

MARINA GOMES PEREIRA SARDINHA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

MARIANA FRANCO DE OLIVEIRA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

LETÍCIA TOLDI DE CARVALHO

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

YTAO BRUNO DO NASCIMENTO SOARES

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

CAMILA FRANZIN MARQUES

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

DANIELA PAOLI DE ALMEIDA

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

FERNANDO PEREIRA DE SÁ

*Centro Universitário Lusíada, UNILUS,
Santos, SP, Brasil.*

*Recebido em julho de 2019.
Aprovado em dezembro de 2019.*

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO EM PRIMEIROS SOCORROS APLICADOS À CRIANÇA

RESUMO

Estudo de campo realizado em quatro escolas do município de Santos com educadores de crianças na faixa etária de cinco a nove anos de idade. O objetivo baseou-se na identificação do grau de conhecimento dos profissionais quanto à abordagem das noções básicas de primeiros socorros e da capacidade de atuação em emergência no ambiente escolar. A amostra de 81 participantes foi colhida através de um questionário de múltipla escolha, cujo aproveitamento variou entre 21.4% a 78.6% de acerto. Os principais erros consistiram no despreparo na realização da ressuscitação cardiopulmonar (RCP), manejo incorreto de via aérea obstruída, desrespeito à sequência correta de atendimento e desconhecimento acerca do desfibrilador externo automático. O estudo evidenciou que o nível de conhecimento em primeiros socorros dos educadores é baixo. Não houve diferença estatística entre as escolas municipais e privadas, assim como entre os participantes que possuíam treinamento prévio. Apesar dos resultados, os profissionais estão dispostos a obter treinamento adequado na área. Frente aos diversos fatores de risco, que as crianças estão expostas nas escolas, se faz necessário discutir a implementação de um curso em primeiros socorros com atualizações periódicas nesses locais afim de reduzir o número de injúrias na infância.

Palavras-Chave: primeiros socorros; crianças; docentes; instituições acadêmicas.

KNOWLEDGE EVALUATION IN FIRST AID APPLIED TO CHILDREN

ABSTRACT

Field study conducted in four schools in the municipality of Santos, with educators of children in the age group of five to nine years old. The study was based on the identification of the professional's knowledge degree regarding the approach to the basic notions of first aid and the capacity of emergency action in the school environment. A sample of 81 participants was collected through a multiple choice questionnaire, whose scores ranged from 21.4% to 78.6% of accuracy rate in answers. The key errors consisted in the lack of preparation in the accomplishment of the cardiopulmonary resuscitation (CPR), incorrect handling of obstructed airway, failure to observe the correct sequence of care and lack of knowledge about the automatic external defibrillator. The study showed that the knowledge level of educators regarding first aid procedures is low. There was no statistical difference between the municipal and private schools, as well as among those participants who claimed to have previous training. Despite the results, professionals are willing to accept adequate training in the area. In view of the different risk factors to which children are exposed in schools on a daily basis, it is necessary to discuss the implementation of a first aid course with periodic updates in such places, in order to reduce the number of childhood injuries.

Keywords: first aid; child; faculty; schools.

INTRODUÇÃO

Os acidentes contribuem para multiplicar direta e indiretamente os gastos com saúde de uma população, aumentando despesas com tratamento, exames, hospitalizações e reabilitação [1, 2]. Além dos custos sociais, econômicos e emocionais, os acidentes produzem sequelas que a longo prazo repercutem na família e na sociedade, com danos psicossociais, lesões permanentes e eventualmente o óbito [2].

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte entre crianças de 0 a 9 anos [3], e entre elas, recebem destaque os acidentes de trânsito, seguidos dos afogamentos e sufocação [4], gerando um aumento de 425.751 internações hospitalares e 20.757 mortes num período de 2001 a 2016 [5].

Medidas preventivas favorecem condições capazes de reduzir situações de riscos [6]. Caso medidas de prevenção falhem e ocorra um acidente, o atendimento correto nos primeiros momentos após o evento contribui para aumentar as chances de sobrevivência [7].

Primeiros socorros são considerados como sendo as primeiras medidas e ações de suporte básico que devem ser realizadas no local do acidente, visando minimizar os agravos. De acordo com o Ministério da Saúde, qualquer pessoa treinada poderá prestar os primeiros socorros, conduzindo-se com serenidade, compreensão e confiança [8]. No espaço escolar é comum a ocorrência de acidentes pela existência de locais de risco, dentre os quais se destacam: pátios, corredores, parques, banheiros, salas de aula, escadas e quadras poliesportivas [9].

