 11, n. 3, p. 252-255, jul./set. 2014. DOI: 10.4103/0189-6725.137336. Acesso em: 10 out. 2018.

PASSALI, D.; LAURIELLO, M.;BELUSSI, L.; PASSALI, G.S.; PASSALI, F.M; GREGORI, D. Foreign body inhalation in children: an update. **Acta Otorhinolaryngologica Italica**, v. 30, p. 27- Fev. 2010. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881610/>>. Acesso em: 30 out. 2017.

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: 09 out. 2018.

PIERICK, T. A. et al. Self-instructional CPR training for parents of high risk infants. **Resuscitation**, v. 83, n. 9, p. 1140-1144, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957212001025#aep-article-footnote-id1>> . DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.02.007> . Acesso em: 09 out. 2018.

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: 07 de dez. 2017.

PIERICK, T. A. et al. Self-instructional CPR training for parents of high risk infants. **Resuscitation**, v. 83, n. 9, p. 1140-1144, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957212001025>>: Acesso em 05 outubro de 2018

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUILICI AP et al. Simulação Clínica: do conceito à aplicabilidade. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.

RODRIGUES S.D. et al. Quality of life in the puerperium: assessment in the immediate, late and remote postpartum periods. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 12, p. 1093-1101, dez. 2015. Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8459/pdf_9015>. DOI: 10.5205/reuol.8127-71183-1-SM.0912201506. Acesso em: 01 nov. 2017.

ROMERO, H.S. P.; REZENDE, E. M.; MARTINS, E. F. Mortalidade por causas externas em crianças de um a nove anos. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte , v. 20, p. 958, 2016 disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622016000100216&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2017.

RYAN L, LOGSDON MC, MCGILL S, STIKES R, SENIOR B, HELINGER B, ET AL. Evaluation of printed health education materials for use by loweducation families. **J Nurs Scholars.** v. 46. n. 20, p. 218-28. Jun. 2014. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12076/abstract;jsessionid=E2329CB770D8EE85A45898307507D2E5.f03t02> . Acesso em: 28 ago. 2017.

SANTANA, I. P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 556-562, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a17v24n4.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

SANTOS, I. S. et al. Avoidable deaths in the first four years of life among children in the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27,

supl. 2, p. 13-20, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/07.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

SALCI, M.; MACENO, P.; ROZZA S. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto Contexto Enferm.** v. 22, n.1, p. 224-230, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027 . Acesso em: 22 jun. 2017.

SCALABRINI NETO, Augusto; FONSECA, Ariadne S.; BRANDÃO, Carolina F.S. (Editores) Simulação realística e habilidades na saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

DA SILVA, L. S. R. et.al. Infant mortality related to various types of accidents from external causes. **Journal of Nursing UFPE on line** v .11, n.5, p. 2098-2105, maio. 2017. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23364>> Acesso em: 10 dez. 2017.

SMITH, G. A. et al. Prevention of choking among children. **Pediatrics**, Springfield, v. 125, n. 3, p. 61-67, mar. 2010. Disponível em: < <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/3/601>>. Acesso em: 18 maio 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Aspiração de corpo estranho**. São Paulo: SBP, 2010. Disponível em< <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/aspiracao-de-corpo-estranho/>> Acesso em: 20 dez. 2017.

SOUSA, L. et al. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 741-747, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a03v22n6.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

SULLIVAN, N. J. et al. Simulation exercise to improve retention of cardiopulmonary resuscitation priorities for in-hospital cardiac arrests: a randomized controlled trial. **Resuscitation**, v. 86, p. 6-13, 2015. DOI:10.1016/j. Acesso em:18 ago.2018.

TAVARES, E.O.et al. 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: 10 out. 2017.

TALIKOWSKA, M. et al. Cardiopulmonary resuscitation quality: widespread variation in data intervals used for analysis. **Resuscitation**, London, v. 102, p. 25-28, 2016. DOI: 10.1016/j. Acesso em: 10 out. 2017.

TUORINIEMI, P.; SCHOTT-BAER D. Implementing a high fidelity simulation program in a community college setting. **Nurs Educ Perspect.** , n. 29, v.2, p. 105-109, mar./abr.2008. DOI: 10.1097/00024776-200803000-00012}. Acesso em: 10 out.2017.

WEIR, K. et al. Oropharyngeal aspiration and silent aspiration in children. **Chest**, Chicago, v. 140, n. 3, p. 589-597, set. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1378/chest.10-1618>. Acesso em: 25 jun. 2018.

XAVIER-GOMES, L. M. et al. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. **Mundo Saúde**, v. 37, n. 4, p. 394-400, 2013. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/descricao_acidentes_domesticos_ocorridos_infancia.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

YETIM, D.T. et.al., Foreign body aspiration in children; analysis of 42 cases. **J Pulmon Resp Med.** v. 2 n.3, p. 121-125, abril. 2012. Disponível em : <

<https://www.semanticscholar.org/paper/Foreign-Body-Aspiration-in-Children-%3B-Analysis-of-Bayaro%27Fullar%27-Ar%27ca/e658163ae3dd11ebc8701911d8e3eb88b158635a>

> Acesso em: 25 jun. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE -Instrumento em HTML

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE

Título do Projeto: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA:

Para avaliar o conhecimento e atitudes de mães de crianças de zero a um ano, antes e após uma intervenção educativa por simulação, sobre as medidas adequadas a serem adotadas para desobstruir, ou estabilizar a criança antes da chegada do transporte ao serviço de saúde, será necessário validar um instrumento construído para esse fim. O objetivo desse estudo é: Realizar validação aparente e de conteúdo do instrumento elaborado tipo check list, para verificar o conhecimento e atitudes das mães, sobre as medidas adequadas a serem adotadas para desobstruir, ou estabilizar a criança antes da chegada do transporte ao serviço de saúde. O instrumento será utilizado para avaliar a eficácia de uma intervenção educativa por simulação de prevenção e manejo de asfixia e engasgo em crianças de zero a um ano no conhecimento de mães de crianças de zero a um ano de idade atendidas na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Sua participação é voluntária e dar-se-á por meio das respostas realizadas neste questionário: Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) a validação do instrumento tipo check list para ser utilizado posteriormente.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS:

Sua participação é voluntária e dar-se-á por meio das respostas realizadas neste questionário, sendo um total de 69 perguntas com média de 60 minutos para responder-las. Tendo um prazo de 30 dias para retorno. Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) a validação do instrumento tipo check list para ser utilizado em outros estudos. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE:

Pela sua participação no estudo, você não pagará e nem receberá qualquer valor em dinheiro, você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:

Você poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo. Todos os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de publicação em revistas especializadas, apresentações ou congressos; e estarão à sua disposição, nesta instituição, quando a pesquisa for finalizada.

Contato dos pesquisadores:

Nome: Jesislei Bonolo do Amaral
E-mail: jesisleimjlo@gmail.com
Endereço: Praça Manoel Terra 330. Centro-Uberaba
Telefone: (34) 3315-6483- (34) 996614630

Nome: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa
E-mail: mhelena331@hotmail.com
Endereço: Praça Manoel Terra 330. Centro-Uberaba
Telefone: (34) 3315-6483-

Em caso de dúvida em relação a esta pesquisa e este documento, você pode entrar em contato:

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, na Rua Madre Maria José, nº 122, 2º andar, Bairro Abadia, Uberaba, MG, Telefone 3700-6776

* Required

1. 1. Entendeu as informações e concorda em participar? Marcar apenas uma alternativa. *

Mark only one oval.

Eu fui informado sobre o que o pesquisador está fazendo e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto.

Não concordo em participar. Pare de preencher este formulário. *Stop filling out this form.*

Skip to question 2.

Variáveis relacionadas ao Perfil Sociodemográfico

1. Idade (em anos)

2. Mark only one oval.

incluir questão

não incluir questão

3. Sugestões:

4. 2. Cor auto referida declarada pelas participantes ((branca; negra, amarela; parda; vermelha)

Mark only one oval.

Incluir questão

Não incluir questão

5. Sugestões:

6. 3. Situação conjugal: solteira; casada, união estável; viúva; divorciada ou separada

Mark only one oval.

Incluir questão

Não incluir questão

Other: _____

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

7. Sugestões:

8. 4. Escolaridade: refere-se aos anos completos de estudo, sem repetir a mesma série. Classificada de forma quantitativa e em cinco categorias: 1-4; 5-8; 9-11; mais de 12 anos de estudo.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

9. Sugestões:

10. 5. Ocupação: do lar; mercado formal; mercado informal; estudante; mercado informal e estudante.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não Incluir questão

11. Sugestões:

12. 6. Renda individual: não possui renda individual; salário-mercado formal; renda do mercado informal; bolsa família; pensão de pais ou dos filhos; outros.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

13. Sugestões:

14. 7. Valor da renda individual, em salário-mínimo: < 1; 1; 1-2; 2-3; 3-4; 4-5.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

15. Sugestões:

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

16. 8. Provedor da família: entrevistada; companheiro; ambos; pais; entrevistada e outros; outros.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

17. Sugestões

18. 9. Renda familiar em salário-mínimo: < 1; 1; 1-2; 2-3; 3-4; 4-5; 5-6; >6.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não Incluir questão

19. Sugestões:

20. 10. Número de pessoas residentes no domicílio: 1, 2-4; 5-8; > 8.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não Incluir questão

21. Sugestões:

Variáveis relacionadas caracterização obstétrica:

22. 1. Número de filhos vivos: classificada de forma quantitativa:

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

23. Sugestões:

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

24. 2. Idade gestacional do RN ao nascer: em semanas

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

25. Sugestões:

26. 3. Gravidez atual foi desejada: sim; não

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

27. Sugestões:

28. 4. Realizou pré natal: sim; não

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não Incluir questão

29. Sugestões:

30. 5. Problema de saúde relacionado à maternidade: sim; não

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

31. Sugestões:

32. 6. Qual problema: hipertensão arterial, diabetes gestacional; DST, infecção do trato urinário; outros.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

33. Sugestões:

34. 7. Teve intercorrência na gravidez: sim; não

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

35. Sugestões:

36. 8. Qual intercorrência: pré-eclâmpsia; eclâmpsia; descolamento de placenta; outros.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

37. Sugestões:

38. 9. Tipo de parto.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

39. Sugestões

40. 10. Período pós parto: de um a 10 dias

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

41. Sugestões

Variáveis relacionadas ao conhecimento de sinais e sintomas de asfixia, obstrução de vias aéreas, engasgo

42. 1-Teve conhecimento ou capacitação anterior sobre aspiração de corpo estranho, engasgo? sim; não.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

43. Sugestões:

44. 2- Se sim como: durante pré natal; cursos, internet, outros.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

45. Sugestões:

46. 3- Teve alguma experiência com acidente de asfixia, engasgo anteriormente? : sim; não.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

47. Sugestões:

48. 4- Há uma idade de maior risco para aspiração de corpo estranho por gênero e faixa etária? sim; não

Mark only one oval.

