

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE PRIMEIROS SOCORROS A PARTIR DOS SABERES DOS PROFESSORES

Health Education in First aid From the Knowledge of Teachers

**Rosane Teresinha FONTANA¹,
Silvia Adriana Pellat dos SANTOS²**

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo, que objetivou investigar os saberes, expressos por educadores, relacionados às condutas em situações de urgência e emergência na escola. Foi realizado junto a professores de educação infantil de uma escola privada, localizada em um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/BR, no primeiro semestre de 2013. Para coleta dos dados foi utilizado um questionário autoaplicável. Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise temática. A maioria dos professores apresentou conhecimento deficiente ou insuficiente acerca das condutas adequadas frente a um acidente infantil. Acredita-se que a enfermagem pode contribuir para o saber destes sujeitos disponibilizando oficinas que garantam a construção e atualização de conhecimentos para a preservação e promoção da vida da criança na escola.

Descritores: Educação em saúde. Primeiros socorros. Professor.

ABSTRACT

This is a qualitative descriptive study aimed to investigate the knowledge expressed by educators, related to pipelines in urgent and emergency situations at school. Was conducted with early childhood teachers at a private school, located in a city of northeastern state of Rio Grande do Sul (BR) in the first half of 2013. For data collection a self-administered questionnaire was used. For the treatment of the data, thematic analysis was used. Most teachers are deficient or insufficient about appropriate conduct against a child accident knowledge. It is believed that nursing can contribute to the knowledge of these subjects providing workshops to ensure the construction and updating of knowledge for the preservation and promotion of the child's life at school.

Keys words: Health Education. First Aid. Teacher

¹Doutora em Enfermagem. Professora dos Cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santo Ângelo/RS (URISAN). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde e Educação (GPESE/URISAN/RS). E-mail: rfontana@urisan.tche.br

² Enfermeira graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. campus de Santo Ângelo/RS. E-mail: silviapellat@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A educação infantil é a primeira etapa de educação básica, sendo oferecida em creches e pré-escolas públicas ou privadas, as quais têm a finalidade de educar e cuidar de crianças de 0 à 5 anos de idade (BRASIL, 2010). No ambiente da educação infantil circulam crianças de diferentes etapas do desenvolvimento; cada etapa com suas peculiaridades e sobre as quais a ocorrência de acidentes é comum. O acidente é compreendido como um evento não intencional, que poderá causar lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico ou em outros espaços sociais (BRASIL, 2001).

As especificidades dos acidentes variam de acordo com a idade. De zero a um ano as quedas, asfixia, sufocação, aspiração, intoxicação e queimaduras prevalecem; na faixa etária de dois a quatro anos quedas, asfixia, sufocação, afogamento, intoxicação, choques elétricos e traumas são os grandes vilões. Dos cinco aos nove anos as quedas, os atropelamentos, queimaduras, traumas, afogamento, choques elétricos e as intoxicações são mais frequentes e dos 10 aos 19 anos as quedas, atropelamentos, afogamentos, choques elétricos, intoxicações e os traumas são os grandes responsáveis pelos acidentes (MACIEL, 2010).

A maioria dos óbitos de crianças, ocorridas no ambiente escolar, pode ser atribuída por asfixia devido à bronco aspiração, expressão usada à introdução de algum objeto, alimento ou substância nas vias aéreas superiores (MARANHÃO, 2011). Nas crianças pequenas, brinquedos, botões, moedas e outros objetos são comumente aspirados, além de alimentos. A obstrução poderá estar ocluída parcialmente ou completa, causando asfixia, hipóxia e pode evoluir para a morte. Por este motivo, é considerada uma emergência com risco de vida (SMELTZER e BARE, 2010)

Dados do sistema Nacional de informações tóxico-farmacológicas (SINITOX) demonstram que, no Brasil, dos casos registrados em 2009, de intoxicação por agente tóxico em crianças na faixa etária de um a quatro anos, 7.200 intoxicação foram por medicamentos. Por domissanitários foram 4873 casos. Os produtos químicos foram responsáveis por 1.895 casos. Houve 31 óbitos registrados nesta faixa etária por diferentes agentes tóxicos, sendo predominantes os óbitos no sexo masculino (BRASIL, 2009).

Considerando a distribuição etária, um estudo que analisou as características epidemiológicas dos eventos toxicológicos relacionados a medicamentos observou maior concentração de casos na primeira década de vida (49,4%) e, dentro dela, os eventos preponderaram aos dois (24,9%) e aos três anos de idade (22,3%). Também, notou-se concentração de casos entre adolescentes (17,6%) e em adultos das faixas etárias produtivas, ou seja, de 20 a 60 anos (20,5%) (GANDOLFI e ANDRADE, 2006).

Outro estudo realizado com o objetivo de avaliar os acidentes com crianças atendidos em uma unidade hospitalar em Campinas São Paulo evidenciou que as picadas, traumas e mordeduras distribuíram-se na faixa etária de cinco a treze anos, entretanto, as intoxicações e os acidentes com corpos estranhos predominaram na faixa de dois a cinco (BARACAT, 2000).

Neste mesmo contexto, um estudo realizado no Estado do Paraná observou que no período pós neonatal, as causas externas foram a principal causa de morte, sendo que, dos 44 óbitos por causas externas ocorridos no período de 2000 a 2006, seis ocorreram até o 28º dia de vida e os 38 restantes ocorreram pós neonatal. A maioria dos acidentes estava relacionada à respiração ou inalação do conteúdo gástrico (MATHIAS, 2008).