Os acidentes escolares são mais prevalentes a partir dos 4 anos de idade [10] e constituem um problema de saúde pública de proporções significativas [11]. A natureza dos acidentes escolares difere significativamente por faixa etária, e existem diferenças importantes entre as características das lesões que ocorrem na escola e aquelas que ocorrem fora da escola [11].

Neste cenário, os professores possuem grande chance de presenciar a situação, e devem tomar as decisões e providências corretas. No entanto, a literatura diverge ao estudar a capacidade desses profissionais em realizar o atendimento adequado [12]. Em um estudo realizado por Abernethy et al., os resultados apontam para o insuficiente conhecimento de professores como a principal causa da incapacidade de lidar com situações de emergência [12]. Entretanto, Patsaki et al. conclui em seu trabalho que professores mostram boa capacidade de no manejo destas situações [13].

Uma pesquisa do conhecimento sobre a aplicação dos primeiros socorros pelos professores no seu ambiente de trabalho, pode ser um meio importante para identificar a necessidade ou não de capacitá-los para prestarem os primeiros socorros logo após os acidentes ou intercorrências clínicas ocorridas nas escolas, visando a redução dos índices de morbimortalidade no ambiente escolar.

Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo a identificação do grau de conhecimento dos profissionais quanto à abordagem das noções básicas de primeiros socorros e da capacidade de atuação em emergência no ambiente escolar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de campo realizado, no período entre dezembro de 2017 e julho de 2018, em quatro escolas do município de Santos com educadores de crianças na faixa etária de cinco a nove anos de idade. Por intermédio da Secretaria de Educação, foi realizado uma escolha aleatória entre quatro escolas de um bairro do município de Santos, sendo duas escolas privadas e duas escolas municipais. O município de Santos possui 329 escolas, sendo noventa e seis escolas municipais, vinte e sete estaduais e duzentas e seis privadas.

Foram incluídos no estudo todos os educadores de crianças entre a faixa etária de 5 a 9 anos que lecionavam nas escolas selecionadas. Ao total participaram da pesquisa 81 educadores, após assinatura de um consentimento livre e esclarecido. Educadores de crianças acima ou abaixo da faixa etária avaliada e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa foram excluídos da pesquisa. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Lusíada (UNILUS) e pela Secretaria de Educação da prefeitura de Santos; e aprovado pela Plataforma Brasil.

Os dados a respeito do conhecimento em primeiros socorros foram coletados por meio de um questionário de múltipla escolha, dividido em 3 sessões. Os participantes não foram autorizados a acessarem qualquer material de referência durante a resolução do questionário.

Seção A contava com os dados demográficos sobre os participantes do estudo como: idade, grau de escolaridade e se havia formação prévia em primeiros socorros. Seção B era composta de 10 questões de múltipla escolha que avaliavam o grau de conhecimento a respeito da intervenção de primeiros socorros, a correta aplicação do método e como solicitar ajuda. Cinco pontos foram adicionados a cada resposta correta e nenhum ponto foi dado para respostas incorretas ou aquelas assinaladas como "NÃO SEI". Nas questões onde haviam mais de uma alternativa correta, cinco pontos foram adicionados para cada alternativa correta e zero pontos para as alternativas incorretas, como nessas questões o número de alternativas corretas era equivalente ao número de alternativas incorretas, cada alternativa incorreta assinalada anulava uma alternativa correta, dessa forma evitava o viés do participante que assinalou todas as alternativas sem o conhecimento adequado. A soma de pontos poderia apresentar variação de 0 a 70. Consideramos aproveitamento maior ou igual a 80% para estar apto a prestar os primeiros socorros, em concordância com o guideline da Academia Americana de Pediatria [14]. A seção C foi composta de 3 questões que avaliaram o autoconhecimento sobre primeiros socorros de cada participante e se julgavam ou não importante o aprendizado nessa área.

Para descrição da amostra, variáveis qualitativas foram apresentadas segundo distribuição absoluta e relativa. Variáveis quantitativas segundo média e desvio padrão. No intuito de avaliar fatores associados à melhor pontuação do questionário aplicado, realizou-se teste t de Student, considerando diferenças médias entre a pontuação e variáveis sociodemográficas e educacionais.

Por meio de gráficos e tabelas foram descritas prevalência de erros e acertos, assim como uma análise pormenorizada das opções consideradas pelos participantes da pesquisa. Considerou-se como significante valores de $p < 0,05$. Valores de p entre 0,05 e 0,20 foram ressaltados na apresentação dos resultados, indicando necessidade de investigação em futuros estudos. Todas as análises foram realizadas utilizando o software Stata versão [13, 1].