- incluir questão
- Não incluir questão

49. Sugestões:

50. 5- Se sim qual idade: Menor um ano; um a dois anos; três a quatro; maior de cinco anos.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

51. Sugestões:

52. 6- Há objetos e alimentos que são de maior risco? sim; não

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

53. Sugestões:

54. 7- Se sim, quais são os alimentos mais são aspirados pelas crianças? (Será assinalado as alternativas conforme a mãe ou cuidadora for indicando). Leite; líquidos; azeitona; uva; amendoim; nozes; pipoca; castanha; grãos; feijão; ervilha; milho; frutos com caroço e sementes; outros

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

55. Sugestões:

56. 8- Quais são os objetos ou brinquedos maior risco. (Será assinalado as alternativas conforme a mãe ou cuidadora for indicando). Tampas de esferográfica; botões; anéis; moedas; brincos; balões; bola de vidro (gude); rodinha de carrinho; bonequinha; outros

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

57. Sugestões:

58. 9- De que forma crianças devem ser protegidas contra a aspiração de corpo estranho? (Serão assinaladas as alternativas conforme a mãe ou cuidadora for indicando). Observando o ambiente e excluindo material de risco; escondendo matérias de risco; ensinando o bebê a não colocar na boca; não oferecendo alimentos inadequados; outros.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

59. Sugestões:

60. 10. Qual o tamanho do brinquedo ou objeto deve ter para não oferecer risco de aspiração?

Não sei; diâmetro superior a 32 mm, ou 3,2 cm; outros.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não Incluir questão

61. Sugestões:

62. 11. Qual tamanho do brinquedo ou objeto esférico deve ter para não oferecer risco de aspiração? não sei; diâmetro superior a 45mm ou 4,5 cm; outros

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

63. Sugestões:

64. 12. Quais objetos podem servir de comparação para o tamanho ideal de brinquedos e objetos esféricos, para não oferecer risco de aspiração as crianças? não lembro; não sei; maior de um copo de café de 50 ml; maior cadeado pequeno; rodinha giratória. Outros *Mark only one oval.*

- Incluir questão
- Não incluir questão

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

65. Sugestões:

66. 13. Quais sintomas podem ser observados em criança com engasgo obstrução parcial ou completa do trato respiratório por um corpo estranho. Será assinalado conforme a mãe ou cuidadora cita. a) Tosse: sim; não; b) Chiado, sibilo: sim; não; c) Respiração Ruidosa: sim; não; d) Falta de respiração: sim; não; e) Tosse fraca: sim; não; f) Tosse ausente: sim; não; g) Dificuldade respiratória súbita: sim; não; h) Absoluta ausência de ruído: sim; não; i) cianose (criança roxa): sim; não; j) Sinais de dificuldade respiratória: sim; não; k) Sinais de agitação dos membros: sim; não; l) Parada respiratória: sim; não; m) Rouquidão: sim; não

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

67. Sugestões

68. Deve-se repetir a manobra A. Deve-se repetir a sequência de até cinco (5) pancadas nas costas e até cinco (5) compressões até que o objeto seja removido: () sim () não B. Até que o bebê pare de responder: () sim () não C. Até chegada do socorro: () sim () não D. Não sei () sim () não

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir a questão

69. Sugestão

O que deve ser feito caso ocorra à obstrução parcial ou completa do trato respiratório por corpo estranho ou líquido em crianças conscientes e com até um ano de idade.

70. 1. Ajoelhou ou sentou-se com bebê no colo. (sim, Não)

Mark only one oval.

- Incluir
 Não incluir

71. Sugestões:

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

72. 2. Removeu a roupa do tórax do bebê.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

73. Sugestões

74. 3. Manteve o bebê voltado para baixo, sustentado pelo antebraço.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

75. Sugestões:

76. 4. Colocou sobre o colo ou coxa.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

77. Sugestões:

78. 5. A cabeça do bebê está mais baixa do que o tórax, apoiado no antebraço.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

79. Sugestões:

80. 6. A cabeça e a mandíbula está sustentada com a mão.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

81. Sugestões:

82. 7. Foi realizado cinco (5) pancadas vigorosas no meio das costas, entre as escápulas omoplatas do bebê, usando a face dorsal da mão.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

83. Sugestões:

84. 8. Para virar o bebê foi colocado a mão que está livre nas costas do bebê, apoiado a parte de trás da cabeça com a palma da mão.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

85. Sugestões:

86. 9. O bebê está entre os dois antebraços, com a palma de uma mão sustentada no rosto e a mandíbula enquanto a palma da outra mão sustenta a parte de trás da cabeça do bebê. *Mark only one oval.*

- Incluir questão
 Não incluir questão

87. Sugestões:

88. 10. O bebê foi como um todo, sustentando a cabeça e o pescoço.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

89. Sugestões:

90. 11. O bebê ficou voltado para cima, e o antebraço está em repouso sobre a coxa.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

91. Sugestões:

92. 12. Foi aplicado até cinco (5) compressões torácicas para baixo, no meio do tórax, sobre a metade inferior do esterno.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

93. Sugestões:

94. 13. Aplicado às compressões torácicas à frequência de uma (1) por segundo aproximadamente.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

95. Sugestões:

Será questionado se a mãe não falar até quando deve-se repetir a manobra, e anotar conforme indicação da participante.

96. 1. Deve ser repetida a sequência até que o objeto seja removido

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

97. Sugestões:

98. 2. Até que o bebê pare de responder.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

99. Sugestões:

100. 3. Até chegada do socorro.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

101. Sugestões:

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

102. 3. Não sabe.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

103. Sugestões:

Skip to question 104.

Parte II

O que deve ser feito se bebê parar de respirar, passe a ficar sem consciência , molinho ou roxo o que deve ser feito

104. 1. Não sei.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

105. Sugestão

106. *Mark only one oval.*

- Option 1

107. 2. Chamar ajuda.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

108. Sugestões:

109. 3. Pedir alguém chamar atendimento de emergência urgência.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

110. Sugestões:

111. 4. Outros.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

112. Sugestões:

113. 5. Colocar o bebê sobre uma superfície plana e firme.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

114. Sugestões:

115. 6. Realizar a compressão cardíaca.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

116. Sugestões:

117. 7. Em profundidade de no mínimo de 4 cm.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

118. Sugestões:

119. 8. Permitiu o retorno ou relaxamento total entre as compressões.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

120. Sugestões:

121. 9. A frequência de compressões torácicas de no mínimo de 100 por minuto.

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir a questão

122. Sugestões:

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

123. 10. Realiza Ventilação (respiração boca a boca).

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir a questão

124. Sugestões:

125. 11. A ventilação deve ser realizada após as compressões.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir a questão

126. Sugestões:

127. 12. A via aérea da criança está aberta.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 incluir questão

128. Sugestões:

129. 13. A cabeça está inclinada e queixo elevado.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

130. Sugestões:

131. 15. Inspirou e colou os lábios á boca do bebê, vedando.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir a questão

132. Sugestões:

133. 16. Forneceu uma ventilação.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

134. Sugestões:

135. 17. Observou se há elevação do tórax (peito da criança) quando a ventilação é administrada.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

136. Sugestões:

137. 18. Abriu a via aérea, procurou o objeto obstrutor na parte de trás da garganta.

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

138. Sugestões:

139. 19. Manteve a inclinação da cabeça-elevação do queixo: .

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

140. Sugestões

141. 20. Comprimiu o nariz com o polegar e o dedo indicador (apoiando a mão na testa)

Mark only one oval.

- Incluir questão
 Não incluir questão

142. Sugestões

17/09/2017

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

143. 21. Inspirou normalmente e colar os lábios á boca do bebê, vedando:

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

144. Sugestões

145. 22. Forneceu uma ventilação (sobre por cerca de um segundo)

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

146. Sugestões

147. 23. Observou se há elevação do tórax (peito da criança) quando a ventilação é administrada: . ou

Mark only one oval.

- Incluir questão
- Não incluir questão

148. Sugestões

Powered by



APÊNDICE II- Termo de Consentimento Juízes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE

Título do Projeto: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

TERMO DE ESCLARECIMENTO

PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA:

Para avaliar o conhecimento e habilidade de mães de crianças de zero a um ano, antes e após uma intervenção educativa por simulação, sobre as medidas adequadas a serem adotadas para desobstruir, ou estabilizar a criança antes da chegada do transporte ao serviço de saúde, será necessário validar um instrumento construído para esse fim. O objetivo deste estudo é: Realizar validação aparente e de conteúdo do instrumento elaborado tipo check list, para verificar o conhecimento e habilidade das mães, sobre as medidas adequadas a serem adotadas para desobstruir, ou estabilizar a criança antes da chegada do transporte ao serviço de saúde. O instrumento será utilizado para avaliar a eficácia de uma intervenção educativa por simulação de prevenção e manejo de asfixia e engasgo em crianças de zero a um ano no conhecimento de mães de crianças de zero a um ano de idade, atendidas na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Sua participação é voluntária e dar-se-á por meio das respostas realizadas neste questionário: Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) a validação do instrumento tipo check list para ser utilizado posteriormente.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS:

Sua participação é voluntária e dar-se-á por meio das respostas realizadas neste questionário, sendo um total de 69 perguntas com média de 60 minutos para respondê-las. Tendo um prazo de 30 dias para retorno. Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta

pesquisa seja(m) a validação do instrumento tipo check list para ser utilizado em outros estudos. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE:

Pela sua participação no estudo, você não pagará nem receberá qualquer valor em dinheiro, você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:

Você poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo. Todos os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de publicação em revistas especializadas, apresentações ou congressos; e estarão à sua disposição, nesta instituição, quando a pesquisa for finalizada.

Contato dos pesquisadores:

Nome: Jesislei Bonolo do Amaral

E-mail: jesisleimjlo@gmail.com

Endereço: Praça Manoel Terra 330. Centro-Uberaba

Telefone: (34) 3315-6483- (34) 996614630

Nome: Profa. Dra. Maria Helena Barbosa

E-mail: mhelena331@hotmail.com

Endereço: Praça Manoel Terra 330. Centro-Uberaba

Telefone: (34) 3315-6483-

Em caso de dúvida em relação a esta pesquisa e este documento, você pode entrar em contato:

APÊNDICE III- Termo de Consentimento puérperas



Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde
Av. **Getúlio** Guaritá nº 159, Bairro Abadia, Uberaba-MG
Tel. (34)3700-6607

TERMO DE ESCLARECIMENTO

PARA PARTICIPANTES MÃES OU CUIDADORAS LEGAIS MAIORES DE IDADE

TÍTULO DO PROJETO: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA:

A obstrução das vias aéreas e engasgo ocorrem em um número elevado de crianças. Quando a mãe ou quem cuida da criança é treinada para prestar os Primeiros Socorros, pode evitar problemas e complicações para a criança.