Em um estudo realizado em 2007, com objetivo de identificar o nível de informação de pessoas leigas em relação a abordagem à vítimas em situação de emergência, os pesquisadores concluíram que esses sujeitos possuem conhecimentos para o atendimento à vítima inconsciente, porém este conhecimento é deficiente ou incorreto, podendo comprometer o socorro (PERGOLA, 2008). Diante da ocorrência de emergências extra hospitalares que necessitam de intervenções rápidas, tanto profissionais da área da saúde como a comunidade leiga necessitam de atualização e

educação para o atendimento inicial à vítima (LEITÃO, 2008; PERGOLA e ARAÚJO, 2009).

Vale ressaltar que o Estatuto da Criança e do Adolescente, enfatiza que a criança deve receber proteção e socorro em qualquer circunstância (BRASIL, 1990). A construção de *playgrounds*, pisos que diminuem o impacto, tomadas elétricas altas, entre outras medidas educativas de prevenção de acidentes devem ser incentivadas. Da mesma forma, devem ser desenvolvidos programas de educação em saúde de acordo com a realidade social da comunidade, envolvendo a criança, a família, os profissionais das diversas áreas, as associações e a sociedade em geral, em especial, a profissionais que trabalham com crianças (MARTINS, 2006).

Sendo assim, o professor de educação infantil, que ocupa um papel social expressivo, precisa, junto a familiares e profissionais de saúde, assumir a responsabilidade sobre a proteção e a preservação da vida da criança sob seus cuidados e atentar para o bem estar desses pequenos sujeitos (BRASIL, 2010). Diante desses pressupostos, compreende-se a necessidade de instrumentalizar e educar o professor para o cuidado e preservação, da vida, objetivo básico dos primeiros socorros diante de situações de urgência e emergência; o que justifica esse estudo.

Neste panorama, o enfermeiro pode ser um ator de transformação dos indicadores de mortalidade infantil por causas externas e atuar como educador em saúde nos espaços sociais da comunidade, tais como escolas e creches. Vale ressaltar que as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação de enfermagem aludem a atenção à saúde como uma das competências previstas na formação do enfermeiro, o que supõe desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto no âmbito coletivo como no individual (BRASIL, 2001). A educação em saúde, entendida com um processo pedagógico, concebe o sujeito como ator principal e contribui para que suas necessidades sejam solucionadas a partir de ações coletivas (LOPES, 2007).

Isto posto, pergunta-se: quais os saberes expressos por educadores, em relação as condutas a serem tomadas diante dos acidentes com crianças que frequentam a educação infantil? O objetivo geral deste estudo foi investigar os saberes expressos por educadores, em relação às condutas em situações de urgência e emergência na escola. Os objetivos específicos foram: conhecer os principais acidentes infantis ocorridos na sua prática e as condutas tomadas frente aos mesmos e promover oficinas de primeiros socorros aos professores.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo qualitativo, descritivo, no primeiro semestre de 2013, em uma instituição privada de educação infantil, em município da região noroeste do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 17 colaboradores, sendo que somente nove atenderam aos critérios de inclusão: ter qualificação em pedagogia e exercer a função na instituição no mínimo há seis meses.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai, campus de Santo Ângelo/RS, sob parecer nº 183.162, de 07 de janeiro de 2013 e pela gestora da escola. Aos sujeitos que aceitaram participar, foi solicitado que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Preservou-se a identidade e o anonimato dos sujeitos, adotando-se o codinome S1, S2, S3 e assim sucessivamente, para identificá-los.

Para a interpretação e discussão dos dados utilizou-se a análise temática, que se desdobrou em três etapas: na pré-análise foi realizada a escolha dos documentos a serem analisados, em um segundo instante foi realizada a exploração do material que, após uma leitura minuciosa dos relatos, as informações foram agrupadas, emergindo duas categorias intituladas 'Os acidentes na prática cotidiana do professor' e 'Saberes dos educadores nas situações de urgência e emergência'. Finalmente, foi realizado o tratamento dos resultados e a interpretação, confrontando-se com a literatura (MINAYO, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

De um total de 17 colaboradores que foram convidadas a participar do estudo, nove sujeitos atenderam aos critérios de inclusão propostos. A média de idade dos sujeitos foi de 29 anos e todos são do sexo feminino. Cinco participantes exercem suas funções no berçário, três no maternal e uma na pré-escola e a média do tempo em exercício são de sete anos. Conforme o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil (RCNEI), creche é uma instituição que presta atendimento a crianças de zero a três anos e a pré-escola atende crianças de quatro a seis anos. A distinção entre ambas é feita apenas pelo critério de faixa etária e cada instituição é responsável por estabelecer os níveis da pré-escola (BRASIL, 1998). Na instituição pesquisada, o berçário compreende crianças de zero a um ano, o maternal atende crianças de dois a três anos e a pré-escola crianças de 4 a seis anos.