RESULTADOS

Ao final do estudo, 81 educadores de crianças de cinco a nove anos em quatro escolas de ensino fundamental, 2 municipais e 2 particulares, participaram do estudo, sendo setenta e nove do sexo feminino e dois do sexo masculino. Com média etária de 43,4 anos, 86,4% da amostra apresentava curso superior completo. Cinquenta e seis participantes eram educadores da rede pública de ensino do município de Santos e vinte e cinco da rede privada. Do total de participantes, 38,9% já haviam realizado curso de primeiros socorros, sendo que 37,1% há 10 anos ou mais.

Com pontuação podendo variar entre 0 e 70, a média de pontos dos participantes da pesquisa foi de 34,3 pontos, o que corresponde a um percentual de acerto de 48,9% (Tabela 1). A porcentagem de aproveitamento dos participantes variou

entre 21,4% e 78,6%. Foi testada a associação entre pontuação total e características sociodemográficas, assim como nível educacional e formação complementar. Não foram encontradas relações significativas, conforme pode ser observado na Tabela 2. Os educadores de escolas particulares apresentaram média superior aos educadores de escolas municipais, considerando p valor <0,20. O treinamento prévio em primeiros socorros não se apresentou como fator relevante (Tabela 2).

Tabela 1. Descrição das características de educadores de crianças de 5 a 9 anos em 4 escolas de ensino fundamental na cidade de Santos. Santos, 2018.

	N	%
Sexo		
Feminino	79	97,5
Masculino	2	2,5
Idade (média)*	43,43	(10,4)
Idade		
Até 48 anos	46	66,7
49 anos ou mais	23	33,3
Nível educacional		
Até nível médio	8	13,6
Superior ou mais	51	86,4
Tipo de escola em que trabalha		
Municipal	56	69,1
Particular	25	30,9
Treinamento em primeiros socorros		
Não	44	61,1
Sim	28	38,9
Tempo desde o treinamento		
Menos de um ano	6	22,2
Entre 1 e 5	9	33,3
Entre 5 e 10 anos	2	7,4
maior que 10 anos	10	37,1
Pontuação total*	34,3	(9,2)
Percentual de acertos*	48,9	(13,1)

*Dados reportados em média e (DP)

Tabela 2. Relação entre pontuação total atingida pelos entrevistados e variáveis de interesse. Santos, 2018.

Grupos	Média	DP	P valor
Sexo			
Feminino	34,43	9,06	0,297
Masculino	27,5	17,98	
Idade			
Até 48 anos	34,02	8,34	0,821
49 anos ou mais	33,48	11,12	
Nível educacional			
Até nível médio	34,11	9,37	0,657
Superior ou mais	32,5	10,69	
Tipo de escola em que trabalha			
Municipal	33,21	9,56	0,128
Particular	36,6	8,12	
Treinamento em primeiros socorros			
Não	33,41	8,81	0,583
Sim	34,64	9,9	

Dentre os 28 educadores que fizeram curso de primeiros socorros, 20 (37,7%) eram de escolas municipais, e 8 (42,1%) eram de escola particular. Procedendo o teste qui - quadrado para verificar diferença de grupos, não observamos diferenças significativas entre os grupos (p valor 0,737).

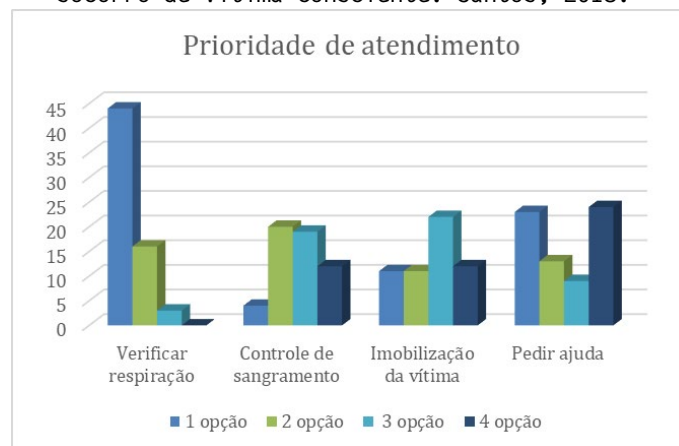
Com relação a questão sobre o reconhecimento das ações que exigem o acionamento do resgate, as situações com maior percentual de resposta foram: choque elétrico (17,12%), convulsão (16,44%) e queda do telhado (16,44%) (Tabela 3).

