**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALINE FAGNANI PEREIRA PINEDA

**ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
POR LEIGOS: ESTUDO DE CASO DE UM PROCESSO
EDUCATIVO**

**SÃO PAULO
2012**

ALINE FAGNANI PEREIRA PINEDA

ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
POR LEIGOS: ESTUDO DE CASO DE UM PROCESSO
EDUCATIVO

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências.

Área de concentração:
Cuidado em Saúde.

Orientadora:
Profa. Dra. Sayuri Tanaka Maeda

SÃO PAULO
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pineda, Aline Fagnani Pereira

Atendimento à parada cardiorrespiratória por leigos: estudo de caso de um processo educativo / Aline Fagnani Pereira Pineda. -- São Paulo, 2012.

114 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Sayuri Tanaka Maeda

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Promoção da saúde 2. Parada cardíaca 3. Desfibrilador externo automático 4. Educação em saúde I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Aline Fagnani Pereira Pineda

Título: Atendimento inicial à parada cardiorrespiratória por leigos: estudo de caso de um processo de capacitação.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedicatória

... A DEUS, minha gratidão maior.

... A meus queridos PAIS, que estiveram sempre comigo neste projeto e ensinaram-me desde antes de minha existência a importância de estudar.

... A meu amado filho ARTHUR, pelos sorrisos que alegravam meu dia e incentivavam-me a continuar, e por me ensinar o significado do amor incondicional.

... A meu esposo MARCELO, por sua cumplicidade, companheirismo, respeito e incentivo.

Agradecimentos Especiais

A minha querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Sayuri Tanaka Maeda, que exerceu sua função com desempenho, exigência, competência e respeito. Sua magnitude humana e espiritual torna-a incomparável. Obrigada por confiar em mim, respeitar meu tempo e minhas possibilidades. Minha eterna gratidão e reconhecimento.

À Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa, que foi minha orientadora até a qualificação, e proporcionou-me grandes avanços com o recorte do objeto de estudo e o delineamento metodológico. Preciosas foram suas intervenções, discussões e orientações. Sua experiência e sabedoria em muito colaboraram para a concretização deste estudo.

Agradecimientos

A DEUS, que me guiou, deu forças para trilhar essa trajetória, ajudou-me a perseverar nos momentos mais difíceis, iluminou meus caminhos, mostrando alternativas e possibilidades que me deram maior tranquilidade e confiança para finalizar este estudo. A Ele toda honra e glória.

A meu filho Arthur, pelo tempo em que eu deveria estar junto dele e que foi doado para elaboração deste trabalho. Mesmo sem saber, com sua alegria e seu sorriso, impulsionou-me nesta conquista, amenizando os momentos difíceis.

A meu esposo Marcelo, por estar sempre ao meu lado e compartilhar minhas angústias e alegrias durante este processo. Obrigada pela escuta, pelo apoio e, sobretudo, pelo imenso carinho e amor que me é oferecido.

A meus pais, Luiz e Dulcinéia, que sempre torceram por mim, angustiaram-se com minhas viagens, aconselharam-me, ensinaram-me o valor do estudo, apoiaram-me nos momentos de desânimo e alegraram-se com meus progressos e conquistas.

A meus sogros, Ana e Joaquim, pelo apoio recebido e compreensão nas ausências.

Aos participantes deste estudo, que tanto colaboraram com suas declarações, sem as quais este trabalho não seria possível.

Ao 10º Grupamento de Bombeiros de Marília, especialmente ao Cb PM Marlon, por me auxiliar nesta pesquisa, ministrando o curso de capacitação e pela disponibilidade do auditório para o curso e o grupo focal. Sem seu apoio, este estudo não trilharia os mesmos rumos.

À colega e agora mestre Maria Fernanda, pela companhia nas longas horas de viagem e pelo auxílio nas discussões decorrentes das disciplinas e das reuniões do grupo de pesquisa, além outras conversas descontraídas tornaram esta caminhada mais alegre e mais leve.

Aos colegas e docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGE) de 2010, do Grupo de Pesquisa Modelos Tecnossistêmicos e a Promoção da Saúde e da Faculdade de Educação que participaram de alguma forma desta construção.

À Prof.^a Dr.^a Maria Margarita Castro Gonzales, do Laboratório de Treinamento e Simulação em Emergências do INCOR HC-FMUSP, que me recebeu prontamente e se colocou à disposição para me ajudar.

À Prof.^a Dr.^a Ana Maria Kazue Miyadahira, que participou da banca de qualificação, pelas relevantes e cuidadosas contribuições que permitiram melhorar a qualidade deste trabalho. Obrigada pelas palavras de incentivo e carinho e por aceitar fazer parte da banca de defesa.

À Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira, que auxiliou na revisão final desta dissertação, pela leitura atenta do material, correções e sugestões.

Às funcionárias da Secretaria de Pós-graduação da EEUSP pelas inúmeras orientações, e às funcionárias da Biblioteca pelo auxílio com as referências e ficha catalográfica.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para que esta etapa de minha vida se concretizasse e que porventura me esqueci de citar, o meu obrigada, sem vocês essa conquista não seria possível!

Επίγραφε

“Tudo vale a pena se a alma não é pequena”

Fernando Pessoa

Resumo

Pineda AFP. Atendimento à parada cardiorrespiratória por leigos: estudo de caso de um processo educativo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Pesquisa de abordagem qualitativa que consistiu em avaliar o potencial de leigos para atuar como circunstantes nos procedimentos de reanimação cardiorrespiratória e no manejo do desfibrilador externo automático (DEA). Teve como objetivos: descrever o perfil dos participantes; realizar um processo de capacitação dos participantes sobre os primeiros atendimentos à PCR, utilizando o protocolo de atendimento à PCR da AHA para leigos; destacar as habilidades apontadas por eles e analisar suas percepções sobre o processo de atendimento inicial à PCR e o manejo do DEA. Pela especificidade do objeto de estudo, a metodologia utilizada foi pesquisa-ação. A investigação foi realizada na cidade de Marília/SP. O local foram selecionados por meio de mapeamentos específicos e de acordo com a legislação estadual e municipal sobre quais deveriam atender as exigências ao disponibilizar pessoas com capacitação específica, além da manutenção do dispositivo DEA. Selecionou-se um local público, o Terminal de Transporte Urbano de Marília/SP, segundo o número de circulação de pessoas por dia. Os sujeitos deste estudo foram pessoas voluntárias, leigas, trabalhadores de diversas categorias profissionais e ocupacionais do Terminal. Os sujeitos participaram de reuniões informativas sobre a pesquisa e a importância dos procedimentos iniciais à PCR. Realizou-se o curso de capacitação e, em seguida, um grupo focal para coleta de dados. Focou-se nas percepções dos participantes sobre o atendimento inicial à PCR, os sentimentos e habilidades relatadas em relação ao processo preconizado como um todo, incluindo o manejo dos materiais envolvidos nessa situação simulada. Posterior à coleta, os dados foram categorizados, tendo sido usada a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin. Os dados foram analisados e discutidos à luz dos referenciais teóricos e pedagógicos propostos por Paulo Freire, a teoria do modelo de crenças em saúde do campo da promoção da saúde e o papel do Estado democrático. Como

resultados obteve-se os Grupos 1 e 2, compostos por 11 participantes, em sua maioria constituído de homens. Observaram-se diferenças relacionadas a escolaridade, capacidade comunicativa e intensidade na participação. As principais categorias empíricas foram: as percepções sobre cidadania; as vivências antes do curso; a percepção sobre o processo de capacitação e a não operacionalização do preceito legal. Em síntese, verificou-se o desconhecimento sobre a existência do arcabouço legal, assim como direito de acesso aos serviços e bens públicos decorrentes dos princípios normativos no resgate à cidadania. Emergiram expressões inusitadas de medo de agir por desconhecimento e por temer consequências do insucessos enfrentamento de processos judiciais, em contraste à solidariedade. Sobre habilidade antes do curso de simulação, os participantes relataram alguma vivência na preparação para o advento mal súbito, sobressaindo a insuficiência no aprendizado das habilidades manuais. Após a simulação, houve relatos de possibilidade e de enfrentamento da situação como circunstante, valorizando a oportunidade de aprendizado e apontando a necessidade de maior tempo para a assimilação de conteúdo, com foco nas habilidades em massagem cardíaca e segurança na condução da situação. Quanto à tecnologia DEA, foram unânimes quanto à facilidade interativa com o circunstante. Enfatizaram a necessidade de implementar processos de capacitação para leigos com o uso do DEA, condicionados à mobilização da sociedade civil na operacionalização dos dispositivos legais por meio de reordenamento das políticas públicas locais.

Descritores: Promoção da saúde; Parada cardíaca; Desfibrilador externo automático; Educação em saúde.

Abstract

Pineda AFP. Compliance with cardiac arrest by laypersons: a case study of an educational process. [master dissertation]. São Paulo (SP), Brazil: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2012.

ABSTRACT

Qualitative research, which was to assess the potential for laymen to act as bystanders in CPR procedures and management of the automated external defibrillator (AED). Aimed to describe the profile of the participants, conduct a training process with the participants on the first calls to PCR using the PCR protocol compliance with AHA for laymen; highlight the skills mentioned by participants and analyze the perceptions of participants about the process of initial care and management of the PCR DEA. The specificity of the object of study, the methodology was action research and the test was performed in the city of Marilia / SP. The sites were selected through specific mappings and in accordance with state law and city where they should meet the requirements to provide people with specific training in addition to maintaining the device DEA. We selected the public place, Terminal Urban Transport Marilia/SP according to the number of movements of people per day. The subjects of this study were secular groups, made up of volunteers / workers of various professional and occupational this Terminal. Proceeded methodological following routes: the subjects participated in briefings on the research procedures and the importance of the initial PCR. Proceeded to the training course and programming focus group data collection. Focused on participants' perceptions about the initial care to PCR, feelings and skills reported in relation to the process advocated as a whole, including the handling of the materials involved in this situation simulated. After collection, the data were categorized, relying on the technique of content analysis described by Bardin. Data were analyzed and discussed in the light of theoretical / pedagogical proposed by Paulo Freire's, theory of health belief model in the field of health promotion and the role of the democratic state. The results obtained Groups 1 and 2, comprising 11 participants, mostly consisting of men. Observed among members, differences related to education: communication ability and intensity of participation. The main

categories were: perceptions of citizenship; experiences before the course, the perception about the training process and not operationalize the legal precept. In summary there was ignorance about the existence of the legal framework for the majority, as well as right of access to public goods and services resulting in the rescue of normative principles to citizenship. Emerged unusual expressions of fear to act by ignorance and/or fear the consequences of failure to act and facing lawsuits contrast with the predominance of either solidarity. About skills before the course simulation, emerged on experience in preparation for the event sudden illness, highlighting the inadequacy of learning with regard to craftsmanship. After the simulation showed reports of chance and face the situation as bystander, valuing the learning opportunity and pointing the need for more time in the assimilation of content focusing on skills in CPR and driving safety of the situation. As for technology DEA was unanimous to its ease interactive with the bystander. It was emphatically the need to implement the processes of training lay people using the DEA, conditioned the mobilization of civil society in the operationalization of legal devices through reorganization of local public policies.

Keywords: Health promotion; Cardiac arrest; Automated External Defibrillator; Health education.

Listas de Gráficos e Siglas

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribuição dos participantes dos grupos 1 e 2 segundo o sexo. Marília/SP, 2012.
- Gráfico 2.** Distribuição dos participantes dos grupos 1 e 2 segundo a faixa etária. Marília/SP, 2012.
- Gráfico 3.** Distribuição dos participantes dos grupos 1 e 2 segundo a escolaridade. Marília/SP, 2012.
- Gráfico 4.** Distribuição dos participantes do Grupo 1 segundo o local de trabalho e a função. Marília/SP, 2012.
- Gráfico 5.** Distribuição dos participantes do Grupo 2 segundo o local de trabalho e a função. Marília/SP, 2012.
- Gráfico 6.** Distribuição dos participantes dos grupos 1 e 2 segundo o tempo de trabalho no atual local de exercício profissional. Marília/SP, 2012.
- Gráfico 7.** Distribuição dos participantes dos grupos 1 e 2 de acordo com o tipo de resposta à pergunta “Conhece a legislação relacionada aos socorros em locais públicos?”. Marília/SP, 2012.
- Gráfico 8.** Distribuição dos participantes dos grupos 1 e 2 de acordo com o tipo de resposta à pergunta “Já presenciou alguma situação em que houve necessidade de reanimação cardíaca?”. Marília/SP, 2012.
- Gráfico 9.** Distribuição dos participantes dos grupos 1 e 2 de acordo com o tipo de resposta à pergunta “Já teve oportunidade de receber alguma capacitação ou treinamento em reanimação cardiopulmonar?”. Marília/SP, 2012.

LISTA DE SIGLAS

FAMEMA -	FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
SAMU -	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
USA -	UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO
PCR-	PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
AHA-	AMERICAN HEARTH ASSOCIATION
RCP-	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR
FV-	FIBRILAÇÃO VENTRICULAR
DEA-	DEFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO
SME-	SERVIÇO MÉDICO DE EMERGÊNCIA
GM MS-	GRUPO MINISTERIAL MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOAS-	NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
UBS-	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
USF-	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
UTI-	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
OMS-	ORGANIZAÇÃO MUINDIAL DE SAÚDE
PUBMED-	PUBLIC MEDLINE
LILACS-	LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
SCIELO-	SCIENTIFIC ELETRONIC LIBRARY ONLINE
BLS-	BASIC LIFE SUPORT
ACIM-	ASSOCIAÇÃO COMERCIAL DE MARÍLIA

Sumário

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	18
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1. A parada Cardiorrespiratória	20
2.2. A reanimação cardiopulmonar	22
2.3. A organização dos serviços médicos de emergência (SME).....	24
2.4. A Promoção da Saúde	26
2.5. A Educação em Saúde como mecanismo de exercício da cidadania.....	28
2.6. A capacitação de Leigos no Atendimento à Parada Cardiorrespiratória: quais as experiências no mundo?..	30
3. JUSTIFICATIVA E PERGUNTA DA PESQUISA	32
4. OBJETIVOS.....	33
4.1. Geral.....	33
4.2. Específicos.....	33
5. METODOLOGIA.....	34
5.1. Tipo de pesquisa.....	34
5.2. Cenário e sujeitos do estudo.....	36
5.3. Percurso metodológico.....	38
5.4. Análise dos dados.....	42
5.5. Procedimentos éticos.....	44
6. REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	45
6.1. Teoria de Paulo Freire.....	45
6.2. Teoria de Crenças em Saúde.....	47
6.3. Teoria de Norberto Bobbio.....	48
7. RESULTADOS.....	53
7.1. Caracterização e análise do perfil dos participantes.....	53
7.2. Construção das categorias empíricas.....	58

7.3. Interpretação das categorias empíricas à luz dos referenciais teóricos.....	59
7.3.1. As percepções sobre cidadania.....	59
7.3.2. O relato das experiências antes do curso.....	65
7.3.3. A percepção sobre o processo de capacitação	69
7.3.4. A falta de operacionalização do preceito legal..	77
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
9. REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICES E ANEXOS	
APÊNDICE 1 – DIRETRIZES DA AHA PARA RCP REALIZADA POR LEIGOS.....	92
APÊNDICE 2 – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRADORES RESPONSÁVEIS PELOS SETORES DE INTERESSE.....	93
APÊNDICE 3 – CARTAZ UTILIZADO PARA CONVITE DOS FUNCIONÁRIOS DA EMPRESA DE TRANSPORTE URBANO	94
APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA.....	95
APÊNDICE 5 – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	97
APÊNDICE 6 – APOSTILA UTILIZADA NO CURSO.....	98
APÊNDICE 7 – CERTIFICADO EMITIDO PARA OS PARTICIPANTES DO CURSO.....	107
APÊNDICE 8 – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL.....	108
APÊNCIDE 9 – CATEGORIAS EMPÍRICAS	109
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	114

Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

Ingressei no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em 2001, sem ter muito conhecimento sobre quais eram as atribuições e as atividades desempenhadas pelo profissional enfermeiro. Tampouco tinha conhecimento sobre a metodologia de ensino diferenciada empregada por aquela instituição de ensino. Porém, em pouco tempo, eu já estava completamente apaixonada tanto pela profissão quanto pela metodologia problematizadora.

Ao me aproximar do papel do enfermeiro através das unidades educacionais, fui entendendo cada vez mais qual era a essência da profissão, o significado do cuidar do outro e a importância que esse cuidado tinha em todo processo saúde-doença.

Já com relação à metodologia problematizadora, logo no primeiro contato fiquei entusiasmada e identifiquei-me com as estratégias apresentadas, na qual nós, os estudantes, saíamos do papel de meros espectadores, receptores de informação, para um papel mais ativo, em que éramos também responsáveis pela busca do conhecimento.

Durante minha formação acadêmica, além de buscar adquirir as competências e as habilidades necessárias para prestar uma assistência de enfermagem integral ao indivíduo, à família e à comunidade, procurei desenvolver diversas atividades extracurriculares com foco na área de urgência e emergência.

Dentre estas atividades, fui integrante e membro da coordenação do Projeto Alfa, que focava o desenvolvimento de habilidades no atendimento pré-hospitalar às urgências e atuação junto à comunidade na educação visando à prevenção de acidentes. Pude então perceber o potencial pouquíssimo explorado desta área da educação em saúde e o interesse da população em aprender o que fazer em situações de emergência.

Após a graduação, realizei cursos de especialização nas áreas de Enfermagem em Urgência e Emergência e Enfermagem em Cardiologia, aprofundando ainda mais meus conhecimentos.

No campo profissional, atuei por três anos em Pronto-atendimentos e por quatro anos em Serviço Pré-Hospitalar Móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU). No SAMU, além do atendimento na Unidade de Suporte Avançado (USA), atuava também na educação continuada dos profissionais técnicos de enfermagem e motoristas e na educação em saúde junto à comunidade. Não havia, porém, um programa de educação comunitária; a capacitação era realizada mediante solicitação e para algum grupo comunidade. Mesmo não sendo uma ação estruturada, existia demanda para esse serviço.

Em virtude da minha experiência profissional e dos estudos realizados, pude perceber a falta de informações sobre o conhecimento da população leiga de como agir em algumas situações de agravo à saúde, em especial no reconhecimento e nos primeiros atendimentos à parada cardiorrespiratória (PCR).

Essa vivência profissional levou-me a selecionar como objeto de estudo a perspectiva de treinamento das pessoas leigas para o atendimento da PCR, objeto este que está inserido no tema “Práticas de educação em saúde na área de urgência e emergência à luz do campo da promoção da saúde”.

Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. A parada cardiorrespiratória

A *American Heart Association* (AHA) é uma agência norte-americana voluntária de saúde com reconhecimento mundial que trabalha com temas de doenças cardiovasculares¹. Preconiza o treinamento de leigos (pessoas da comunidade que não são profissionais de saúde) para reconhecer e prestar os primeiros atendimentos à PCR, assim como estabelece diretrizes e elabora protocolos para realizar esse treinamento².

Essa orientação é importante, pois a maioria das vítimas que sofreram PCR referiam a ocorrência deste fenômeno no contexto das atividades cotidianas (no trabalho, em casa, fazendo compras, dentre outras atividades) e quanto mais rapidamente forem iniciadas as intervenções de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), maiores as chances de recuperação da vítima².

A PCR pode ser definida “como uma condição súbita e inesperada de deficiência absoluta da oxigenação tissular, seja por ineficácia circulatória ou por cessação da função respiratória”³.

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no mundo⁴. Nos Estados Unidos, em uma população de 260 milhões de pessoas, estima-se a ocorrência de cerca de 330 mil mortes por parada cardíaca súbita². No Brasil, 34% das mortes são resultantes de doenças cardíacas isquêmicas⁴.

Mesmo após um grande investimento em ampliar a resolutividade da Atenção Básica no monitoramento e seguimento dos agravos que levam às doenças cardíacas, esse número ainda é elevado. Assim, é fundamental investir em ações que possam minimizar os danos permanentes em

indivíduos acometidos pela PCR, visando à manutenção de seu potencial de saúde, mesmo após a ocorrência do evento.

O mecanismo de parada cardíaca mais comum é a fibrilação ventricular (FV), que responde por até 80% dos casos⁴, cujo tratamento mais eficiente é a desfibrilação elétrica. O fator mais importante para a sobrevivência é a rapidez com que se aplica tal tratamento⁵⁻⁷.

O Desfibrilador Externo Automático (DEA) permite que a desfibrilação seja realizada por leigos, pois o aparelho realiza a leitura do ritmo de parada e indica o choque, cabendo ao circunstante apenas apertar o botão de disparo da corrente elétrica. Seu uso abrevia o tempo entre a ocorrência do evento e o acesso à desfibrilação⁵, visando à minimização de danos permanentes. Insere no eixo de desenvolvimento de habilidades que compõe a Carta de Ottawa, principal marco da Promoção da Saúde.

No âmbito nacional, não há legislação que regule o uso do DEA, sendo que foi proposto um projeto de lei sobre o tema – PL 2984/2011, porém, o mesmo foi retirado pelo autor na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados.

A lei estadual paulista nº 12.736, de 15 de outubro de 2007, dispõe sobre a manutenção de desfibrilador em locais especificados e torna obrigatória sua disponibilização em locais de grande concentração de pessoas, tais como centros de compras, aeroportos, rodoviárias, estádios de futebol, feiras de exposições etc. Esta lei regulamenta que a aquisição do DEA e a contratação de técnico responsável para sua utilização ficarão por conta dos responsáveis pela administração dos locais⁸.