Os acidentes na prática cotidiana do professor

De acordo com os respondentes os 'cortes' e as escoriações são os acidentes mais comuns na sua prática. A maior parte dos professores referiu que frente a esse acidentes usa pomadas, acalma a criança e faz contato com os pais ou responsáveis para avisar o ocorrido. Cinco sujeitos não responderam a pergunta. Dentre as entrevistadas, mais da metade não se sente preparada para atender crianças em caso de algum acidente e relatam que a falta de conhecimento é a grande causa deste despreparo; entretanto, muitas destas demonstraram indecisão nas respostas, relatando que a atitude depende da situação vivenciada.

Sim e não[estou preparada] porque trabalhar com crianças é preciso estar sempre atenta, eles são rápidos e nem sempre sabemos o que poderá acontecer. (Sujeito 1)

Mais ou menos, às vezes falta conhecimento de como proceder em certas situações. (Sujeito 4)

Um dado importante revelado é que, questionadas sobre o numero do telefone do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e dos Bombeiros, sete (77,8%) responderam corretamente e duas (22,2%) responderam incorretamente. Em se tratando de atendimento à crianças, imprevisíveis e vulneráveis à acidentes, é recomendável que todos tenham conhecimento desses números.

Um estudo, que descreveu o perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de 10 anos de idade, atendidas em alguns serviços públicos de emergência de algumas capitais do Brasil, demonstrou que as principais lesões foram ferimentos, contusões, entorses e as fraturas. Para o autor, as quedas destacam-se na faixa etária pediátrica em virtude das características próprias desta etapa do desenvolvimento da criança, da curiosidade, imaturidade e falta de coordenação motora, o que facilita a exposição a situações de perigo. Nas crianças acima de quatro anos, as atividades de lazer e esportes, como jogos, corridas, patins e outros favorecem ainda mais esse tipo de acidente (MARTA *et al*, 2009).

É válido salientar que pomadas são medicamentos que podem conter, em sua fórmula, antimicrobianos e corticóides que podem ocasionar reações alérgicas na criança vulnerável a esse agravo, incluindo-se o choque anafilático. Embora muitas pomadas possam aliviar irritações e favorecer a cicatrização de feridas, podem mascarar infecções e provocar reações alérgicas, portanto não é uma prática recomendável administrar medicamentos sem prescrição médica.

A reação alérgica é caracterizada por uma manifestação da lesão tecidual que resulta da interação entre um antígeno e um anticorpo. A alergia é uma resposta inadequada e, com frequência, perigosa do sistema imune às substâncias que normalmente são inócuas; neste caso a substância é denominada alérgeno. Sendo assim, as reações alérgicas podem ser desencadeadas por alimentos, medicamentos, picadas de insetos, dentre outros (SMELTZER e BARE, 2010).

Saberes dos educadores nas situações de urgência e emergência.

Frente ao **desmaio**, as respostas versaram sobre pedir ajuda, afastar pessoas, elevar a cabeça, retirar o excesso de roupas, verificar a pulsação e respiração e arejar o ambiente. Uma referiu que tentaria reanimar a pessoa, mas não disse como seria este procedimento e duas professoras referiram posicionar a cabeça mais baixa que o corpo e levantar os membros inferiores. A maioria das respostas denota alternativas, que, isoladas, podem não trazer resultados satisfatórios de reanimação.

O desmaio é definido como a perda súbita e temporária da consciência devido à diminuição de sangue e oxigênio no cérebro. Na ocorrência do desmaio, a pessoa deverá ser mantida deitada, colocando a cabeça e ombros em posição mais baixa que o restante do corpo. Deve-se lateralizar a cabeça, afrouxar as roupas, mantendo o ambiente arejado (BRASIL, 2003).

Pediria ajuda para outros, no caso chamaria alguém da secretaria, ligaria para os pais. (Sujeito 1)

Procurar tirar um pouco da roupa e esperar. Ver pulsação e respiração. (Sujeito 14)

Em caso de **fratura, entorse e luxação** a maioria das entrevistadas relatou que imobilizariam o local. Uma atitude correta antes de encaminhar a vítima ao serviço especializado. Porém, no caso de entorses, muitas faziam massagens, dado que demonstra certo desconhecimento acerca da conduta correta em casos de traumatismos osteomusculares.

Acalmar a vítima e pedir ajuda, entorse faria massagens para desfazer os nós dos nervos. (Sujeito 3)

Imobilizar o local, colocando uma tábua ou algo que deixasse o local firme. (Sujeito 13)

O sistema locomotor do corpo humano é todo sustentado e articulado pelos ossos. A **fratura** é uma ruptura na continuidade do osso e ocorre quando o osso está sujeito a um estresse maior do que ele pode suportar. Quando ocorre uma fratura, as estruturas adjacentes também são comprometidas, resultando em edema de tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, rompimento de tendões, nervos e vasos sanguíneos lesados. Sendo assim as fraturas podem assumir proporções desastrosas se não ocorrer os primeiros socorros adequado (SMELTZER e BARE, 2010).

A conduta adequada, imediatamente, é imobilizar a região antes que o paciente seja removido, o que deverá incluir a imobilização de articulações adjacentes. Não se recomendam manobras desorientadas e descontroladas, pois podem ocasionar danos maiores. A imobilização pode ser feita por meio de uma tala improvisada e, se houver um ferimento, cobrir com gaze antes de imobilizar (SMELTZER e BARE, 2010).