A respeito da prioridade de atendimento na cadeia de sobrevivência da infância, a primeira ação realizada pelos entrevistados foi verificar se a vítima respira, seguida do controle do sangramento; na terceira posição, a ação assinalada foi a imobilização da vítima e como quarta ação, os entrevistados optaram por pedir ajuda (Figura 1).

Tabela 3. Distribuição absoluta e relativa das respostas da questão "Qual (is) das situações abaixo você considera um caso de urgência, sendo necessário acionar o resgate?" (múltipla escolha). Santos, 2018.

	N	%(respostas)
Choque elétrico	75	17,12
Convulsão	72	16,44
Queda de telhado	72	16,44
Desmaio	57	13,01
Queda de muro	57	13,01
Queimadura	52	11,87
Engasgo	43	9,82
Pequenas quedas	6	1,37
Todas	2	0,46
Dor de barriga	1	0,23
Vômito	1	0,23
Diarréia	0	0
Febre	0	0
Não sabe	0	0

Figura 1. Descrição da colocação frente a prioridades no socorro de vítima consciente. Santos, 2018.



Quando avaliados sobre o reconhecimento de via aérea obstruída, 79% dos entrevistados conseguiram reconhecer uma obstrução de via aérea. Nesse quesito, o reconhecimento de via aérea obstruída foi a questão com maior porcentagem de acerto pelos participantes do estudo. (Figura 2). Quanto à abordagem frente a uma obstrução de via aérea devido à inserção de objeto estranho na boca, 39,3% dos entrevistados recorreriam à emergência e 37 (24,7%) educadores tentariam remover o objeto. Apenas 3 indivíduos relataram não saber qual conduta assumir (Tabela 4).

Figura 2. Distribuição de escolhas das alternativas da questão 3. Santos, 2018.

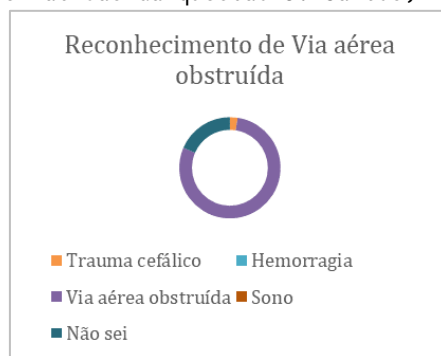


Tabela 4. Distribuição absoluta e relativa das respostas da questão "No caso de história de ter colocado um objeto estranho na boca, seguida de obstrução da via aérea e inconsciência, qual a abordagem necessária?" (múltipla escolha). Santos, 2018.

	n	%(respostas)
Chamar a emergência	59	39,3
Remover o objeto	37	24,7
Realizar compressões torácicas	36	24,0
Promover ventilação	14	9,3
Não sabe	3	2,0
Dar água	1	0,7

Os erros mais frequentes em relação à correta abordagem no caso de obstrução da via aérea ocorreram na falta em realizar a ventilação (Figura 3). Na avaliação sobre ressuscitação cardiopulmonar na criança, foi perguntado sobre o reconhecimento para iniciar o protocolo de ressuscitação. Nesse quesito, 37 entrevistados (45,7%) sabem reconhecer quando iniciar o protocolo de ressuscitação cardiopulmonar na criança, 21 (25,9%) erraram ao iniciar o protocolo e 23 (28,4%) não sabem quando iniciar uma massagem cardiopulmonar na criança. Contudo, quando avaliados sobre o número de compressões torácicas e o local exato para a sua realização, 69,1% e 51,9% erraram, respectivamente, o número e o local das compressões torácicas (Figura 4).

Figura 3. Prevalência de erros mais evidentes encontrados na questão 5. Santos, 2018.