Considerando isso este é um convite para você participar de uma pesquisa chamada “Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção”, com o objetivo de avaliar uma intervenção educativa por simulação e manejo de asfixia ou engasgo em crianças no conhecimento de mães de crianças de zero a um ano.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS:

Caso você concorde em participar, será necessário que você responda a algumas questões sobre os riscos de um bebê engasgar e o que deve ser feito caso isso ocorra, as respostas serão anotadas em um instrumento de coleta de dados, após responder você deverá demonstrar em um manequim bebê, usado para simulação, o que faria caso ocorresse o engasgo ou aspiração de corpo estranho em um bebê, isso demorará uns 15 minutos.

Terminada sua demonstração será explicado quais os fatores de risco para um bebê engasgar, como você pode identificar rapidamente se o bebê está com obstrução de vias aéreas ou engasgou, para isso serão utilizadas figuras coloridas para ajudar no entendimento.

Também será ensinado e demonstrado no manequim bebê o que deve ser feito, caso ocorra o engasgo ou a obstrução da via aérea. Você fará as manobras para desengasgar ou desobstruir a via aérea no boneco bebê, quantas vezes achar necessário para aprender, serão “tiradas” suas dúvidas. Isso pode demorar de 20 a 30 minutos.

Essas orientações serão realizadas na enfermaria onde você está hospitalizada para garantir sua privacidade, será mantido o sigilo sobre o que respondeu e como foi seu desempenho na realização das manobras com o manequim. Uma enfermeira que participa da pesquisa anotará algumas informações antes durante e depois da orientação, essas anotações serão utilizadas para a pesquisa e você poderá ler se quiser.

Para avaliar o que conseguiu aprender da explicação, logo após a intervenção educativa, será necessário que você responda as mesmas questões sobre os riscos de um bebê engasgar e o que deve ser feito caso isso ocorra, como foi orientado e ensinado anteriormente, e demonstre no manequim, será mantido o sigilo sobre o que respondeu e como foi seu desempenho na realização das manobras com o manequim.

Serão anotadas algumas informações durante o período que você demonstrar o que deve ser feito. Essas anotações serão utilizadas para a pesquisa e você poderá ler se quiser.

Além do que foi explicado acima não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Caso você se sinta desconfortável, interromperemos imediatamente as orientações. Em momento algum, os seus dados pessoais ou quaisquer características que possam levar a sua identificação serão revelados.

Enquanto você responde às perguntas e realiza a simulação no boneco, seu bebê deverá estar seguro no bercinho próximo a você ou no colo de um acompanhante. Você poderá interromper caso queira para amamentar ou pegar seu bebê a qualquer momento.

O uso do boneco pela mãe poderá transmitir micro-organismos causadores de doenças, assim como medida preventiva é realizada a limpeza do boneco e face, região que entrará em contato com a boca da participante, a cada utilização, da seguinte forma:

- 1-Retirada da face do manequim;
- 2 Lavado com água e solução de detergente enzimático, friccionando cada parte com duas gazes limpas
3. Após será seco com uma compressa limpa;
- 4 Friccionar álcool a 70% e deixar secar.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE:

Pela sua participação no estudo, você receberá informações e treinamento para prevenir e identificar precocemente sinais que seu bebê está engasgado, com asfíxia ou com obstrução

da via aérea e o que fazer caso isso ocorra, sabendo isso poderá ter um bom resultado caso ocorra esse tipo de incidente com seu bebê, podendo evitar complicações maiores até a morte.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:

Caso participe da pesquisa você não pagará, não terá despesas, nem receberá qualquer valor em dinheiro. Você poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, essa intervenção não interferirá no agendamento e na realização da consulta médica no retorno da GO ou no retorno na pediatria. Sendo assim mesmo que não participe você não terá prejuízo no seu ou no atendimento do seu bebê no Hospital de Clínicas-UFTM.

Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, e todos os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de publicação em revistas especializadas, apresentações ou congressos; e estarão à sua disposição, nesta instituição, quando a pesquisa for finalizada.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, **“Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação”**, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Nome: Jesislei Bonolo do Amaral

E-mail: jesisleimjlo@gmail.com

Endereço: Praça Manoel Terra 330. Centro-
Uberaba

Telefone: (34) 3315-6483- (34) 996614630

Nome: Profa. Dra.Maria Helena Barbosa

E-mail: mhelena331@hotmail.com

Endereço: Praça Manoel Terra 330. Centro-
Uberaba

Telefone: (34) 3315-6483-

APÊNDICE IV- Fôlder de orientação

Como identificar o desengasgo?

Se o bebê chorar, tossir ou vomitar é sinal que ele desengasgou.

O bebê continua engasgado?

Replta todo o processo, quantas vezes forem necessárias, ou até que o serviço de emergência chegue.

Nunca tente retirar o objeto da boca do bebê, pois isso pode lesionar o objeto cada vez mais, e agravar o quadro da criança. Caso o objeto esteja em situação de boa visualização e de fácil remoção, deve ser realizado movimento em forma de pinça com os dedos.

Manuseio de desengasgação

Se o bebê ficar "molinho", e apresentar coloração arroxeada, coloque o bebê deitado de costas sobre mesa ou chão.

Inicie as compressões torácicas, entre os mamilos, em uma frequência de 100 a 120 compressões torácicas, ininterruptas até que o serviço de emergência chegue.



1

Não está indicado a realização das ventilações de resgate, pois risco de do engasgo da criança.

EQUIPE

Jesiel Bonolo Amaral	Débora de Oliveira
Divanice Contim	Maria Paula Custódio
Maria Helena Barbosa	Patrícia Machado
Valéria Cardoso Alves	Rayana Vasconcelos
Cíntia Dutra	Marcela Nojiri
	Leticia Pinto



Segurança da Criança

Orientações para prevenção e primeiros socorros em situações de engasgo, asfixia e broncoaspiração




Como identificar o engasgo?

O bebê não chora, não consegue respirar e está ficando arroxeadado.

Como proceder?

Ligue imediatamente para o serviço de emergência.

192 193

SAMU Corpo de Bombeiros

Manobra de Heimlich

Posicione o bebê com a barriga para cima, com a cabeça mais baixa do que o resto do corpo, suportando a cabeça com uma mão, segurando as pernas do bebê abaixo da axila, apoiado sobre sua perna.

Dê 5 tapas com a base da mão entre os ombros do bebê, no meio das costas, utilizando força, contudo sem machucá-lo.



Novamente faça 5 compressões torácicas, entre os mamilos, permitindo o retorno do tórax



Faça 5 compressões torácicas, entre os mamilos, permitindo o retorno do tórax.



Com o dedo indicador e médio deve segurar a boca do bebê aberta, colocando o bebê deitado de barriga para baixo em cima do seu antebraço, com a cabeça mais baixa que o corpo.



APÊNDICE V - Descrição do atividade simulada e Cenário

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação

Roteiro teórico-prático da atividade simulada

1. Conhecimento prévio do aprendiz:

Anatomia e fisiologia do sistema respiratório faringe, laringe e traqueia, processo de deglutição e respiração e as consequências, caso ocorram a obstrução de vias aéreas por meio fluido, corpo estranho, aspiração de corpo estranho e asfixia.

Fatores de risco para engasgo e aspiração de corpos estranho, objetos de risco para engasgo e aspiração de corpo estranho.

Manobras a serem realizadas em situação de engasgo, aspiração de corpo estranho.

2. Objetivos da Aprendizagem

Que o participante seja capaz de identificar os sinais e sintomas de asfixia, obstrução de vias aéreas, engasgo, os objetos e alimentos que são de maior risco.

Que a participante seja capaz de realizar as manobras adequadas de desobstrução, caso ocorra a obstrução parcial ou completa do trato respiratório por corpo estranho ou líquido em crianças conscientes e com até um ano de idade.

Que a participante seja capaz de realizar manobras adequadas caso as manobras de desobstrução não sejam efetivas e o bebê pare de respirar, passe a ficar sem consciência, com o corpo sem reação ou cianótico.

3. Fundamentação Teórica

Demonstração para as mães que tiverem dúvidas ou não souberem, as informações relativas à anatomia e fisiologia do sistema respiratório utilizando figuras da faringe, laringe e traqueia, explicado como ocorre o processo de deglutição e respiração e as consequências caso ocorra a obstrução de vias aéreas por meio fluido, corpo estranho, aspiração de corpo estranho e asfixia (ANEXO IV).

Abordados fatores de risco para engasgo e aspiração de corpos estranho, utilizando material ilustrativo e informativo de objetos de risco para engasgo e aspiração de corpo estranho. Demonstraram-se os objetos e líquidos que oferecem riscos de acordo com a idade, e o que pode acontecer caso esses objetos adentrem nas vias aéreas superiores e ou inferiores. (APÊNDICE V).

Realização de simulação, pela pesquisadora, do atendimento à criança e manobras a serem realizadas em situação de engasgo, aspiração de corpo estranho em manequim de simulação seguindo os passos preestabelecidos (ANEXOS I e II).

Entrega de um pôster constando de orientações por escrito acerca dos riscos e intervenções baseadas em evidências científicas a serem realizados, acrescido do número do telefone do SAMU e corpo de bombeiros (APÊNDICE IV).

4. Preparo do cenário

- a) **Título do cenário:** Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação
- b) **Nome do responsável pela elaboração:** Jesislei Bonolo do Amaral
- c) **Complexidade do cenário:** baixa complexidade e manequim de média
- d) **Documentação:** Descrição do cenário, check-list (APÊNDICE VI)
- e) **Recursos Materiais:** o manequim Baby Anne ®
- f) **Caracterização dos simuladores:** -descrito no Apêndice VI
- g) **Espaço Físico:** Enfermaria do Alojamento Conjunto na Unidade Materno-Infantil e Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
- h) **Recursos humanos- Público-alvo:** Puérperas assistidas nas enfermarias de Alojamento Conjunto na Unidade Materno-Infantil e Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
- i) **Instrutores:** responsável pela pesquisa.

Orientações prévias às mães: Antes de iniciar a simulação pela participante será orientado que a participante pode usar o leito ou a mesa de refeições para auxiliar nas manobras. O cenário, a enfermaria é local semelhante ao que há em uma casa.

Foi orientado quanto ao uso do manequim, permitindo que a participante manipule, observe, sinta o peso e a maleabilidade do tórax do mesmo, bem como será demonstrado como o mesmo pode ser manuseado.

j) Desenvolvimento do cenário: A criança representada pelo manequim evolui de uma situação de obstrução de vias aéreas para parada cardiorrespiratória.

k) Evolução da situação: Foi descrito o caso do estado que a criança está engasgada, não consegue tossir e após a mesma ficou sem consciência, com corpo sem reação, cianótica e parou de respirar.

l) **Tempo estimado do cenário:** 30 minutos

m) **Disposição do cenário:** A enfermaria tem um leito, centralizado, uma mesa auxiliar acoplada a uma mesa de apoio para refeições, localizada à esquerda ou direita do leito, uma poltrona reclinável para o acompanhante à esquerda do leito, e outra para a amamentação, localizada à frente do leito encostada na parede, há um suporte de soro preso ao teto, sob o leito, um lixo com tampa próximo à porta, um suporte de TV na parede à frente do leito, vazio, rede de gases, campainha atrás do leito, o berço de acrílico fica ao lado do leito, onde o bebê permanecia durante a coleta e intervenção. Em anexo a cada enfermaria há um banheiro.