A **entorse** é definida como lesões/rompimentos dos ligamentos que circundam a

articulação. Há distensão dos ligamentos, mas não deslocamento completo dos ossos, da articulação. Dentre as causas mais frequentes estão os puxões e rotações violentas que forçam as articulações. O ligamento rompido perde sua capacidade de estabilização, os vasos se rompem, ocorre edema e seu movimento torna-se doloroso. A conduta neste caso é aplicar gelo (não diretamente na pele) ou compressas frias nas primeiras 24 horas, o que auxilia na diminuição do edema. Após 24 horas compressas mornas são indicadas. Recomenda-se imobilizar o local, deixando-se as extremidades livres para observação da circulação do local (SMELTZER e BARE, 2010).

A **luxação** é uma lesão em que a extremidade de um dos ossos que compõem uma articulação é deslocada. Os ossos literalmente posicionam-se fora de articulação. A dor é intensa, ocorre edema, impotência funcional e visivelmente uma deformidade na articulação, podendo apresentar um encurtamento ou alongamento do membro afetado. As luxações são consideradas uma emergência; se não forem tratadas imediatamente há o risco de ocorrer morte tecidual devido ao suprimento sanguíneo diminuído. Os primeiros cuidados limitam-se à imobilização do membro afetado e a manipulação desta articulação deve ser feita com muito cuidado pois a dor é intensa (SMELTZER e BARE, 2010).

Frente a uma **convulsão**, a maioria das entrevistadas protegeria a cabeça da criança e a ‘viraria para o lado’, afastariam qualquer objeto de perto e chamariam ajuda, medidas consideradas adequadas. Entretanto, uma das entrevistadas mencionou que colocaria um pano na boca da criança para não se morder, atitude questionável, tendo em vista que o leigo poderia prejudicar ainda mais a situação, ocasionando dificuldades respiratórias.

Pediria ajuda para outros, no caso chamaria alguém da secretaria, porém tentaria proteger a cabeça da criança, deixando-a virada para o lado para não engasgar com a saliva. (Sujeito 1)

Colocaria um pano na boca para não morder a língua e seguraria a cabeça. (Sujeito 13)

São primeiros socorros frente à convulsão: procurar deitar a vítima no chão, quando possível, proteger a cabeça para evitar alguma lesão, afrouxar as roupas constritivas, afastar qualquer objeto que possa machucar e afastá-la de locais e ambientes potencialmente perigosos. Não colocar nenhum objeto rígido entre os seus dentes. Quando possível, colocá-la em decúbito lateral com a cabeça flexionada, o que facilita a drenagem da saliva. Nenhuma tentativa de interferir nos movimentos deve ser feita, pois a contenção poderá provocar alguma lesão (BRASIL, 2003).

As respostas para **engasgamento por objeto ou alimento** foram muito diversificadas, mas na maioria incorreta. Pressionar a região do estômago, provocar vômito, exercer pressão na região torácica foram algumas das respostas referenciadas para esse tipo de acidente.

Pegaria a criança no colo de barriga para baixo e pressionaria seu estomago para expulsar o objeto. (Sujeito 9)

Faria pressão no peito para crianças maiores e para menores nas costas com a mão aberta. (Sujeito10)

Caso eu veja antes, eu colocaria o dedo na boca da criança para puxar ou erguer os braços e bater nas costas. (Sujeito 13)

Levantaria rapidamente os braços para cima, caso não passasse provocaria vomito. (Sujeito 14)

Sabe-se que o engasgamento ou obstrução das vias aéreas por corpo estranho é muito comum, podendo ocorrer durante alimentação e brincadeiras. A obstrução aguda da via aérea superior é uma emergência com risco de vida, sendo que, se a via estiver totalmente ocluída, ocorrerá lesão cerebral permanente ou morte dentro de 3 à 5 minutos; se a obstrução da via aérea estiver parcialmente ocluída, pode levar a hipóxia progressiva e conseqüentemente paradas respiratória e cardíaca (SMELTZER e BARE, 2010).

Pode-se encontrar obstrução leve quando a pessoa está consciente e consegue tossir e apresenta chiados no peito quando respira. Neste caso, se a criança for grande poderá expelir o corpo estranho através da tosse. Caso essa obstrução se torne grave, a pessoa não conseguirá tossir, os ruídos respiratórios podem ou não estar presentes e a pele fica cianótica. Na ocorrência desse tipo de acidente é necessário imediatamente acionar o serviço de emergência (FORTES *et al*, 2010).

A manobra de Heimlich é um procedimento que pode ser aplicado em crianças, porém, observar que a estatura da criança é menor que a do adulto. Para que a manobra seja realizada com eficiência, deve-se ficar ajoelhado atrás da criança, de modo que fique aproximadamente com a mesma estatura para a execução da manobra.

Para realizar a desobstrução de vias aéreas em bebês responsivos, é recomendado sentar-se ou ajoelhar-se com bebê no colo, segurando-o de barriga para baixo e com a cabeça levemente mais baixa que o tórax, bem apoiada no antebraço. Apoiar a cabeça e a mandíbula do bebê com a mão, com cuidado para não comprimir o pescoço. Apoiar o antebraço sobre a coxa ou colo para dar suporte ao bebê. Com a região hipotenar da mão, aplicar cinco golpes nas costas entre as escápulas do bebê; cada golpe deve ter a intensidade suficiente para deslocar o corpo estranho. Após estes golpes, girar o bebê de barriga para cima mantendo a cabeça do bebê mais baixa que o tronco, segurando-o nas costas e aplicar cinco compressões torácicas rápidas abaixo da linha dos mamilos no mesmo lugar onde se realiza a massagem cardíaca (FORTES *et al*, 2010).