A cidade de Marília-SP conta com legislação municipal que regulamenta a obrigatoriedade da existência de um DEA em *shoppings centers*, galerias com mais de 50 lojas, supermercados com mais de 1.000m² de área de vendas, estádios de futebol em campeonatos oficiais e em terminais rodoviários, sendo estabelecida uma multa diária para os estabelecimentos que não cumprirem essa determinação^{9,10}.

Entretanto, a realidade constatada é que a maioria dos estabelecimentos ainda não se alinhou no cumprimento das determinações legais, principalmente, no que tange à capacitação dos funcionários para fazer uso adequado do equipamento.

O propósito deste estudo é contribuir para o desenvolvimento de ações coletivas. Acredita-se que a possibilidade de capacitação de leigos para o uso do desfibrilador automático será de grande valia para preencher uma das lacunas na operacionalização das leis.

2.2. A reanimação cardiopulmonar

A reanimação ou ressuscitação cardiorrespiratória básica, também chamada Suporte Básico de Vida, é “um conjunto de procedimentos de emergência que podem ser executados por profissionais da área da saúde, bem como por leigos treinados, que consiste no ABCD primário no manejo da PCR” (p. 71)⁵. Este ABCD é utilizado como uma regra mnemônica para memorizar a sequência de procedimentos que devem ser realizados na RCP (APÊNDICE 1).

O diagnóstico rápido e a instituição de manobras de RCP dentro do menor tempo possível são fundamentais para a recuperação das funções do paciente, inclusive neurológicas, já que, após os primeiros cinco minutos de PCR, ocorrerão lesões cerebrais graves e potencialmente irreversíveis³.

Há uma incerteza científica de quão “boa” a RCP deve ser para salvar uma vida, porém existe a certeza de que há um baixo índice de sobrevivência quando nenhuma RCP é realizada. Portanto, qualquer RCP é melhor que nenhuma¹¹. Assim, torna-se evidente a importância de difundir o conhecimento sobre as manobras básicas de RCP, inclusive para a

comunidade leiga, instituindo ensino comunitário, já que grande parte das PCR ocorre antes da hospitalização, na comunidade em geral³.

Nos Estados Unidos, as taxas de sobrevivência quando uma vítima de parada cardíaca súbita é submetida a manobras de ressuscitação cardiopulmonar variam de 7% à >20%, sendo este último quando circunstantes já foram submetidos a programas comunitários de treinamento⁴. A RCP de alta qualidade realizada por um circunstante pode dobrar ou triplicar as taxas de sobrevivência após a PCR⁴.

O tempo entre a ocorrência do evento (PCR) e os primeiros atendimentos está diretamente relacionado ao índice de sucesso da RCP. As chances de sobrevivência são maiores quando a RCP é iniciada dentro dos primeiros quatro minutos^{3,4}, o que mostra a importância de haver uma pessoa próxima à vítima que saiba como prestar os primeiros atendimentos até a chegada do socorro profissional.

Estudos internacionais relatam a importância do acesso público a desfibrilação¹²⁻¹⁸, sendo que alguns apontam a melhora do prognóstico de pacientes que foram atendidos rapidamente com RCP e DEA por circunstantes¹⁹⁻²¹. Existe um protocolo da AHA de RCP realizada por leigos, e este se encontra anexo a este projeto (ANEXO 1).

A literatura nacional relacionada ao acesso público à desfibrilação é escassa. Miyadahira *et al* (2008) realizaram um estudo comparando a habilidade psicomotora e o conhecimento teórico de leigos antes e após um treinamento em RCP com DEA, tendo concluído que houve melhora no desempenho dos participantes²².

2.3. A organização dos serviços médicos de emergência (SME)

Ao longo de várias décadas, o atendimento às urgências esteve centralizado em prontos-socorros que serviam de porta de entrada para todas as morbidades, independente do risco que estas ofereciam. Tais serviços, estruturados ou não, eram responsáveis pela recepção e o tratamento desde casos simples, que não ofereciam risco eminente de morte, até casos extremamente graves, sem contar com uma triagem ou priorização de risco²³. Quanto ao transporte de pacientes, não havia um serviço estruturado para deslocamento de vítimas clínicas ou traumáticas para esses pronto-socorros.

Mesmo após o surgimento do Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros, em 1989, poucas cidades contavam com atendimento médico. Nas Centrais de Ambulâncias Municipais, o transporte era feito apenas por motoristas leigos que nem sempre eram treinados e, no Resgate, o transporte era realizado por militares leigos treinados²³.

Devido a esta falta de estruturação dos serviços de atendimento às urgências e a crescente demanda por esses serviços, em 2002, foi aprovado como anexo à Portaria GM MS 2048/02 o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que estabelece princípios, diretrizes e normas para o funcionamento e a classificação desses serviços²⁴.

O regulamento técnico preconiza a implementação de um Sistema Estadual de Urgência e Emergência, priorizando uma visão integral, com estratégias de promoção, educação e prevenção e reabilitação dos agravos à saúde.

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de 'Promoção da Qualidade de Vida' como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção

da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas consequências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades. Assim deve ser englobada na estratégia promocional de proteção da vida, educação para a saúde e prevenção de agravos e doenças, além de dar novo significado à assistência e à reabilitação (p. 60)²⁴.

Nessa perspectiva, uma rede regionalizada de atenção deve ser estruturada de acordo com NOAS 01/02, e cada município deve oferecer atendimento mínimo de acordo com o número de habitantes, fazendo com que o indivíduo seja assistido de uma forma mais rápida e com melhor qualidade²⁴.

A Central de Regulação Médica das Urgências deve ser o elemento ordenador e regulador de todo o sistema, podendo estar estruturada no âmbito municipal, regional ou estadual. Os chamados de socorro são recebidos por essa central, onde o fluxo de paciente é qualificado e direcionado por um médico regulador²³.

O atendimento às urgências deve ser hierarquizado conforme abaixo descrito²⁴:

- a) **Atendimento Pré-Hospitalar Fixo:** composto pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e Pronto-Atendimentos, e consiste na “assistência prestada em um primeiro nível de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos que possam levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte”.
- b) **Atendimento Pré-Hospitalar Móvel:** formado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros (Resgate). Deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde e deve estar vinculada a uma Central de Regulação Médica de Urgência. Consiste no “atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte”.

c) **Atendimento Hospitalar:** consiste nos hospitais que oferecem atendimento em pronto-socorros, com ou sem atendimento de retaguarda de centros-cirúrgicos ou unidades de terapia intensiva (UTI), de acordo com a classificação de regionalização da rede.

No entanto, estado de São Paulo, e possivelmente todo o Brasil, carece de investimentos para disseminação da tecnologia DEA, contrastando com os dispositivos legais vigentes.

2.4. A Promoção da Saúde

De acordo com Buss²⁵, o conceito moderno de promoção da saúde desenvolveu-se principalmente nos últimos 20 anos, a partir das conferências sobre o tema.

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde ocorreu em Ottawa no ano de 1986 e teve como principal produto a Carta de Ottawa, que define Promoção da Saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (p. 19)²⁶.

Este documento propõe ainda cinco eixos de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis a saúde; reforço para a ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas e serviços de saúde^{25,27,28}.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide em 1988, teve como tema central as políticas públicas saudáveis e identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e, criação de ambientes favoráveis.

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Sundsvall em 1991 focou a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos^{25,27}.

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta em 1997, abordou um dos campos de atuação definidos em Ottawa, o reforço da ação comunitária²⁵. A declaração de Jacarta refere-se “à posição central da participação popular e do *empowerment*, realçando, para isto, a importância do acesso à educação e à informação” (p. 31)²⁵.

A V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no México em 2000, reafirmou as prioridades estabelecidas na reunião anterior que não haviam sido concretizadas²⁷.

A VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Bancoc em 2005, teve como tema “Políticas e Parcerias para a Saúde: Procurando Intervir nos Determinantes Sociais da Saúde”. Para esta foram convocados os Centros colaboradores da OMS, ao invés de ministros de saúde, já que estes não cumpriam os compromissos assumidos²⁷.

A Política Nacional de Promoção da Saúde²⁹, publicada em 2006, define que:

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (p. 12).

Seu objetivo geral é “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (p.17).

Czeresnia estabelece diferenças entre prevenção e promoção. Segundo a autora, “ações preventivas definem-se como intervenções

orientadas evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a incidência e a prevalência nas populações” (p. 45)³⁰ e “as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando abordagem intersetorial” (p. 45)³⁰.

2.5. A Educação em Saúde como mecanismo de exercício da cidadania

Segundo o artigo 205 da Constituição Federal,

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho³¹.

Neste artigo, a educação é definida com um conceito bastante amplo e, como diz o *caput*, “visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. Porém, nos artigos subsequentes, esse direito é reduzido à educação escolar, ignorando que a educação possa ocorrer em outros espaços na comunidade que não a escola.

A Lei 9.394 de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB) em seu artigo 1.º, abaixo transcrito, ampliou o alcance do dispositivo constitucional quando estabeleceu que:

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

§ 1º Esta Lei disciplina a educação escolar, que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias.

§ 2º A educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social.³²

A LDB define educação como sendo a praticada em diversos setores da sociedade, legitimando a educação popular, porém regulamenta apenas a educação praticada no ambiente escolar.

Em seu livro *Pedagogia Social*, Silva discute que as práticas educativas desenvolvidas por movimentos sociais, organizações não-governamentais, programas e projetos sociais (Educação popular, social e comunitária), sejam eles públicos ou privados, são erroneamente conhecidos como Educação não-formal e circunscrevem os contornos iniciais da Pedagogia Social no Brasil. Nessas práticas estão integradas intervenções na área de saúde, meio ambiente, cidadania, trânsito etc., além de atividades subsidiárias à educação praticada no ambiente escolar³³.

A Educação Social é uma ferramenta importante para ruptura do ciclo de marginalidade social, instrumentalizando o cidadão para que este seja agente ativo de sua inclusão na sociedade. Esta prática pedagógica corrobora ainda com a formação integral do indivíduo, desenvolvendo sua consciência para a cidadania. Nela o sujeito toma ciência de quais são seus direitos e deveres enquanto cidadão e isto propicia maior autonomia na tomada de decisão³³.

Existe uma necessidade de institucionalização da Pedagogia Social no Brasil para a formação pedagógica do profissional que atua na área, tendo em vista a regulamentação desta atividade como profissão, e para proporcionar condições de trabalho mais adequadas e, conseqüentemente, melhor qualidade na oferta destes serviços³³.

A educação em saúde, que é uma das áreas atuação da Pedagogia Social, refere-se também a um campo da prevenção e promoção à saúde. Quando praticamos educação em saúde, colocamos em prática os princípios fundamentais do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade, pois realizamos uma abordagem holística do indivíduo, não enfocando somente a doença, tentando responder a suas necessidades de saúde e dividindo o conhecimento, tornando-o um cidadão mais ciente de seus direitos.

A educação em saúde pode reduzir custos no sentido de alocar recursos de forma eficiente, propiciando a prevenção de agravos de saúde e prevenindo a agudização de doenças crônicas³⁴.

No caso de desenvolver habilidades de leigos para atuação em situações de urgência como a PCA, vislumbra-se com esta prática a cidadania ativa, a melhoria de acesso às tecnologias de saúde e o aumento de sobrevivência das vítimas, com impacto positivo no prognóstico quando socorridas em tempo hábil.

Para uma educação popular em saúde efetiva, é necessário que se estabeleça uma real comunicação entre o profissional de saúde e a comunidade, ou seja, o profissional tem de partir da realidade de vida da comunidade para que as orientações oferecidas tenham significado.

Educar em saúde significa construir indivíduos autônomos e socialmente responsáveis através da democratização do conhecimento, para que assim eles possam tomar decisões sobre sua forma de viver³⁵.

2.6. A capacitação de leigos no atendimento à parada cardiorrespiratória: quais as experiências no mundo?

No desenvolvimento deste estudo, um projeto de iniciação científica a ele associado realizou uma revisão de integrativa cujo objetivo foi analisar a produção científica sobre a capacitação de leigos para atendimento à PCR utilizando o DEA no âmbito nacional e internacional e identificar as estratégias pedagógicas adotadas para a execução desses processos.

A busca foi feita nas bases de dados PUBMED, LILACS, SCIELO e COCHRANE com descritores que remetiam a artigos relacionados à capacitação de leigos em PCR. Os critérios de inclusão dos artigos foram:

idioma (português, inglês, espanhol), período de publicação (2007 a 2012), CR) e disponibilidade (resumo online com acesso gratuito).

Para análise foram selecionados 10 artigos que atendiam aos critérios propostos. Deles, um foi realizado no Brasil, sendo a maioria realizada nos EUA. A maioria das publicações foram em revistas americanas. A capacitação foi realizada em diversos locais tais como hospital, escola, universidades e igreja, sendo estes locais comuns de circulação de grande número de pessoas.

O fato destes estudos terem sido realizados em sua maioria em países desenvolvidos, pressupõe a credibilidade da tecnologia do DEA no âmbito das políticas públicas, visando capacitação no que tange às habilidades no manuseio deste dispositivo e impactar na promoção da saúde.

Os principais instrumentos utilizados para capacitar os indivíduos das amostras foram aulas expositivas e situações simuladas com manequins. Também foram adotadas outras estratégias, como uso de gravações de vídeos em aparelhos celulares, leitura de manuais e artigos sobre uso do DEA e aplicativo *online* sobre BLS (*Basic Life Support*).

Em oito artigos, houve importante diferença no atendimento à PCR entre os grupos, antes da capacitação e após a mesma. Isso mostrou a importância do uso de estratégias pedagógicas atualizadas e de fácil acesso para oferecer um suporte mais adequado no atendimento inicial da PCR.

A maioria das capacitações obteve sucesso. Foram adotadas diferentes estratégias pedagógicas de acordo com o perfil dos envolvidos. Um aspecto decisivo na aprendizagem foi a prática simulada para aquisição da habilidade manual. Um único estudo não evidenciou benefício ao ser usada a aula expositiva como estratégia didática, possivelmente em razão da população, residente em área rural e com maior dificuldade no aprendizado³⁶.

*Justificativa e
Pergunta da Pesquisa*

3. JUSTIFICATIVA E PERGUNTA DA PESQUISA

A partir do que foi exposto, pode-se observar:

1. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil e no mundo, e a principal causa de morte súbita;
2. A maioria das vítimas de PCR (morte súbita) está fora do ambiente hospitalar, em suas atividades rotineiras (em casa, nas compras, no banco, dentre outras atividades);
3. A rapidez com que essa situação é diagnosticada para que as intervenções sejam iniciadas o mais breve possível está, diretamente, relacionada com o prognóstico dessa vítima – ou seja, é necessário um “socorro” imediato para a manutenção da vida, que dê suporte às próximas manobras técnicas que serão realizadas por profissionais da saúde. Sendo assim, é necessário que os locais públicos tenham pessoas treinadas p/ realizar os procedimentos adequados com celeridade;
4. Um dos eixos de atuação na promoção da saúde é o desenvolvimento de habilidades pessoais, favorecendo o *empowerment* individual e coletivo.
5. A literatura nacional é escassa acerca dos processos de capacitação de leigos no uso de desfibriladores automáticos.

Sendo assim, destaca-se o potencial das pessoas próximas à vítima, orientarem-se por um agir organizado ao presenciar uma situação de urgência, pois, certamente, repercutirá na sobrevivência da vítima de PCR. Portanto, propõe-se a seguinte questão orientadora da pesquisa

Qual a percepção de leigos sobre a importância do treinamento como circunstâncias para atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR) e quais habilidades que emergem na realização dos procedimentos?

Objetivos

4. OBJETIVOS

4.1. Geral

Avaliar a percepção e o potencial dos leigos, como circunstantes, na execução dos procedimentos de reanimação cardiorrespiratória e no manejo do desfibrilador externo automático para atendimento da PCR com vistas ao desenvolvimento da promoção à saúde e socialização das tecnologias de saúde à disposição da sociedade.

4.2. Específicos

- Realizar um processo de capacitação de leigos sobre os primeiros atendimentos à PCR, utilizando o protocolo de atendimento à PCR da AHA para leigos;
- Descrever o perfil dos participantes;
- Destacar as habilidades apontadas pelos participantes; e
- Analisar suas percepções sobre o processo de atendimento inicial à PCR e o manejo do DEA.

Metodologia

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de intervenção (pesquisa-ação), por meio da constituição de um grupo de pessoas voluntárias para a realização do curso de Reanimação Cardiorrespiratória para leigos, com utilização do Desfibrilador Externo Automático, seguindo as diretrizes da American Heart Association.

Optou-se pela abordagem qualitativa, pois esta “parte do entendimento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos atores (p. 59)”³⁷. Para Minayo³⁸,

quando se fala de *Saúde* ou *Doença*, observa-se que essas duas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas em uma fórmula numérica ou num dado estatístico, embora os estudos quantitativos apresentem um quadro de magnitude e tendências que as abordagens históricas e antropológicas não informam (p. 43).

A mesma autora considera que a relação entre o sujeito investigador e o sujeito pesquisado é muito importante e que a visão de mundo de ambos está implicada em todo processo de conhecimento. Devido a isso, o pesquisador deve “utilizar um instrumental teórico e metodológico que auxilie na aproximação e construção da realidade ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos”(p. 42)³⁸.

De acordo com Thiollent³⁹, a pesquisa-ação consiste em uma “linha de pesquisa associada a diversas formas de ação coletiva que é

orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação” (p. 09). A pesquisa-ação é um tipo de investigação caracterizada pela coprodução de conhecimentos entre os participantes (colaboradores) e os pesquisadores, por meio de processos comunicativos colaborativos, nos quais todas as contribuições são consideradas. Os significados construídos no processo de investigação conduzem à ação social, ou ainda essas reflexões sobre a ação levam à construção de novos significados³⁹.

Meyer⁴⁰ indica que a pesquisa-ação “coloca o foco na geração de solução de problemas práticos e na habilidade dos profissionais para construir habilidades” (p.71), podendo os profissionais estar envolvidos quando escolhem pesquisar sua própria realidade ou através de um pesquisador externo que está engajado para ajudar a “identificar problemas, buscar e implementar potenciais soluções e, sistematicamente monitorar e refletir sobre o processo e os desfechos da mudança” (p.72).

Hart e Bond* (1995) classificaram a pesquisa-ação em quatro tipos: experimental, organizacional, profissionalizante e de *empowerment*. A presente investigação enquadra-se no tipo experimental, apresentando como características: a melhoria do controle das ciências e do viés científico, ser realizada em um grupo fechado, controlado, em que a seleção é feita pelo pesquisador para fins de mensuração e o problema é de relevância científica e social. A intervenção experimental visa testar uma teoria rumo a um desfecho social controlado e uma definição consensual obtida mediante o relacionamento entre o pesquisador e os sujeitos colaboradores⁴⁰.

Aguiar e Rocha[†] relataram em 1997 que

Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. A pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva, análise das forças sócio-históricas e políticas que atuam

*Hart E, Bond M. Action research for health and social care: a guide to practice. Buckingham: Open University Press, 1995.

†Aguiar KF, Rocha ML. Práticas Universitárias e a Formação Sócio-política. Anuário do Laboratório de Subjetividade e Política. 1997; (3/4):87-102.

nas situações e das próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise (p. 72)⁴¹.

O desenvolvimento da pesquisa-ação está relacionado com uma educação conscientizadora, que considera que a realidade deve ser contextualizada e problematizada, tornando o educando agente de sua própria transformação⁴¹. Para tanto, um dos referenciais teóricos a ser utilizado será o de Paulo Freire, que advoga ações educativas que propiciem o processo de reflexão e formação da consciência crítica.

Paralelamente a este campo teórico educacional, o estudo orienta-se no da promoção da saúde no eixo do desenvolvimento de habilidades pessoais, conforme proposto pela Carta de Ottawa²⁶. A importância deste conceito de educação popular foi reforçada na IV Conferência Mundial de Saúde de Jacarta em 1997²⁷, além de estar presente nos objetivos na Política Nacional de Promoção da Saúde²⁹. Dentre as teorias existentes no campo da promoção da saúde, o modelo de crenças em saúde também vem ao encontro aos objetivos desta pesquisa⁴³.

Como também será abordado do tema “direito público” visto que existe uma legislação estadual e municipal sobre o DEA, para se discutir o papel do Estado será utilizada a teoria de Norberto Bobbio⁴⁴.

Os três referenciais teóricos utilizados para o estudo são convergentes, visto que os dois primeiros propõem uma educação conscientizadora, com o intuito de mudar uma situação vivenciada e o terceiro discorre sobre a relação governantes-governados.

5.2. Cenário e sujeitos do estudo

Marília é um município localizado na região centro-oeste do estado de São Paulo. Em 2007, sua população estimada era de 225.938 habitantes⁴⁵.

Figura 1: Localização da cidade de Marília.

Fonte: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=352900#>

O Município faz parte do Sistema Estadual de Urgência e Emergência e conta com uma Coordenação Municipal de Urgência e Emergência⁴⁶. A rede de atendimento às urgências de Marília é composta por 01 pronto-socorro adulto, 01 pronto-socorro materno-infantil, 02 pronto-atendimentos municipais, 03 pronto-atendimentos particulares, pelo Resgate do Corpo de Bombeiros e pelo SAMU. A Rede Municipal de Saúde conta ainda com 29 USFs, 12 UBSs e 01 Policlínica⁴⁷. Apesar da existência da rede de atendimento às urgências, observou-se que não há ênfase concomitante às ações de promoção à saúde nesta área, havendo necessidade de fortalecê-las⁴⁵.