Foi introduzido no cenário uma cadeira de escritório feita em aço, com assento e o encosto com espuma laminada, acabamento em PVC rígido; a mesma era levada do posto de enfermagem para enfermaria, a cada coleta de dados, e devolvida após finalizar cada intervenção. Utilizou-se essa cadeira para a pesquisadora sentar-se de frente à puérpera que permaneceu sentada no leito, o objetivo era de manter o contato visual e facilitar a interação e o diálogo durante a coleta de dados e intervenção educativa.

n) **Debriefing:** Será por um período de 05 a 10 minutos, após a simulação serão feitas as correções, dirimidas as dúvidas de acordo com as dificuldades e erros observados.

Questionado ao participante como se sentiu, o que faria diferente e qual maior contribuição dessa prática.

SCALABRINI NETO, Augusto; FONSECA, Ariadne S.; BRANDÃO, Carolina F.S. (Editores) Simulação realística e habilidades na saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

FABRI, Renata Paula et al. Construção de um roteiro teórico-prático para simulação clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, p. 03218, 2017. Disponível em : <http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/130915> . Acesso em março de 2018.

APÊNDICE VI -Lista de checagem do cenário

Check list de Cenário		
Equipamentos que devem estar preparados para o processo		
Item	Disponível	Não disponível
Jaleco		
Crachá de identificação		
Enfermaria do Alojamento Conjunto da Unidade Materno-Infantil e Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da UFTM		
Item	Disponível	Não disponível
Um leito centralizado na enfermaria		
Berço de acrílico		
Régua de gases na parede		
Campainha		
Uma mesa auxiliar com mesa de apoio acoplada para refeições, posicionada previamente		
Uma poltrona reclinável para acompanhante		
Uma Ppltrona reclinável para puérpera		
Uma cadeira de escritório		
Um lixo		
Suporte de TV sem TV na parede em frente ao leito		
Banheiro em anexo		
Material de uso		
Caneta		
Termo de consentimento		
Instrumento de coleta de dados		
Check list das ações da manobra		
Material didático		
Fotos de brinquedos e objetos de risco para engasgo		
Manequim de simulação Baby Anne ®		
Fôlder para orientações		

 Pesquisador responsável

 Avaliador

APÊNDICE VII -Instrumento de coleta de dados validado

Instrumento de coleta de dados

Projeto: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação

Número de identificação: _____ Data da coleta _____

1-As variáveis sociodemográficas e econômicas:

A .Data nascimento materna _____ idade _____

B . Situação conjugal:

Solteira [1] () casada [2] () união estável [3] () viúva [4] () divorciada ou separada [5]

()

C. Escolaridade: refere-se aos anos completos de estudo, sem repetir a mesma série _____

D. Ocupação: do lar [1] () mercado formal [2] () mercado informal [3] ()

E. Renda familiar em salário-mínimo: _____

2-Variáveis relacionadas caracterização obstétrica:

A. Número de filhos vivos: _____

B. Idade gestacional do RN ao nascer: _____ pós-natal

C. Gravidez atual foi planejada: sim [1] () não [2] ()

D. Realizou pré natal: Sim [1] () não [2] () n° de consultas ____

E. Teve intercorrência na gravidez: sim [1] () não [2] ()

F. Qual intercorrência:

Não aplica 99 () pré-eclâmpsia [1] () eclâmpsia [2] () descolamento de placenta 3()

outros 4()

G. Tipo de parto: Normal [1] () cesárea [2] () fórceps [3] ()

H. .Período pós parto: _____

3-Variáveis relacionadas a experiência obstrução de vias aéreas e engasgo.

A .Obteve conhecimento ou capacitação anterior sobre aspiração de corpo estranho, engasgo?

sim [1] () não [2] ()

Instrumento de coleta de dados

Projeto: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação

Se sim como:

B. Não aplica 99 () durante pré natal [1] () cursos [2] () família [4] () outros [5] ()

C. Teve alguma experiência com acidente de engasgo anteriormente? sim [1] () não [2] ().

4-Variáveis relacionadas a conhecimento de sinais e sintomas de obstrução de vias aéreas, engasgo.

A. Há uma idade de maior risco para aspiração de corpo estranho:

Sexo: sim [1] () não [2] () e Faixa etária: sim [1] () não [2] ()

B. Se sim qual sexo: Não aplica 99 () masculino [1] () feminino [2] ()

Idade: Não aplica 99 () Menor um ano [1] () um a dois anos [2] ()
três a quatro [2] maior de cinco anos [2] ()

C. Há alimentos que são de maior risco para aspiração e engasgo? Sim [1] () não [2] ()

D. Se sim, quais são os alimentos mais são aspirados pelas crianças? Não aplica 99 ()

Leite () líquidos () azeitona () uva () castanha () grãos () feijão () ervilha ()
amendoim () nozes () pipoca () carne () Frutos com caroço e sementes ()

Soma: _____

E. Há objetos que são de maior risco para aspiração e engasgo? Sim [1] () não [2] ()

F. Se sim, quais são os objetos de maior risco? Não aplica 99 ()

tampas de esferográfica () botões () anéis () bola de vidro (gude, biloca) () rodinha de
moedas () brincos () balões () carrinho () bonequinha () outros

Soma: _____

G. As crianças podem ser protegidas contra a aspiração de corpo estranho?

Sim [1] () não [2] ()

H. Quais atitudes podem proteger as crianças da aspiração de corpo estranho e engasgo?

Instrumento de coleta de dados

Projeto: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação

Não aplica 99 () Não sei [1] ()

Observando o ambiente e excluindo material de risco () escondendo matérias de risco () ensinando o bebê a não colocar na boca () não oferecendo alimentos inadequados () outros.

Soma: _____

I. Quais objetos podem servir de comparação para o tamanho ideal de brinquedos e objetos esféricos, para não oferecer risco de aspiração as crianças?

não sei [1] () maior de um copo de café de 50 ml () rolo de papel higiênico **Soma:**

M. Quais sintomas podem ser observados em criança com engasgo obstrução parcial ou completa do trato respiratório por um corpo estranho. Será assinalado conforme a mãe ou cuidadora cita.

Tosse: () Chiado : () Respiração Ruidosa: () Falta de respiração: () Tosse fraca: ()

Tosse ausente: () Dificuldade resp. súbita : ()sim () não Absoluta ausência de ruído: ()sim ()não

Soma: _____

Parte II

Número de identificação: _____

Instrumento de coleta de dados

Projeto: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação

Manobras para OVACE

Manobras	Alternativa	
	Sim	Não
A. Sentou-se com bebê no colo		
B. Se for fácil removeu a roupa do tórax do bebê		
C. Manteve o bebê voltado para baixo, sustentado pelo antebraço		
D. Colocou sobre o colo ou coxa		
E. A cabeça do bebê estava ligeiramente mais baixa do que o tórax, apoiado no antebraço		
F. A cabeça e a mandíbula estava sustentada com a mão, sem comprimir as partes moles da garganta do bebê		
G. Deu até cinco (5) pancadas vigorosas no meio das costas, entre as escápulas omoplatas do bebê, usando a face dorsal da mão “calcanhar da mão”		
H. Após as cinco (5) pancadas colocou a mão que está livre nas costas do bebê, apoiando a parte de trás da cabeça com a palma da mão.		
I. O bebê ficou deitado entre os dois antebraços, com a palma de uma mão sustentada no rosto e a mandíbula enquanto a palma da outra mão sustenta a parte de trás da cabeça do bebê		
J. Virou o bebê como um todo, sustentando cuidadosamente a cabeça e o pescoço.		
K. Manteve o bebê voltado para cima, com antebraço repousado sobre a coxa:		
L. Aplicou até cinco (5) compressões torácicas para baixo, no meio do tórax, sobre a metade inferior do esterno:		
M. Aplicou as compressões torácicas à frequência de uma (1) por segundo aproximadamente:		

Até quando deve-se repetir a manobra:

- A.** Deve-se repetir a sequência de até cinco (5) pancadas nas costas e até cinco (5) compressões até que o objeto seja removido: () sim () não
- B.** Até que o bebê pare de responder: () sim () não
- C.** Até chegada do socorro: () sim () não
- D.** Não sei () sim () não

Número de identificação: _____

Manobras para PCR

Instrumento de coleta de dados

Projeto: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças menores de um ano: um estudo de intervenção por simulação

Manobras	Alternativa	
	sim	Não
A. Chamou ajuda:		
B. Se alguém responder, encarregou essa pessoa acionar o sistema de resposta de emergência urgência:		
C. Colocou o bebê sobre uma superfície plana e firme:		
D. Realizou a compressão cardíaca:		
E. Realizou Ventilação (respiração boca a boca):		
F. Comprimiu com força e rapidez iniciando a RCP		
G. Iniciou com as compressões		
H. Em profundidade de no mínimo de 4 cm :		
I. Permitiu o retorno ou relaxamento total entre as compressões:		
J. A frequência de compressões torácicas foi de 100 a 120 por minuto:		
K. A ventilação foi realizada após as compressões:		
L. Manteve-se a via aérea da criança aberta:		
M. Manteve-se inclinação da cabeça-elevação do queixo:		
N. Inspirar normalmente e colar os lábios á boca e nariz do bebê, vedando:		
O. Forneceu uma ventilação (sobre por cerca de um segundo):		
P. Observou se há elevação do tórax (peito da criança) quando a ventilação é administrada:		
Q. Se não houver elevação do tórax, reposicionou a cabeça, abrir via aérea e elevar queixo:		
R. Forneceu a segunda ventilação (sobre por cerca de um segundo):		
S. Se não conseguir ventilar a vítima após duas tentativas, reinicie imediatamente as compressões torácicas:		

ANEXOS

ANEXO I - Manobras para OVACE

Manobras	
1	Sentar-se com bebê no colo.
2	Se for fácil remover a roupa do tórax do bebê.
3	Manter o bebê voltado para baixo, sustentado pelo antebraço, que deverá estar sobre o colo ou coxa,
	A cabeça deve estar ligeiramente mais baixa do que o tórax, apoiado em seu antebraço.
	A cabeça e a mandíbula deve ser sustentada com a mão, tendo o cuidado de evitar comprimir as partes moles da garganta do bebê.
4	Dar até cinco (5) pancadas vigorosas no meio das costas, entre as escápulas omoplatas do bebê, usando a face dorsal da mão “calcanhar da mão”. As pancadas devem ter força suficiente para tentar desalojar o corpo estranho.
5	Após as cinco (5) pancadas deve-se colocar a mão que está livre nas costas do bebê, apoiar a parte de trás da cabeça com a palma da mão. O bebê ficará deitado entre os dois antebraços, com a palma de uma mão sustentada no rosto e a mandíbula enquanto a palma da outra mão sustenta a parte de trás da cabeça do bebê.
6	Virar o bebê como um todo, sustentando cuidadosamente a cabeça e o pescoço. Mantenha o bebê voltado para cima, com seu antebraço repousado sobre a coxa. Mantendo a cabeça do bebê mais baixa que o tronco.
7	Aplicar até cinco (5) compressões torácicas para baixo, no meio do tórax, sobre a metade inferior do esterno. Aplicar as compressões torácicas à frequência de uma (1) por segundo aproximadamente. O objetivo é desalojar o corpo estranho.
8	Deve-se repetir a sequência de até cinco (5) pancadas nas costas e até cinco (5) compressões até que o objeto seja removido ou até que o bebê pare de responder.

(AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2011)

ANEXO II-Manobras para PCR

Manobras	
1	Chamar ajuda. Se alguém responder, encarregue essa pessoa acionar o sistema de resposta de emergência urgência. Colocar o bebê sobre uma superfície plana e firme.
2	Realizar a compressão Colocar dois (2) dedos no centro do tórax do bebê, logo abaixo da linha dos mamilos. Não pressionar na parte inferior do esterno.
2.a	Comprima com força e rapidez iniciando a RCP (iniciando com as compressões) numa profundidade de no mínimo de 4 cm, permitindo o retorno ou relaxamento total entre as compressões. A frequência de compressões torácicas, devem ser de no mínimo de 100 a 120 por minuto.
3	A ventilação deve ser realizada após as compressões
3.a	Deve-se manter a via aérea da criança aberta, com a manobra de inclinação da cabeça-elevação do queixo.
3.b	Inspirar normalmente e colar os lábios á boca do bebê, criando uma vedação hermética.
3.c	Fornecer uma ventilação (sobre por cerca de um segundo). Observe se há elevação do tórax (peito da criança) quando a ventilação é admistrada, observando se o há elevação do tórax, se não reposicionar a cabeça, abrir via aérea e elevar queixo.
3.e	Fornecer a segunda ventilação (sobre por cerca de um segundo).
5	Se não conseguir ventilar a vítima após duas tentativas, reinicie imediatamente as compressões torácicas.
6	Após aproximadamente dois minutos (2) de RCP sequencia Compressões Torácicas, Via aérea, Ventilação (C-A-B) acione o sistema de emergência (caso não tenha sido feito).
7	Deve-se fazer 30 massagens para cada duas ventilações quando estiver sozinho, e 15 para duas quando houver dois socorristas.

(AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2011)

ANEXO III- Lista de Checagem TREND

TREND Statement Checklist

Paper Section/ Topic	Item No	Descriptor	Reported?	
				Pg #
Title and Abstract				
Title and Abstract	1	• Information on how unit were allocated to interventions		
		• Structured abstract recommended		
		• Information on target population or study sample		
Introduction				
Background	2	• Scientific background and explanation of rationale		
		• Theories used in designing behavioral interventions		
Methods				
Participants	3	• Eligibility criteria for participants, including criteria at different levels in recruitment/sampling plan (e.g., cities, clinics, subjects)		
		• Method of recruitment (e.g., referral, self-selection), including the sampling method if a systematic sampling plan was implemented		
Interventions	4	Recruitment setting		
		Settings and locations where the data were collected		
		• Details of the interventions intended for each study condition and how and when they were actually administered, specifically including:		
		○ Content: what was given?		
		○ Delivery method: how was the content given?		
		○ Unit of delivery: how were the subjects grouped during delivery?		
○ Deliverer: who delivered the intervention?				
○ Setting: where was the intervention delivered?				
○ Exposure quantity and duration: how many sessions or episodes or events were intended to be delivered? How long were they intended to last?				
○ Time span: how long was it intended to take to deliver the intervention to each unit?				
○ Activities to increase compliance or adherence (e.g., incentives)				
Objectives	5	• Specific objectives and hypotheses		
Outcomes	6	• Clearly defined primary and secondary outcome measures		
		• Methods used to collect data and any methods used to enhance the quality of measurements		
		• Information on validated instruments such as psychometric and biometric properties		
Sample Size	7	• How sample size was determined and, when applicable, explanation of any interim analyses and stopping rules		
Assignment Method	8	• Unit of assignment (the unit being assigned to study condition, e.g., individual, group, community)		
		Method used to assign units to study conditions, including details of any restriction (e.g., blocking, stratification, minimization)		
		Inclusion of aspects employed to help minimize potential bias induced due to non-randomization (e.g., matching)		

TREND Statement Checklist

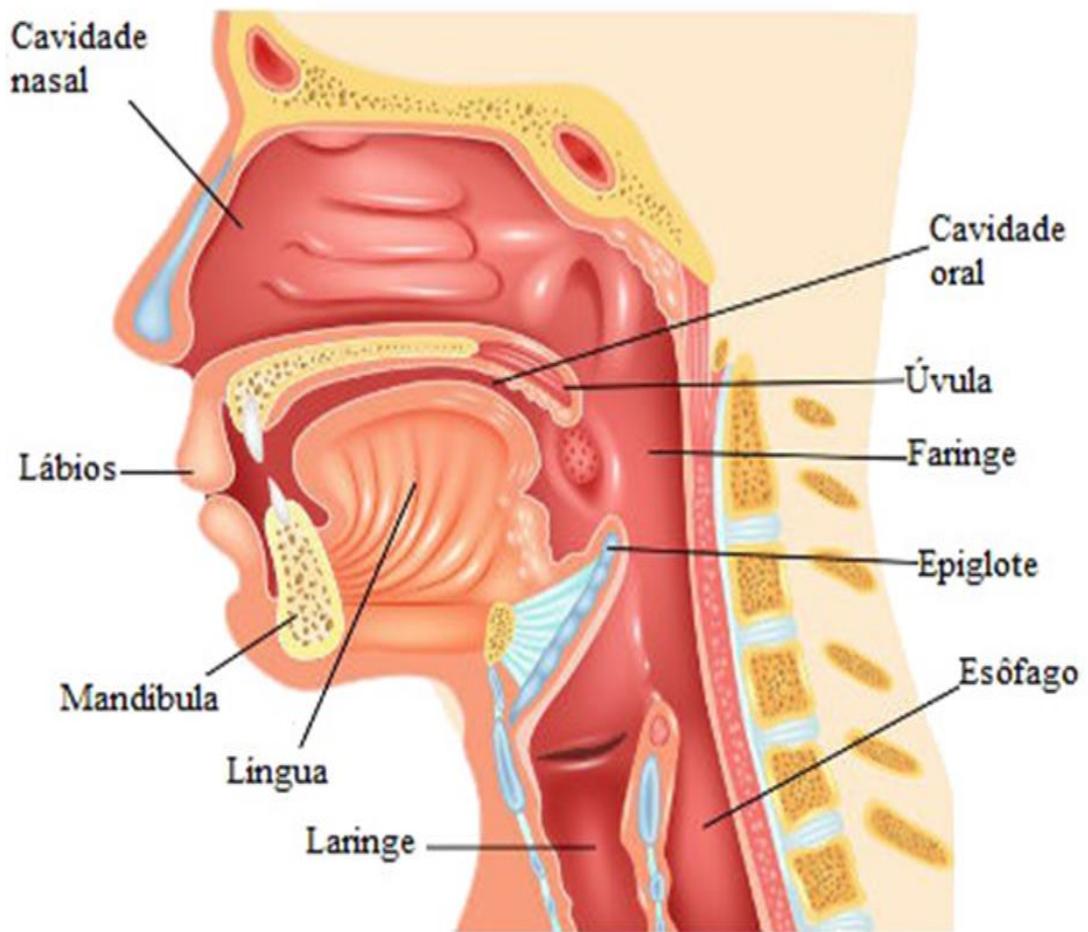
Blinding (masking)	9	<ul style="list-style-type: none"> Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to study condition assignment; if so, statement regarding how the blinding was accomplished and how it was assessed. 		
Unit of Analysis	10	<ul style="list-style-type: none"> Description of the smallest unit that is being analyzed to assess intervention effects (e.g., individual, group, or community) 		
		<ul style="list-style-type: none"> If the unit of analysis differs from the unit of assignment, the analytical method used to account for this (e.g., adjusting the standard error estimates by the design effect or using multilevel analysis) 		
Statistical Methods	11	<ul style="list-style-type: none"> Statistical methods used to compare study groups for primary methods outcome(s), including complex methods of correlated data 		
		<ul style="list-style-type: none"> Statistical methods used for additional analyses, such as a subgroup analyses and adjusted analysis 		
		<ul style="list-style-type: none"> Methods for imputing missing data, if used Statistical software or programs used 		
Results				
Participant flow	12	Flow of participants through each stage of the study: enrollment, assignment, allocation, and intervention exposure, follow-up, analysis (a diagram is strongly recommended)		
		<ul style="list-style-type: none"> Enrollment: the numbers of participants screened for eligibility, found to be eligible or not eligible, declined to be enrolled, and enrolled in the study 		
		<ul style="list-style-type: none"> Assignment: the numbers of participants assigned to a study condition 		
		<ul style="list-style-type: none"> Allocation and intervention exposure: the number of participants assigned to each study condition and the number of participants who received each intervention 		
		<ul style="list-style-type: none"> Follow-up: the number of participants who completed the follow-up or did not complete the follow-up (i.e., lost to follow-up), by study condition 		
		<ul style="list-style-type: none"> Analysis: the number of participants included in or excluded from the main analysis, by study condition 		
		<ul style="list-style-type: none"> Description of protocol deviations from study as planned, along with reasons 		
Recruitment	13	Dates defining the periods of recruitment and follow-up		
Baseline Data	14	Baseline demographic and clinical characteristics of participants in each study condition		
		Baseline characteristics for each study condition relevant to specific disease prevention research		
		Baseline comparisons of those lost to follow-up and those retained, overall and by study condition		
		Comparison between study population at baseline and target population of interest		