Alternar a sequência de cinco golpes nas costas e cinco compressões torácicas até que o objeto seja removido. Se o bebê tornar-se inconsciente parar de aplicar os golpes e colocá-lo em um lugar rígido e plano; abrir a via aérea e inspecionar, se for visualizado, o objeto poderá ser removido através da varredura digital; caso contrário a varredura digital não deverá ser realizada. Se não houver sucesso, iniciar a manobra de ressuscitação cardiopulmonar, com ênfase nas compressões torácicas (FORTES *et al*, 2010).

Um estudo com crianças que foram a óbito por engasgamento de corpo estranho, concluiu que a busca às cegas com os dedos para retirar corpos estranhos da faringe durante o choro, não somente é perigoso, mas também pode ser fatal. Sendo assim, é de extrema importância que pessoas leigas tenham conhecimento para prestar atendimento correto em caso de engasgamento (ABDER-RAHMAN, 2009).

Em casos de **quedas, com possível lesão coluna** a maioria referiu que não movimentaria a criança e chamaria ajuda, mas não mencionou nenhuma manobra para estabilização desta criança, entretanto, uma entrevistada relatou que 'pegaria a vítima'; outra disse que 'imobilizaria o pescoço com alguma coisa'. As respostas demonstram dúvidas e desconhecimento sobre a conduta correta em caso de queda. Segue as falas:

*Tentar deixar a pessoa como está, sem movimentá-la ate chegar o socorro.
(Sujeito 4)*

Imediatamente pegaria a vitima. (Sujeito 3)

Em caso de machucado na coluna, imobiliza a pessoa reta e com algo no pescoço que não a deixasse se mexer até a chegada de algum profissional. (Sujeito 14)

O trauma na criança distingue-se pela fisiologia e anatomia, diferente do adulto, mas as prioridades no atendimento são basicamente as mesmas. Qualquer pessoa que tenha sofrido um acidente com trauma na cabeça, pescoço ou queda deve ser considerada como possível portador de lesão raquimedular, até que seja descartada a lesão.

Sendo assim o primeiro cuidado será muito importante. Na cena do acidente, uma pessoa deverá assumir o controle da cabeça do paciente para evitar a flexão, rotação ou extensão. A estabilização é feita colocando as mãos em ambos os lados da cabeça da vítima, aproximadamente na altura dos ouvidos para manter o alinhamento, porém recomenda-se não mexer na vítima até a chegada do serviço de urgência (SMELTZER; BARE, 2010).

Em um estudo realizado em 2011, cujo objetivo foi analisar comparativamente a incidência de fratura na criança e adolescente em três centros universitários de atendimento, concluiu que a incidência maior de fraturas foi em meninos, e segundo a etiologia dos traumatismos, as quedas da própria altura se destacaram, isto é, quedas do tipo bicicleta, patinete, patins dentre outras, seguindo pela queda de altura ou, de uma altura superior a da criança, por exemplo, quedas de escadas, árvores, caracterizando traumatismos mais graves (GUARNIERO *et al*, 2013).

Frente a um **ferimento**, a maioria das entrevistadas realizaria a limpeza do ferimento com água e sabão, entretanto houve respostas em que as professoras mencionam o uso de outros métodos, como pomadas e pressão com um pano sobre o ferimento. Pressão sobre o ferimento é uma conduta adequada para a hemostasia, mas o uso de pomadas não é recomendado, conforme já mencionado no estudo, pelas consequências secundárias que um medicamento não prescrito por profissional médico pode acarretar.

Acalmaria a criança, lavaria bem com água e sabão e ligaria para os pais. (Sujeito 1)

Lavaria com água e sabão. Após, não sendo muito grave passaria um antisséptico. (Sujeito 14)

Os ferimentos ou escoriações são geralmente lesões simples da camada superficial da pele ou mucosas. Para realizar os primeiros socorros as mãos devem ser lavadas antes de iniciar o atendimento. Após, o ferimento deverá ser lavado com bastante água e sabão e, se a área atingida for grande cobrir com gaze. Não se aplica nenhum medicamento sobre o ferimento e deve-se encaminhar a um profissional de saúde para avaliação (BRASIL, 2003).

Uma pesquisa mineira que investigou 6.854 documentos referentes a acidentes com crianças de 1 a 3 anos demonstrou que o tipo de acidente prevalente foi o trauma, ocorrido, principalmente, na região da cabeça e que a maior incidência de acidentes foi na faixa etária de 1 a 2 anos, no sexo masculino (SILVEIRA e PEREIRA, 2011).

Frente à **hemorragia no nariz ou membro**, quatro professoras mencionaram que estancariam a hemorragia, entretanto não relataram como seria este procedimento, uma delas falou que em caso de hemorragia nasal levantaria a cabeça da criança. O restante delas não respondeu ou referiram não saber como agir.