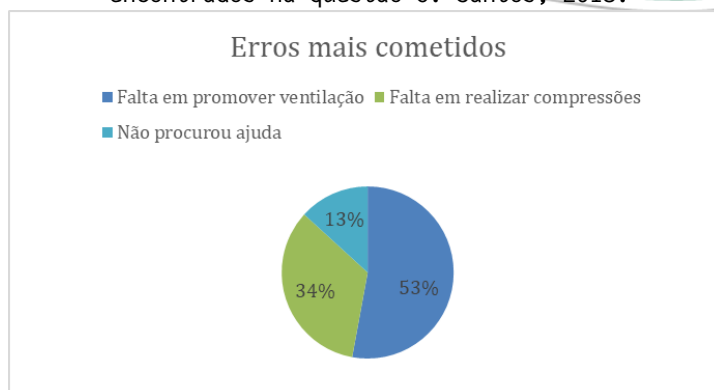
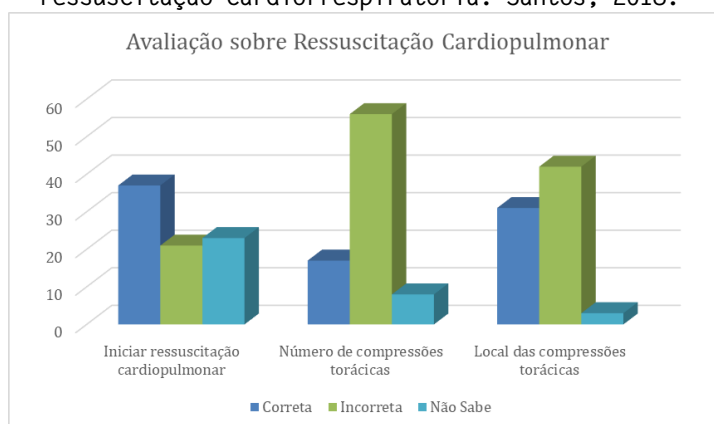


Figura 4. Avaliação sobre a abordagem em ressuscitação cardiopulmonar. Santos, 2018.

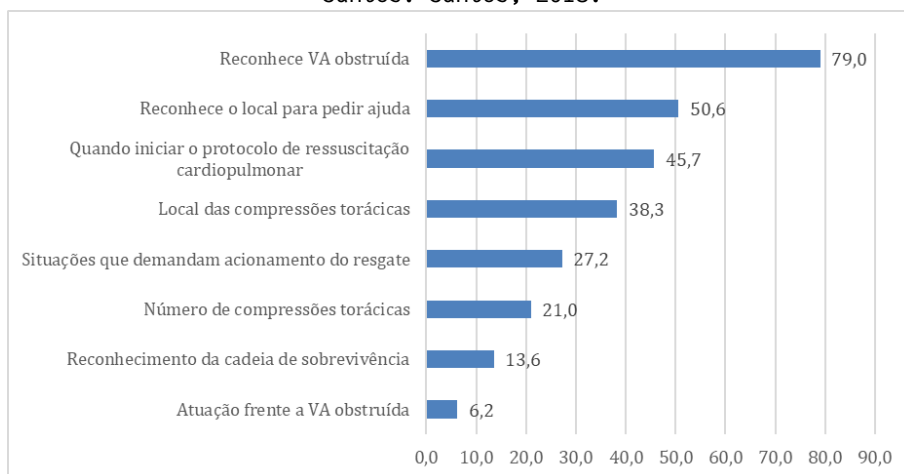


A tabela 5 apresenta descrição do número absoluto e relativo de questões assinaladas correta e incorretamente no presente estudo. A maior prevalência de erro ocorreu nas questões sobre a correta abordagem frente a via aérea obstruída (90,1%), reconhecimento da cadeia de sobrevivência (86,4%) e quais situações são necessárias acionar o resgate (72,8%). Do total da amostra, 28,4% não souberam responder a questão sobre reconhecer a necessidade de iniciar a ressuscitação cardiopulmonar. De modo gráfico podemos observar as questões com maior prevalência de resposta correta na Figura 5.

Tabela 5. Descrição do perfil de respostas, considerando respostas corretas, incorretas e alternativa "não sabe". Santos, 2018.

	Correta		Incorreta		Não Sabe	
	N	%	n	%	n	%
Quais situações acionam o resgate	22	27,2	59	72,8		
Reconhecimento da cadeia de sobrevivência	11	13,6	70	86,4		
Reconhecimento de via aérea obstruída	64	79,0	2	2,5	15	18,5
Abordagem frente a via aérea obstruída	5	6,2	73	90,1	3	3,7
Início do protocolo de ressuscitação cardiopulmonar	37	45,7	21	25,9	23	28,4
Reconhecer o local para pedir ajuda	41	50,6	34	42,0	6	7,4
Número de compressões torácicas	17	21,0	56	69,1	8	9,9
Local das compressões torácicas	31	38,3	42	51,9	8	9,9