TREND Statement Checklist

Baseline equivalence	15	<ul style="list-style-type: none"> Data on study group equivalence at baseline and statistical methods used to control for baseline differences 		
Numbers analyzed	16	<ul style="list-style-type: none"> Number of participants (denominator) included in each analysis for each study condition, particularly when the denominators change for different outcomes; statement of the results in absolute numbers when feasible 		
		<ul style="list-style-type: none"> Indication of whether the analysis strategy was “intention to treat” or, if not, description of how non-compliers were treated in the analyses 		
Outcomes and estimation	17	<ul style="list-style-type: none"> For each primary and secondary outcome, a summary of results for each estimation study condition, and the estimated effect size and a confidence interval to indicate the precision 		
		<ul style="list-style-type: none"> Inclusion of null and negative findings 		
		<ul style="list-style-type: none"> Inclusion of results from testing pre-specified causal pathways through which the intervention was intended to operate, if any 		
Ancillary analyses	18	<ul style="list-style-type: none"> Summary of other analyses performed, including subgroup or restricted analyses, indicating which are pre-specified or exploratory 		
Adverse events	19	<ul style="list-style-type: none"> Summary of all important adverse events or unintended effects in each study condition (including summary measures, effect size estimates, and confidence intervals) 		
DISCUSSION				
Interpretation	20	<ul style="list-style-type: none"> Interpretation of the results, taking into account study hypotheses, sources of potential bias, imprecision of measures, multiplicative analyses, and other limitations or weaknesses of the study 		
		Discussion of results taking into account the mechanism by which the intervention was intended to work (causal pathways) or alternative mechanisms or explanations		
		Discussion of the success of and barriers to implementing the intervention, fidelity of implementation		
		Discussion of research, programmatic, or policy implications		
Generalizability	21	<ul style="list-style-type: none"> Generalizability (external validity) of the trial findings, taking into account the study population, the characteristics of the intervention, length of follow-up, incentives, compliance rates, specific sites/settings involved in the study, and other contextual issues 		
Overall Evidence	22	<ul style="list-style-type: none"> General interpretation of the results in the context of current evidence and current theory 		

From: Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the Trend Group (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94, 361-366. For more information, visit: <http://www.cdc.gov/trendstatement/>

ANEXO IV- Material ilustrativo Faringe



<http://www.anatomiadocorpo.com/sistema-digestorio-aparelho-digestivo/faringe/>

ANEXO V- Material ilustrativo e informativo objetos de risco



<https://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2017/03/22/se-sabemos-a-formula-da-agua-por-que-nao-a-produzimos-em-laboratorio.htm>



<http://blogdamimis.com.br/2016/03/10/suco-de-caixinha-a-quantidade-de-fruta-em-cada-bebida/>



<http://leitecorte.com.br/noticias/128/pesquisadores-e-analistas-dizem-que-os-pre-os-do-leite-podem-se-recuperar-em-2016>



<http://www.mulheresdicas.com/saude-da-mulher/azeitona-um-prazer-mediterraneo-de-baixa-caloria.html>



<http://www.oleo.com.br/frutas-que-causam-inchaco-e-gases/>



<https://vitormarx.wordpress.com/2016/07/06/a-pipoca/>



<http://www.folhadecampolargo.com.br/vernoticia.php?id=3211>



<http://sfagro.uol.com.br/graos-quatro-estados-concentram-quase-70-da-producao-brasileira/>



<http://www.caminhodovinho.tur.br/podemos-comer-carocos-e-sementes-das-frutas/>



<https://segmentmidia.wordpress.com/2011/12/12/voce-sabia-anualmente-mais-ou-menos-100-pessoas-morrem-engasgadas-com-tampas-de-caneta-no-mundo/>



<https://cliquesportodocanto.wordpress.com/2011/06/26/ca-com-meus-botoes/>



<http://shadevennealtacostura.com.br/casamento-2/especial-formatura-tradicao-do-anel/>



<http://www.copa2014.gov.br/pt-br/brasilecopa/turismo/moeda>



<http://modadasmninas2.blogspot.com.br/2012/02/modelitos-que-eu-criei.html>



<https://pt.dreamstime.com/photos-images/bal%C3%B5es-coloridos-vazios.html>



http://produto.mercadolivre.com.br/MLB-708184711-bolinha-de-gude-colorida-300-unidades-_JM



http://lista.mercadolivre.com.br/brinquedos-controle-remoto-carros-corrída/#redirectedFromVip=http%3A%2F%2Fproduto.mercadolivre.com.br%2FMLB-834868759-carrinho-controle-remoto-a-gasolina-c-duas-capas-e-rodinhas-_JM



<http://www.belasdicas.com/dicas-de-bonecas-polly-especiais/>

ANEXO VI-Descrição do Manequim

O manequim utilizado foi adquirido pela própria pesquisadora, Baby Anne ® é um manequim de baixo custo para capacitação em RCP infantil.

Tem peso de 5,5 Kg, tem passagens oral e nasal que permitem o aperto real do nariz para ventilação da boca ao nariz.

O simulador Baby Anne foi desenvolvido para o capacitação de RCP infantil. Passagens oral e nasal permitem o fechamento real do nariz para ventilação da boca ao nariz. Obstrução natural das vias aéreas permite a prática de abertura das vias aéreas. Inclinação da cabeça/elevação do queixo e posicionamento da mandíbula permitem aos estudantes praticarem corretamente manipulações das vias aéreas necessárias ao ressuscitar um paciente real. A conformidade real do tórax possibilita a realização de compressões de tórax em bebês. A característica de obstrução das vias aéreas com objetos estranhos possibilita que a liberação da obstrução seja praticada através de sopro para dentro e técnicas de compressão do tórax. Faces removíveis e reutilizáveis para manutenção conveniente e acessível.

ANEXO VII-**Procedimento de limpeza e desinfecção do manequim**

Para o procedimento de limpeza do boneco e face, região que entrará em contato com a boca da participante, a cada utilização, será utilizado a classificação segundo o risco e potencial de contaminação da Resolução RESOLUÇÃO - RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA, 2012).

A face do boneco de simulação é classificada como artigo semi-crítico, uma vez que segundo Parágrafo XVI do Art4º da resolução supra citada artigo semi-crítico é aquele que que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas.

Segundo o Art. 12 da Resolução os produtos para saúde classificados como semicríticos devem ser submetidos, no mínimo, ao processo de desinfecção de alto nível, após a limpeza. Exemplos: equipamentos de terapia respiratória e de anestesia, endoscopia, lâmina de laringoscópio, cânula de guedel.

O Parágrafo único do Art. 12 indica que produtos para saúde semicríticos utilizados na assistência ventilatória, anestesia e inaloterapia devem ser submetidos à limpeza e, no mínimo, à desinfecção de nível intermediário, com produtos saneantes em conformidade com a normatização sanitária, ou por processo físico de termodesinfecção, antes da utilização em outro paciente;

A cada intervenção será realizada os seguintes passos para a desinfecção:

1. Calçar luvas de procedimento;
2. Retirada da face do manequim;
3. Lavado com água e solução de detergente enzimático (Riozyme Eco®), friccionando cada parte com duas gazes limpas
4. Após será seco com uma compressa limpas;
5. Friccionar álcool a 70 % e deixar secar

ANEXO VIII- Parecer do Comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

Pesquisador: Maria Helena Barbosa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77348317.7.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.378.979

Apresentação do Projeto:

Segundo as pesquisadoras:

"A.1. O TEMA EM ESTUDO

A redução da mortalidade infantil (MI) tem sido alvo de políticas e intervenções mundiais, como a adesão do Brasil aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU), estabelecido em 2000 na Conferência Mundial das Organizações das Nações Unidas, mediante o compromisso de alcance da meta global de redução em 75% na taxa de mortalidade infantil até o ano de 2015 (BRASIL, 2014); bem como a adoção em setembro de 2015, dos objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), por ocasião da Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, onde foi incluído a agenda pós-2015, da Rio+20 no documento do Grupo de Trabalho Aberto das Nações Unidas (OWG), submetido à Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) 2014-2015, o objetivo de que no ano de 2030 as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos sejam extintas e que ocorra a redução da mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2015).

O número de óbitos para menores de 5 anos no Brasil apresentou uma importante redução de 52,5/1.000 NV, em 1990 para 17,0/1.000 NV, em 2015, o que representa uma diminuição de 67,6% (FRANCA et al., 2017).

No Brasil observou-se a redução de 94,7% dos óbitos por doenças diarreicas de 1990 a 2015 Os

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Telefone: (34)3700-6776

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

Continuação do Parecer: 2.378.979

óbitos por infecções respiratórias e por desnutrição, que antes figuravam na 3ª e 7ª posições, sofreram importante redução, caindo para as 5ª e 9ª posições, respectivamente, bem como as doenças diarreicas que eram a 2ª maior causa de mortalidade em menores de cinco anos, passando para a 7ª posição; porém as mortes e hospitalizações associadas às causas externas ainda estavam entre as 20 primeiras posições em 2015 (FRANCA et al., 2017).

As causas externas incluem causas acidentais devido ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes e as violências e as causas intencionais agressões e lesões autoprovocadas, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (OMS, 2000).

Apesar do importante decréscimo das taxas em 2015, foram constatados 2.358 óbitos de crianças por aspiração de corpo estranho, acidentes de trânsito, afogamentos e homicídios, sendo que a aspiração de corpos estranhos ocupou a 10ª posição; os acidentes de trânsito, a 11ª; o afogamento, a 12ª posição em causas de óbito (FRANCA et al., 2017).

Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) somente no ano de 2012 foram realizados mais de 1,2 milhões de atendimentos pediátricos que tiveram o trauma como a principal causa; e o engasgamento está necessariamente incluído nesse total (BRASIL, 2014).

Segundo dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datasus) a principal causa de mortes por acidentes em crianças menores de um ano é a asfixia, representando 70% dos óbitos em 2012. Fazendo o comparativo dos anos de 2003 a 2012 notou-se que apenas asfixia não mostrou redução significativa no número de mortes no período frente as causas externas (PLANO NACIONAL, 2014). Os atendimentos por obstruções das vias respiratórias em crianças estão presentes com frequência nas emergências pediátricas, à obstrução de vias aéreas pode evoluir para asfixia, que se refere à dificuldade ou a impossibilidade de respirar, o que provoca a falta de oxigênio no organismo (COSTA, 2012), que resulta em lesões, óbito e sequelas (BEZERRA et al., 2014).

A obstrução das vias aéreas por um corpo estranho alojado na laringe está associada a uma mortalidade em torno de 45%, e em pacientes asfixiados por uma obstrução transitória das vias respiratórias pode ocorrer risco de hipóxia próximo de 30% (SMITH, 2010).

Corpo estranho é qualquer objeto ou substância que por descuido penetra no corpo ou em suas cavidades. Pode ser ingerido ou colocado pela criança nas narinas com um risco maior quando é aspirado para o pulmão. Qualquer material pode se tornar um corpo estranho no sistema respiratório, ocorre durante a alimentação da criança, ou quando leva objetos a boca, causando o engasgo, obstrução de vias aéreas, traqueal e asfixia (GOMES et al., 2013).

Continuação do Parecer: 2.378.979

A aspiração por corpo estranho também é conhecida como engasgo, considerada uma situação em que qualquer objeto ou substância penetra inadvertidamente nas vias aéreas, com risco maior quando penetra nos pulmões, pode ocorrer quando a criança está comendo, ou quando está com um objeto na boca (BHUTTA et al., 2005).