Para integrar este estudo foram convidadas pessoas voluntárias estrategicamente selecionadas de um entre os diversos locais da cidade de Marília que, de acordo com as legislações estadual e municipal, devem dispor de DEA⁸⁻¹⁰, ou seja, shoppings centers, galerias com mais de 50 lojas, supermercados com mais de 1.000m² de vendas e terminais rodoviários, com exceção aos estádios de futebol que contam com equipe de saúde em campeonatos oficiais.

Nesta pesquisa, grupos leigos estrategicamente consistem em pessoas que marquem presença de forma continuada nestes locais, ou seja, trabalhadores como comerciantes, comerciários e demais funcionários.

Para este estudo, o local selecionado foi o Terminal de Transporte Urbano da cidade de Marília e os participantes foram os trabalhadores deste Terminal. O caminho percorrido para seleção deste local e os sujeitos que participaram da pesquisa foi descrito no subcapítulo 5.3. Percurso Metodológico.

5.3. Percurso metodológico

Para eleger o local de interesse e selecionar os participantes desta pesquisa, foram utilizados os resultados da pesquisa de iniciação científica oriunda deste projeto de mestrado, que teve por objetivo realizar um mapeamento de espaços públicos que deveriam abrigar a tecnologia do DEA, de acordo com a Lei Municipal 6.124 de 18 /11/2004⁸ e Lei Estadual nº 12.736 de 15/10/2007¹⁰; quantificar e descrever os perfis dos estabelecimentos elegíveis para disponibilizar o DEA e conhecer a situação desses estabelecimentos junto aos responsáveis na vigência das leis.

Para atender a estes objetivos, foi utilizada uma abordagem quanti-qualitativa, transversal e descritiva. A fonte principal de informação foram os dados fornecidos pela Associação Comercial e Industrial de Marília (ACIM), que continha o cadastro da maioria dos estabelecimentos públicos. Primeiramente, estes locais foram distribuídos em um mapa por zoneamento. Para o exame desses espaços e a situação desses estabelecimentos em relação ao equipamento DEA, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, buscando reconhecer a razão social, o ramo de atividade, o número de funcionários, a circulação de pessoas, o horário de funcionamento e a disponibilidade do DEA e, em caso afirmativo,

descrever o processo de aquisição do mesmo. O levantamento de dados ocorreu nos meses de março a julho/2012.

Como resultados, foram identificados 18 estabelecimentos comerciais e de outras naturezas, como transporte, que se alinhavam aos requisitos legais. Desses, sete localizavam-se na zona central, seis na zona Sul, quatro na zona Norte e um na zona Leste. Em contato com os responsáveis, obtiveram-se respostas positivas em nove estabelecimentos para a participação; nove restantes não aceitaram fazer parte do estudo.

Procedeu-se a entrevista em quatro estabelecimentos da zona central, três da zona sul, um da zona norte e um da zona leste. Observou-se uma variação de número de funcionários, média de 20 a 300, principalmente em estabelecimentos comerciais. A média da circulação diária de pessoas era de 400 a 50.000 pessoas/dia, entre oito e 22 horas. Apenas um, a loja de departamentos, dispunha do equipamento DEA adquirido há dois anos e dois funcionários haviam sido treinados. Dentre os entrevistados que não dispunham o DEA, somente um responsável de empresa municipal conhecia as Leis. Verificou-se ainda que 62,5% dos estabelecimentos relataram ter presenciado a ocorrência de *mal súbito* de cliente⁴⁸.

A partir destes resultados, o espaço público de interesse para esta pesquisa foi o Terminal de Transporte Urbano da cidade de Marília, pois apresentava uma circulação média de 50.000 pessoas por dia. Os participantes da pesquisa foram os funcionários do terminal, da empresa de ônibus que tem a concessão do transporte urbano da cidade e os comerciantes ou comerciários do Terminal Urbano.

Primeiramente foi feito contato com o administrador do Terminal para explicar os objetivos e os procedimentos da pesquisa e apresentar o documento de solicitação de autorização para administradores responsáveis pelos setores de interesse (APÊNDICE 2). A pesquisa foi autorizada pelo administrador que liberou os funcionários do Terminal para participar do curso e da pesquisa no período de trabalho.

Para abordar os funcionários do Terminal Urbano, o administrador do providenciou que os funcionários (seis no total) participassem de uma reunião informativa sobre a importância dos procedimentos iniciais à Parada Cardiorrespiratória, importância do uso do DEA, divulgação do projeto de pesquisa e receber o convite para participar da pesquisa. Nessa reunião também foi conversado sobre as possibilidades de dia e horário do curso que fosse mais favorável para a maioria dos funcionários. O consenso foi por qualquer dia da semana no período da tarde, pois atrapalharia menos a rotina de trabalho no Terminal. Todos os funcionários demonstraram interesse e aceitaram participar do curso e da pesquisa.

Na cidade de Marília apenas uma empresa tem a concessão do transporte urbano. Foi feito contato com o responsável pelos funcionários desta empresa. Após a apresentação dos objetivos e dos procedimentos desta pesquisa explicados e do documento de solicitação de autorização, a pesquisa foi autorizada, porém os funcionários não poderiam ser liberados no período do trabalho para participar do curso e da pesquisa, que deveria acontecer nos períodos de folga.

Não foi possível reunir todos os funcionários que trabalham no terminal urbano para uma reunião informativa, devido ao grande número de funcionários (600 no total), em diferentes turnos de trabalho, e à impossibilidade de interromper o trabalho. Primeiramente foi conversado com os fiscais dos funcionários da empresa no Terminal para conhecer os horários de trabalho e folgas e estabelecer quais dias e horários seriam mais favoráveis para os funcionários. Optou-se por qualquer dia da semana de manhã ou à tarde, pois como os funcionários trabalham em turno e poderiam participar do curso no período de folga. Um cartaz-convite (APÊNDICE 3) foi elaborado e fixado ao lado do relógio de ponto dos funcionários e foi deixada com os fiscais uma lista para que os interessados em participar colocassem seu nome.

No Terminal de Transporte Urbano existe um espaço destinado ao comércio e os comerciantes organizaram-se em uma associação. Foi

feito contato com o presidente da associação para apresentar os objetivos e os procedimentos da pesquisa.

O presidente da associação tentou reunir os comerciantes e comerciários para a reunião informativa sobre a pesquisa, o não foi possível pela falta de disponibilidade dos mesmos. No entanto, o presidente apresentou nome de três pessoas que tinham interesse em participar do curso e da pesquisa. Foi questionado sobre a preferência de dia e horário e ele informou que seria melhor para os comerciantes e comerciários participar em qualquer dia no período da manhã.

Ao, participaram da pesquisa todos os seis funcionários do Terminal de Transporte Urbano, cinco funcionários da empresa de transporte urbano e nenhum lojista do comércio do Terminal Urbano, pois os lojistas que tinham demonstrado interesse em participar não compareceram no dia do curso e coleta dos dados.

Os participantes da pesquisa inicialmente preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4), depois de explicados os procedimentos investigativos e o caráter voluntário da participação. Em seguida, preencheram um formulário para caracterização de seu perfil (APÊNDICE 5).

O processo educativo selecionado foi um curso com abordagem em técnicas básicas de ressuscitação cardiopulmonar do adulto e uso do desfibrilador externo automático, tendo como base as diretrizes da AHA para a população leiga. Constatou-se de aulas teórico-práticas com a utilização de material didático (APÊNDICE 6) elaborado especialmente para este fim, aulas expositivas com projeção de imagem e aulas práticas com manequins e desfibriladores simulados. No fim do curso, todos os participantes receberam um certificado de participação (APÊNDICE 7)

Finalizando o curso, os participantes foram convidados a participar do grupo focal no qual foram discutidas suas percepções sobre o atendimento inicial à PCR, os sentimentos, as habilidades em relação ao procedimento, incluindo o manejo dos materiais e equipamentos. O roteiro

utilizado como orientação para condução do grupo encontra-se no APÊNDICE 8.

Para coleta dos dados, foi realizada gravação do áudio do grupo focal e posteriormente as informações foram transcritas constituindo-se em material de análise.

5.4. Análise dos dados

Para tratamento dos dados coletados por meio do grupo focal, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo descrito por Bardin. Trata-se de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens”. A autora também descreve que neste tipo de análise, “o interesse não está na descrição dos conteúdos e sim no que estes poderão ensinar após serem tratados” (p.40)⁴⁹.

A organização da análise foi realizada de acordo com três etapas: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações. A pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na formulação das hipóteses e dos objetivos e na elaboração dos indicadores (categorias de análise) que fundamentem a interpretação final⁴⁹.

Para elaboração dos indicadores, é necessário codificar o material empírico, isto é, estabelecer regras que permitam atingir a representação do conteúdo. Primeiro, é escolhida a unidade de registro, esta podendo ser por palavra, tema, objeto, personagem, acontecimento, etc⁴⁹. Neste estudo, a unidade de registro escolhida foi o tema, definido por Bardin⁴⁹ como “uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de

guia à leitura” (p. 131). A análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p. 131).

Além da eleição da unidade de registro, é necessário determinar a unidade de contexto, que é a “unidade de compreensão para codificar a unidade de registro” (p. 133)⁴⁹. Dá sentido à unidade de registro, neste caso os temas, e, as unidades de contexto deste estudo foram os referenciais teóricos já apresentados.

Em seguida, é necessário estabelecer as regras de numeração ou modo de contagem⁴⁹. Para atendimento ao objetivo deste estudo, o tipo de numeração selecionado foi o de “presença” de temas significativos, que se enquadravam em algum indicador (categoria). Este tipo de numeração não frequencial é um recurso utilizado pela abordagem qualitativa, que enfatiza a compreensão do sentido, utilizando para isso um *corpus* mais reduzido.

A categorização é a “classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, seguida de reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”⁴⁹ (p. 145). O critério de classificação selecionado foi o temático, não se fornecendo o sistema de categorias previamente, optando-se por sua construção pela classificação analógica e progressiva dos elementos, em que o título conceitual de cada categoria é definido somente no final da operação.

A exploração do material não é nada mais do que a aplicação das decisões tomadas na pré-análise que, se foi devidamente concluída, esta fase é uma aplicação prática daquela, uma fase longa e exaustiva⁴⁹. O tratamento e a interpretação dos resultados foram realizados a partir da síntese dos dados distribuídos nas categorias relacionadas, proposição de inferências e posterior interpretação a partir dos referenciais teóricos.

5.5. Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para apreciação. Foi aprovado em 24 de maio de 2011, através do Processo nº 1022/2011/CEP-EEUSP – SISNEP CAAE: 0028.0.196.000-11 e a folha de aprovação encontra-se em anexo (ANEXO 1).

Anteriormente à coleta de dados foi solicitada autorização por escrito (APÊNDICE 2) aos administradores responsáveis pelos setores (Terminal de Transporte Urbano e empresa de transporte urbano) antes da reunião informativa. Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e pós-esclarecido (APÊNDICE 4).

As gravações dos grupos focais foram destruídas após a transcrição, a fim de manter o sigilo e o anonimato dos participantes, em conformidade com o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos.

Referenciais Teóricos

6. REFERENCIAIS TEÓRICOS

6.1. A teoria de Paulo Freire

Para Freire, se queremos a libertação dos homens não devemos mantê-los alienados. A libertação autêntica não é feita por meio de uma “educação bancária”, em que o conhecimento é depositado nos educandos. É a educação que permite a reflexão e ação dos homens sobre o mundo para poder transformá-lo. Essa concepção faz de todos sujeitos, pesquisador e participantes, educadores e educandos, superando a opressão do modelo tradicional de educação⁴².

Quando a educação é do tipo “bancária”, significa que os educandos são tratados como “vasilhas” ou lugar para depósito que os educadores precisam “encher”, depositar conhecimento, o que torna o educar um ato de depositar transmitir valores e conhecimento. Neste tipo de educação, Freire considera que os educadores são opressores e educandos, oprimidos⁴². O autor defende ainda que:

(...) se para a concepção “bancária” a consciência é, em sua relação com o mundo, esta “peça” passivamente escancarada a ele, à espera de que entre nela, coerentemente concluirá que ao educador não cabe nenhum outro papel que não o de disciplinar a entrada do mundo nos educandos. Seu trabalho será, também, o de imitar o mundo. O de ordenar o que já se faz espontaneamente. O de encher os educandos de conteúdos. É o de fazer depósitos de comunicados – falso saber – que ele considera como verdadeiro saber⁴² (p. 36).

Na visão “bancária”, o educador julga-se um sábio que tem o direito de doar o seu “saber”. Freire considera que essa doação não passa de “manifestação instrumental da ideologia da opressão” (p.33), ou seja, a alienação da ignorância. O educador que se aliena em sua ignorância sempre julgará que sabe de tudo, enquanto os educados nada sabem⁴².

Neste tipo de educação em que o educador assume o papel de opressor, sua pretensão é a de “transformar a mentalidade dos oprimidos e não a situação que os oprime”⁴² (p.34).

Em contraposição a essa educação opressora, Freire apresenta a educação problematizadora, em que o educando não é oprimido, mas sim libertado. O educador deixa de ser autoritário, responsável por educar, mas enquanto educa também é educado, ou seja, educador e educando são ambos sujeitos da ação⁴².

Na educação problematizadora, quanto mais os educados são ensinados, mais se sentirão desafiados e responsáveis por sua aprendizagem, cada vez mais instigados a responder a novos desafios. O autor argumenta que “(...) porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a se tornar crescente crítica, por isto, cada vez mais desalienados”⁴² (p.40). Freire explica que a palavra faz buscar elementos constitutivos e esta busca irá levar a duas dimensões: ação e reflexão⁴².

Então, nesta relação de diálogo, o conteúdo programático não é algo que se doa ou se impõe, muito menos um conjunto de informações a ser depositado, mas é uma devolução organizada e sistematizada. Não se deve esperar resultados positivos de um programa que “seja educativo num sentido mais técnico ou se ação política, se, desrespeitando a particular visão do mundo que tenha ou esteja tendo o povo, se constitui numa ‘invasão cultural’, ainda que feita com a melhor das intenções”⁴² (p.49).

Freire descreve duas teorias, a da ação antidialógica e dialógica. A primeira possui um caráter opressor e necessita da conquista do oprimido. A necessidade da conquista acompanhará a ação antidialógica a todo o momento, faz parte de sua característica⁴².

Freire explica que na ação antidialógica os opressores dividem as massas populares para manter a opressão, pois em menores grupos é mais fácil dar continuidade ao poder e o que mais interessa ao opressor é

enfraquecer os oprimidos através de estratégias, processos e métodos. Diz ainda que:

(...) através da manipulação, as elites dominadoras vão tentando conformar as massas populares a seus objetivos. E, quanto mais imaturas, politicamente, estejam elas (rurais ou urbanas), tanto mais facilmente se deixam manipular pelas elites dominadoras que não podem querer que se esgote seu poder⁴²(p.83).

Já a ação dialógica é revolucionária e libertadora, pois “o diálogo se torna uma permanente ação libertadora” (p.78). É caracterizada pela colaboração, união, organização e síntese cultural. A colaboração só pode ser realizada quando há comunicação, pois esta leva à comunhão e à liderança. Para a união dos oprimidos é preciso se desligar do mundo da opressão, pois para retirar o poder da elite dominadora, as massas não podem se dividir: após buscarem a liderança, as massas organizam-se.

Diferentemente da invasão cultural, que é uma forma de manipular, a síntese cultural está ligada à organização das massas e esta, à libertação, pois “a síntese cultural não nega diferenças entre uma visão e outra, pelo contrário, se funda nelas. O que ela nega é a invasão de uma pela outra”⁴² (p.106).

O resgate desse referencial tem como perspectiva o desenvolvimento de habilidades pessoais com vistas à emancipação dos sujeitos, ampliando sua autonomia e reduzindo sua dependência dos profissionais de saúde.

6.2. Teoria de crenças em Saúde

Dentre as teorias existentes no campo da promoção da saúde, o modelo de crenças em saúde vem ao encontro aos objetivos desta pesquisa. Ele foi originalmente articulado para explicar porque os indivíduos participam de exames de saúde pública e de programas de imunização e foi

desenvolvido para ser aplicado em outros tipos de comportamento de saúde⁴³.

O modelo sugere que a probabilidade de um indivíduo agir em relação a um determinado problema de saúde está baseada na interação entre quatro tipos diferentes de crença, isto é, os indivíduos irão agir para proteger ou promover a saúde se:

1. perceberem que são suscetíveis a uma condição ou problema;
2. acreditarem que terão consequências potencialmente sérias;
3. acreditarem que há um curso de ação disponível que irá reduzir sua suscetibilidade, ou minimizar as consequências, e
4. acreditarem que os benefícios da ação irão superar os custos e as barreiras⁴³.

6.3. Teoria de Norberto Bobbio

Segundo Bobbio, a dicotomia público/privado trata da diferenciação entre o que pertence à coletividade e o que pertence aos singulares. De modo geral, a distinção entre a sociedade global e eventuais grupos menores, como a família, por exemplo⁴⁴.

É denominada uma grande dicotomia por dois motivos: uma em que divide o universo em duas esferas, conjuntamente exaustiva, no sentido de que todos os entes daquele universo nelas tenham lugar, sem nenhuma exclusão, e, reciprocamente exclusivas, visto que se estabelecesse uma divisão, no qual a disciplina deve nela ter lugar, e, tende a convergir em sua direção outras dicotomias⁴⁴ (p 13).

O direito é um ordenamento de relações sociais, que podem ser divididas em dois tipos: entre iguais e entre desiguais. Para a sociedade de desiguais, o Estado é caracterizado por relações de subordinação entre

governantes e governados, entre detentores do poder de comando e destinatários do dever de obediência. A sociedade de iguais é a sociedade natural dos jusnaturalistas ou a sociedade de mercado dos economistas, são relações de iguais (também chamada de coordenação), na medida em que são elevados a modelo de uma esfera privada contraposta à esfera pública⁴⁴.

Assim, a sociedade de desiguais seria aquela que comportaria os que detêm o poder de comando e a sociedade de iguais a que o estado de comportamento privado eleva-se ao público.

“A distinção de sociedade de iguais e sociedade de desiguais não é menos clássica do que a distinção entre esfera privada e esfera pública”⁴⁴ (p.16), na qual a primeira encontra-se o estado de natureza, a esfera econômica e a sociedade civil (que é a esfera das relações ,sociais não reguladas pelo Estado) e na segunda, o estado civil, a esfera política e o Estado político⁴⁴ (p. 16). Bobbio defende que a sociedade de desiguais é aquela em que o direito público predomina e a sociedade de iguais em que o direito privado sobressai.

Para Radbruck (1932) *apud* Bobbio, define-se direito público como sendo o termo mais forte, conseqüentemente, o outro termo, que é o direito privado, ganha definição negativa, como sendo não-público, ou seja, não-forte. Ambos delimitam-se reciprocamente no sentido de que a esfera do público chega até onde começa a esfera do privado e vice-versa.

De fato, a diferenciação entre o direito público e privado é acompanhada da formação do primeiro sobre o segundo. Considerando esse tipo de delimitação entre o direito público *versus* o direito privado, subentende-se que o direito público não interfere na relação de domínio do direito privado e vice versa.⁴⁴

Durante muito tempo, o Estado foi objeto de estudo dos juristas, mas com o surgimento recente de uma nova ciência - sociologia, passou a ser estudado também por ela. Jellinek e Weber sustentam que tal distinção é

necessária, mas Kelsen (que reduziu o Estado a ordenamento jurídico) entende que não.

Para Kelsen “o Estado é resolvido totalmente no ordenamento jurídico e, portanto desaparece como entidade diversa do direito, que dele regula atividade dedicada a produção e a execução de normas jurídicas” (BOBBIO, 2007 p. 57). Teorias meramente jurídicas do Estado foram abandonadas na transformação do Estado de direito em Estado social⁴⁴.

Para Offe, o Estado social

eram as forças mais importantes que lutaram por sistemas cada vez mais amplos de seguro social obrigatório, leis de proteção ao trabalho, salários mínimos, ampliação de instituição de saúde e de educação e a construção habitacional subvencionada pelo Estado, assim como pelo reconhecimento dos sindicatos com representantes políticos e econômicos legítimos dos trabalhadores⁵⁰ (p. 113).

O Estado social serviu então como um estabilizador político-econômico que contribuiu para fortalecer a força do crescimento econômico e preservar a economia da espiral descendente das recessões profundas⁵⁰.

Quando a sociedade torna-se independente do Estado, este passa a ser um mero subsistema ao sistema social. Não era assim antes, de Aristóteles a Hobbes, o Estado era a sociedade perfeita. Ponto de vista do governante *versus* o do governado, a liberdade do cidadão é o ponto principal e não o poder dos governantes. “Bem estar, felicidade e prosperidade do cidadão, considerados um a um, e não potência do Estado; direito de resistência a leis injustas” ⁴⁴ (p. 64). O Estado “apoia-se sobre a teoria dos três poderes, o legislativo, o executivo e o judiciário e das relações entre eles” ⁴⁴ (p. 77). Mortati *apud* Bobbio define o Estado:

O Estado tem sido definido através de três elementos o povo, o território e a soberania. Para citar uma definição corrente e autorizada, o Estado é um ordenamento jurídico destinado a exercer o poder soberano sobre um dado território, ao qual estão necessariamente subordinados os sujeitos a ele pertencentes⁴⁴ (p. 94)

As formas clássicas de poder (governo) são as combinações de monarquia e república, aristocracia e democracia, segundo os mais diversos

autores. “Monarquia é o governo de um só e república no sentido maquiaveliano da palavra, é o governo de muitos, mais precisamente de uma assembleia”⁴⁴ (p. 108).