Estancaria o sangue. (Sujeito 9)

Se no nariz, colocar a cabeça da criança entre os joelhos e depois estancar. Num membro, estancar. (Sujeito 13)

A hemorragia é a perda de sangue através de ferimentos ou pelas cavidades naturais como nariz, boca, etc. As hemorragias podem ser arteriais ou venosas. A hemorragia arterial é aquela que o sangue sai em jato e pulsátil e apresenta uma coloração vermelho vivo e a hemorragia venosa é aquela em que o sangue é mais escuro e sai lentamente. Para conter uma hemorragia venosa, usa-se da pressão direta com um curativo compressivo e para conter uma hemorragia arterial, usa-se a técnica do ponto de pressão, que consiste em pressionar a artéria lesada contra o osso mais próximo para minimizar afluência de sangue. No caso de hemorragia no membro superior, um dos pontos de pressão é a artéria braquial que fica localizada na face interna do terço médio do braço. Em hemorragia no membro inferior, um ponto de pressão está na região inguinal, onde passa artéria femoral (BRASIL, 2003).

Nos casos de hemorragia nasal, deve-se acalmar a criança, afrouxar a roupa, sentá-la em lugar fresco e arejado com o tórax recostado e cabeça levantada e fazer uma leve pressão com os dedos sobre asa do orifício nasal de onde flui o sangue, e, sempre que possível, aplicar compressas frias sobre a testa e nuca. Caso não cesse o sangramento, pode-se introduzir uma gaze torcida na narina e pressionar. Encaminhar para assistência adequada (BRASIL, 2003).

Em **trauma com perda de dente**, as respostas versaram em pedir ajuda, e encaminhar ao dentista. Muitos respondentes deixaram em branco e somente uma das professoras respondeu que iria guardar o dente dentro de um copo de leite e iria encaminhar para o dentista. Portanto, é visível que a maioria das educadoras não sabe como proceder em caso de perda de dente por trauma.

Molhar um pano com água fresca e colocar onde saiu o dente e encaminhar ao pronto socorro. (Sujeito 13)

Guardar o dente dentro de um copo de leite e encaminhar ao dentista. (Sujeito 14)

A ocorrência de trauma dentário na infância é comum, sendo que o primeiro atendimento e a agilidade para encaminhar essa criança ao especialista, ação importante para o prognóstico. É importante salientar que este dente tem raiz e que no seu interior existe um canal por onde passam os nervos e vasos, e também, que o dente permanente está sendo formado muito próximo desta raiz, sendo assim, existe o risco de haver seqüela nos dentes permanentes, dependendo do trauma ocorrido (XAVIER, SOLDATI e BARBIN, 2010).

É recomendado entrar em contato, imediatamente, com o dentista. Se houver sangramento, estancá-lo com uma gaze e gelo. Quando o dente permanente sai totalmente (avulsão dental), deve-se colocar o dente imerso em leite gelado ou em temperatura ambiente ou ainda soro fisiológico. Se a criança estiver lúcida e tiver entendimento de situação esse dentinho poderá ser colocado dentro da boca, mas se o dente estiver sujo deve-se lavar antes, brevemente, com água corrente e encaminhar ao dentista (XAVIER, SOLDATI e BARBIN, 2010).

Em caso de **parada cardiorrespiratória** quatro professoras não saberiam como agir, três pediriam ajuda, uma entrevistada fazia respiração boca a boca e outra pressionaria o peito da criança, demonstrando, na sua maioria, condutas parcialmente corretas e não resolutivas.

Deitar a criança e pressionar o peito com as mãos e chamar o SAMU. (Sujeito 13)

Faria respiração boca a boca. (Sujeito 14)

Na ocorrência de uma parada cardiorrespiratória, recomenda-se que alguém chame socorro especializado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e outra pessoa inicie rapidamente as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Conforme as novas diretrizes da American Heart Association (AHA) de 2010, em crianças ou bebês sem respiração ou *gaspin*, iniciam-se rapidamente as manobras, com, no mínimo, 100 compressões/min, sendo que a profundidade da compressão em crianças fica acerca de 2 polegadas (5cm). Em caso de bebês, aprofunda-se a compressão em 4 cm, sempre permitindo o retorno total do tórax entre as compressões. As ventilações não deverão ser realizadas por socorristas não treinados ou treinados e não proficientes. Portanto, priorizam-se as compressões torácicas, somente com as mãos, até a chegada do socorro (GUIMARÃES *et al*, 2010).

No caso de uma ocorrência de **queimadura**, a maioria dos respondentes lavaria o ferimento com água corrente, que demonstra certo conhecimento; uma entrevistada referiu que usaria clara de ovo.

Na ocorrência de queimadura os primeiros socorros deverão ser realizados imediatamente. Nas queimaduras identificadas como sendo de primeiro grau deve-se limitar a lavagem com água corrente e fria, não aplicar gelo no local, pois causa a vasoconstrição e diminuição da irrigação sanguínea. Em qualquer tipo de queimadura é conveniente de manter o local lesado limpo e protegido (BRASIL, 2003).

No caso de queimaduras de segundo grau, além do imediato resfriamento do local, é necessário proteger o local com gaze ou pano limpo umedecido. Da mesma forma que em outros acidentes, é importante ressaltar, que não deve ser usado qualquer tipo de pomadas, creme ou unguentos no local. Realizado os primeiros socorros, encaminhar a vítima ao médico (BRASIL, 2003).