Esses objetos são de pequenas dimensões, dentre eles alimentos que oferecem maior risco são os alimentos pequenos de forma esférica, como amendoins, nozes, pipocas, castanhas, grão, feijão, ervilhas, milho, frutos com caroço e sementes (PANDA et al., 2014; FOLTRAN et al., 2013; PASSALI et al., 2010), outros objetos como tampas de esferográfica, botões, anéis, moedas e brincos (FOLTRAN et al., 2013). Os brinquedos como jogos/brinquedos, balões, que tenham peças pequenas têm maior probabilidade de provocar obstrução traqueal e asfixia, sendo que para crianças com menos de três anos devem utilizar brinquedos com um diâmetro superior a 32mm, e objetos esféricos deverão ter diâmetro superior a 45mm.15 (PASSALI et al., 2010; PANDA et al., 2014) Associação para a Promoção da Segurança Infantil. Acessível em <http://www.apsi.org.pt>

O material mais relacionado a óbito imediato por asfixia é o sintético, como balões de borracha, estruturas esféricas, sólidas ou não, como bola de vidro e brinquedos (GOMES et al., 2013).

Os riscos de acidentes a respiração, obstrução das vias aéreas por corpo estranho ocupam taxas elevadas de mortalidade em crianças, principalmente nas especialmente em menores de um ano, predominando na faixa etária entre um e três anos de idade, crianças do sexo masculino, com mais de 50% das aspirações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2014; AMITH, 2014; HUANKANG, 2012; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2010).

Fatores inerentes a crianças menores de um ano favorecem a aspiração de corpos estranhos, estão ligados à imaturidade e curiosidade, a população mais acometida são os lactentes, sendo os fatores causais podem ser devido a imaturidade do processo de deglutição, ausência de dentes que dificulta o processo de mastigação, à falha no reflexo de fechamento da laringe e a imaturidade para reação aos perigos, os lactentes ainda podem se engasgar com partes de brinquedos, comidas e outros pequenos objetos pois possuem a capacidade de levar objetos diretamente para a boca (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; BRASIL, 2013; BRASIL, 2010).

Acrescido ao fator idade, o ambiente doméstico também influenciam na incidência dos acidentes em crianças, local de ocorrência da maioria dos acidentes (SANTANA, 2011; DANTAS et al., 2010). Estudos demonstram que fatores como, ambiente inseguro e menores condições socioeconômicas, propiciam mais que o dobro de probabilidade de as crianças chegarem a óbito por acidentes domésticos quando comparadas com as que detêm um nível socioeconômico maior (SANTOS,

Continuação do Parecer: 2.378.979

2011).

Outras causas podem causar a asfixia como encobrir o rosto por lençol, travesseiro ou roupa de cama macia, as grades do berço podem ser uma ameaça causando mortes por estrangulamento e sufocação (MARTINS, 2013).

Os sinais e sintomas de obstrução por corpos estranhos podem variar de acordo com o grau de obstrução. Na obstrução parcial das vias aéreas há troca de ar, a criança é capaz de tossir e pode apresentar sibilos entre as tosse, voz molhada, respiração ruidosa, pigarro, engasgo (AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2010; WEIR et al., 2011; UHM et al., 2013).

Na obstrução completa das vias aéreas a troca de ar é deficiente ou ausente, a tosse é fraca ou a criança é incapaz de tossir, dificuldade respiratória súbita, ruídos agudos durante a inspiração ou absoluta ausência de ruído, possível cianose (WEIR et al., 2011, UHM, et al., 2013, AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2010); sibilância ou estridor, sinais de dificuldade respiratória, sinais de agitação dos membros, apneia, tosse, rouquidão ou assimetria na auscultação pulmonar (BEZERRA, 2014; AMITH et al., 2014; FOLTRAN et al., 2013; PASSALI et al., 2010).

Devido ao risco associado a idade, fatores econômicos e alta letalidade, a identificação precoce de obstrução da via aérea é primordial para um bom resultado, o observador no caso, a mãe, quando treinado consegue detectar os sinais de asfixia (AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2011).

Estudos concluem que a proteção e prevenção são medidas importantes para aspiração de corpo estranho, mediante ações de proteção do acesso de crianças a objetos que possam ser aspirados, educação nutricional, e dos riscos e dos sintomas do engasgamento e medidas a serem adotadas durante engasgo ou obstrução de vias aéreas (BEZERRA, 2014; GÜZEL; PAKSU, 2013).

A importância de se assegurar aos pais e às crianças o conhecimento dos princípios básicos de saúde de ações de prevenção de acidentes, bem como receber apoio para a aplicação desses conhecimentos foi citado no artigo 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, de 1990 (BRASIL, 1990). A aplicação na prática de prevenção, proteção e atendimento das crianças requerem programas educacionais dirigidos aos pais e cuidadores, com vistas a prevenção de hábitos que predisponham acidentes em crianças e o ensino de técnicas básicas de desobstrução de via aérea alta (PASSALI et al., 2010).

O efeito benéfico do treinamento dos primeiros socorros, em caso de obstrução das vias aéreas em crianças, foi identificado em estudos, como o que foi realizado na China com uma população de professores, concluiu que o conhecimento aprendido antes e após a realização de treinamento reduz com o decorrer do tempo, contudo a intervenção educativa melhorou a apreensão do

Continuação do Parecer: 2.378.979

conhecimento a curto e longo prazo (LI et al., 2014), os mesmos efeitos benéficos do treinamento também foram identificados entre estudantes universitários (ÇELIK; ARIKAN, 2013).

A proteção e prevenção são medidas mais importantes para aspiração de corpo estranho, por meio da educação da família e de outros adultos com a responsabilidade de cuidar de crianças, com relação à intervenção apropriada, no caso de crianças que aspiraram corpos estranhos, a prevenção mantendo objetos que possam ser aspirados fora do alcance das crianças, a educação nutricional e medidas a serem adotadas durante o evento. (GÜZEL; PAKSU, 2013).

As crianças pequenas, especialmente com menos de quatro anos, devem estar sob vigilância constante dos cuidadores, o diagnóstico precoce de um engasgamento é a informação mais importante para, acrescido aos cuidados os pais, cuidadores e responsáveis devem ter conhecimento dos riscos e dos sintomas do engasgamento, como a tosse, sinais de agitação dos membros, ausência de fala e, sobretudo, segurar a garganta são sinais de que as vias aéreas estão obstruídas e necessitam de manejos (BEZERRA, 2014; PASSALI et al., 2010).

Estudos apontam que a maioria dos acidentes relacionado à obstrução de vias aéreas ou engasgamento em crianças envolve alto risco de sequelas e óbito e ocorrem no domicílio (GIELEN; MCDONALD; SHIELDS, 2015; BEZERRA et al.; 2014; GONÇALVES, 2011; INGRAM et al., 2011); assim os pais, cuidadores e responsáveis devem ter conhecimento dos riscos envolvidos bem como os sinais e sintomas de que as vias aéreas estão obstruídas, como a tosse, sinais de agitação dos membros, ausência de fala e, segurar a garganta e necessitam de manejos (BEZERRA et al., 2014).

Nesse sentido torna-se imprescindível o desenvolvimento de programas educacionais dirigidos aos pais e cuidadores, com vistas a prevenção de hábitos que predispõem acidentes em crianças, mediante o ensino de técnicas básicas de desobstrução de via aérea alta (PASSALI et al., 2010) uma vez que o observador no caso, a mãe, quando treinado consegue detectar os sinais de asfixia e intervir eficazmente (AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2011).

O enfermeiro é um educador, está apto a realizar programas educacionais envolvendo pais ou responsáveis pelos cuidados da criança; uma vez que é capacitado durante a graduação acerca do atendimento pré e pós hospitalar, poderá promover ações pertinentes à prevenção de acidentes e às condutas a serem tomadas nestes casos (BOEHRS et al., 2011; DE ASSIS BRITO; DA ROCHA, 2015).

Foi proposto que enfermeiros em funções educacionais e de orientação sejam responsáveis pelo treinamento das famílias e de indivíduos responsáveis pelos cuidados de crianças, para lidar com a aspiração de corpos estranhos (ÇELIK; ARIKAN, 2013). Deve-se considerar o treinamento e a motivação dos indivíduos responsáveis pelos cuidados das crianças.

Continuação do Parecer: 2.378.979

O ministério da saúde recomenda que a mulher e o recém-nascido (RN) retornem ao serviço de atenção básica em torno de cinco a dez dias após o parto, com vistas a avaliar o estado de saúde da mãe e do RN, fornecer orientações quanto à amamentação e aos cuidados básicos com o bebê, e avaliar o convívio entre mãe e filho (BRASIL, 2005, 2006).

Os enfermeiros e equipe de enfermagem preocupam-se em ensinar cuidados e a técnica da amamentação, cuidados com o coto umbilical, higiene corporal e oral às mães de recém-nascidos no hospital assim como na atenção primária, porém as informações relativas a causas que levam as obstruções de VAS em menores de um ano, prevenção de aspiração de corpo estranho e engasgo, as etapas de desobstrução de VAS e atendimento em caso PCR não são ensinadas de forma individual a todas as mães pais e cuidadores legais de crianças, antes de nascerem, ou antes, de terem alta hospitalar.

Caso ocorra uma obstrução parcial das vias aéreas (VAS) em bebês menores de um ano ou até cinco anos é necessária a manutenção da calma, não se deve interferir nas tentativas do bebê expelir o corpo estranho, mas deve-se permanecer ao lado e monitorizar sua condição, se a obstrução parcial persistir deve-se acionar o sistema de urgência e emergência local e iniciar a aplicação das manobras para desobstrução de VAS (AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2011). Se o bebê não consegue fazer nenhum som ou não respirar, há presença de obstrução completa das vias aéreas deverá ser iniciado as manobras para desobstrução de VAS imediatamente (AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2011).

Se o bebê não consegue fazer nenhum som ou não respirar, há presença de obstrução completa das vias aéreas deverá ser iniciado as manobras para desobstrução de VAS imediatamente (AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2011).

As etapas para aliviar o engasgo em um bebê responsivo e consciente segundo AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2011) estão no ANEXO I.

As manobras devem ser interrompidas caso o bebê volte a respirar, caso pare de responder deve-se iniciar a Ressuscitação Cardio Pulmonar (RCP) (AMERICAN HERT ASSOCIATION, 2011).

As etapas para aliviar o engasgo em um bebê que não responde, segundo a American Hert Association (2011), estão no ANEXO II.

Frente ao exposto e considerando que o enfermeiro tem papel fundamental na implementação e planejamento de ações que permeiam medidas para promover à saúde e melhorar a assistência prestada à criança, defendo que as informações relativas a causas que levam as obstruções de VAS em menores de um ano, prevenção de aspiração de corpo estranho e engasgo, bem como as etapas de desobstrução de VAS e atendimento em caso PCR sejam também realizadas no hospital

Continuação do Parecer: 2.378.979

após o parto ou nas consultas de puericultura.

Assim o presente estudo será desenvolvido com intuito de contribuir com essa prática, propiciando informações para a capacitação das mães. Os resultados desse estudo poderão fornecer aos gestores e profissionais da saúde, enfermeiros subsídios para planejamento de estratégias e ações com vistas a prevenção e atendimento de crianças com obstrução de vias aéreas, prevenindo sequelas e mortes, e a implementação dessa prática educativa.