De acordo com Kant, *apud* Bobbio,

a república adquire um novo significado, que não é mais o de estado em geral, e nem mesmo é mais o de governo de assembleia, contraposto ao governo de um só, mas é o de uma forma de governo que tem uma certa estrutura interna. A diversa relação entre governo presidencial e parlamentar é que a primeira vigora uma nítida separação entre poder de governo e poder de fazer as leis, separação fundada sobre a eleição fundada direta do presidente da república, que também é o chefe da república e sobre a responsabilidade dos integrantes do governo perante o presidente da república e não perante ao parlamento, já a segunda é aquela na qual, mais que separação, existe um complexo jogo de poderes recíprocos entre governo e parlamento, fundado sobre a distinção entre chefe do estado e chefe do governo, sobre a eleição indireta do chefe do estado por parte do parlamento e sobre a responsabilidade do governo diante do parlamento, que se exprime através do voto de confiança ou de desconfiança”⁴⁴ (p 107-108).

Sendo assim a monarquia é o direito de um só governar, cuja degeneração é a tirania, sendo que o chefe governa com poder ilimitado. Já a aristocracia é o governo de poucos, cuja degeneração é a oligarquia, governados pelo nobreza, a riqueza, os laços de família. A democracia é o governo de muitos, cujo caráter e valor estão na liberdade.

Na filosofia política o problema do poder foi apresentado sob três teorias fundamentais: substancialista, subjetivista e relacional”⁴⁴ (p. 77). Na teoria substancialista, Hobbes define poder “como um bem inato, como força ou inteligência, ou adquirido, como riqueza”. Na teoria subjetivista Locke define poder “como capacidade de um sujeito de obter certos efeitos”. Na teoria relacional, Dahl define influência (poder) como “uma relação entre atores, na qual um ator induz outros atores a agirem de um modo que, em caso contrário, não agiriam”. Ainda para Dahl, o poder de um é a negação da liberdade do outro e vice versa⁴⁴ (p. 78).

De acordo com Bobbio,

do ponto de vista dos vários critérios que foram adotados para distinguir as várias formas de poder (...) a tipologia assim chama dos três poderes – econômico, ideológico e político, ou seja, da

riqueza, do saber e da força. O poder econômico é aquele que se vale das posses de certos bens (...) o poder ideológico é aquele que se vale da posse de certas formas de saber, doutrinas, conhecimentos, as vezes apenas de informações, ou de códigos de conduta, para exercer uma influência sobre o comportamento alheio e induzir os membros do grupo a realizar ou não uma ação (...) e o poder político, cujo o meio específico é a da força e serve para fazer entender porque é que ele sempre foi considerado como o sumo poder⁴⁴ (p.82).

Existem três tipos de poder legítimo, segundo Weber: tradicional, racional-legal e carismático.

No poder tradicional, o motivo é a obediência é a crença na sacralidade de pessoa do soberano, no poder racional o motivo da obediência deriva da crença na racionalidade do comportamento conforme a lei, no poder carismático, deriva crença nos dotes extraordinários do chefe⁴⁴ (p. 92).

Segundo Niklas Luhmann, a legitimidade em sociedades modernas não está em valores, mas em procedimentos específicos, como eleições, processo legislativo e processo judiciário, prestações do próprio sistema. Na visão de Weber, o poder tradicional quem manda é o “senhor” e os que obedecem são os “súditos”, obedecendo à pessoa por sua própria dignidade, piedade. No poder racional-legal não se obedece à pessoa, e sim a regra estatutária, que determina a quem e quando deve obedecer e no poder carismático obedece-se, com toda a exclusão, de modo puramente pessoal ao chefe, não por causa da posição estatutária.⁴⁴

Bobbio indaga: “É melhor o governo das leis ou dos homens?”. Para responder a esta pergunta, o autor se utiliza o pensamento de vários filósofos, dentre eles Aristóteles, que afirma: “das leis, pois são desprovidas de paixão e racionais”.⁴⁴ (p. 95)

Resultados

7. RESULTADOS

7.1. Caracterização e análise do perfil dos participantes

Antes do curso de capacitação e grupo focal, foi entregue para os participantes um formulário para caracterização. Participaram da pesquisa 11 colaboradores, sete do Grupo 1, realizado em 03/09/2012, e quatro do Grupo 2, realizado em 05/09/2012. A maioria era do sexo masculino, sendo que o Grupo 2 era composto exclusivamente por homens e o grupo 1 era composto por mulheres, em sua maioria (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição de participantes do Grupo 1 e 2 segundo sexo. Marília/SP, 2012.

Houve grande variação com relação à idade dos participantes, sendo que a maioria se encontrava na faixa etária entre 30 e 60 anos. Pode-se observar também que a população participante do Grupo 2 era mais jovem que a do Grupo 1.

Gráfico 2. Distribuição de participantes do Grupo 1 e 2 segundo faixa etária. Marília/SP, 2012.

Com relação à escolaridade, pode ser observado que no Grupo 2 a escolaridade era maior e mais homogênea que no Grupo 1, em que a maioria que não havia completado o ensino fundamental, embora houvesse quem havia concluído a formação técnica.

Gráfico 3. Distribuição de participantes do Grupo 1 e 2 segundo escolaridade. Marília/SP, 2012.

Dos 11 colaboradores, seis eram funcionários do Terminal Urbano (Prefeitura) e cinco, da Empresa Circular, sendo que no Grupo 1, participaram os seis funcionários do Terminal e um funcionário da Empresa Circular e, no Grupo 2, eram quatro funcionários da Empresa Circular.

As funções dos colaboradores na empresa onde trabalham estão listadas nos Gráficos 4 e 5 (abaixo):

Gráfico 4. Distribuição de participantes do Grupo 1 segundo local de trabalho e função. Marília/SP, 2012.

Gráfico 5. Distribuição de participantes do Grupo 2 segundo local de trabalho e função. Marília/SP, 2012.

Foi verificado também que a maioria dos colaboradores estava trabalhando no atual local de exercício a menos de cinco anos, como pode ser visto no Gráfico 6.

Gráfico 6. Distribuição de participantes do Grupo 1 e Grupo 2 segundo tempo de trabalho no atual local de exercício. Marília/SP, 2012.

Quando questionados sobre o conhecimento sobre a legislação relacionada ao socorro em locais públicos, dos 11 colaboradores, apenas dois do Grupo 1 tinham conhecimento da existência de tais leis.

Gráfico 7. Distribuição de participantes do Grupo 1 e Grupo 2 quanto à pergunta "Conhece a legislação relacionada aos socorros em locais públicos?". Marília/SP, 2012.

A maioria dos colaboradores já tinha presenciado alguma situação em que houve necessidade de reanimação cardíaca, sendo que apenas dois participantes do Grupo 1 nunca presenciaram tal situação.

Gráfico 8. Distribuição de participantes do Grupo 1 e Grupo 2 quanto à pergunta “Já presenciou alguma situação em que houve necessidade de reanimação cardíaca?”. Marília/SP, 2012.

A maioria dos colaboradores nunca havia recebido capacitação ou treinamento em reanimação cardiopulmonar. Apenas um participante do Grupo 1 havia recebido esse tipo de treinamento em curso de formação técnica (Curso Técnico em Química) e três participantes do Grupo 2, em curso de formação de condutores (CFC).

Gráfico 9. Distribuição de participantes do Grupo 1 e Grupo 2 quanto à pergunta “Já teve oportunidade de receber alguma capacitação ou treinamento em reanimação cardiopulmonar?”. Marília/SP, 2012.

7.2. Construção das categorias empíricas

As categorias analíticas foram elaboradas conforme emergiam da leitura da transcrição dos grupos focais, através de um cuidadoso e paciente trabalho de agrupar e reagrupar as falas dos participantes por critério de similaridade, tendo como unidades de contexto os referenciais teóricos de Freire, de Crença em Saúde e de Bobbio.

As categorias que emergiram dos discursos foram: as percepções sobre cidadania; as vivências antes do curso; a percepção sobre o processo de capacitação e a falta de operacionalização do preceito legal (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias e subcategorias empíricas.

AS PERCEPÇÕES SOBRE CIDADANIA
Medo devido à falta de conhecimento
Medo de realizar os procedimentos de forma errada e ser punido
Ações de solidariedade
O RELATO DAS VIVÊNCIAS ANTES DO CURSO
Vivência do evento de mal súbito
Habilidades antes do curso
A PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO DE CAPACITAÇÃO
Habilidades adquiridas
Percepção sobre o uso do DEA
As dificuldades enfrentadas na realização dos procedimentos
A percepção sobre a necessidade de conhecimento
A FALTA DE OPERACIONALIZAÇÃO DO PRECEITO LEGAL

7.3. Interpretação das categorias empíricas à luz dos referenciais teóricos

As falas dos participantes nos grupos focais resultaram em categorias empíricas, as quais foram analisadas à luz dos referenciais teóricos estudados.

7.3.1. As percepções sobre cidadania

Nesta categoria foram reunidas as falas que exprimiam as percepções sobre cidadania. Serão discutidas as subcategorias “medo de realizar os procedimentos devido à falta de conhecimento”, “medo de realizar os procedimentos de forma errada e ser punido” e “solidariedade”.

Foram percebidas diferenças entre as percepções dos participantes de acordo com os grupos nos quais estavam inseridos. O Grupo 1 era constituído na maioria por funcionários do Terminal Urbano que apresentavam menor escolaridade, e isso refletiu diretamente na capacidade de se expressar e se integrar na proposta de capacitação.

Outro aspecto importante que foi observado durante o processo foi a maior limitação do acesso à informação comparado com o Grupo 2, pressupondo uma restrição no exercício da cidadania.

Já o Grupo 2, mostrou-se mais ativo e propositivo durante a trajetória da pesquisa. Depreende-se que isso se deve ao fato de esses participantes terem mais acesso a informação em função da natureza do trabalho que realizam no setor de transportes, em que a participação em cursos de atualização é obrigatória.

• **Medo de realizar os procedimentos devido à falta de conhecimento**

Nesta subcategoria, foram classificadas as falas relacionadas ao medo de realizar os procedimentos devido à falta de conhecimento, por não dispor de elementos sobre o evento de mal súbito e sobre o que deve ser feito ao presenciar tal situação. As falas demonstravam insegurança em agir por não conhecer o que está acontecendo e nem o que deve ser feito.

De acordo com Freire, a educação dialógica, libertadora, permite que os seres humanos libertem-se da opressão da alienação, reflitam sobre uma situação vivenciada e ajam para mudar essa situação⁴².

O fato do acesso à informação sobre os dispositivos legais que regulamentam a disponibilidade do DEA e aos conhecimentos sobre o manejo da PCR não terem sido disponibilizados para essa população faz com que, ao se depararem com tal situação, sintam medo e insegurança, que são sentimentos opressores.

Sendo assim, as pessoas não se sentem capazes de produzir uma ação efetiva ao presenciar um evento de mal súbito e, ainda que tenham o impulso de querer ajudar, sua ação acaba se limitando a acolher a vítima e chamar o socorro especializado, pois não têm conhecimento sobre o que está acontecendo e que existem procedimentos que podem realizar até a chegada do socorro.

Quando essas pessoas são instrumentalizadas com informação e conhecimento técnico, a partir de uma abordagem dialógica, problematizadora, que considera seus conhecimentos, suas vivências e a realidade, há uma ruptura com esse “medo” causado pela alienação. Há uma reflexão que resulta em uma ação efetiva.

A teoria de crenças em saúde também versa sobre o tema, quando defende que quando a população entende que existe um curso de ação disponível que trará benefícios para um determinado problema de saúde, resulta em ação para a promoção da saúde⁴³.

Grupo 1:

“(...) tem que ter coragem pra chegar na pessoa e fazer.”

“(...) no boneco já me deu medo (...) só que eu não vou ficar naquela que eu estava, que eu estava falando pra ela, eu vou ficar gritando (risos).”

“(...) tem que ter muito..., pensar e saber o que vai fazer também, né, que também pensa que vai ajuda e pode até... (...)”

“(...) ter a coragem de fazer ou não. O problema maior é sua falta de conhecimento no assunto (...) e você acabar fazendo alguma coisa que prejudique. Então, talvez a falta do conhecimento na hora é que talvez impeça as pessoas de colocar em atividade.”

“Ah! o problema maior foi o que eu falei, né, a falta do conhecimento inicial, as pessoas tem um conhecimento do que foi falado aqui, básico, aí já começa... Acho que essa parte do medo, tendo um pouquinho de conhecimento, acho que essa parte do medo já fica um pouco mais de lado, né. Tem que praticar.”

“Meu medo é a pessoa, dá medo.”

Grupo 2

“Dependendo da posição, você pode até estar prejudicando.”

“(...) mas, assim, no apavoro das pessoas que estão em volta...”

Ah! mas que.. você é cobrador, o que você vai fazer aqui?”

• Medo de realizar os procedimentos de forma errada e ser punido

Nesta subcategoria observa-se a preocupação dos participantes em realizar os procedimentos de forma errada e ter algum tipo de punição ou consequência.

Esse “medo de punição” foi captado nos dois grupos e depreende-se que vem da formação conjunto cultural da sociedade brasileira, composto pela história da educação, religião, política e movimentos cívicos, que é opressora e punitiva^{42,44}. A sociedade é conformada dentro do conceito de que quando se erra, deve-se receber uma punição⁴².

Os participantes relatam ter medo de fazer alguma coisa errada e sofrer consequências judiciais, e esse medo é influenciado pelas informações que absorvem da mídia e pelas experiências vividas, como as leis de trânsito ensinadas nos Cursos de Formação de Condutores (CFC), visto que alguns dos participantes são motoristas profissionais.

Quando relatam ter medo da justiça, de “*ser processado*”, a “justiça” representa o próprio Estado assumindo um papel opressor, punindo o indivíduo por uma ação “delituosa”.

A educação formal também traduz essa concepção restritiva, pois adquiriu um formato competitivo e classificatório, considera que quem aprende mais é quem acerta mais, que é recompensado. Esse tipo de concepção inibe a ação, pois o indivíduo deixa de agir para não correr o risco de errar e ser punido⁴².

O medo referido pelos participantes é reconhecido na medida em que era percebida em suas falas a ausência do Estado no que diz respeito à veiculação de informações relacionadas à legislação sobre a disponibilização do DEA e sobre os conhecimentos das manobras de atendimento inicial à PCR.

De acordo com Bobbio, quando o Estado está ausente, não garantindo direitos sociais básicos, a liberdade dos governados é cerceada, sendo portando uma forma de opressão⁴⁴.

Grupo 1:

“Levar um processo nas costas, né (risos).”

“(...) mais se num tiver calma, já põe o negócio errado lá, danou-se.”

Grupo 2

“Quando você tá tirando carta, o que que eles falam? Eles falam assim: Oh! se você vê um acidente ou então uma pessoa caída, você tem que parar o automóvel e ir lá socorrer, certo? Agora se você passar e ir embora e deixar e falar, ah! não é comigo, vou embora, se mandar, você vai se julgado perante a lei, por mais que você não tenha batido no cara e o cara estava morrendo lá. Você vai se julgado como se tivesse matado aquela pessoa, por não ter socorrido. Você sabendo os procedimentos de socorro, fica muito maior a chance de você parar lá. O que que adianta você parar, olhar lá a vítima, ligar e num fazer nada, né? Agora se já tem o procedimento.”

• Ações de solidariedade

Nesta subcategoria, foram reunidas as falas dos dois grupos em que emergiram a percepção de solidariedade e ajuda ao próximo. Algumas pessoas expressaram o desejo de ajudar ao outro (qualquer pessoa), e outras, de ajudar as pessoas mais próximas. As falas relacionadas a ajudar qualquer pessoa provieram do Grupo 1, em que os participantes tinham escolaridade mais baixa e, conseqüentemente, renda mais baixa e menos acesso a bens e mecanismos de garantia dos direitos. Culturalmente, enfatizam a prática de ajuda mútua como uma forma de sobrevivência.

Já no Grupo 2, apareceram mais falas relacionadas a ajudar as pessoas mais próximas do convívio social. Também no Grupo 2 emergiram falas que exprimiam um sentimento mais individualista, que as pessoas não se interessam em tentar mudar uma situação por achar que não irão se beneficiar com isso. Quem tem a necessidade é que deve se mobilizar.

A teoria de crenças em saúde discute que para haver ação, as pessoas precisam entender que estão suscetíveis a um problema de saúde⁴³.

Grupo 1:

“(...) até tentar ajudar (...)”

“(...) eu até tenho vontade de ajudar (...) Mas eu tenho vontade de ajudar e socorrer qualquer um.”

“Ah! se puder ajudar, né, é bom.”

Grupo 2

“(...) por isso até falei né: Oh! vamos alguém da gente lá fazer, porque pode ser bom pra nós. A gente não sabe o dia de amanhã, que a gente pode estar ajudando alguém.”

“Pode ser alguém que você ama que está lá caído.”

“Então, é cômodo pra gente também, que a gente vai ter mais dor de cabeça, mais trabalho e quem quer isso?”

“Quem quer trabalho? Ninguém. (...)”

“(...) Eu vou ter o trabalho de ir lá exigir. Ah, não! Deixa quieto, não está na frente da minha casa, está na frente da casa do vizinho, então deixa lá. Mais daqui a pouco aquele buraco tá grandão, está pegando a sua casa também.”

“(...) nem todos querem saber do cara que está do lado. Fala assim: Ah! deixa quieto, eu não preciso disso não.”

“É que ele acha que nunca vai acontecer com ele.”

“(...) ele acha que só vai acontecer com os outros, na casa dele ele está livre, entendeu, a família dele está livre, ele acha que ele nunca, nunca vai precisar daquilo. (...)”

7.3.2. O relato das experiências antes do curso

Nesta categoria, foram classificadas as falas que exprimiam as experiências vivenciadas antes do curso. Serão discutidas as subcategorias “vivência do evento de mal súbito” e “as habilidades antes do curso”.

- **Vivência do evento de mal súbito**

Nesta subcategoria foram classificadas as falas que explicitaram a vivência dos participantes de eventos de mal súbito com ou sem PCR. Nos dois grupos havia participantes que vivenciaram esse tipo de situação. Em seus relatos surgiram algumas habilidades, como o conhecimento sobre a necessidade de intervenção técnica imediata.

Foi observado que as pessoas desorientam-se, sem saber o que fazer, o que remete ao sentimento de medo já descrito anteriormente. É por essa razão que se torna necessária a capacitação destinada aos leigos, estruturada com ênfase somente na massagem cardíaca, para que sejam propiciadas condições de intervir na situação. Isso comprova que realmente a PCR acontece fora do hospital, é uma questão de saúde pública, e é crucial que as pessoas próximas da vítima tenham conhecimento de como agir⁵⁻⁷.

Grupo 1

“(...) a gente puxou a cadeira, sentamos, eu chamei o pessoal do SAMU e, a partir da hora que eles chegaram ali perto dela para fazer o atendimento, a gente deixou e fomos embora, porque a gente, né, [fez] o máximo que a gente podia para ajudar.”

“Na cadeira ficamos abanando ela sim (...)”

“(...) que nem, meu pai, ele caiu, ele pôs o copo, assim que ele bebeu café e minha mãe sentada na sala. Daí ele, que era muito brincalhão, daí ele pegou e caiu, puf, (...) Quando minha mãe viu que ele estava assim parado, ela gritou. O marido da minha irmã

veio, virou, ele já estava com essa bola do, do... Daí ligaram, na hora que eles falaram com o médico eles vieram bem rápido, o médico chegou cortar aqui nele, lá dentro da casa da minha mãe mesmo. Só que ele foi pro hospital, quando foi a noite ele deu um fulminante assim... O médico falou assim que é poucas horas mesmo que...”

“Não, o médico mesmo falou que... se tivesse assim... que até... Na hora que ele caiu, ele ficou um tempo, minha mãe achando que ele estava brincando. Aí, depois que ela viu que ele não levantava mesmo, ela começou a gritar. Daí o meu cunhado veio, viro ele com a cara pra... Então ele percebeu que ele não estava bom, mais até que foi... Então, se tivesse acho que feito esse procedimento nele, eu acho que ele...”

“E quando minha mãe deu, veio um médico, porque tinha um médico na frente, que era dono da casa da frente que a gente pagava aluguel. Nós fomos correndo lá chamar, chamamos ele que ele estava lá, ele veio rapidinho, quando ele veio fazer, ele já tinha morrido.”

“É, mais aí eu só lembro de que eu estava morrendo já, né, mas aí eles aplicaram uma injeção que eu não sei o que que era e depois eles fizeram aquela massagem.”

É, deu a parada lá e eu pensei, né, a gente nem se mexe, né. Mas daí eu pensei, estou morrendo, né, e pensei ao mesmo tempo: Ah! tá bom, deixa eu morrer. Aí eles aplicaram aquela injeçãozinha né e fizeram aquilo lá, aí eu...”

Grupo 2

“(...) aconteceu o caso do meu vizinho humilde que era do sindicato, ele teve um infarto e a esposa dele é enfermeira e eu vi ela fazendo o procedimento lá. Só que eu vendo ela ali e eu fazendo aqui, pelo o que eu vi, eu acho que eu aprendi totalmente

diferente, porque na hora do apavoro tudo ali, do jeito que ela fez, não tem nada a ver com o jeito que nós fizemos aqui (...) Agora, só eu vendo e eu já vi na TV, já vi já pessoalmente ela lá acudindo ele lá, graças a Deus ele sobreviveu, mas, na hora do apavoro eu não consegui pegar as coisas certinho que nem aqui.”