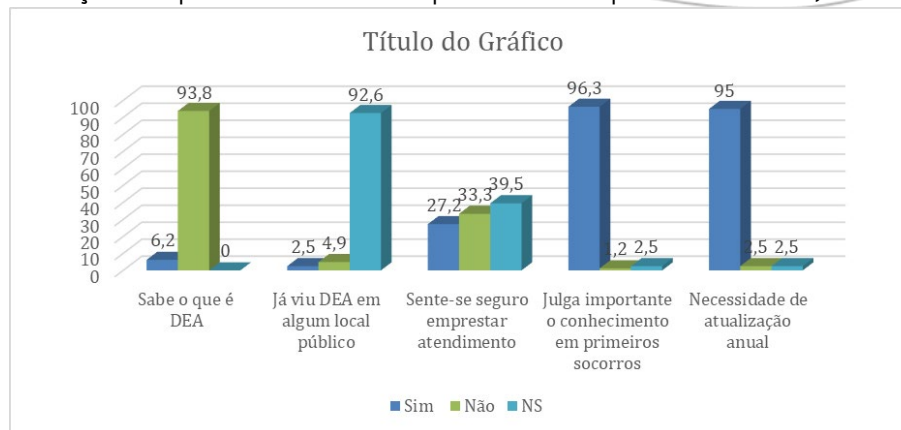
Figura 5. Descrição do percentual de acerto de cada questão avaliado no questionário aplicado a educadores do município de Santos. Santos, 2018.



Com relação às questões da seção C, observou-se que 76 participantes (93,8%) não sabem o que é DEA, e 27,2% deles se julgam seguros em realizar o primeiro atendimento à vítima.

Quando questionados sobre a importância do conhecimento em primeiros socorros nos educadores, 96,3% julgam importante. Além disso, 95% dos educadores acreditam que existe a necessidade de atualização em primeiros socorros pelo menos 1 vez ao ano. (Figura 6).

Figura 6. Descrição das respostas apresentadas por educadores em relação às questões 9 a 13 do questionário aplicado. Santos, 2018.



DISCUSSÃO

O trauma é a principal causa de morte em crianças e adultos jovens, e um dos maiores problemas de saúde pública no mundo¹⁵. Segundo o Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes com Crianças e Adolescentes, 830 mil crianças morrem vítimas de acidentes anualmente em todo o mundo [16].

As primeiras horas após um acidente são as mais importantes para se garantir a recuperação, sobrevivência das pessoas feridas; e evitar ou diminuir o índice de sequelas e danos [17].

A frequência com que pessoas leigas aplicam os primeiros socorros no mundo varia de 10.7% a 65% [18]. De acordo com a revisão sistemática publicada na *Acta Anesthesiologica Scandinavica*, em 83.7% destes casos o procedimento é aplicado de forma incorreta. Em 2013, uma pesquisa nos EUA mostrou que apenas 20% da população leiga sabia como realizar corretamente o ciclo de compressões efetivas proposto na Ressuscitação Cardiopulmonar (CPR), enquanto 75% sentiam-se confortáveis em realizar este procedimento¹⁹. Em nosso estudo 27,2% se julgavam seguros na realização do procedimento, no entanto 69,1% erraram o número de compressões torácicas e 51,9% o local correto das compressões.

Os professores são os profissionais que estão em contato direto com os alunos e mais propensos a testemunhar os acidentes no ambiente escolar, portanto, treinar estes profissionais torna-se necessário para a implementação dos primeiros socorros de forma rápida e eficaz, minimizando o tempo de espera ao atendimento inicial e os danos à saúde [19, 20]. Contudo, existe um despreparo por parte desses profissionais em relação à execução do atendimento inicial, o que gera insegurança e nervosismo, podendo resultar no mau manejo da vítima e acarretar agravamento da situação médica [19].

Nosso estudo revelou que 100% da amostra estudada não possui aproveitamento adequado para a realização do manejo inicial à vítima. Isso é corroborado por um estudo realizado na China, onde também se aplicou o score do guideline da Academia Americana de Pediatria e verificou-se que apenas 3,7% dos pesquisados atingiram a porcentagem mínima para serem considerados aptos [21].

Do total da amostra estudada, apenas 38,9% realizaram curso de primeiros socorros, sendo que destes, a maioria (37,1%) havia feito há mais de 10 anos. Isso pode explicar o volume de educadores que não estão aptos a realizar primeiros socorros encontrados em nosso estudo, pois o treinamento deve ser repetido periodicamente no intuito de manter a realização adequada dos primeiros socorros [22]. Li et al ratifica isso através de um estudo em que investigou o conhecimento dos professores no período de seis meses, nove meses e quatro anos após a realização de treinamentos

sobre primeiros socorros aplicados às crianças. Concluiu-se que o conhecimento reduziu ao longo do tempo que e a intervenção educacional melhorou a apreensão e aplicação do conhecimento a curto e longo prazo [22].