A.2. IMPACTO SOCIAL DO TEMA

Segundo dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datasus) a principal causa de mortes por acidentes em crianças menores de um ano é a asfixia, representando 70% dos óbitos em 2012. Fazendo o comparativo dos anos de 2003 a 2012 notou-se que apenas asfixia não mostrou redução significativa no número de mortes no período frente as causas externas (PLANO NACIONAL, 2014). Os atendimentos por obstruções das vias respiratórias em crianças estão presentes com frequência nas emergências pediátricas, a obstrução de vias aéreas pode evoluir para asfixia, que se refere à dificuldade ou a impossibilidade de respirar, o que provoca a falta de oxigênio no organismo (COSTA, 2012), que resulta em lesões, óbito e sequelas (BEZERRA et al., 2014).

A obstrução das vias aéreas por um corpo estranho alojado na laringe está associada a uma mortalidade em torno de 45%, e em pacientes asfixiados por uma obstrução transitória das vias respiratórias pode ocorrer risco de hipóxia próximo de 30% (SMITH, 2010).

Assim, desenvolver a atenção a esses tipos de ocorrências é imprescindível, pois implica a participação dos pais ou cuidadores na adoção de hábitos e práticas preventivas evitando, por exemplo, que objetos com risco potencial de serem aspirados, alimentos que proporcionem esta comum obstrução estejam próximos de crianças (FERREIRA; SOUZA, 2014).

A adesão da população às atitudes de prevenção e enfrentamento de acidentes na infância é facilitada por meio de informações claras, precisas e acessíveis, o enfermeiro tem papel fundamental na implementação e planejamento de ações que permeiam medidas para promover à saúde e melhorar a assistência prestada ao paciente.

A.3. APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO ESPECÍFICO DESTA PESQUISA

O estado de Minas Gerais possui 853 municípios, sendo a capital Belo Horizonte. De acordo com dados do Censo Demográfico de 2010 a população correspondia a 19,5 milhões de habitantes com estimativa populacional de 20,9 milhões para o ano de 2016. E as crianças de zero a quatro correspondiam 649.660 (3,3%) homens e 627.206 (3,2%) mulheres com uma taxa de mortalidade infantil correspondente a 15,6 % homens e 13,6% nas mulheres por mil nascidos vivos (DULCE,

Continuação do Parecer: 2.378.979

2016)

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) localizado na cidade de Uberaba em Minas Gerais, atende aos 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do estado de Minas Gerais como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, 100% pelo Sistema Único de Saúde – SUS (EBSERH-UFTM, 2016).

Essa macrorregião é composta pelas seguintes cidades: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

O HC-UFTM responde por 73% dos atendimentos de média e alta complexidade da macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais e por 100% da alta complexidade na mesma área, com exceção do tratamento de câncer.

Quanto à estrutura, o Hospital possui 302 leitos ativos, sendo 20 de UTI infantil, 10 de UTI adulto e 10 de UTI coronariano, além de 14 salas de cirurgia. O Pronto Socorro conta com 32 leitos. O HC-UFTM possui cinco anexos: Ambulatório Maria da Glória, Ambulatório de Especialidades, Ambulatório de Pediatria, Centro de Reabilitação e Central de Quimioterapia, totalizando 180 consultórios (EBSERH-UFTM, 2016).

A Unidade de internação Ginecologia e obstetrícia (GO) atende gestantes que realizaram o pré-natal no ambulatório de gestação de alto risco, referência na modalidade desse atendimento, e as gestantes que buscam por atendimento em demanda espontânea provenientes de Uberaba e as que são atendidas por meio de encaminhamento de outros hospitais, a área de abrangência é o Triângulo Sul.

A GO conta com 35 leitos ao todo, sendo 17 de ginecologia, 12 de alojamento conjunto, 10 de medicina fetal.

Segundo dados estatísticos fornecidos pela coordenação de enfermagem do referido hospital em 2016 a taxa de ocupação foi de 78,19%. Das gestantes atendidas nasceram 1519 bebês vivos em 1517 partos, desses 288 foram de parto normal, 654 partos normal em gestação de alto risco e 557 parto Cesariano em gestação de alto risco. Após a alta as mães são encaminhadas para retorno no ambulatório de ginecologia e obstetrícia.

A.4. LACUNAS NO CONHECIMENTO SOBRE O TEMA

O efeito benéfico do treinamento dos primeiros socorros em caso de obstrução das vias aéreas de

Continuação do Parecer: 2.378.979

uma criança, foi identificado em estudos, como um realizado na China, que investigou o conhecimento de professores seis meses, nove meses e quatro anos após a realização de treinamento sobre primeiros socorros pediátricos e concluiu que, o conhecimento reduz com o decorrer do tempo, contudo a intervenção educativa melhoraram a apreensão do conhecimento a curto e longo prazo (LI, et al. , 2014) , os efeitos benéficos do treinamento também foram identificados entre estudantes universitários (ÇELIK; ARIKAN, 2013; LI, 2014).

Ressalta-se que a literatura sobre essa temática relacionando a educação dos pais é escassa, tendo em vista o número de artigos nas principais bases de dados como: Scientific Eletronic Library online – SCIELO, Medical Literature Analsys and Retrieval Sistem online – MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, PUBMED, LILACS, e Portal Capes.

A.5. PERGUNTAS DA PESQUISA

Qual a eficácia de uma intervenção educativa por simulação sobre prevenção e manejo em casos de asfixia e engasgos de crianças no conhecimento de mães de crianças de zero a um ano de idade?"

Objetivo da Pesquisa:

Segundo as pesquisadoras:

"OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia de uma intervenção educativa por simulação de prevenção e manejo de asfixia e engasgo em crianças de zero a um ano no conhecimento de mães de crianças de zero a um ano de idade atendidas na Unidade de Ginecologia e obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e no Ambulatório da referida especialidade e de Pediatria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar um instrumento tipo check list para verificar o conhecimento e atitudes das mães, sobre as medidas adequadas a serem adotadas para desobstruir, ou estabilizar a criança antes da chegada do transporte ao serviço de saúde,
2. Realizar validação aparente e de conteúdo do instrumento elaborado.
3. Caracterizar as mães de crianças de zero a um ano de idade segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas.
4. Verificar o conhecimento das mães sobre prevenção e manejo de asfixia e engasgo em crianças, antes da intervenção.
5. Verificar o conhecimento das mães sobre prevenção e manejo de asfixia e engasgo em crianças, após trinta dias da realização da intervenção".

Continuação do Parecer: 2.378.979

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras:

"Os riscos considerados são o incômodo da mãe, não serão realizadas procedimentos invasivos que possam causar danos à integridade física e emocional.

O estudo será realizado mediante a coleta de dados, intervenção e coleta de dados novamente após trinta dias, há risco relacionado com a perda de confidencialidade das informações, mas para que isso não ocorra serão utilizados códigos em ordem numérica para identificar os instrumentos de coleta de dados, a lista com os nomes das mães e o código correspondente será manipulada somente pela pesquisadora Jesislei Bonolo do Amaral, e após o término da coleta de dados será destruído a referida lista.

Considerando os riscos e benefícios os benefícios suplantam os riscos uma vez a pesquisa proporcionará conhecimentos às mães para subsidiar ações de proteção e prevenção para aspiração de corpo estranho, mediante ações de proteção do acesso de crianças a objetos que possam ser aspirados, educação nutricional, e dos riscos e dos sintomas do engasgamento e medidas a serem adotadas durante engasgo ou obstrução de vias aéreas (BEZERRA, 2014; GÜZEL; PAKSU, 2013; PASSALI et al., 2010)".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, metodológica na primeira etapa para validação de um instrumento e de natureza quase experimental, tipo pré e pós-teste com grupo de intervenção, com abordagem quantitativo analítico, de campo, longitudinal e prospectiva na segunda etapa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados, assim como, os anexos e apêndices utilizados na pesquisa. Os documentos pendentes foram alterados e agora estão de acordo com o protocolo do CEP.

Recomendações:

Todos os pontos recomendados foram alterados e estão de acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 10/11/2017.

Continuação do Parecer: 2.378.979

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_989063.pdf	06/11/2017 12:57:35		Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_SOLICITACOES.pdf	06/11/2017 12:56:41	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DOS_SETORES.pdf	06/11/2017 12:55:03	Maria Helena Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZES_CORRIGIDO.pdf	06/11/2017 12:44:08	Maria Helena Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MAES_CUIDADORAS.docx	06/11/2017 12:43:47	Maria Helena Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROTOCOLO_CEP_CORRIGIDO.doc	06/11/2017 12:42:18	Maria Helena Barbosa	Aceito
Outros	apendicell.pdf	17/09/2017 23:15:53	Jesislei Bonolo do Amaral	Aceito
Outros	apendiceVmanequir.pdf	17/09/2017 14:32:42	Jesislei Bonolo do Amaral	Aceito
Outros	FolderapendiceVI.pdf	17/09/2017 14:30:20	Jesislei Bonolo do Amaral	Aceito
Outros	anexoll.pdf	17/09/2017	Jesislei Bonolo do Amaral	Aceito

Continuação do Parecer: 2.378.979

Outros	anexoIvobjetos.pdf	10:49:52	Amaral	Aceito
Outros	CartaAceiteGEP.pdf	15/09/20 17 10:34:02	Jesislei Bonolo do Amaral	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	15/09/20 17 10:30:18	Jesislei Bonolo do Amaral	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 13 de Novembro de 2017

Assinado por:**Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador)**

ANEXO IV-Comprovante da REBEC

26/10/2018

Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos



USUÁRIO SENHA

ENTRAR [Esqueceu a senha?](#)
[Registrar-se](#)

[PT](#) | [ES](#) | [EN](#)

[NOTÍCIAS](#) | [SOBRE](#) | [AJUDA](#) | [CONTATO](#)

[Buscar ensaios](#)
[BUSCA AVANÇADA](#)

[HOME](#) / [ENSAIOS REGISTRADOS](#) /

RBR-2gsphv

Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção

Data de registro: 28 de Ago. de 2018 às 10:11
Last Update: 24 de Out. de 2018 às 14:59

Tipo do estudo:
Intervenções

Título científico:

<p style="text-align: right;">PT-BR</p> <p>Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças: um estudo de intervenção</p>	<p style="text-align: right;">EN</p> <p>Prevention and management of airway obstruction in children: an intervention study</p>
--	---

Identificação do ensaio

Número do UTN: U1111-1216-8895

Título público:

<p style="text-align: right;">PT-BR</p> <p>Prevenção e manejo de obstrução de vias aéreas em crianças</p>	<p style="text-align: right;">EN</p> <p>Prevention and management of airway obstruction in children</p>
--	--

Acrônimo científico:

Acrônimo público:

Identificadores secundários:

2.357.219
Órgão emissor: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

77348317.7.0000.5154
Órgão emissor: Plataforma Brasil

Patrocinadores

Patrocinador primário: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinadores secundários:

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Fontes de apoio financeiro ou material:

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Condições de saúde