• Habilidades antes do curso

Nesta subcategoria foram classificadas as falas que explicitam quais as habilidades que os participantes possuíam no atendimento ao mal súbito antes da capacitação. Foi observado que todos sabiam da necessidade de chamar por um socorro especializado, como o Resgate do Corpo de Bombeiros ou o SAMU.

No Grupo 1 não foi citada nenhuma habilidade específica relacionada à RCP, falaram apenas de procedimentos relacionados ao conforto, como deixar a pessoa em um ambiente ventilado.

No Grupo 2, como todos eram funcionários da empresa de transporte urbano, foram citados os procedimentos demonstrados no Curso de Formação de Condutores (CFC), necessário para adquirir carteira de habilitação. Foi citado que os procedimentos sem ter que fazer ventilação boca-a-boca ficaram melhores, em virtude do receio de colocar a própria boca na boca de outra pessoa desconhecida.

A oportunidade de treinar no manequim foi destacada, reforçando a necessidade de uma aprendizagem significativa, conforme defende Freire, pois o indivíduo precisa identificar uma aplicabilidade prática em sua realidade para melhor apreender o conteúdo⁴². Essa compreensão pode ser traduzida como ação-reflexão-ação, no processo pedagógico, que conduz à síntese (práxis). Quando se faz um atendimento simulado, o indivíduo consegue se imaginar na situação e isso favorece a tomada de decisão por agir quando vivenciar o fato na realidade.

Grupo 1

“(...) a gente ligaria né, a gente iria abanar, mas não esse monte de..., né.”

“(...) a primeira coisa é acionar, chamar a ambulância né. Isso aí normalmente nós vemos direto lá dentro, a pessoa passando mal. Então a gente corre para socorrer, a primeira coisa a fazer é telefonar e chamar.”

“No terminal tem um postinho, geralmente fica uma enfermeira lá né, então geralmente a gente chama ela (...)”

Grupo 2

“(...) o cara, o cara está ligando, ele já está te ajudando ali, né... A gente não tinha essa visão, a visão nossa é que... ou tem um cara doente aqui, se pega e vem, só isso né, entendeu. Eu já fiz a minha obrigação, fiz um favor pro cara que está doente, eu não sabia que o favor era maior que isso. Quanto mais informações se der, mais o cara pode estar ajudando o doente, entendeu? Eu não sabia disso.”

“Uma noção né, porque de repente, se você não num sabe, você vê lá na televisão, você vai lá fazer o que está na televisão, de repente você quebra o cara inteiro lá e não faz nada.”

“Eu achava difícil. Por quê? Como eu aprendi lá no CFC, lá você tem que estar... você faz três vezes, vai lá, assopra na boca... E a gente viu que é totalmente diferente né. Hoje não é daquela maneira, como eu aprendi lá, não. Você não conhece a pessoa, vai por a boca na boca da pessoa sem nem sabe quem é, né, você vai... é meio complicado. Agora acho que assim ficou bem legal. Acho que muitas pessoas não vem fazer por causa daquela impressão que ficou. A maioria foi obrigada a fazer no CFC e a

visão que eles têm lá é totalmente diferente dessa. Por isso que eu acho que isso deveria ser mais divulgado (...)

“Eu não.” (quando questionado se já tinha se imaginado fazendo os procedimentos alguma vez)

“Já tive um monte de curso, nunca quis nem tentá (...)

(...) Mais também nunca deram oportunidade, sabe? Falar pra você a verdade, nós fizemos curso, o cara pegava o boneco, ensinava como é que era, mas nunca falou assim: - Alguém quer chegar perto?”

“(...) já fizemos curso e tudo, o cara mostra como é que é, mas nunca deu oportunidade pra gente. Também, coitado, tinha o que... tinha 40 numa sala de aula, ele tinha 50 minutos pra dar a aula, não tinha como também ele deixar, né.”

7.3.3. A percepção sobre o processo de capacitação

Nesta categoria, foram classificadas as falas que exprimiram a percepção sobre o processo de capacitação. Serão discutidas as subcategorias “habilidades adquiridas”, “percepção sobre o uso de DEA”, “as dificuldades enfrentadas” e “percepção sobre a necessidade de conhecimento”.

• Habilidades adquiridas

Nesta subcategoria foram classificadas as falas que explicitaram quais foram as habilidades adquiridas com a capacitação realizada.

Todos os participantes mostraram uma percepção positiva sobre os procedimentos e se perceberam capazes de agir e realizar os procedimentos caso uma situação de mal súbito fosse presenciada no cotidiano. Foi possível perceber em algumas falas que foi assimilada a importância de se realizar os procedimentos, e que o tempo decorrido prejudica o prognóstico da vítima.

Isso mostra que a capacitação proporcionou uma transformação na visão de mundo dos participantes, que após receberem informação sobre a importância e conhecimento técnico, se sentiram aptos a agir. Freire advoga que a verdadeira educação é a educação dialógica, a que é capaz de modificar a realidade vivida⁴².

Nas falas foi possível captar também a autonomia e o empoderamento do indivíduo, isto é, a compreensão de que ele tem o poder de decisão e que ele é capaz de mudar uma situação. A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Jacarta em 1997 abordou o reforço da ação comunitária²⁵. A declaração de Jacarta refere-se “à posição central da participação popular e do *empowerment*, realçando, para isto, a importância do acesso à educação e à informação”²⁵.

Freire defende que a colaboração é uma das características da ação dialógica. Foi possível perceber que neste processo de capacitação houve uma aprendizagem coletiva⁴², visto que na simulação de atendimento de cada participante contribuía para a construção do conhecimento dos outros, auxiliando no esclarecimento de dúvidas e reforçando o conteúdo já assimilado.

Grupo 1:

“Muito legal, eu gostei... eu acho que eu, eu aprendi...”

“Tem que ter uma pessoa atrás, né, para poder revezar.”

“Acho que a gente vai tentar por em prática o que a gente aprendeu hoje, né. Assim, conseguir, ainda mais sabendo que tem uma pessoa ali que depende de alguma atitude da gente pra pode sobreviver, né.”

“Ah! eu acho que nós fazemos o que aprendemos aqui.”

“Ainda mais as três juntas, né. Aí eu acho que consegue fazer, né. Aí nós conseguimos fazer... (risos).”

Grupo 2

“E uma coisa importante que eu vou fazer é ensinar minha esposa, vou ensinar a ela a maneira certa, porque uma vez ela pode estar em casa, talvez eu não estou, aí ela está, entendeu? Eu tenho mãe, ela tem pai, entendeu? Então, vou passar pra ela porque, quanto mais pessoas a gente passa, isso serve pra gente também. A que a gente não sabe, amanhã pode ser eu e aí? Eu não posso fazer em mim mesmo, né (...) Logo, assim quando se põe um pesinho a mais é quando tem mais chance, então quanto mais pessoas ao seu redor saibam um procedimento que pode estar te salvando, né.”

“E ele explicou o sistema do coração, por isso, né, teve a compreensão (...) Agora eu sei que tem que se uma pressão forte (...)”

“O importante é assim né, você sente, parece que você se sente poderoso né. Olha, eu posso ajudar alguém. É bom saber quando se pode ajudar alguém, né. Fala assim: - Pô, olha, agora eu estou me capacitando, eu sei que eu posso estar ajudando alguém, isso é legal! Você se sente bem, né. Porque é bom a gente saber que a gente pode ajudar alguém, pode estar auxiliando alguém, isso é muito legal. E quanto mais perto se chega da pessoa, melhor, porque você está fazendo a posição certa.”

“É, porque você viu que ele cansou rápido. Por quê? Porque ele estava forçando, né, ele fazia, usava a força. Depois que você usa só o peso do seu corpo, você num cansa tanto, né. Por isso que a gente tem que aprender, depois que você usa, usa o seu peso para estar fazendo a massagem. Então você não cansa, o próprio corpo joga você pra cima de novo quando você tira o peso, entendeu? Então, você não está fazendo muita força. Agora quando se faz força, se cansa mais rápido. Isso que é a estratégia que ele mostrou lá, se usar o seu próprio peso pra fazer a massagem, não cansa tão rápido.”

“Bem mais fácil, por isso que eu nunca nem me... Porque eu achei que era bicho de sete cabeças. A gente achava que era um bicho de sete cabeças. Agora, o cara está caído lá, com ataque cardíaco, se você não sabe os procedimentos, você fala assim: - Nem vou chegar perto, nem vou relar. Agora, sabendo os procedimentos, você fala assim: - Oh, com licença.”

“Eu tenho certeza que sim, eu tenho certeza que a gente poderia botar em prática.”

• Percepção sobre o uso do DEA

Nesta subcategoria foram classificadas as falas que explicitaram quais foram as percepções sobre o uso do DEA.

Todos os participantes relataram que acharam o DEA fácil de manipular, que o aparelho auxilia na realização dos procedimentos. Foi relatado também que, como o aparelho fornece instruções por áudio, não só com relação ao uso de aparelho, mas de toda manobra de RCP, ajuda com as dúvidas que possam surgir durante os procedimentos.

O DEA foi projetado para que os leigos pudessem decodificar as instruções apoiando as manobras necessárias e dispõe de programação com passos definidos, não permitindo que o circunstante realize um procedimento não indicado.

Devido à eficiência apresentada pelo DEA, esta tecnologia auxiliou no enfrentamento do medo anteriormente citado pelos participantes, pois, como o aparelho os instruiu durante a simulação, eles sentiram-se mais seguros, sentiram que as chances de se esquecer de alguma etapa diminuí com o uso do equipamento. Sendo assim, conforme Freire teoriza, o DEA teve uma influência libertadora, visto que auxiliou os participantes a lidar com a insegurança causada pela falta de conhecimento (opressão)⁴².

A maioria dos participantes informou que se sentiu capaz de utilizar o equipamento se presenciasse um evento de mal súbito no

cotidiano. Esses dados corroboram a teoria de crenças em saúde de que as pessoas agem quando sabem que são suscetíveis a um problema de saúde, que existe um curso de ação disponível que irá reduzir a suscetibilidade e que os benefícios superarão as barreiras⁴³.

Grupo 1

“Nossa! Ajudaria, isso aí é coisa mais prática né.”

“Muito prático isso daí, pra pegar a noção das coisas, é muito bom.”

“Ah sim, com certeza, que ele meio que instrui a gente né.”

“Ah se você tiver o aparelho num é complicado porque o aparelho dá pra...”

“Não, porque do jeito que ele ensino aqui, pra gente chega no ponto de colocar o aparelho e coisa, com o que eu aprendi aqui (...).”

“Não, com o aparelho dá, se você teve calma, né. Então, se tiver calma (...).”

“Com o aparelho até que não, com o aparelho.. ele praticamente, ele ensina você a fazer, né.”

Grupo 2

“(...) tem a posição da mão certinha, o ombro certo, as coisas tudo certinho. Pra mim era totalmente diferente. Então aprendendo agora aqui eu sei, mesmo na hora do apavoro, ali eu vou saber fazer porque eu aprendi (...) Então pra mim foi bom, se acontecer eu já vou ter consciência pra mexer.”

“Oh, não é difícil, não é difícil. Eu achei, assim, até se pegar a posição, se apanha, mais depois que se pega o jeito, você vê que é a coisa mais fácil que tem, né, não é tão difícil assim (...).”

“(...) ele até fala, explica tudo.”

“Seria uma segunda pessoa pra estar ajudando, mais que uma segunda pessoa, porque ele vai fala tudo ali que você deve fazer ou não, ajuda bem melhor.”

“Ele te ensina como que faz tudo.”

“Fácil, oh...ele fala tudo.”

“É fácil, mais tem que te calma na hora de estar fazendo os procedimento, até espera o aparelho falar. Mas o manuseio dele foi muito bom, eu acho bem simples.”

“Eu acho que foi bem aproveitável, eu achei que foi aproveitável.”

• As dificuldades enfrentadas na realização dos procedimentos

Nesta subcategoria, foram classificadas as falas que explicitaram as dificuldades enfrentadas para realizar os procedimentos.

Todos os participantes relataram sentir dificuldade na posição para realizar os procedimentos, de joelhos ao lado da vítima, que é cansativa. Sendo assim, torna-se necessário reforçar que é preciso sempre mais de um circunstante apto e disposto a realizar os procedimentos, pois é recomendado que haja um revezamento para se realizar as manobras para evitar fadiga excessiva.

Houve também comentários sobre a dificuldade em verificar se é indicado realizar as manobras de ressuscitação na vítima de mal súbito. A partir disso, é necessário que isso seja esclarecido da forma mais simples possível, de que quando a vítima que não responde de forma nenhuma a estímulos (verbal e contato) as manobras de RCP são indicadas.

Outra dificuldade citada foi o controle das pessoas que ficam em volta quando está se prestando socorro. Acredita-se que quando os participantes conseguem identificar as dificuldades em um processo de capacitação, significa que este processo foi relevante. Eles realmente se

imaginaram vivenciando a situação no cotidiano, sendo assim, houve construção e produção de um novo saber.

Após o término do grupo focal, essas dificuldades foram novamente abordadas com intuito de auxiliar na superação das mesmas.

Grupo 1

“Ah! cansativo é muito.”

“Eu achei dificuldade assim na parte que ele falou de sentir a respiração né, ter que ouvir assim, coloca a mão ali, é uma parte meio delicada aquela. Eu achei que o problema foi aí. Você coloca uma pessoa deitada, só que se tem que ter essa calma, deitar a pessoa, sentir se tá respirando (...)”

“É, exatamente.” (interlocutor se refere ao fato de verificar se é necessário fazer os procedimentos ou não)

Grupo 2

“A posição que cansa fácil.”

“A única dificuldade que a gente viu é que, a posição, tem que ser reto e não pode ser com força.”

“Eu acho que a dificuldade seria você tomar conta da pessoa ali e ainda dos urubus em volta ainda né. (...) Ou faz isso, não, faz aquilo. Então você tem que ter a paciência em tirar o que está ali e ainda cuidar daquela pessoa, ter a calma e a tranquilidade ali pra cuidar dele e de quem está em volta.”

“(...) se você tem que fazer a massagem ou não, respiração, ver se a pessoa... ver os sinais, tudo (...)”

- **Percepção sobre a necessidade de conhecimento**

Nesta subcategoria, foram classificadas as falas que explicitaram a percepção sobre a necessidade de conhecimento.

Os participantes expressam a necessidade de participar de outras capacitações, tanto sobre o mesmo tema quanto de outros temas relacionados aos primeiros socorros.

Com relação a esse panorama, Freire afirma que quanto mais os educados são instigados a pensar, mais se sentirão desafiados e responsáveis por sua aprendizagem. Dessa forma, serão cada vez mais obrigados a responderem novos desafios⁴².

Depreende-se que os participantes perceberam a amplitude que o tema envolve, o que serve de força motriz para participar de uma forma mais integral dos primeiros socorros.

Grupo 1

“Eu acho que devia ter mais cursos desse assim, né.”

“Mais divulgação, exatamente.”

Grupo 2

“Eu já ouvi falar que a gente pode fazer isso, só que a gente não tinha como fazer, a gente num sabia como fazer, como agir, entendeu? A gente até sabia que se você vê alguém passando mal, você pode ir lá, mais fazer de qualquer jeito você pode piorar a situação.”

“É, de repente se chega lá, a pessoa você, em vez de estar fazendo isso, está passando um ataque epilético. Então eu acho que devia colocar os dois cursos junto.”

“É, mais...” (sobre a necessidade de conhecer outras abordagens além da PCR)

7.3.4. A falta de operacionalização do preceito legal

Nesta categoria foram classificadas as falas que exprimiam as percepções e os sentimentos dos participantes ao despertarem para a existência do respaldo legal não operacionalizado.

Do ponto de vista dos participantes, o fato ocorre devido ao descaso do poder público associado à inércia da sociedade civil, não só para garantir o direito relacionado à disponibilização do DEA, mas o direito à informação. Foi repetido diversas vezes que eles nem sabiam que tinham direito à disponibilidade de DEA em determinados locais. De acordo com Bobbio este panorama caberia a concepção de direito público⁴⁴.

Segundo os relatos, alguns locais disponibilizaram o DEA por iniciativa privada o que significa, não público⁴⁴. Apesar da legislação descrever como responsabilidade dos locais relacionados a aquisição do DEA e o treinamento de funcionários, a disponibilização desta tecnologia e a formação de circunstâncias para atendimento à PCR é uma ação de promoção da saúde e esta é uma política pública e não deve ser totalmente privatizada. Requer a participação do Estado, como a prescreve legislação municipal e estadual.

Não seria exagero dizer que nos últimos tempos os direitos sociais “situar-se vulnerável” no domínio do privado, proveniente do mercado, resultante da força do capitalismo *versus* o enfraquecimento do Estado Social. Em contraste ao estado Social citado na Carta Constitucional que proclamou conferir direitos e necessidades sociais básicos ao povo brasileiro, na busca de construir um sistema de proteção social. Reconhece-se que não é um fato isolado, assiste-se a ampliação dessa crise⁴⁴.

Entende-se que a PCR é um problema de saúde coletiva, em estreita relação com o modo de viver da sociedade. O encaminhamento de melhoria no atendimento da determinação legal extrapola o setor saúde, sendo necessário fomentar a intersetorialidade.

Ao examinar o conteúdo da lei nas esferas estadual e municipal, quanto à obrigatoriedade de disponibilização do DEA à população, salienta-

se a responsabilidade de aquisição do aparelho e treinamento de pessoal à instituição jurídica, o que pode ser interpretado como transferência de responsabilidade, uma vez que não mencionam a contrapartida do poder público, sendo esta uma lacuna para afirmar a falta de cobertura universal.

Muitos dos participantes expressaram sentimento de conformismo, distantes dos princípios de equidade relacionados aos direitos sociais. Porém, houve vozes de enfrentamento, no exercício de “incluir-se como cidadão”, representando as possibilidades do coletivo.

Pode-se perceber que a discussão instigou os participantes a uma mudança de visão de mundo, do conformismo para o sentimento de indignação, de querer lutar por igualdade de direitos. Essa situação corrobora ao argumento de Freire, de que quando a educação é dialógica, quebra o ciclo de opressão-alienação⁴². Bobbio acrescenta ainda que, quando há essa libertação dos governados, o poder de quem governa diminui⁴⁴.

Com relação aos benefícios que poderiam existir com a implementação da lei, alguns participantes conseguiram assimilar que, se esse direito fosse garantido, poderia aumentar a sobrevivência de vítimas que viriam a sofrer de PCR, no caso, no Terminal de Transporte Urbano. Alguns participantes criticaram que o serviço de saúde que hoje disponibilizado no Terminal não atende às necessidades da população.

Grupo 1

“Ah! é ruim, né.”

“Brasil, né.”

“(...) temos que ter muitas coisas que os brasileiro tem direito e eles nunca põem em prática.”

“Nem saber que tem direito, né, eu sabia.”

“É que nem esses dias atrás estava passando um acidente que aconteceu aí com um filho de uma pessoa importante. Eles

fizeram muitas coisas. Agora, quantos filhos de pessoas trabalhadeiras, de classe pobre, que acontece e ninguém sabia daquela lei lá? Aí eu não estou sabendo, eu não sei explicar como que foi o procedimento que aconteceu, eu sei assim pelo que o Datena falou, né, que muitas pessoas teriam que ter o direito que tinha o filho daquela pessoa importante da cidade. Teve muito filho de pobre já morreu, trabalhador, e nunca ninguém se importou. Então, eu acho assim, sempre a maioria, a classe menor nunca é favorecida. Porque terminal urbano só pobre usa, você não vê um rico dentro de terminal, você não vê um deputado dentro do terminal. Você não vê uma pessoa que tem posse, tem dinheiro, usando um ônibus. Quem usa é trabalhador, pessoas de bairro pobre, né. Então, quer dizer, pra eles não tem importância. Agora, quando chega na época da eleição, eles prometem tudo, só que depois passa e não tem nada, então...”

“Então, existe a lei, a gente tem que correr atrás da lei, ninguém faz isso, a gente tem que correr atrás (...)”

A gente não, né, os políticos, porque a gente não tem essa...”

“A força pra fazer nada, né (...)”

“(...) tem direito, tem, vai atrás e faz, não fica esperando, porque ninguém faz nada de mão beijada pra gente, tem que correr atrás, os direito é igual pra rico, pra pobre, só porque...”

“(...) mais ela também só mede pressão, não faz nada, ela só mede a pressão e ela não pode fazer nada.”

Grupo 2

“Eu moro em condomínio fechado, tem extintor e tem esse aparelhinho também lá, chegou este ano. Até foi novidade, né. Aí eu peguei e falei assim, nossa porque com o terminal, rodoviária, que é mais, tem mais gente, não tem esses apetrechos?”

“Eu acho, a minha opinião, assim, cada empresa acima de um certo plano de funcionário, tem que ter pelo menos 10% especializados nesse tipo de primeiros socorros, salvamento, alguma coisa nessa área. Porque onde reúne pessoas tem probabilidade de acontece qualquer tipo de acidente, qualquer coisa. Então tem que ter pelo menos 10%, tem que estar consciente de como fazer. Porque deixar tudo lá, chama SAMU, chama bombeiro, nem sempre dá certo. Então, uma vida ali vale bastante.”