Entre as principais causas de acidentes relacionados a faixa etária estudada, a sufocação que pode levar a criança a um estado hipóxico, culmina fortemente com a parada cardiorrespiratória (PCR) nessa idade. Diante disso a ventilação é crucial na reanimação pediátrica e o suporte básico de vida obedece a sequência A-B-C (Airway, Breathing, Circulation) [23].

Diante de uma vítima em PCR na faixa etária pediátrica, o protocolo de atendimento obedece a uma cadeia de sobrevivência. Nela, os procedimentos sucedem-se de forma encadeada e obedecem a seguinte sequência: prevenção, ressuscitação cardiopulmonar (RCP) precoce e de alta qualidade, rápido acesso ao sistema de urgência-emergência, suporte avançado de vida, seguido do cuidado integrado pós-PCR [24].

O reconhecimento da criança que está prestes a entrar em PCR é primordial. Dessa forma, protocolos sistematizados e baseados em evidências científicas têm sido publicados pela American Heart Association (AHA) [23]. Na sua última atualização, essa entidade enfatiza que se a vítima de PCR estiver no ambiente extra hospitalar, os elementos para o atendimento estarão na comunidade. Dessa forma, leigos devem reconhecer a PCR, chamar ajuda e iniciar a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) até que uma equipe treinada do Sistema Médico de Emergência (SME) chegue ao local, assuma a responsabilidade e faça o transporte para um hospital adequado [24]. Para os algoritmos da PCR, a AHA recomenda o início do protocolo somente com as mãos (hands only) e que seja respeitada a relação 30 compressões seguidas de 2 ventilações quando há 1 socorrista; e 15 compressões com 2 ventilações quando 2 socorristas treinados estão presentes [23].

No presente estudo, a obstrução de vias aéreas, foi facilmente reconhecida pelos participantes (79%), assim como o reconhecimento de uma vítima em parada cardiopulmonar (45,7%). Contudo, a correta abordagem respeitando a cadeia de sobrevivência descrita acima, só esteve presente em 13,6% das respostas, o que impacta diretamente na sobrevida da vítima. Além disso, em relação ao suporte básico de vida pediátrico, a sequência A-B-C, só foi respeitada em 6,2% dos entrevistados, e a principal falha se deu em promover a ventilação (53%). Distribuição similar ocorreu em um estudo de 2015 conduzido em Burundi, na África, envolvendo 30 professores, onde foi demonstrado que 60% dos educadores possuíam conhecimento inadequado sobre o manejo das vias aérea e 90% não conseguiram colocar a vítima na posição de recuperação [25]. O posicionamento adequado durante a recuperação não foi avaliado por esse estudo.

No ambiente extra hospitalar, a desfibrilação pode ser realizada por meio do desfibrilador automático externo (DEA) e seu uso para crianças foi preconizado pela AHA desde 2005 por ter contribuído para o aumento da sobrevida [26]. Assim, a International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) recomendou que o treinamento com o uso do desfibrilador externo faça parte do currículo de escolas de ensino médio [27]. No entanto, ressalta-se que o equipamento deve estar disponível para uso, pois as manobras de ressuscitação nunca devem ser abandonadas na tentativa de obtê-los [25]. No Brasil, o DEA só é equipamento obrigatório em locais com circulação acima de 2 mil pessoas [28].

Ao serem questionados a respeito do desfibrilador externo automático, 93,8% dos participantes desconhecem o que é DEA. Dessa forma, o seu uso no suporte básico de vida não é corriqueiro, o que torna a criança mais susceptível a um pior desfecho.

Frente às discussões referidas, é evidente que a proposta de ações que envolvam a saúde e educação com relação aos primeiros socorros continua um desafio uma vez que há o cenário de professores não qualificados para fornecer o cuidado inicial

no local [23]. Por isso, ensinar e popularizar as práticas de primeiros socorros são de fundamental importância no ambiente escolar, sobretudo a partir da figura dos professores [29].

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que o nível de conhecimento em primeiros socorros dos educadores é baixo. Não houve diferença estatística entre as escolas municipais e privadas, assim como entre os participantes que possuíam ou não treinamento prévio em primeiros socorros, o que pode estar relacionado com o tempo em que o treinamento foi realizado.

Apesar do resultado encontrado, os profissionais se mostraram dispostos a obter treinamento adequado na área. Frente aos diversos fatores de risco que as crianças estão expostas nas escolas, se faz necessário discutir a implementação de um curso em primeiros socorros com atualizações periódicas nesses locais, afim de reduzir o número de injúrias na infância.