Colocaria primeiro embaixo de água corrente e pediria ajuda. (Sujeito 10)

Inicialmente bater uma clara de ovo e colocar para acalmar a ardência em seguida encaminhar ao pronto socorro. (Sujeito 13)

Diante de **insolação**, a maioria das entrevistadas não respondeu a pergunta. Algumas respostas envolveram dar água e utilizar gel pós-sol. Portanto, as respostas demonstram o desconhecimento sobre a conduta frente a este acidente.

Daria bastante água e ligaria para os pais. (Sujeito 1)

Utilizando pós sol. (Sujeito 13)

A insolação poderá ocorrer pela ação direta e prolongada dos raios de sol sobre o indivíduo e é caracterizada uma emergência médica. Alguns sintomas surgem lentamente, como a cefaleia, tonteira, náusea, pele quente e seca, pulso rápido. E outros sintomas aparecem bruscamente: a respiração é rápida e difícil, há palidez e, às vezes, desmaio e temperatura do corpo elevada (BRASIL, 2003).

O objetivo inicial é baixar a temperatura corporal, lenta e gradativa. Sendo assim, é necessário remover a pessoa para um local fresco e ventilado, remover o máximo de peças de roupa e, se estiver consciente, deverá ser mantida em repouso e recostada com a cabeça elevada; oferecer água fria. Poderão ser aplicadas compressas frias na testa, pescoço, axilas e virilhas e encaminhar ao

médico (BRASIL, 2003).

Em casos de **picada de insetos**, a maioria das professoras respondeu que usariam pomadas. Uma respondente verificaria se a criança tem algum tipo de alergia e outra referiu que usaria 'cobrina'.

Ligar para os pais, pedindo informação se a criança é alérgica e o que fazer e passar na picada do inseto. (Sujeito1)

Utilizaria uma pomada para insetos, buscaria ajuda. (Sujeito10)

Dependendo do inseto com alguma pomada para picada ou até mesmo cobrina. (Sujeito 14)

As picadas de insetos (abelhas, vespas, marimbondos, formigas e besouros) podem ocasionar reação alérgica de grande proporção sendo que constitui uma emergência aguda, pois as picadas em qualquer área do corpo possam deflagrar uma reação anafilática, sendo que as picadas na cabeça e pescoço são mais graves. As manifestações clínicas variam desde uma urticária local até um edema de laringe. Portanto quanto menor for o intervalo de tempo entre a picada e o início dos sintomas graves, pior será o prognóstico. Se apresentar-se congestão nasal, prurido, coriza e tosse, batimento de asa de nariz, angústia respiratória, prurido generalizado em todo corpo, rubor com sensação de calor, náuseas, vômitos dentre outros, deve-se suspeitar de sinais e sintomas da anafilaxia, situação que exige pronto atendimento médico (SMELTZER e BARE, 2010).

Se for picada de abelhas, deverá ser realizada a remoção do ferrão, pois a intoxicação pelo veneno está associada com os sacos existentes ao redor do ferrão. As picadas devem ser lavadas com água e sabão, com aplicação de gelo no local, o que auxilia na redução do edema e diminui a absorção do veneno (SMELTZER e BARE, 2010). Cabe ressaltar que não se deve administrar nenhum medicamento sem prescrição médica.

É oportuno salientar que as plantas consideradas medicinais podem ter propriedades diversas. Podem ser alimento, veneno ou medicamento. Um estudo que analisou a atividade medicinal e tóxica das plantas utilizadas por uma comunidade identificou 205 plantas com emprego medicinal. Dentre estas foram selecionadas e estudadas 60. Observou-se neste grupo a presença de 16 espécies com características tóxicas e com restrição quanto ao uso, conforme literatura especializada, tais como, figatil, alecrim, losna, arruda, sálvia, catinga de mulata, erva de santa maria, confrei, bardana, erva moura, aroeira, artemisia, sabugueiro, guiné, arnica e babosa que são utilizadas como planta medicinal e consideradas, na maioria das vezes, benéficas e inócuas à saúde (GOMES, GABRIEL e LOPES, 2001).

Oficinas de primeiros socorros: o relato dessa experiência

Após a etapa da análise e discussão dos dados organizou-se um encontro com as professoras participantes do estudo, de acordo com a disponibilidade de horário das mesmas. Neste momento, os resultados da pesquisa foram socializados e uma oficina de educação em saúde foi feita sobre condutas básicas em primeiros socorros.

Sendo assim, dia 14 de junho de dois mil e treze, às 18 horas e trinta minutos, em dia e horário pré-estabelecidos entre os pesquisadores e sujeitos do estudo, reuniram-se, em uma sala de aula, na escola, 12 sujeitos de um universo de 17. Neste momento, discutiu-se com as professoras o resultado do estudo e realizou-se uma oficina sobre as principais condutas de suporte básico de vida, sendo que, para esta oficina, foi utilizada uma boneca e, uma criança de cinco anos, filha de uma das pesquisadoras, que colaborou em algumas situações, contribuindo para que a atividade se

tornasse dinâmica.