“(...) mais o duro é ela vale né. Eu não sabia que existia. O certo não é ter, já que é lei ter um? Vamos supor, cada local público, tem lá, é lei que tenha isso e isso e isso. Tem que explicar pro pessoal conhecer. Eu mesmo trabalho no terminal, nem sabia que tinha que ter isso. Acho que na verdade nem tem esse aparelho lá.”

“Não tem uma fiscalização, não tem uma fiscalização.”

“Eu já trabalhei na XXX, eu trabalhei, já fiz curso assim, já trabalhei no mercado, eu trabalhei no mercado. Acima de 300 pessoas tem que ter, lá num tinha também.”

“O que que a gente pensa, é uma coisa muito triste, a gente pensa assim, é uma coisa muito triste, porque esse aparelho serviria pra eles mesmo, não só pra gente, mais pra eles mesmo, podia de ser no caso deles estar passando mal. Mas não tem, infelizmente a realidade que a gente vive hoje é essa.”

“(...) se essa lei mesmo fosse levada certinha, eu acho que o corpo de bombeiros, vários outros lugares que precisam de sair atendendo, ia ser muito mais fácil, ia ter muito mais tempo (...)”

“(...) quando a lei é a contra o governo, ele até esconde, ele não divulga.”

“(...) mas isso eles não fazem a propaganda, por quê? Porque isso é prejudicial pra eles, é gasto pra eles, né. Então o governo nunca quer mostrar aquilo que é obrigação dele (...)”

“A população não está muito preocupada com isso não. Minha mulher, que trabalha lá na XXX, lá tem pessoas capacitadas pra isso, sabe, lá tem treinamento, tem um grupo de pessoas pronta pra isso (...) Isso deveria acontecer no terminal também, e não iria ter... O pessoal que trabalha ali mesmo, não precisa contratar pessoal de fora, não, capacita pessoas que trabalham ali e teria pessoas capacitadas pra fazer isso. E eles devem também dar condição pra isso. Porque a gente fica envergonhado, a gente vê a pessoa passar mal, velhinhos deitados no chão, passando mal, sabe? A gente culpa, mas a culpa não é do bombeiro não, não é do SAMU, a culpa é do poder público, sabe, que ignora isso. Às vezes eles ignoram a população, o governo só lembra, o poder público só lembra da população quando nós estamos na época de eleição, depois ele ignora isso. Mas isso também é erro da gente, porque se a gente começar a cobrar, se a gente começar a ir na mídia e começa a falar, mudaria a situação. Mas a gente também fica... é cômodo também pra gente, né. Porque, oh, se for fazer isso lá no terminal, vai sobrar pra mim, prá você, porque nós trabalhamos lá no terminal.”

“É é uma coisa boa, assim, que eles deveriam colocar em prática, né (...) Teve uma mulher que morreu no terminal lá (...) O cara, quando a ambulância chegou, ele tentou fazer de tudo (...) já era tarde. Se tivesse alguém ali que tivesse condição e capacidade pra fazendo aquilo, entendeu, talvez teria salvado a vida dela (...)”

Considerações Finais

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objeto de estudo, os objetivos propostos e o referencial teórico selecionado, avalia-se que a opção metodológica pela pesquisa-ação educacional foi acertada, revelando os núcleos temáticos que emergiram da intervenção realizada. Possibilitou o encadeamento da discussão em uma dimensão coerente com o cerne das questões: política pública e papel do Estado, promoção da saúde, aplicação da proposta pedagógica do Paulo Freire e o protagonismo dos participantes em pesquisa no que se refere à capacitação em situação de PCR.

A experimentação do curso de reanimação simulada, introduzindo o DEA, associada às ações interativas na perspectiva pedagógica freireana foram os esteios que asseguraram aos participantes momentos reflexivos como cidadãos e consequente construção dos sentidos em relação à coisa pública.

Ainda que breve no tempo, os protagonistas do curso desafiaram “estar presente” no exercício simulado de “viver como circunstantes” e “comprometer-se” com o propósito da pesquisa em curso, sendo que alguns se comprometeram em participar mesmo no dia de folga do trabalho. Pressupondo que essas relações das pessoas que aceitaram participar na construção do projeto, na verdade, pode ser assumida como *pausa para recolher-se do cotidiano*, além dos seus encargos do trabalho, quando se depararam com o exercício de se posicionar frente aos fatos inerentes à vida urbana.

Como trajetória da pesquisa-ação, esses pequenos eventos valem ser lembrados por terem se consumado em momentos vigorosos e decisivos da pesquisa. Esse olhar retrospectivo para essas atitudes dos participantes pode ser interpretado como processo de se tornarem *sujeitos políticos*, tendo como base a orientação emancipatória e de crítica social, na visão de Paulo Freire.

Ademais, este estudo visa conjugar-se ao agir no campo da prática, a realidade do atendimento à PCR e demais emergências, e proceder a investigação do objeto de pesquisa simultaneamente ao aprimoramento da prática.

A importância da capacitação de leigos para intervir em situações de emergência e manejo do DEA é indiscutível na realidade de hoje, diante das ocorrências destes eventos no cotidiano das pessoas, constatadas na literatura e reafirmadas pelos participantes da pesquisa. Para efetivar esse fato é vital a força política indutora da esfera governamental como um dos grandes componentes para efetivar a demanda. Contudo, antes de partilhar o papel do Estado na implementação do uso do DEA e respectivo curso de capacitação, vale sumarizar a respeito da promoção da saúde.

O trabalho salientou um dos eixos de atuação da promoção da saúde, especialmente o desenvolvimento de habilidades pessoais. A discussão dos resultados permitiu capturar, entre os participantes, o constrangimento pelo desconhecimento da lei pela maioria. Mas foram unânimes pelo acolhimento da ideia de disponibilização do DEA e a necessidade de capacitação dos leigos. As duas dimensões apontadas, foram marcadas pela permeabilidade na implementação do curso de capacitação com DEA, norteadas pela perspectiva de acesso universal e acessibilidade à tecnologia.

Quanto às habilidades pessoais, reagiram positivamente no manuseio do DEA, combinando a perspectiva de acesso e a compreensão do processo como um todo numa dimensão mais ampliada e de engajamento numa das responsabilidades civis. Na ótica do SUS, visualiza-se conexão direta e coerência com princípios de equidade e igualdade de oportunidades como fundamentos democráticos para viver em sociedade.

O percurso trilhado para operacionalização do curso, seguido de grupo focal, trouxe a convicção da conexão do objeto de estudo com a promoção da saúde no que concerne à intersectorialidade, natureza essencial dessa política.

Essa característica intersetorial evidenciou-se para concretizar curso, o que o aproximou do conceito de promoção da saúde. Contou com a participação do Corpo de Bombeiros e exigiu a interação com as autoridades municipais, por conta do Terminal Rodoviário Urbano, com empresas particulares de transporte urbano e a Associação Comercial de Marília, contato que antecedeu a definição da escolha do local da pesquisa. Tecer essa malha trouxe à tona a complexidade do caminho da integração mediada pelas relações interdependentes, sociedade civil e o governo, individual e o coletivo, quando se almeja unir diferentes esforços e responsabilidades na construção de um bem público.

A importância da capacitação comunitária no atendimento inicial à PCR está relacionada não à prevenção do evento, mas sim à prevenção de agravos causados por falta ou a demora no atendimento, que podem resultar em sequelas que afetarão a qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade.

Quanto ao alicerce da pedagogia freireana no momento da prática simulada, este possibilitou apontar que o caminho da aplicação foi e é possível. Acredita-se que a estratégia é adequada para a capacitação de leigos. Pelos resultados, o processo de capacitação promoveu o envolvimento e a reflexão dos participantes sobre o atendimento inicial à vítima de mal súbito, permitindo que ajam para mudar a situação vivenciada.

Espera-se que tenha provocado uma transformação na visão de mundo dos participantes, que após receberem informação sobre a importância e conhecimento técnico, sentiram-se aptos a agir. No processo de capacitação, percebeu-se a emergência de senso de autonomia e o empoderamento dos colaboradores, pela consciência de que cada indivíduo é portador de decisão, capaz de mudar uma situação.

A teoria do modelo de crenças em saúde vem O encontro com a teoria de Paulo Freire, revelando que a mobilização do indivíduo está condicionada a sua capacidade de compreender que está suscetível ao problema e suas possíveis consequências e reconhecer que existe uma alternativa viável para transformação da realidade.

A sociedade brasileira, um estado democrático de direito, tal como exposto por Norberto Bobbio, caracteriza-se por relações entre desiguais. Ao defender os desiguais, o direito público predomina de forma a ordenar essas relações.

Uma das questões levantadas na introdução deste trabalho era a existência da Lei, porém desconhecida pelo público interessado. A função de legislar busca ordenar a implementação de dispositivos materiais e humanos para intervir em situações de urgência e emergência em espaços públicos. O que se constatou a partir dos resultados desta pesquisa, foi que, após a produção dessa lei, não ocorreu sua operacionalização, ou seja, ela não se transformou em agenda política do executivo.

Ao analisar a estrutura das urgências e emergências na cidade de Marília, observa-se que afeta as três esferas do governo, desde a central de regulação articulada ao projeto de regionalização em saúde, o repasse de recursos do governo federal para o fortalecimento da rede de urgências e emergências e a parte concernente ao Município.

Algumas hipóteses podem ser formuladas ao fato de não ter gerado resposta a uma necessidade pública: a primeira, pela forma que a lei foi produzida. Numa sociedade democrática, a abordagem participativa condiciona a criação de espaço comum para conferir legitimidade às decisões deliberativas que afetam o coletivo. A divulgação de informações ao público é uma das estratégias centrais para a concretização do projeto e é responsabilidade do poder público. Para isso, a Conferência Municipal de Saúde é um espaço potente.

Outra hipótese é o conteúdo da lei, que responsabiliza diretamente a instituição, seja pública ou privada, pela implementação, não havendo menção à corresponsabilidade do poder público.

Muito embora não tenha sido divulgada ao público, esta pode ter sido uma das razões de resistência, contrária às mudanças e inovações. O que se conclui pelo cenário, é a necessidade de retomar o ciclo político para gerar o fluxo de implementação e acompanhamento da matéria em tela.

Do processo de capacitação, foram percebidas diferenças no modo de assimilar o conteúdo entre os grupos, que podem ser atribuídas às condições socioeconômicas e acesso aos bens públicos. Porém, não se constituiu objetivo deste estudo captar aspectos cognitivos, que requerem outros construtos teóricos e metodologias específicas para análise, vislumbrando pauta para novos projetos.

A seleção do Terminal de Transporte Urbano mostrou-se adequada, visto que se trata de um local acessível a todos, embora aparentemente seja local de maior trânsito para a classe menos favorecida, porém, gerou uma riqueza de dados oportunos para o estudo.

Referências

9. REFERÊNCIAS

1. American Heart Association [homepage on the internet]. [citado 2010 18 out.]. Dallas. Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1200029>
2. American Heart Association. Aspectos mais Relevantes das Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência. Currents, 2006; 16(4):1-27.
3. Araújo S, Araújo IEM. Ressuscitação Cardiorrespiratória. Medicina, Ribeirão Preto. 2001; 34:36-63.
4. Timerman S, Ramires JAF. Morte súbita: aspectos epidemiológicos. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo – RSCESP. 2006; 1(8):8-23.
5. Vieira SRR, Brauner JS. Ressuscitação Cardiorrespiratória. Revista HCPA. 2004; 24(2/3):70-83.
6. Ghorayeb N, Dioguardi GS, Baptista CA, Chiga ALV, Smith P, Daher D. Morte súbita na atividade físico-desportiva. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo – RSCESP. 1998; 8(4):645-649.
7. Kloeck W, Cummins RO, Chamberlain D, Bossaert L, Callanan V, Carli P, Christerson J, Conolly B, Ornato JP, Sanders A, Steen P. Desfibrilação precoce. Arq. Bras. Cardiol. 1998; 71(suplemento I):17-18.
8. São Paulo. Lei Estadual nº 12.736 de 12 de outubro de 2007. Dispõe sobre manutenção de desfibrilador em locais especificados [legislação na internet]. São Paulo, 2007 [citado 2010 out. 18]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=LegislacaoBusca¬a=415>
9. Marília. Lei Municipal 6.124 de 18 de novembro de 2004 [legislação na internet]. Marília, 2004 [citado 2009 nov. 17]. Disponível em: <http://www.camar.sp.gov.br/index2.php?pag=buscaLeis&busc=2&pg=1&set=1>
10. Marília. Lei Municipal 6.580 01 de junho de 2007 [legislação na internet]. Marília, 2007 [citado 2009 nov. 17]. Disponível em: <http://www.camar.sp.gov.br/index2.php?pag=buscaLeis&busc=2&pg=1&set=1>

11. Handley AJ, Becker LB, Allen M, Drenth AV, Kramer EB, Montgomery WH. Suporte Básico de Vida por um Único Socorrista. *Arq. Bras. Cardiol.* 1998; 71(suplemento I):9-14.
12. Callans JD. Out of Hospital Cardiac Arrest – The Solution is Shocking. *N Engl J Med.* 2004; 351(7):632-634.
13. Weaver WD, Peberdy MA. Desfibrillators in Public Places – One Step Closer to Home. *N Engl J Med.* 2002; 347(16):1223-1224.
14. Balady GJ, Chaitman B, Foster C, Froelicher E, Gordon N, Camp SV. Automated External Desfibrillators in Health/Fitness Facilities. *Circulation.* 2002; 105 (9):1147-1150.
15. Nichol G, Valenzuela T, Roe D, Clark L, Huszti E, Wells GA. Cost Effectiveness of Desfibrillation by targeted responders in public settings. *Circulation.* 2003; 108(6):697-703.
16. Vries W, Alem AP, Vos R, Oostrom J, Koster R. Trained first-responders with an automated external desfibrillator: how do they perform in real resuscitation attempts? *Resuscitation.* 2005; 64(2):157-161.
17. Hoke RS, Handley AJ. A reference basic life support provider course for Europe. *Resuscitation.* 2006; 69(3):413-419.
18. Choa M, Park I, Chung HS, Yoo SK, Shim H, Kim S. The effectiveness of cardiopulmonary resuscitation instruction: Animation versus dispatcher through a cellular phone. *Resuscitation.* 2008; 77(1):87-94.
19. Caffrey SL, Willoughby PJ, Pepe PE, Becker LB. Public use of automated external desfibrillators. *N Engl J Med.* 2002; 347(16):1242-1247.
20. Hallstrom A. Public-Access Desfibrillation and Survival after Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med.* 2004; 351(7):637-646.
21. Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RD. Outcomes of rapid desfibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *N Engl J Med.* 2000; 343(17):1206-1209.
22. Miyadahira AMK, Quilici AP, Martins, CC, Araújo, GL, Pelliciotti, JSS. Ressuscitação cardiopulmonar com a utilização do desfibrilador externo semi-automático: avaliação do processo de ensino aprendizagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(3):532-538.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Regulação Médica das Urgências. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p. série A. Normas e Manuais Técnicos.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2006. 2ª ed. ampl. 244 p. série E. legislação e saúde.
25. Buss PM. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (organizadores). Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
26. Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: MS, 2002.
27. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM (organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Hucitec, 2006.
28. Chiesa AM. A promoção da saúde como eixo estruturante da atenção à criança no programa saúde da família. In: Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP. Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto nossas crianças janelas de oportunidades. São Paulo, 2009.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
30. Czeresnia D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM (organizadoras). Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.
31. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988. Brasília. [citado 2009 17 nov.]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
32. Presidência da república. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília. [citado 2009 17 nov.]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/19394.htm.
33. Silva R, Souza Neto JC, Moura RA. Pedagogia social. São Paulo: Expressão e Arte Editora, 2009, 324p.
34. Chaves ES, Lúcio IML, Araújo TL, Damasceno MMC. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006, julho-agosto, 59(4):543-7.

35. Oliveira DL. A “Nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Ribeirão Preto: Revista Latino Americana de Enfermagem, 2005, maio-junho; 13(3):423-31.
36. Pereira AF, Alves LMS, Heddy RR, Chiesa AM, Maeda ST. Capacitação de leigos no atendimento à parada cardiorrespiratória: quais as experiências no mundo? [citado 2012 31 out.]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/evento/2012/encontro/anais/resumos/R0410-1.html>
37. Fernandes JCA, Sacardo DP. Abordagem qualitativa para avaliação de políticas públicas: implicações teóricas, éticas e políticas. In: Fernandes, JCA; Campos, M; Cazzuni, DH (organizadores). Avaliar para compreender. São Paulo: HUCITEC; 2008.
38. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
39. Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-ação. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
40. Meyer J. Usando métodos qualitativos na pesquisa-ação relacionada à saúde. In: Pope, C; Mays, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. São Paulo: Editora ARTMED; 2006.
41. Aguiar KF, Rocha ML. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. Rev. Psicologia Ciência e Profissão. 2003; 23(4):64-73.
42. Freire P. Pedagogia do oprimido. 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
43. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories. 2nd ed. Austrália: McGraw Hill, 2004.
44. Bobbio, N. Estado, governo, sociedade: para uma teoria geral da política. 14 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Brasília. [citado 2010 18 out.]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=352900>
46. Pereira AF, Egry EY, Chiesa AM, Soares G. A promoção a saúde na atenção às urgências: um projeto de intervenção no município de Marília/SP. In: Anais do 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2010 out. 11-15; Florianópolis, BR [CD ROM]. Florianópolis: ABEn-Seção-SC, 2010.

47. Prefeitura Municipal de Marília [homepage na internet]. Marília. [citado 2010 18 out.]. Disponível em: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/index.html>
48. Simões JS, Castilho AR, Pereira AF, Chiesa AM, Maeda ST. Espaços públicos que necessitam de DEA em Marília: um estudo exploratório. [citado 2012 31 out.]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/evento/2012/encontro/anais/resumos/R0422-1.html>
49. Bardin L. Análise de conteúdo. Edição revista e actualizada. Lisboa: edições 70, 2009.
50. Offe C. Algumas contradições do estado social moderno. In: Trabalho & Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Vol 2, Rio de Janeiro: tempo Brasileiro, 1991.

Apêndices

APÊNDICE 1 - DIRETRIZES DA AHA PARA RCP REALIZADA POR LEIGOS (AGRUPADAS NO ABCD)

Segundo as diretrizes 2010 da AHA, o protocolo de atendimento inicial a vítimas adultas de mal súbito para leigos consta de:

- 1 Checar responsividade;
- 2 Se vítima responsiva, porém necessita de atendimento médico, ligar para SME (192);
- 3 Se vítima irresponsiva (não se movimenta ou não responde a estímulos):
 - Com um socorrista sozinho, este deve ligar para o SME (192), acessar um DEA (se disponível) e providenciar RCP e desfibrilação se necessário (conforme será descrito abaixo);
 - Quando há dois ou mais socorristas, um socorrista inicia os passos da RCP enquanto outro aciona SME (192) e acessa um DEA;
- 4 Iniciar compressões torácicas (C)circulação): A vítima deve ser colocada em posição supina em uma superfície rígida (como o chão), com o socorrista ajoelhado ao lado do tórax da vítima. O socorrista deve colocar a região hipotênar da palma da mão sobre o esterno entre os mamilos, com a outra mão em cima entrelaçando os dedos de ambas e os braços devem ser mantidos estendidos. O esterno deve ser comprimido no mínimo 5 cm e em seguida retornar a posição normal. A frequência das compressões deve ser no mínimo de 100 compressões por minuto.
- 5 Realizar liberação das vias aéreas: o socorrista deve realizar a liberação das Vias Aéreas utilizando a manobra de *chin-lift* ou elevação do queixo para vítimas de trauma ou vítimas clínicas;
- 6 Desfibrilação: O socorrista deve instalar o DEA na vítima assim que este estiver disponível. Se o choque for indicado, será realizado um disparo seguido por 2 minutos de RCP. Deve-se analisar o ritmo e, se indicado, disparar novo choque seguido pos RCP e assim sucessivamente.

American Heart Association. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care [homepage da internet]. Dallas [citado em 18 de maio de 2011]. Disponível em:

http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/122/18_suppl_3/S685

APÊNDICE 2 – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADMINISTRADORES RESPONSÁVEIS PELOS SETORES DE INTERESSE

Solicito autorização para realizar com os funcionários deste setor uma reunião informativa sobre a importância dos procedimentos iniciais à Parada Cardiorrespiratória, importância do uso do DEA, divulgação do projeto de pesquisa e convidá-los para participar da pesquisa intitulada **“Atendimento à parada cardiorrespiratória por leigos: estudo de caso de um processo educativo”** desenvolvida no mestrado do Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade de São Paulo, com o objetivo de avaliar a percepção e potencial dos leigos, como circunstantes, na execução dos procedimentos de reanimação cardiorrespiratória e no manejo do desfibrilador externo automático, para o atendimento à PCR com vistas ao desenvolvimento da promoção à saúde e socialização das tecnologias de saúde à disposição da sociedade.

Somente farão parte da pesquisa os funcionários que manifestarem interesse em participar da mesma. Antes do início da coleta de dados, os funcionários assinarão um termo de consentimento (em anexo). Informamos que a pesquisa poderá subsidiar programas de capacitação à comunidade.

Esclarecemos toda informação obtida nas avaliações, no curso e na entrevista coletiva será utilizada de forma a proteger a identidade dos participantes e a assegurar que as informações permaneçam confidenciais. Todos os materiais (termos de consentimentos, mídias de gravação e transcrição das gravações), ficarão guardados de forma que somente a equipe de pesquisa terá acesso, e serão mantidos em sigilo.