REFERÊNCIAS

1. SECRETARIA do Estado de São Paulo. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. São Paulo: Rev Saúde Pública; 2006. 553-556 p.
2. MINISTÉRIO da Saúde. Uma análise da situação em saúde. Brasília: Saúde Brasil; 2008.
3. MINISTÉRIO da Saúde. Acidentes e Violências [internet]. 2017. [Acesso em: 04 ago. 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias>
4. Brasil CS. Ranking dos acidentes que mais matam e ferem crianças no Brasil [2018] [internet]. 2018. [Acesso em: 04 ago. 2018]. Disponível em: <https://criancasegura.org.br/noticia/ranking-dos-acidentes-que-mais-matam-e-ferem-criancas-no-brasil-2018/>.
5. Brasil CS. Conheça os dados sobre acidentes [internet]. 2018. [Acesso em: 18 jul. 2018]. Disponível em: <https://criancasegura.org.br/dados-de-acidentes/>.
6. Matos KF, Martins CBG. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: Uma revisão bibliográfica. 14. ed. São Paulo: Rev Espaço Para Saúde; 2013. 82-93 p.
7. Rocha MPS, Alcantara C. Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência. Brasília: Avw Instituto; 2011.
8. FIOCRUZ. Manual de Primeiros Socorros: Ministério da Saúde. Brasil: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
9. Cardoso TAO. Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
10. Rogmans W. Education and legislation are key to preventing child injuries. Who: Bull World Health Organ; 2009. 334-335 p.
11. Linakis JG, Amanullah S, Mello MJ. Emergency Department Visits for Injury in School-aged Children in the United States: A Comparison of Nonfatal Injuries Occurring Within and Outside of the School Environment. Usa: Acad Emerg Med; 2006.
12. Abernethy L et al. Immediate care of school sport injury. Usa: Injury Prevention; 2003. 210-273 p.

13. A Patsak et al. Evaluation of Greek high school teachers knowledge in basic life support, automated external desfribillation, and foreign body airway obstruction: Implications for nursing interventions. Usa: Journal Of Emergency Nursing; 2012. 176-181 p.
14. AMERICAN Academy of Pediatrics: First aid for caregivers and teachers. Eua: Sudbury: Jones & Bartlett Publishers; 2007
15. MINISTÉRIO da Saúde. Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
16. Malta DC et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva; 2009. 1669-1679 p.
17. Tannvik TD, Bakke HK, Wisborg T. A systematic literature review on first aid provided by laypeople to trauma victims. Eua: Acta Anaesthesiol Scand; 2012. 1222-1227 p.
18. Urban J et al. Current knowledge of and willingness to perform Hands-Only CPR in laypersons. Eua: Resuscitation; 2013. 1574-1578 p.
19. Silva HTF, Marques IAC, Barros LCS. A importância da aplicação do treinamento e desenvolvimento nas organizações. Itpac: Revista Científica do Itpac; 2013.
20. Li F et al. Pediatric first aid knowledge and attitudes among staff in preschools of Shanghai. China: BMC Pediatrics; 2012. 121 p.
21. Li F et al. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: A longitudinal cohort study in China. China: BMC Pediatric; 2014. 1-8 p.
22. Carvalho P.R.A. et al. Diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar pediátrica: 2015. São Paulo: Resid Pediatric; 2016. 155-163 p.
23. Adrien N, Onesphore H. Evaluation of first aid knowledge among elementary school teacher in Burundi. Burundi: Int J Sports Sci Fitness; 2015. 304 p.
24. Akahane M et al. Characteristics and outcomes of pediatric out-of-hospital cardiac arrest by scholastic age category. Eua: Pediatr Crit Care Med; 2013. 130-136 p.
25. Cave DM et al. Importance and implementation of training in cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation in schools: a science advisory from the American Heart Association. Eua: American Heart Association; 2011. 691-706 p.
26. CPR in Schools Legislation Map: American Heart Association [internet]. [Acesso em: 09 ago. 2018]. Disponível em: https://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPRECC/Programs/CPRInSchools/UCM_475820_CPR-in-Schools-Legislation-Map.jsp
27. Oliveira IS et al. Conhecimento dos educadores sobre a prevenção de acidentes na infância. Ufpe: Rev Enferm; 201. 279-285 p.
28. BRASIL Código Penal: Decreto lei nº 12.736, de 15 de outubro de 2007. São Paulo: Coletânea de Legislação - Edição Federal; 2007.
29. Neto NMG, Caetano JA, Barros LM, Silva TM, Vasconcelos EMR. First aid in schools: construction and validation of an educational booklet for teachers. Universidade federal do Ceará. Pernambuco. Acta Paul Enferm 2017; 30(1):87-93.