Foram demonstradas manobras frente ao desmaio, ferimentos, convulsões, traumas musculoesqueléticos, de estabilização de cervical, massagem cardíaca, desobstrução de vias aéreas, entre outros. Posteriormente, foi entregue a cada participante uma apostila sobre noções básicas de primeiros socorros, contendo todos os passos da oficina. Também foi utilizada como recurso uma apresentação de slides sobre o tema, em multimídia. Todas as participantes assinaram uma ata de participação e demonstraram satisfação diante da atualização de conhecimentos manifestando a importância de atividades desta natureza para a preservação da vida e cuidado infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do estudo pôde-se perceber a preocupação das coordenadoras da instituição frente ao preparo dos professores no atendimento dos primeiros socorros aos seus alunos, o que vem ao encontro a inquietação da pesquisadora. O estudo demonstrou que, no cotidiano das professoras, vários acidentes ocorrem e que as mesmas se sentem despreparadas e inseguras para prestar os primeiros socorros. Os sujeitos do estudo justificam que a insegurança está associada à falta de conhecimento. Entretanto, mesmo sem conhecimento completo do assunto, tentam prestar o socorro.

Sabe-se que primeiros socorros realizados de forma incorreta poderão deixar sequelas e até mesmo levar a óbitos. Tendo em vista esta preocupação, é relevante a introdução de uma disciplina que verse sobre primeiros socorros, no currículo da graduação do curso de pedagogia, de modo a preparar as professoras para atendimento em emergências. Não se trata de negligenciar a ação do serviço especializado, mas oferecer conhecimento sobre suporte básico de vida, que auxiliará no socorro, até que este serviço chegue ao local.

Além disso, é necessário que o enfermeiro, como um profissional educador para o cuidado, contribua, sistematicamente, para a formação e atualização destes professores de modo a instrumentalizá-los, tendo em vista a preservação da vida.

REFERÊNCIAS

- ABDER-RAHMAN, H. A. Engajamento em bebês após busca às cegas com os dedos. *Jornal de Pediatria*, v. 85, n.3, p. 273-275, 2009.
- BARACAT, E.C.E. *et al.* Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas - SP. *Jornal de Pediatria*, v. 76, n.5, p.368-374, 2000.
- BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem**. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>>. Acessado em: 09 set. 2012.
- _____. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). **Lei N°8.069, de 13 de Julho de 1990**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acessado em: 22 mai. 2012.
- _____. Ministério da Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Infantil**. Secretaria de educação Básica. Brasília: MEC, SEB, 2010. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br>>. Acessado em 18 mai. 2012.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil**. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>>. Acessado em set. 2012.
- _____. Ministério da Educação e do Desporto. **Secretaria de Educação Fundamental. Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil**. Brasília: MEC/SEF, 1998. vol 1

- _____. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos: **Resolução 466/12. Brasília (DF)**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br>>. Acessado em: 20 mai. 2012.
- _____. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. **Sistema Nacional de Informações Tóxico – Farmacológicas - SINITOX**. Casos Registrados de intoxicação Humana e Envenenamento. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acessado em 7 set. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de primeiros socorros**. Fundação Oswaldo Cruz. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. 2001. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acessado em 28 mai. 2012.
- CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books; 1996.
- FORTES, J.I. *et al.* (Coord.) **Livro do Aluno: urgência e emergência**. São Paulo: FUNDAP; 2010.
- GANDOLFI, E; ANDRADE, MGG. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Revista Saúde**, v. 40, n.6, p. 1056-1064, 2006.
- GUARNIERO, R. *et al.* Estudo observacional comparativo de fraturas em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 46, supl. 4, p.32-37, 2011.
- GUIMARÃES, H.P *et al.* **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. Dallas, Texas: American Heart Association, GUIDELINES, RCP; ECC, 2010.
- GOMES, E.C *et al.* Plantas medicinais com características tóxicas usadas pela população do município de Morretes, PR. **Revista Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 77-80, 2001.
- LEITÃO, F.B.P. *et al.* Prevenção e atendimento inicial do trauma e doenças cardiovasculares: um programa de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 419-423, 2008.
- LOPES, E.F.S. *et al.* Educação em Saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. **Clinical and Biomedical Research**, [S.l.], v. 27, n. 2, nov. 2007. ISSN 2357-9730. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/2063>>. Acesso em: 12 Mai. 2014.
- MACIEL, W. Acidentes Domésticos. **Sociedade Brasileira de Pediatria-SBP**, 2010. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>>. Acessado em: 09 set. 2012.
- MALTA, D.C *et al.* Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos. Brasil, 2006 a 2007, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1669-1679, 2009.
- MARANHÃO, D.G.. O conhecimento para preservar a vida: um tema delicado. **Veras - Revista Acadêmica de Educação do ISE Vera Cruz**, v.1, n. 2, p. 255-271, 2011.
- MARTINS, C.B.G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.3, p.344-348, 2006.
- MATHIAS, T.A.F.; ASSUNÇÃO, N.A.; SILVA, G.F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 445-453, 2008.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2010.
- PERGOLA, A.M; ARAUJO, I.E.M. O leigo em situação de emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, 2008.
- SILVEIRA, D.C.; PEREIRA, J. T. Acidentes prevalentes em crianças de 1 a 3 anos em um pronto-socorro de Belo Horizonte no ano de 2007. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.2, p. 181-189, 2011.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. v.4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

XAVIER, C. B; SOLDATI, D.C.; BARBIN, E.L. Manejo das Avulsões Dentárias Traumáticas em Dentição Permanente. **Plataforma de Ensino Continuada de Odontologia e Saúde**, 2010. Disponível em: <http://www2.ufpel.edu.br/pecos/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=123 . Acessado em: 09 abr. 2013.