Marília, __ de _____ de 2011.

Aline Fagnani Pereira
Orientanda

Sayuri Tanaka Maeda
Orientadora

Nome: _____

Setor: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 3 – CARTAZ UTILIZADO PARA CONVITE DOS FUNCIONÁRIOS DA EMPRESA DE TRANSPORTE URBANO

ATENÇÃO FUNCIONÁRIOS DA EMPRESA CIRCULAR

**CURSO DE REANIMAÇÃO CARDÍACA GRATUITO
COM CERTIFICADO**

DATAS:
03/SETEMBRO/2012 (SEGUNDA-FEIRA) DAS 13H00 ÀS 16H20
OU
05/SETEMBRO/2012 (QUINTA-FEIRA) DAS 08H30 ÀS 12H00

LOCAL:
QUARTEL DO CORPO DE BOMBEIROS DA RUA NELSON SPIELMANN
(ENCONTRO NO POSTO DO FISCAL DO TERMINAL)

**LISTA PARA INSCRIÇÃO COM O APONTADOR DE ESCALA
ATÉ QUINTA-FEIRA (DIA 30 DE AGOSTO DE 2012)**

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Você está sendo convidado para participar da coleta de dados da pesquisa intitulada **“Atendimento à parada cardiorrespiratória por leigos: estudo de caso de um processo educativo”** desenvolvida no mestrado do Programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade de São Paulo, com o objetivo de avaliar a percepção e potencial dos leigos, como circunstantes, na execução dos procedimentos de reanimação cardiorrespiratória e no manejo do desfibrilador externo automático, para o atendimento à PCR com vistas ao desenvolvimento da promoção à saúde e socialização das tecnologias de saúde à disposição da sociedade.

Este estudo é relevante devido a importância de que pessoas próximas à vítima tenham a orientação de como agir ao presenciar uma situação tão delicada, pois, isso pode ser decisivo para um possível bom prognóstico da vítima de PCR.

Para isso, solicitamos sua participação em um curso de capacitação em reanimação cardiorrespiratória e uma entrevista coletiva ou grupo focal que acontecerá logo depois do curso. Informamos que a pesquisa poderá subsidiar programas de capacitação à comunidade.

Esclarecemos toda informação obtida nas avaliações, no curso e na entrevista coletiva será utilizada de forma a proteger a identidade dos participantes e a assegurar que as informações permaneçam confidenciais. Para registro e plena utilização das informações prestadas na entrevista coletiva, solicitamos a sua autorização para o uso de gravador de áudio. Todos os materiais (termos de consentimentos, mídias de gravação e transcrição das gravações), ficarão guardados de forma que somente a equipe de pesquisa terá acesso, e serão mantidos em sigilo.

Você pode aceitar não participar desta atividade. Você também pode encerrar sua participação a qualquer momento e isso não vai trazer lhe nenhum prejuízo. Não haverá qualquer despesa pessoal ou compensação financeira decorrente da participação desta pesquisa.

Sua participação e contribuição nesta atividade é muito importante. Em qualquer etapa da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas com os pesquisadores nos endereços e telefones para contato.

Este termo de consentimento será elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Agradecemos sua colaboração.

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Nome: _____

R.G.: _____ CPF.: _____

Assinatura _____ Data: ____ / ____ / ____

Declaração dos pesquisadores

Eu, abaixo assinada, expliquei ao participante voluntário da pesquisa seus objetivos, os procedimentos e métodos para a coleta de informações, sendo que o mesmo assinou o termo de consentimento voluntariamente.

Orientanda

Nome: Aline Fagnani Pereira

R.G.: 32.140.775-1 CPF.: 220.583.148-83

E-mail: alinefagnani@usp.br

Assinatura _____ Data: ____ / ____ / ____

Orientadora

Nome: Sayuri Tanaka Maeda

R.G.: _____ CPF.: _____

E-mail: sayuri@usp.br

Assinatura _____ Data: ____ / ____ / ____

Contatos:

Serviço de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP.: 05.403-000, São Paulo/SP, Brasil. Telefone: (11) 3061-7533. Fax: (11) 3061-7541. Horário: 10h00 às 16h00. E-mail: spgee@usp.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP.: 05.403-000, São Paulo/SP, Brasil. E-mail: edipesq@usp.br.

APÊNDICE 5 – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PARTICIPANTES

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: __ / __ / ____

PROFISSÃO: _____

LOCAL DE TRABALHO / SETOR: _____

TEMPO DE TRABALHO NESTE LOCAL: _____

CONHECE A LEGISLAÇÃO EM RELAÇÃO AOS SOCORROS EM LOCAIS PÚBLICOS? _____

JÁ PRESENCIOU ALGUMA SITUAÇÃO EM QUE HOUVE NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO CARDÍACA? _____

ESCOLARIDADE / CURSO: _____

JÁ TEVE OPORTUNIDADE RECEBER ALGUMA CAPACITAÇÃO TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR? SE SIM, ONDE? COMO FOI A EXPERIÊNCIA? SE NÃO, GOSTARIA DE PARTICIPAR? _____

APÊNDICE 6 – APOSTILA UTILIZADA NO CURSO

**CURSO DE REANIMAÇÃO CÁRDIO-PULMONAR
(RCP) EM ADULTOS E MANEJO DE
DESFIBRILADOR ESTERNO AUTOMÁTICO
(DEA) PARA LEIGOS**

ALINE FAGNANI PEREIRA

**MARÍLIA
2012**

INTRODUÇÃO

Parada cardíaca é uma condição na qual o coração para de bater quando o músculo cardíaco não recebe o sangue – e, conseqüentemente, o oxigênio e os nutrientes – de que necessita. Quando um adulto subitamente perde a consciência, este adulto pode estar em parada cardíaca. O fluxo sanguíneo ao cérebro e corpo é interrompido. Se o coração não puder bombear sangue ao cérebro, a pessoa perde a consciência. Quando a parada cardíaca é acompanhada de parada respiratória é estabelecida a **parada cardiorrespiratória (PCR)**, devendo-se imediatamente ser instituído a reanimação cardiopulmonar (RCP).

O principal objetivo da RCP é realizar a compressão torácica até que uma equipe de emergência treinada possa oferecer suporte cardíaco avançado. Quanto menor o tempo entre a parada cardíaca e o início da RCP, maiores serão as chances de sobrevivência da vítima. Pesquisas mostram que os pontos cruciais para a sobrevivência em caso de parada cardíaca são (figura 1):

- 4 Acesso rápido à vítima por socorristas treinados em RCP.
- 5 Rápida aplicação da RCP.
- 6 Rápida desfibrilação com desfibrilador externo automático (DEA).

Figura 1 – Atendimento à PCR (fonte: <http://www.lifesavers.com.br>)

O QUE É UM DEA?

O desfibrilador externo automático (DEA) é um dispositivo médico computadorizado. Um DEA pode examinar o ritmo cardíaco de uma pessoa. Ele pode reconhecer um ritmo que necessite de um choque e pode avisar ao socorrista quando um choque é necessário. O DEA usa mensagens sonoras, luzes e mensagens de texto para indicar ao socorrista os passos a tomar.

Figura 2 – Desfibriladores externos automáticos (DEA) de diversos modelos. Modelo em vermelho apenas para treinamento (fonte: <http://www.lifesavers.com.br>).

Os DEA são muito precisos e fáceis de usar, Os socorristas leigos, com poucas horas de treinamento, podem operar um DEA de maneira segura. Quando um adulto não responder, você deverá telefonar para o serviço de resgate (192 ou 193), em seguida pedir um DEA, e depois deve iniciar a RCP. Se a vítima adulta não responsiva não tiver respiração normal, você também deve usar um DEA. A RCP imediata e o uso de um DEA em poucos minutos darão à vítima a melhor chance de sobrevivência.

Hoje, na cidade de Marília e no estado de São Paulo, é lei a obrigatoriedade de manter DEA em shoppings centers, galerias com mais de 50 lojas, supermercados com mais de 1.000m² de vendas, estádios de futebol em campeonatos oficiais e terminais rodoviários, sendo estabelecida uma multa diária para os estabelecimentos que não cumprirem o determinado (Lei Municipal 6.124 de 18 de novembro de 2004, Lei Municipal 6.580 01 de junho de 2007 e Lei Estadual N. 12.736, de 15 de outubro de 2007). Entretanto, a realidade constatada é que a maioria dos estabelecimentos, não se alinhou no cumprimento das determinações legais.

Há muitas marcas diferentes de DEA. Mas você usará os mesmos passos básicos para operar todos os DEA.

6 CORRENTE DA SOBREVIVÊNCIA

A *American Heart Association* é uma agência norte-americana voluntária de saúde com reconhecimento mundial que trabalha com temas de doenças cardiovasculares e estabelece uma sequência de procedimentos que devem ser realizados no menor tempo possível viabilizando a sobrevivência após uma parada cardiorrespiratória. Esta instituição preconiza o treinamento de “leigos” (pessoas da comunidade que não são profissionais de saúde) no reconhecimento e primeiros atendimentos à PCR, conforme mostra a figura abaixo:

Figura 3 – A corrente de sobrevivência da *American Heart Association* em vítimas adultas (fonte: <http://www.lifesavers.com.br>).

Os 5 elos ou ações na corrente de são:

- 1) Rápido reconhecimento da situação de emergência e ativação da equipe do sistema de atendimento de emergência (192 ou 193);
- 2) RCP imediata;
- 3) Desfibrilação imediata;
- 4) Assistência médica imediata;
- 5) Atendimento hospitalar após PCR .

7 SUPORTE BÁSICO DE VIDA

A RCP é apenas uma parte do *suporte básico de vida*, termo usado para descrever os procedimentos de primeiros socorros necessários para preservar a vida em uma situação de emergência. Os principais passos na sequência do suporte básico de vida são:

- Determinar a responsividade;
- Ativar o serviço de resgate (192 ou 193);
- Fazer compressões torácicas efetivas

A importância da RCP resume-se em duas funções: manter uma circulação sanguínea mínima num tempo suficiente para retorno espontâneo da circulação através da desfibrilação precoce.

TÉCNICA DE RCP EM VÍTIMAS ACIMA DE 8 ANOS

- 6 Confirmar a parada cardiorrespiratória constatando ausência de resposta. Para determinar a ausência de resposta, encoste nos ombros da vítima de forma enfática e pergunte em tom audível “Você está bem?”. Você não está procurando uma resposta, mas sim algum tipo de reação – movimento dos olhos, movimento do corpo, virar-se para o som e assim por diante. Se não houver resposta a vítima não está responsiva (figura 2). O paciente com desconforto respiratório, com respiração agônica, também deve receber os cuidados iguais aos pacientes não responsivos.

Figura 4 – Determinando a responsividade (fonte: <http://www.lifesavers.com.br>).

- 7 Se a vítima não estiver responsiva, ative o serviço de resgate imediatamente (Resgate do Corpo de Bombeiros, acionado pelo número 193 ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, acionado pelo número 192). A pessoa que faz a chamada deve fornecer o local da emergência, o número do telefone de onde está chamando, o que aconteceu, o número de vítimas envolvidas (se houver mais de uma), que cuidados de emergência estão sendo ministrados e qualquer outra informação solicitada.
- 8 Posicionar a vítima deitada de costas (barriga para cima) numa superfície rígida e plana (como o chão).
- 9 Posicionar-se lateralmente à vítima, na altura do seu tórax. Se necessário, afaste as roupas da vítima
- 10 Colocar as suas mãos no esterno (osso central do tórax) na linha dos mamilos.

- 11 Apoiar a região o calcanhar da mão na linha mamilar do esterno e a outra mão sobre a primeira. Entrelace os dedos ou estenda-os, mantendo-os afastados do tórax da vítima.
- 12 Manter os braços estendidos, num ângulo de 90° com o corpo da vítima.
- 13 Comprimir o esterno cerca de 4 a 5 centímetros. Realizar a compressão com o peso de seu corpo e não com a força de seus braços.
- 14 Realizar compressões no ritmo mínimo de 100 compressões por minuto:
 - a. Os dedos do socorrista, durante a compressão, não devem apoiar no peito da vítima, devem ficar estendidos e entrelaçados.
 - b. Após cada compressão, aliviar totalmente o peso para que o tórax retorne à posição normal e permita o enchimento sanguíneo do coração, mas não perder o contato entre o calcanhar da mão e o tórax da vítima.

Figura 5 – Posicionamento correto das mãos para as compressões torácicas na RCP
(fonte: <http://www.lifesavers.com.br>).

Figura 6 – Faça as compressões torácicas adequadamente
(fonte: <http://www.lifesavers.com.br>).

Figura 7 – Compressão forte e rápida com aprofundamento de 4 a 5 cm do esterno
(fonte: <http://www.lifesavers.com.br>).

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR COM EMPREGO DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA)

- 6 Efetuar análise da responsividade.
- 7 Chamar socorro
- 8 Efetuar a RCP conforme descrito acima, se a vítima não responder, até que o desfibrilador esteja pronto e os terminais estejam conectados.
- 9 Posicionar o aparelho ao lado da cabeça da vítima.
- 10 Ligar o DEA. Você faz isso pressionando um botão ou abrindo a tampa do DEA. Então, o DEA lhe indicará o que fazer a seguir. Caso você esteja com outra pessoa além da vítima, continue a RCP enquanto o outro socorrista aplica as pás autoadesivas na vítima.
- 11 Fixar as pás adesivas (eletrodos) nos locais indicados. Remova a roupa do tórax da vítima. Abra o pacote das pás para adultos do DEA e retire o plástico de proteção das mesmas. Aplique o lado adesivo das pás diretamente na pele do tórax da vítima. O desenho no pacote das pás mostra onde colocá-las.
- 12 Interromper a RCP, afastar todos da vítima e pressionar o modo análise do DEA.
- 13 Caso o aparelho indique o choque, afaste todos da vítima e aperte o botão de choque. Quando o choque é fornecido, os braços e outros músculos da vítima se sacudirão.
- 14 Reinicie imediatamente as manobras de RCP com as compressões torácicas (na velocidade 100 compressões/minutos) até o momento do DEA indicar para se afastarem da vítima para nova análise do ritmo cardíaco (em geral, após 2 minutos).

Lembre-se, deixe o DEA aplicado no tórax da vítima até que os socorristas do serviço médico de resgate cheguem. Você deve deixá-lo aplicado mesmo se a vítima tiver retornado à respiração ou se movimentando.

SITUAÇÕES ESPECIAIS COM O DEA

Água: não aplique um choque se a vítima estiver molhada ou deitada na água. A água pode fazer com que o choque flua sobre a pele de uma pá a outra. Se isto acontecer, a energia não vai para o coração. Nesta situação, mova a vítima para fora da água. Limpe seu tórax rapidamente com uma toalha ou um pano qualquer, antes de aplicar as pás. Se a vítima estiver deitada em uma pequena poça de água, mas seu tórax estiver seco, você pode aplicar os choques.

Adesivos medicamentosos: você não deve colocar as pás do DEA sobre um adesivo medicamentoso. O adesivo pode bloquear parte do choque, de modo que o mesmo não seja eficaz. Além disso, podem ocorrer

queimaduras. Neste caso, se a vítima tiver um adesivo medicamentoso no lugar onde você deve colocar a pá do DEA, retire-o e limpe o tórax, antes de colocar a pá.

Marca-passo ou desfibrilador implantado: algumas vítimas têm um marca-passo ou desfibriladores implantados. Estes dispositivos produzem uma saliência dura sob a pele do tórax. Você não deve colocar uma pá do DEA sobre esta saliência, porque ela bloqueará o fornecimento da energia do choque no coração. Se você observar esta protuberância, coloque a pá pelo menos 2,5 cm distante.

Muito pelo no peito: se a vítima tiver muito pêlo no peito, as pás autoadesivas podem aderir ao pelo, em vez de na pele do tórax. Se isto acontecer, pressione firmemente as pás. Se isto não resolver o problema, puxe as pás rapidamente com a intenção de depilar o local e limpe o tórax (certifique-se que o DEA possui outro par de pás). Se ainda houver pelo no lugar onde você colocará as pás, raspe a área com a lâmina do estojo portátil do DEA. Depois, coloque um novo conjunto de pás.

Figura 8 – Uso do DEA (fonte: Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo)

ATENÇÃO

- Não usar o DEA em vítimas com idade abaixo de 08 anos ou com peso menor que 25 Kg.
- Não utilize o DEA em locais molhados e mantenha o tórax do paciente seco.
- A maior chance de sobrevivência ocorre quando o DEA é utilizado dentro dos primeiros 6 minutos.
- Mantenha as pessoas afastadas e não permita contato físico com a vítima ou com a maca durante o processo de análise e choque.

ERROS MAIS FREQUENTES NA APLICAÇÃO DA RCP

1. A vítima não está posicionada sobre uma superfície rígida;
2. A vítima não está em posição horizontal;
3. As mãos estão colocadas incorretamente ou em local inadequado sobre o tórax;
4. As compressões estão sendo realizadas muitas profundas ou demasiadamente rápidas;
5. A RCP deixa de ser executada por mais de 5 segundos.

A RCP DEVE CONTINUAR ATÉ QUE:

- A vítima torne-se responsiva;
- A vítima seja entregue sob os cuidados da equipe de socorro ou no hospital;
- Médico devidamente qualificado determine o óbito da vítima no local.

Figura 9 – Algoritmo de atendimento (fonte: <http://www.lifesavers.com.br>).

8 REFERÊNCIAS

American Heart Association [homepage on the internet]. [citado 2010 18 out.]. Dallas. Disponível em: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1200029>

American Heart Association. Aspectos mais Relevantes das Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência. Currents, 2006; 16(4)1-27.

Lifesavers. Parada Cardiorrespiratória. [homepage on the internet]. [citado 2012 set. 02]. Disponível em: http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://www.lifesavers.com.br/ckfinder/userfiles/images/4_9.jpg&imgrefurl=http://www.lifesavers.com.br/r/Parada-Cardiorrespiratoria-11.html&usq=__y-jawbOnVginavjG41j4m1fRtUA=&h=612&w=511&sz=183&hl=pt&start=3&zoom=1&tbnid=jar25_YSIGkYNM:&tbnh=136&tbnw=114&ei=v8xDUN-PAoXM9QT1qIHIBw&prev=/search%3Fq%3Dcompress%25C3%25B5es%2Btor%25C3%25A1cicas%2Bna%2Brcp%26hl%3Dpt%26gbv%3D2%26tbm%3Disch&itbs=1

Marília. Lei Municipal 6.124 de 18 de novembro de 2004 [legislação na internet]. Marília, 2004 [citado 2009 nov. 17]. Disponível em: <http://www.camar.sp.gov.br/index2.php?pag=buscaLeis&busc=2&pg=1&set=1>

Marília. Lei Municipal 6.580 01 de junho de 2007 [legislação na internet]. Marília, 2007 [citado 2009 nov. 17]. Disponível em: <http://www.camar.sp.gov.br/index2.php?pag=buscaLeis&busc=2&pg=1&set=1>

Polícia Militar do Estado de São Paulo. Corpo de Bombeiros. Curso de Resgate e Emergências Médicas. Revisão 06.

São Paulo. Lei Estadual nº 12.736 de 12 de outubro de 2007. Dispõe sobre manutenção de desfibrilador em locais especificados [legislação na internet]. São Paulo, 2007 [citado 2010 out. 18]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=LegislacaoBusca¬a=415>

APÊNDICE 7 – CERTIFICADO EMITIDO PARA OS PARTICIPANTES DO CURSO

CERTIFICADO	
CERTIFICAMOS QUE	
_____ PARTICIPOU DO CURSO DE REANIMAÇÃO CÁRDIO-PULMONAR (RCP) EM ADULTOS E MANEJO DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE .	
MARÍLIA, 03 DE SETEMBRO DE 2012.	
_____ ALINE FAGNANI PEREIRA ENFERMEIRA – COREN 0127229	_____ CB PM MARLON INSTRUTOR DO CORPO DE BOMBEIROS

APÊNDICE 8 – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DO GRUPO FOCAL

1) A percepção de vocês sobre os procedimentos do atendimento inicial à Parada Cardiorrespiratória mudou depois de fazer o curso ? Como foi essa mudança?

- a proposição legal (se não a conheciam/ ou se conheciam) é válida? Como percebem, tem sentido? Vocês se vêem contemplados como cidadãos? É exequível na vida pública?
- percepção sobre a possibilidade de manuseio e importância
- percepção sobre os passos ou percursos dos procedimentos dos procedimentos
- percepção sobre habilidades necessárias

2) Como foi a vivência no manuseio não sendo profissionais de saúde?

- Como vocês se sentiram quando tiveram que executar os procedimentos? Já tinham se imaginado fazendo isso? Foi mais fácil ou mais difícil? Quais foram os sucessos?
- Vocês sentiram dificuldades ao realizar os procedimentos? Se sim, quais foram essas dificuldades?
- Vocês acham que conseguirão realizar os procedimentos se presenciarem uma Parada Cardiorrespiratória? Vocês se imaginaram na vida real?
- Se tivessem que sugerir mudanças no curso, quais seriam? Por quê?
- Desejam falar sobre algo mais que não perguntamos?

APÊNCIDE 9 – CATEGORIAS ANALISADAS

As percepções sobre cidadania	
Medo de realizar os procedimentos devido à falta de conhecimento	<p>Grupo 1: “(...) tem que ter coragem pra chegar na pessoa e fazer.” “(...) no boneco já me deu medo (...) só que eu não vou ficar naquela que eu estava, que eu estava falando pra ela, eu vou ficar gritando (risos).” “(...) tem que ter muito..., pensar e saber o que vai fazer também, né, que também pensa que vai ajuda e pode até... (...)” “(...) ter a coragem de fazer ou não. O problema maior é sua falta de conhecimento no assunto (...) e você acabar fazendo alguma coisa que prejudique. Então, talvez a falta do conhecimento na hora é que talvez impeça as pessoas de colocar em atividade.” “Ah! o problema maior foi o que eu falei, né, a falta do conhecimento inicial, as pessoas tem um conhecimento do que foi falado aqui, básico, aí já começa... Acho que essa parte do medo, tendo um pouquinho de conhecimento, acho que essa parte do medo já fica um pouco mais de lado, né. Tem que praticar.” “Meu medo é a pessoa, dá medo.”</p> <p>Grupo 2 “Dependendo da posição, você pode até estar prejudicando.” “(...) mas, assim, no apavoro das pessoas que estão em volta... Ah! mas que.. você é cobrador, o que você vai fazer aqui?”</p>
Medo de realizar os procedimentos de forma errada e ser punido	<p>Grupo 1: “Levar um processo nas costas, né (risos).” “(...) mais se num tiver calma, já põe o negócio errado lá, danou-se.”</p> <p>Grupo 2 “Quando você tá tirando carta, o que que eles falam? Eles falam assim: Oh! se você vê um acidente ou então uma pessoa caída, você tem que parar o automóvel e ir lá socorrer, certo? Agora se você passar e ir embora e deixar e falar, ah! não é comigo, vou embora, se mandar, você vai se julgado perante a lei, por mais que você não tenha batido no cara e o cara estava morrendo lá. Você vai se julgado como se tivesse matado aquela pessoa, por não ter socorrido. Você sabendo os procedimentos de socorro, fica muito maior a chance de você parar lá. O que que adianta você parar, olhar lá a vítima, ligar e num fazer nada, né? Agora se já tem o procedimento.”</p>
Ações de solidariedade	<p>Grupo 1: “(...) até tentar ajudar (...)” “(...) eu até tenho vontade de ajudar (...) Mas eu tenho vontade de ajudar e socorrer qualquer um.” “Ah! se puder ajudar, né, é bom.”</p> <p>Grupo 2 “(...) por isso até falei né: Oh! vamos alguém da gente lá fazer, porque pode ser bom pra nós. A gente não sabe o dia de amanhã, que a gente pode estar ajudando alguém.” “Pode ser alguém que você ama que está lá caído.” “Então, é cômodo pra gente também, que a gente vai ter mais dor de cabeça, mais trabalho e quem quer isso?” “Quem quer trabalho? Ninguém. (...)” “(...) Eu vou ter o trabalho de ir lá exigir. Ah, não! Deixa quieto, não está na frente da minha casa, está na frente da casa do vizinho, então deixa lá. Mais daqui a pouco aquele buraco tá grandão, está pegando a sua casa também.” “(...) nem todos querem saber do cara que está do lado. Fala assim: Ah! deixa quieto, eu não preciso disso não.” “É que ele acha que nunca vai acontecer com ele.” “(...) ele acha que só vai acontece com os outros, na casa dele ele está livre, entendeu, a família dele está livre, ele acha que ele nunca, nunca vai precisa daquilo. (...)”</p>
O relato das experiências antes do curso	
Vivência do evento de mal súbito	<p>Grupo 1 “(...) a gente puxou a cadeira, sentamos, eu chamei o pessoal do SAMU e, a partir da hora que eles chegaram ali perto dela para fazer o atendimento, a gente deixou e fomos embora, porque a gente, né, [fez] o máximo que a gente podia para ajudar.” “Na cadeira ficamos abanando ela sim (...)” “(...) que nem, meu pai, ele caiu, ele pôs o copo, assim que ele bebeu café e minha mãe sentada na sala. Daí ele, que era muito brincalhão, daí ele pegou e caiu, puf, (...) Quando minha mãe viu que ele estava assim parado, ela gritou. O marido da minha irmã veio, virou, ele já estava com essa bola do, do... Daí ligaram, na hora que eles falaram com o médico eles vieram bem rápido, o médico chegou cortar aqui nele, lá dentro da casa da minha mãe mesmo. Só que ele foi pro hospital, quando foi a noite ele deu um fulminante assim... O médico falou assim que é poucas horas mesmo que...” “Não, o médico mesmo falou que... se tivesse assim... que até... Na hora que ele caiu,</p>

	<p>ele ficou um tempo, minha mãe achando que ele estava brincando. Aí, depois que ela viu que ele não levantava mesmo, ela começou a gritar. Daí o meu cunhado veio, viro ele com a cara pra... Então ele percebeu que ele não estava bom, mais até que foi... Então, se tivesse acho que feito esse procedimento nele, eu acho que ele..."</p> <p>"E quando minha mãe deu, veio um médico, porque tinha um médico na frente, que era dono da casa da frente que a gente pagava aluguel. Nós fomos correndo lá chamar, chamamos ele que ele estava lá, ele veio rapidinho, quando ele veio fazer, ele já tinha morrido."</p> <p>"É, mais aí eu só lembro de que eu estava morrendo já, né, mas aí eles aplicaram uma injeção que eu não sei o que que era e depois eles fizeram aquela massagem."</p> <p>É, deu a parada lá e eu pensei, né, a gente nem se mexe, né. Mas daí eu pensei, estou morrendo, né, e pensei ao mesmo tempo: Ah! tá bom, deixa eu morrer. Aí eles aplicaram aquela injeçãozinha né e fizeram aquilo lá, aí eu..."</p> <p>Grupo 2</p> <p>"(...) aconteceu o caso do meu vizinho humilde que era do sindicato, ele teve um infarto e a esposa dele é enfermeira e eu vi ela fazendo o procedimento lá. Só que eu vendo ela ali e eu fazendo aqui, pelo o que eu vi, eu acho que eu aprendi totalmente diferente, porque na hora do apavoro tudo ali, do jeito que ela fez, não tem nada a ver com o jeito que nós fizemos aqui (...) Agora, só eu vendo e eu já vi na TV, já vi já pessoalmente ela lá acudindo ele lá, graças a Deus ele sobreviveu, mas, na hora do apavoro eu não consegui pegar as coisas certinho que nem aqui."</p>
Habilidades antes do curso	<p>Grupo 1</p> <p>"(...) a gente ligaria né, a gente iria abanar, mas não esse monte de..., né."</p> <p>"(...) a primeira coisa é acionar, chamar a ambulância né. Isso aí normalmente nós vemos direto lá dentro, a pessoa passando mal. Então a gente corre para socorrer, a primeira coisa a fazer é telefonar e chamar."</p> <p>"No terminal tem um postinho, geralmente fica uma enfermeira lá né, então geralmente a gente chama ela (...)"</p> <p>Grupo 2</p> <p>"(...) o cara, o cara está ligando, ele já está te ajudando ali, né... A gente não tinha essa visão, a visão nossa é que... ou tem um cara doente aqui, se pega e vem, só isso né, entendeu. Eu já fiz a minha obrigação, fiz um favor pro cara que está doente, eu não sabia que o favor era maior que isso. Quanto mais informações se der, mais o cara pode estar ajudando o doente, entendeu? Eu não sabia disso."</p> <p>"Uma noção né, porque de repente, se você não num sabe, você vê lá na televisão, você vai lá fazer o que está na televisão, de repente você quebra o cara inteiro lá e não faz nada."</p> <p>"Eu achava difícil. Por quê? Como eu aprendi lá no CFC, lá você tem que estar... você faz três vezes, vai lá, assopra na boca... E a gente viu que é totalmente diferente né. Hoje não é daquela maneira, como eu aprendi lá, não. Você não conhece a pessoa, vai por a boca na boca da pessoa sem nem sabe quem é, né, você vai... é meio complicado. Agora acho que assim ficou bem legal. Acho que muitas pessoas não vem fazer por causa daquela impressão que ficou. A maioria foi obrigada a fazer no CFC e a visão que eles têm lá é totalmente diferente dessa. Por isso que eu acho que isso deveria ser mais divulgado (...)"</p> <p>"Eu não." (quando questionado se já tinha se imaginado fazendo os procedimentos alguma vez)</p> <p>"Já tive um monte de curso, nunca quis nem tentá (...)"</p> <p>"(...) Mais também nunca deram oportunidade, sabe? Falar pra você a verdade, nós fizemos curso, o cara pegava o boneco, ensinava como é que era, mas nunca falou assim: - Alguém quer chegar perto?"</p> <p>"(...) já fizemos curso e tudo, o cara mostra como é que é, mas nunca deu oportunidade pra gente. Também, coitado, tinha o que... tinha 40 numa sala de aula, ele tinha 50 minutos pra dar a aula, não tinha como também ele deixar, né."</p>
A percepção sobre o processo de capacitação	
Habilidades adquirida	<p>Grupo 1:</p> <p>"Muito legal, eu gostei... eu acho que eu, eu aprendi..."</p> <p>"Tem que ter uma pessoa atrás, né, para poder revezar."</p> <p>"Acho que a gente vai tentar por em prática o que a gente aprendeu hoje, né. Assim, conseguir, ainda mais sabendo que tem uma pessoa ali que depende de alguma atitude da gente pra pode sobreviver, né."</p> <p>"Ah! eu acho que nós fazemos o que aprendemos aqui."</p> <p>"Ainda mais as três juntas, né. Aí eu acho que consegue fazer, né. Aí nós conseguimos fazer... (risos)."</p> <p>Grupo 2</p> <p>"É uma coisa importante que eu vou fazer é ensinar minha esposa, vou ensinar a ela a maneira certa, porque uma vez ela pode estar em casa, talvez eu não estou, aí ela está, entendeu? Eu tenho mãe, ela tem pai, entendeu? Então, vou passar pra ela porque, quanto mais pessoas a gente passa, isso serve pra gente também. A que a</p>

	<p>gente não sabe, amanhã pode ser eu e aí? Eu não posso fazer em mim mesmo, né (...)</p> <p>Logo, assim quando se põe um pesinho a mais é quando tem mais chance, então quanto mais pessoas ao seu redor saibam um procedimento que pode estar te salvando, né."</p> <p>"E ele explicou o sistema do coração, por isso, né, teve a compreensão (...) Agora eu sei que tem que se uma pressão forte (...)"</p> <p>"O importante é assim né, você sente, parece que você se sente poderoso né. Olha, eu posso ajudar alguém. É bom saber quando se pode ajudar alguém, né. Fala assim: - Pô, olha, agora eu estou me capacitando, eu sei que eu posso estar ajudando alguém, isso é legal! Você se sente bem, né. Porque é bom a gente saber que a gente pode ajudar alguém, pode estar auxiliando alguém, isso é muito legal. E quanto mais perto se chega da pessoa, melhor, porque você está fazendo a posição certa."</p> <p>"É, porque você viu que ele cansou rápido. Por quê? Porque ele estava forçando, né, ele fazia, usava a força. Depois que você usa só o peso do seu corpo, você num cansa tanto, né. Por isso que a gente tem que aprender, depois que você usa, usa o seu peso para estar fazendo a massagem. Então você não cansa, o próprio corpo joga você pra cima de novo quando você tira o peso, entendeu? Então, você não está fazendo muita força. Agora quando se faz força, se cansa mais rápido. Isso que é a estratégia que ele mostrou lá, se usar o seu próprio peso pra fazer a massagem, não cansa tão rápido."</p> <p>"Bem mais fácil, por isso que eu nunca nem me... Porque eu achei que era bicho de sete cabeças. A gente achava que era um bicho de sete cabeças. Agora, o cara está caído lá, com ataque cardíaco, se você não sabe os procedimentos, você fala assim: - Nem vou chegar perto, nem vou relar. Agora, sabendo os procedimentos, você fala assim: - Oh, com licença."</p> <p>"Eu tenho certeza que sim, eu tenho certeza que a gente poderia botar em prática."</p>
Percepção sobre o uso do DEA	<p>Grupo 1</p> <p>"Nossa! Ajudaria, isso aí é coisa mais prática né."</p> <p>"Muito prático isso daí, pra pegar a noção das coisas, é muito bom."</p> <p>"Ah sim, com certeza, que ele meio que instrui a gente né."</p> <p>"Ah se você tiver o aparelho num é complicado porque o aparelho dá pra..."</p> <p>"Não, porque do jeito que ele ensina aqui, pra gente chega no ponto de colocar o aparelho e coisa, com o que eu aprendi aqui (...)"</p> <p>"Não, com o aparelho dá, se você teve calma, né. Então, se tiver calma (...)"</p> <p>"Com o aparelho até que não, com o aparelho.. ele praticamente, ele ensina você a fazer, né."</p> <p>Grupo 2</p> <p>"(...) tem a posição da mão certinha, o ombro certo, as coisas tudo certinho. Pra mim era totalmente diferente. Então aprendendo agora aqui eu sei, mesmo na hora do apavoro, ali eu vou saber fazer porque eu aprendi (...) Então pra mim foi bom, se acontecer eu já vou te consciência pra mexer."</p> <p>"Oh, não é difícil, não é difícil. Eu achei, assim, até se pegar a posição, se apanha, mais depois que se pega o jeito, você vê que é a coisa mais fácil que tem, né, não é tão difícil assim (...)"</p> <p>"(...) ele até fala, explica tudo."</p> <p>"Seria uma segunda pessoa pra estar ajudando, mais que uma segunda pessoa, porque ele vai falar tudo ali que você deve fazer ou não, ajuda bem melhor."</p> <p>"Ele te ensina como que faz tudo."</p> <p>"Fácil, oh...ele fala tudo."</p> <p>"É fácil, mais tem que ter calma na hora de estar fazendo os procedimentos, até espera o aparelho falar. Mas o manuseio dele foi muito bom, eu acho bem simples."</p> <p>"Eu acho que foi bem aproveitável, eu achei que foi aproveitável."</p>
As dificuldades enfrentadas na realização dos procedimentos	<p>Grupo 1</p> <p>"Ah! cansativo é muito."</p> <p>"Eu achei dificuldade assim na parte que ele falou de sentir a respiração né, ter que ouvir assim, coloca a mão ali, é uma parte meio delicada aquela. Eu achei que o problema foi aí. Você coloca uma pessoa deitada, só que se tem que ter essa calma, deitar a pessoa, sentir se tá respirando (...)"</p> <p>"É, exatamente." (interlocutor se refere ao fato de verificar se é necessário fazer os procedimentos ou não)</p> <p>Grupo 2</p> <p>"A posição que cansa fácil."</p> <p>"A única dificuldade que a gente viu é que, a posição, tem que ser reto e não pode ser com força."</p> <p>"Eu acho que a dificuldade seria você tomar conta da pessoa ali e ainda dos urubus em volta ainda né. (...) Ou faz isso, não, faz aquilo. Então você tem que ter a paciência em tirar o que está ali e ainda cuidar daquela pessoa, ter a calma e a tranquilidade ali pra cuidar dele e de quem está em volta."</p> <p>"(...) se você tem que fazer a massagem ou não, respiração, ver se a pessoa... ver os sinais, tudo (...)"</p>

<p>Percepção sobre a necessidade de conhecimento</p>	<p>Grupo 1 “Eu acho que devia ter mais cursos desse assim, né.” “Mais divulgação, exatamente.”</p> <p>Grupo 2 “Eu já ouvi falar que a gente pode fazer isso, só que a gente não tinha como fazer, a gente num sabia como fazer, como agir, entendeu? A gente até sabia que se você vê alguém passando mal, você pode ir lá, mais fazer de qualquer jeito você pode piorar a situação.” “É, de repente se chega lá, a pessoa você, em vez de estar fazendo isso, está passando um ataque epilético. Então eu acho que devia colocar os dois cursos junto.” “É, mais...” (sobre a necessidade de conhecer outras abordagens além da PCR)</p>
<p>A não operacionalização do preceito legal</p>	
<p>Grupo 1 “Ah! é ruim, né.” “Brasil, né.” “(...) temos que ter muitas coisas que os brasileiro tem direito e eles nunca põem em prática.” “Nem saber que tem direito, né, eu sabia.” “É que nem esses dias atrás estava passando um acidente que aconteceu aí com um filho de uma pessoa importante. Eles fizeram muitas coisas. Agora, quantos filhos de pessoas trabalhadeiras, de classe pobre, que acontece e ninguém sabia daquela lei lá? Aí eu não estou sabendo, eu não sei explicar como que foi o procedimento que aconteceu, eu sei assim pelo que o Datena falou, né, que muitas pessoas teriam que ter o direito que tinha o filho daquela pessoa importante da cidade. Teve muito filho de pobre já morreu, trabalhador, e nunca ninguém se importou. Então, eu acho assim, sempre a maioria, a classe menor nunca é favorecida. Porque terminal urbano só pobre usa, você não vê um rico dentro de terminal, você não vê um deputado dentro do terminal. Você não vê uma pessoa que tem posse, tem dinheiro, usando um ônibus. Quem usa é trabalhador, pessoas de bairro pobre, né. Então, quer dizer, pra eles não tem importância. Agora, quando chega na época da eleição, eles prometem tudo, só que depois passa e não tem nada, então...” “Então, existe a lei, a gente tem que correr atrás da lei, ninguém faz isso, a gente tem que correr atrás (...)” A gente não, né, os políticos, porque a gente não tem essa...” “A força pra fazer nada, né (...)” “(...) tem direito, tem, vai atrás e faz, não fica esperando, porque ninguém faz nada de mão beijada pra gente, tem que correr atrás, os direito é igual pra rico, pra pobre, só porque...” “(...) mais ela também só mede pressão, não faz nada, ela só mede a pressão e ela não pode fazer nada.”</p> <p>Grupo 2 “Eu moro em condomínio fechado, tem extintor e tem esse aparelhinho também lá, chegou este ano. Até foi novidade, né. Aí eu peguei e falei assim, nossa porque com o terminal, rodoviária, que é mais, tem mais gente, não tem esses apetrechos?” “Eu acho, a minha opinião, assim, cada empresa acima de um certo plano de funcionário, tem que ter pelo menos 10% especializados nesse tipo de primeiros socorros, salvamento, alguma coisa nessa área. Porque onde reúne pessoas tem probabilidade de acontece qualquer tipo de acidente, qualquer coisa. Então tem que ter pelo menos 10%, tem que estar consciente de como fazer. Porque deixar tudo lá, chama SAMU, chama bombeiro, nem sempre dá certo. Então, uma vida ali vale bastante.” “(...) mais o duro é ela vale né. Eu não sabia que existia. O certo não é ter, já que é lei ter um? Vamos supor, cada local público, tem lá, é lei que tenha isso e isso e isso. Tem que explicar pro pessoal conhecer. Eu mesmo trabalho no terminal, nem sabia que tinha que ter isso. Acho que na verdade nem tem esse aparelho lá.” “Não tem uma fiscalização, não tem uma fiscalização.” “Eu já trabalhei na XXX, eu trabalhei, já fiz curso assim, já trabalhei no mercado, eu trabalhei no mercado. Acima de 300 pessoas tem que ter, lá num tinha também.” “O que que a gente pensa, é uma coisa muito triste, a gente pensa assim, é uma coisa muito triste, porque esse aparelho serviria pra eles mesmo, não só pra gente, mais pra eles mesmo, podia de ser no caso deles estar passando mal. Mas não tem, infelizmente a realidade que a gente vive hoje é essa.” “(...) se essa lei mesmo fosse levada certinha, eu acho que o corpo de bombeiros, vários outros lugares que precisam de sair atendendo, ia ser muito mais fácil, ia ter muito mais tempo (...)” “(...) quando a lei é a contra o governo, ele até esconde, ele não divulga.” “(...) mas isso eles não fazem a propaganda, por quê? Porque isso é prejudicial pra eles, é gasto pra eles, né. Então o governo nunca quer mostrar aquilo que é obrigação dele (...)” “A população não está muito preocupada com isso não. Minha mulher, que trabalha lá na XXX, lá tem pessoas capacitadas pra isso, sabe, lá tem treinamento, tem um grupo de pessoas pronta pra isso (...) Isso deveria acontece no terminal também, e não iria ter... O pessoal que trabalha ali mesmo, não precisa contratar pessoal de fora, não, capacita pessoas que trabalham ali e teria pessoas capacitadas pra fazer isso. E eles devem também dar condição pra isso. Porque a gente fica envergonhado, a gente vê a pessoa passar mal, velhinhos deitados no chão, passando mal, sabe? A gente culpa, mas a culpa não é do bombeiro não, não é do SAMU, a</p>	

culpa é do poder público, sabe, que ignora isso. Às vezes eles ignoram a população, o governo só lembra, o poder público só lembra da população quando nós estamos na época de eleição, depois ele ignora isso. Mas isso também é erro da gente, porque se a gente começar a cobrar, se a gente começar a ir na mídia e começa a falar, mudaria a situação. Mas a gente também fica... é cômodo também pra gente, né. Porque, oh, se for fazer isso lá no terminal, vai sobrar pra mim, prá você, porque nós trabalhamos lá no terminal."

"E é uma coisa boa, assim, que eles deveriam colocar em prática, né (...) Teve uma mulher que morreu no terminal lá (...) O cara, quando a ambulância chegou, ele tentou fazer de tudo (...) já era tarde. Se tivesse alguém ali que tivesse condição e capacidade pra fazendo aquilo, entendeu, talvez teria salvado a vida dela (...)"

Anexos

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de maio de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Aline Fagnani Pereira

Ref.: Processo nº 1022/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0028.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Atendimento à parada cardiorrespiratória por leigos: estudo de caso de um processo educativo**” informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo