

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALESSANDRA CARVALHO DOS SANTOS DA SILVA

**CAPACITAÇÃO ATIVA PARA O ATENDIMENTO DE
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: UMA
ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA OSCE**

SÃO PAULO

2017

ALESSANDRA CARVALHO DOS SANTOS DA SILVA

**CAPACITAÇÃO ATIVA PARA O ATENDIMENTO DE
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: UMA
ADAPTAÇÃO DA METODOLOGIA OSCE**

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

**Área de concentração:
Cuidado em Atenção Primária à
Saúde.**

**Orientadora:
Profa. Dra. Sayuri Tanaka Maeda**

VERSÃO CORRIGIDA

**A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na
Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de
São Paulo.**

SÃO PAULO

2017

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

Silva, Alessandra Carvalho dos Santos

Capacitação ativa para o atendimento de parada cardiorrespiratória: uma adaptação da metodologia OSCE. Alessandra Carvalho dos Santos da Silva. – São Paulo, 2017. 131p.

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

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Sayuri Tanaka Maeda

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária à Saúde

1. Enfermagem 2. Aprendizagem por associação. 3. Desenvolvimento pessoal. 4. Capacitação em serviço. 5. Atenção primária à saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Alessandra Carvalho dos Santos da Silva

Título: Capacitação ativa para o atendimento de parada cardiorrespiratória:
uma adaptação da metodologia OSCE.

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: _____

A DEUS, minha fortaleza, meu maior amor e eterna gratidão.
A meus queridos filhos pelos momentos de vida e alegria que me
proporcionam.

A meu amoroso, paciente e zeloso esposo, meu fiel companheiro, pelo
incentivo e apoio nos momentos mais difíceis.

Agradecimientos

A DEUS, que me guiou e me deu forças nos momentos mais difíceis, que me iluminou nos momentos decisórios, mostrando alternativas e possibilidades que me trouxeram paz e tranquilidade me conduzindo à vitória. A minha eterna gratidão. A ele toda honra e toda glória.

À minha estimada orientadora, Prof^a Dr^a Sayuri Tanaka Maeda. Sua sabedoria, espiritualidade, simplicidade, ternura, firmeza e polidez são fontes de inspiração. O seu conhecimento, vivacidade e competência são dignas de admiração. Agradeço por compartilhá-los comigo e me proporcionar momentos de crescimento. Obrigada pela confiança, pelo respeito e pela paciência. A você, minha eterna admiração e gratidão.

Aos meus queridos filhos: Letícia, Leonardo e José Neto pelos momentos de vida e alegria que me impulsionaram a continuar, pela compreensão de minhas ausências. Tudo o que faço é por vocês.

Ao meu amado esposo Eliezer, por me ajudar nos momentos difíceis, compartilhando comigo as minhas angústias e frustrações. Obrigada pela ajuda, pela paciência e pelo apoio incondicional.

Aos meus pais, Braulino e Miraci, pelas orações, conselhos e apoio, foram vocês que me ensinaram o valor da vida, da família e do estudo.

À família Carvalho e Pereira pelas orações, apoio recebido e compreensão de minhas ausências.

Aos participantes deste estudo, pelo aprendizado partilhado e pela colaboração sem a qual este trabalho não seria possível.

Ao amigo de trabalho e instrutor de ACLS Enf. Fernando Correia, pela disponibilidade e pelo auxílio para o desenvolvimento da pesquisa, ministrando o curso teórico desta capacitação. Sem seu apoio, este estudo

não trilharia os mesmos rumos.

Aos colegas do Núcleo Técnico de Ensino e Pesquisa do Santa Marcelina, minha eterna gratidão. Obrigada pela compreensão em meus momentos de ausência no setor, acarretando a sobrecarga de trabalho para vocês, muito obrigada pela parceria, pelo companheirismo e pela amizade. Com vocês, cumpre-se em minha vida um versículo bíblico que diz: “Há amigo mais chegado que irmão” Pv 18:24.

Aos colegas e docentes da EEUSP do Programa de Mestrado Profissional de 2015, que de alguma forma participaram desta construção. Com vocês esta caminhada se tornou mais leve e mais alegre.

Aos docentes e colegas do HCFMUSP Curso de Educação Médica: Avaliação de habilidades e atitudes de 2016, pelo aprendizado, contribuições, orientações e sugestões.

Às professoras: Prof^a Dr^a Iolanda de Fátima Lopes Calvo Tibério, Prof^a Dr^a Andrea Tenório Correia da Silva e Prof^a Dr^a Anna Maria Chiesa, que participaram da banca de qualificação, pelas relevantes e cuidadosas contribuições que permitiram melhorar a qualidade deste trabalho. Obrigada pelo incentivo, disponibilidade, carinho e simplicidade com que sempre me acolheram.

Às funcionárias da Secretaria de Pós-graduação da EEUSP pela cordialidade e orientações e aos funcionários da Biblioteca pelo auxílio e paciência durante todo esse processo.

A todos que de uma maneira direta ou indireta contribuíram para a realização deste sonho, o meu muito obrigada, sem vocês essa conquista não seria possível.

Epígrafe

Bendize, ó minha alma ao Senhor, e tudo o que há em mim bendiga o seu santo nome.

Bendize, ó minha alma, ao Senhor, e não te esqueças de nenhum de seus benefícios.

Como um pai se compadece de seus filhos, assim o Senhor se compadece daqueles que o temem.

Mas a misericórdia do Senhor é de eternidade sobre aqueles que o temem, e a sua justiça sobre os filhos dos filhos.

Bendizei ao Senhor, todas as suas obras, em todos os lugares do seu domínio.

Bendize, ó minha alma ao Senhor.

(Salmo: 103)

Resumo

Silva ACS. Capacitação ativa para o atendimento de parada cardiorrespiratória: uma adaptação da metodologia OSCE [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Resumo

Esta pesquisa apresenta um modelo de capacitação para o atendimento de parada cardiorrespiratória a partir de uma abordagem qualitativa com foco na prática pedagógica envolvida nesse processo. Os objetivos específicos foram: aplicar o método *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)*—adaptado para o atendimento de parada cardiorrespiratória, elaborar uma metodologia para a capacitação dos profissionais para o atendimento de parada cardiorrespiratória e analisar os mediadores pedagógicos aplicados no processo capacitação. A pesquisa foi realizada em uma Assistência Médica Ambulatorial Integrada, localizada na Região Leste do Município de São Paulo. Estimou-se que a capacitação ocorreria no centro de treinamento e no espaço dos participantes, o que demandou o reconhecimento antecipado do campo e articulações junto à Supervisão Técnica de Saúde. A organização dos materiais didáticos envolveu a parceria com um instrutor credenciado pela *American Heart Association*, além da elaboração e aplicação da metodologia OSCE adaptada para o processo de aprendizagem. Os sujeitos da pesquisa foram oito participantes voluntários, do turno da manhã e da tarde, integrantes da equipe de enfermagem da unidade. Procedeu-se uma capacitação em três etapas: a primeira constitui-se uma aula teórico-prática em atendimento à parada cardiorrespiratória no centro de treinamento. A segunda foi uma simulação de um caso clínico de parada cardiorrespiratória na sala de classificação de risco, envolvendo uma atriz e os sujeitos da pesquisa, seguido de um atendimento na sala de emergência utilizando um manequim e aplicando todos os procedimentos recomendados. Na terceira etapa foi realizada uma entrevista semiestruturada norteado por perguntas disparadoras.

As cenas foram captadas por meio de gravação de imagens e de áudio na segunda etapas, a fim de promover um *feedback* aos participantes. Ao término dessa construção, procedeu-se à entrevista com roteiro semiestruturado individualmente, de forma a conhecer as dificuldades e facilidades vivenciadas pelos participantes e, simultaneamente, analisar a aplicabilidade da metodologia proposta. Quanto aos dados da entrevista, realizou-se a escuta, transcrição e sistematização em categorias por meio da técnica de análise de conteúdo. Os fundamentos teóricos e pedagógicos propostos por Robert Harden (1975), Paulo Freire (2014) e Edgar Morin (2003), nortearam a discussão dos resultados em duas categorias analíticas: mediação pedagógica no processo de capacitação e aprendizado no ambiente de trabalho como forma de produção. O resultado foi uma associação de três fases operacionais. A primeira fase de fundamento teórico-prático foi caracterizada pela interação proativa. A segunda fase de simulação com uma paciente-atriz, os participantes foram ativos no atendimento, entretanto os sinais de agravo clínico provocaram comportamento de apreensão, rapidamente superado. Houve uma pequena disfunção no acesso aos materiais, porém a equipe demonstrou equilíbrio, fito às manobras de ressuscitação realizando os procedimentos com sucesso. A terceira etapa foi a entrevista semiestruturada, resultando em uma súmula de pertinência pedagógica e metodológica para a transformação da prática. Cabe ressaltar que o conjunto da metodologia favoreceu a co-construção do sentido da aprendizagem e da reflexão crítica como base da transformação. Em síntese, foi possível concretizar a elaboração de um modelo de capacitação e comprovar sua aplicabilidade na prática do atendimento à parada cardiorrespiratória.

Descritores: 1. Enfermagem. 2. Aprendizagem por associação. 3. Desenvolvimento pessoal. 4. Capacitação em serviço. 5. Atenção primária à saúde.

Abstract

Abstract

Silva ACS. Active training for cardiorespiratory arrest care: an adaptation of the OSCE methodology [masters dissertation]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2017.

Abstract

This research presents a training model for cardiorespiratory arrest care based on a qualitative approach focused on the pedagogical practice involved in this process. The specific goals were: to apply the Objective Structured Clinical Examination (OSCE) method - adapted for cardiorespiratory arrest attendance, to create a professionals' qualification methodology for cardiorespiratory arrest attendance and to analyze the pedagogical mediators applied in the training process. The research was carried out in an Integrated Ambulatory Medical Assistance, located in Sao Paulo's eastern area. It was stipulated that the training would take place at the training center and the participants environment, which required field early recognition and articulation with the Technical Health Supervision. The teaching supplies organization involved the partnership with an American Heart Association accredited instructor, besides the use of OSCE - adapted methodology for the learning process. The research subjects were eight volunteers, from morning and afternoon shifts, members of the unit's nursing team. A training was carried out in three stages: the first one constituted of a theoretical / practical class in cardiorespiratory arrest attendance at the training center. The second stage was a simulation of a clinical case of cardiorespiratory arrest at the risk classification room, people involved were an actress and the subjects of the research, followed by emergency room care using a mannequin and following all recommended procedures. In the third stage a semi-structured interview was conducted guided by triggering questions. The scenes were captured

through recording of images and audio in the second stage, in order to provide feedback to participants. At the end of the training an individual semi-structured interview was conducted, in order to understand the difficulties and facilities experienced by the participants and simultaneously analyze the applicability of the proposed methodology. Regarding to interview data, listening and transcription and systematization were performed in categories through the technique of content analysis. The theoretical and pedagogical foundations proposed by Robert Harden (1975), Paulo Freire (2014) and Edgar Morin (2003) guided the results discussion in two analytical categories: training process pedagogical mediation and learning at work environment as a way of production. The result was an association of three operational phases. The first phase of theoretical-practical foundation was characterized by proactive interaction. The second fase de simulation with a patient-actress, the participants were active in the attendance however the signs of clinical injury caused apprehension behavior, quickly overcome. There was a small dysfunction in the access to the materials, however the team demonstrated balance, aiming at resuscitation maneuvers performing the procedures successfully. The third step was the semistructured interview, resulting in a summary of pedagogical and methodological relevance for the transformation of the practice. It should be emphasized that the whole methodology favored the co-construction of the meaning of learning and critical reflection as the basis of transformation. In summary, it was possible to accomplish the elaboration of a training model and to prove its applicability in the practice of cardiorespiratory arrest attendance.

Key words: 1.Nursing. 2. Learning by association. 3. Personal development. 4. In-service training. 5. Primary health care.

Lista de Siglas

LISTA DE SIGLAS

ACLS	<i>Advanced Cardiac Life Support</i> (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia)
AHA	<i>American heart association</i> (Associação americana do coração)
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
BLS	<i>Basic Life Support</i> (Suporte Básico de Vida)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRSL	Coordenadoria Regional de Saúde Leste
CTSM	Centro de Treinamento Santa Marcelina
DEA	Desfibrilador Automático
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSI	Unidade Básica de Saúde Integrada
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1. APRESENTAÇÃO	19
2. INTRODUÇÃO	21
2.1. Objeto de estudo e justificativa	21
2.2. Atenção primária e atenção básica: processo evolutivo no contexto brasileiro.	22
2.3. Atendimento de urgências e emergências na atenção primária.....	27
3.1 A educação como mediadora de inovação	30
3.2. A aplicação da simulação realística como estratégia de ensino.	31
3.3. A introdução da metodologia OSCE como estratégia de simulação realística.	33
3.4. Porque a simulação baseada na metodologia OSCE?	35
3.5. Parada cardiorrespiratória	36
4. FINALIDADE	39
5. OBJETIVOS	41
5.1. Geral.....	41
5.2. Específicos.....	41
6. METODOLOGIA	43
6.1. Desenho de estudo	43
6.2 Aspectos éticos da pesquisa	43
6.3. Cenário do estudo	44
6.4. Participantes da pesquisa	46
6.5. Percurso Metodológico	47
6.6. Instrumento de coleta de dados	48
6.6.1. Coleta de dados do processo de capacitação.....	49
6.6.2 Análises dos dados	52
7. APOIO TEÓRICO	54
7.1. Proposição de Robert Harden	54
7.2. A proposição de Paulo Freire.....	55
7.3. A proposição de Edgar Morin.....	58
8. RESULTADOS	62
8.1 Capacitação teórico-prática.....	62
8.2. Construção das categorias analíticas.....	66
8.2.1 Mediação pedagógica no processo de capacitação.	66

8.2.2. Aprender no ambiente de trabalho como forma de produção.	69
9. DISCUSSÃO	79
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
11. REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE 2- CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO ENVIADA À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE.....	107
APÊNDICE 3–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	108
APÊNDICE 4 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	111
APÊNDICE 5- GUIA PARA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA OSCE-ADAPTADO.....	112
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	131

Apresentação

1. APRESENTAÇÃO

Sou Enfermeira graduada em 2007 pela Faculdade Santa Marcelina, especialista em Saúde Pública pela UNIFESP. Minha trajetória na Atenção Primária à Saúde (APS) iniciou-se em 2010 em uma Assistência Médico Ambulatorial (AMA) acoplada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), gerenciada pela Organização Social de Saúde (OSS) Santa Marcelina. Posteriormente, fui trabalhar no nível de coordenação dessa instituição no setor de Desenvolvimento de Pessoas. Mais tarde, fui integrada ao Setor de Educação Permanente (EP), no qual permaneço até hoje. Nesse ambiente, tenho a oportunidade de realizar análises de processos educativos e desenvolver trabalhos em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), na Coordenadoria Regional de Saúde Leste (CRSL), e as cinco Supervisões Técnicas de Saúde Leste (STS – Leste).

O interesse em desenvolver um estudo sobre a capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde decorre, sobretudo, da minha própria experiência como enfermeira trabalhando em uma AMA, atendíamos todos os tipos de urgência e emergência. Nesse contexto, deparei-me com algumas cenas no atendimento de pacientes em estado crítico que geraram em mim certas inquietudes. Observei em vários momentos dificuldades no manejo dos artefatos, bem como problemas na condução do atendimento.

A experiência na AMA foi oportuna para identificar diversas questões que poderiam ser objeto de pesquisa científica. A minha motivação foi crescente no que diz respeito ao aprimoramento em metodologias de capacitação para o exercício do trabalho dos colaboradores, principalmente no enfrentamento do atendimento em emergências clínicas. Assim, percebi a importância da dimensão pedagógica no ensino prático, sendo ela determinante para o sucesso da aprendizagem no ambiente de trabalho.

Introdução

2. INTRODUÇÃO

2.1. Objeto de estudo e justificativa

No setor de Educação Permanente, a abordagem do aprender e do ensinar se integram no cotidiano da organização do trabalho, constituindo-se em um exercício de reflexão sistemática. É desejável que o caminho da construção seja interativo entre o facilitador e os colaboradores a serem capacitados, buscando assim uma transformação. Trata-se de uma estratégia ativa, pois aproxima situações do cotidiano do trabalho, propondo alternativas para a melhoria do atendimento prestado à população.¹

Em atendimento à Portaria 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, a Educação Permanente (EP) da Organização Social de Saúde (OSS) Santa Marcelina realiza várias capacitações para equipes multiprofissionais em diversos temas, dentre eles emergências cardiorrespiratórias.¹

As capacitações relacionadas a emergências cardiorrespiratórias são realizadas com aulas teóricas, práticas com vídeos e simulações em manequins nos centros de treinamento. No entanto, em um dado momento, a capacitação, embora prática, não estava atendendo plenamente as necessidades das unidades, pois surgiam demandas para novas capacitações de equipes que já haviam sido previamente capacitadas.

Realizamos um diagnóstico de algumas unidades e pudemos identificar algumas questões relevantes para esse contexto, tais como: alta rotatividade de profissionais, fragilidades estruturais, recursos materiais subutilizados e desconexão entre os membros da equipe técnica.

Dessa forma, considerando as necessidades de articulação entre os diversos serviços de saúde, em suas especificidades, e as dificuldades percebidas para o cumprimento das ações previstas (acolhimento das

demandas agendadas e espontâneas; atendimento, estabilização e remoção dos casos de urgência e emergência), este estudo buscará contribuir para que o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde Integrada (UBSI), no que diz respeito aos atendimentos de emergência, seja efetivo, equitativo e resolutivo.

Reconhecendo a necessidade de renovar a forma de abordar a ensinagem, buscou-se um embasamento e aprofundamento teórico para a aplicação na prática. Por esse motivo, propôs-se desenvolver e executar um método de ensino baseado na metodologia *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) para a capacitação no atendimento de emergência cardiorrespiratória nas UBSI, utilizando os recursos e o cenário da própria unidade.

2.2. Atenção primária e atenção básica: processo evolutivo no contexto brasileiro.

Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto diversificado de atividades promotoras de saúde e de prevenção de agravos, ofertados por meio das unidades básicas de saúde, integrando sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visando à integralidade do cuidado.²

O conceito de APS surgiu em 1920 no Reino Unido, a partir do relatório Dawson, documento considerado um dos primeiros a utilizar o conceito de atenção primária à saúde em uma perspectiva de organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde organizados com base na saúde da população. Tal é a importância desse documento que suas concepções influenciaram a organização dos sistemas de saúde em diversos países do mundo.³ Esse é o caso, por exemplo, do sistema nacional de saúde britânico que, criado em 1948 e baseado nas concepções do relatório de Dawson, passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. Outro marco histórico da atenção primária à saúde é a Declaração de Alma-Ata, cidade da União Soviética,

onde em 1978 se realizou a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde", sob a direção da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF).⁴

Na atualidade, a atenção primária à saúde é considerada o primeiro contato da assistência continuada, de forma a satisfazer as necessidades de saúde das pessoas, sob forma de trabalho organizado. Pressupõe uma delimitação territorial da população, para identificar os problemas de saúde de maior frequência e relevância.⁵

A atenção primária no Brasil teve várias etapas que foram chamadas de "ciclos de desenvolvimento". O primeiro ciclo surgiu em 1924, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo que, provavelmente, sofreram alguma influência do pensamento dawsoniano. Esses centros tinham como proposta ser postos de atendimento local, nos quais a população deveria ter assistência integral e permanente com ênfase na educação sanitária e promoção da saúde.³

No início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), houve uma atuação marcante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, pois, ao incorporar a atenção médica, foram denominados programas de saúde pública, tendo como foco o grupo materno-infantil e doenças como a tuberculose e a hanseníase. Em meados dos anos 60, com as Secretarias Estaduais de Saúde, desenvolveram-se programas de saúde com ações na prevenção de doenças. Na década de 70, diante da emergência internacional e a Conferência de Alma Ata em 1978, iniciam-se experiências-piloto em Universidades, tais como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, que, tendo sido inaugurado em 1976 na região do Nordeste, alcançou abrangência nacional em 1979. Com a influência do movimento de reforma sanitária e o apoio das Universidades, verifica-se o desenvolvimento da APS e as primeiras experiências de medicina comunitária.³

Historicamente, a década de 80 foi um momento de significativos avanços para a saúde pública brasileira, principalmente no que se refere ao primeiro nível de atendimento, que ganhou visibilidade pela perspectiva de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Antes desse período, foram marcantes as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ações que serviram de base para que, em 1988, fosse implantado o Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se ainda, dentre os marcos para as mudanças no setor da saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) no ano de 1986, evento que ampliou o conceito de saúde, sendo a partir de então entendido como um direito e um elemento de cidadania. Em 1990, foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 e nos anos de 1991, 1993 e 1996 foram introduzidas as Normas Operacionais Básicas (NOB), reconhecidos como os principais instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde no Brasil. Com isso, a APS passou a integrar o sistema de saúde como um conjunto de unidades produtivas.⁶

Vale ressaltar que no município de São Paulo houve um lapso histórico entre 1994 e 2000, período em que o governo municipal adotou o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), que enfatizava a atividade médica e o pagamento por produção, de maneira semelhante à prestação de serviços da iniciativa privada.⁷

Em 1996, fruto de um convênio que reuniu o Ministério da Saúde (MS), então dirigido pelo Professor Adib Jatene, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e das entidades de filantropias, a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, foi instituída a modalidade Programa Saúde da Família para trabalhar com populações carentes no primeiro nível de atenção do sistema.⁸ O referido programa constituiu-se por 40 equipes, formadas por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe foi responsável por um número entre 800 e 1.000 famílias. As equipes se subdividiram em microáreas, cada uma

com 150 a 200 famílias, confiadas a um agente comunitário e nomeadas de Qualidade Integral à Saúde (Qualis).⁸

Convencido da potencialidade do Programa da Saúde da Família (PSF), tanto para melhorar as condições da assistência como para constituir-se em estratégia de mudança do modelo assistencial e de implantação efetiva do SUS, em 1997, o professor Adib Jatene procurou o governador Mário Covas e o Secretário José da Silva Guedes e propôs a expansão do Qualis para novas áreas da cidade.⁹

No ano 2000, o novo governo municipal encerrou o PAS e retomou o pleito pelo SUS, reorganizando o modelo assistencial.⁷

Em 2001 a Casa de Saúde Santa Marcelina participou da implantação da "OS", (inicialmente, na zona leste de São Paulo e ao longo nas regiões norte e sul) com base na legislação Municipal (Lei nº 14.132 – Decreto nº 47012), que atende aos princípios do SUS: legalidade, impessoalidade, moralidade e economicidade, além de suas diretrizes, o que garante o atendimento preconizado pelo Sistema à população.¹⁰

Nesse processo, a Instituição desempenhou um importante papel na reorganização da Atenção Básica ao se tornar parceira da Secretaria Municipal de Saúde para as subprefeituras de Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaquera, Itaim Paulista, São Miguel e São Matheus.¹¹

Em 2005, com a proposta de ampliação de acesso à rede, foi implantada, no Município de São Paulo, a Assistência Médica Ambulatorial (AMA), em geral, acoplada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS).¹²





São serviços caracterizados como unidades específicas para realizar o pronto atendimento e atender às demandas de complexidade compatível com a Atenção Primária e que não exijam a infraestrutura dos serviços de prontos-socorros, ou seja: portadores de patologias de baixa e média complexidade.¹²

As AMAs têm como principal objetivo otimizar o acesso e responder às necessidades da população relacionadas à saúde, expressas de diversas maneiras, principalmente a demanda por um atendimento médico imediato, sem agendamento prévio, garantindo o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade (quando necessário), ou para a UBS de referência do seu território, viabilizando, assim, a continuidade do tratamento iniciado, promovendo a humanização por meio do acolhimento resolutivo, qualificando a captação do portador de doenças crônicas e viabilizando a contra referência para a UBS e/ou Estratégia Saúde da Família (ESF).¹²

Para isso, a AMA conta com equipe multidisciplinar composta por médicos clínicos e pediatras, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, orientadores de fluxo e equipe administrativa.¹²

O processo de trabalho da AMA está estruturado, entre outros, no Acolhimento com classificação de risco, estratégia adotada para priorizar casos que apresentem risco de morte, agravo à saúde e portadores de doenças crônicas. A identificação para o atendimento prioritário segue uma ordem de cores e o encaminhamento das emergências, independente da ordem de chegada. Cabe ao profissional Enfermeiro destacar o tipo de prioridade de atendimento no preenchimento da queixa do usuário, assim como aferição de sinais vitais: pressão arterial, glicemia capilar, temperatura e saturação, além de orientá-lo na eventual necessidade de serviços complementares, conforme manual de classificação de risco.¹³

Classificação:

	Risco imediato de morte
	Risco de complicações graves
	Queixas agudas, que não oferecem riscos imediatos à saúde
	Não-urgências, que não oferecem riscos de agravos imediatos à saúde.

As unidades ainda oferecem acesso aos exames de sangue, coleta de Papanicolaou, administração de medicação, realização de curativos, suturas,

inalação, observação, raios-X, eletrocardiograma, vacinas, além da distribuição gratuita de medicamentos; podendo ainda oferecer outros serviços de acordo com plano de trabalho específico. Deve garantir atendimento ininterrupto de todas as atividades durante um período mínimo de 12hs diárias de segunda a sábado.¹³

Em 2014, surgiu uma nova proposta apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS): a integração entre os serviços das AMAs e UBS, denominadas AMA/UBS Integrada, havendo, assim, uma reestruturação no processo de trabalho, estrutura física e ampliação para o horário de funcionamento.¹⁴

*As Unidades Básicas de Saúde devem oferecer serviços que propiciam o acesso resolutivo em tempo oportuno e com qualidade. As atividades programadas, conciliadas com o atendimento não agendado, visam à integralidade da atenção e podem dar resposta a cerca de 80% das necessidades de saúde da população sob a responsabilidade sanitária da unidade.*¹⁴

2.3. Atendimento de urgências e emergências na atenção primária.

Diante das mudanças no perfil epidemiológico, verifica-se um crescimento contínuo da demanda por serviços de urgência e emergência decorrente de mudanças em fatores tais como a diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias; o aumento da expectativa de vida, demandando o envelhecimento da população; a ampliação de doenças do aparelho circulatório e de doenças crônico-degenerativas; o grande número de acidentes de trânsito; o aumento da violência urbana;¹⁵ e a agudização das doenças crônicas.¹⁶ Por outro lado, o mau manejo de condições crônicas pode, muitas vezes, contribuir para o surgimento de períodos de agravamento da doença, como, por exemplo, manifestações de emergências hipertensivas. Nesses momentos, a atenção às condições agudas depende do

conhecimento, experiência profissional e das redes de atenção para o atendimento dessas urgências e emergências.¹⁶

De acordo com o Ministério da Saúde, a urgência é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata existindo a necessidade de agir com rapidez. Por sua vez, a emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que implicam em risco iminente de óbito, exigindo tratamento médico imediato.¹⁷

Existe a possibilidade de que casos de urgência e emergência adentrem nas UBS, pois essa é, por princípio, a porta de entrada para as redes de atenção, local onde os problemas de saúde são apresentados, diagnosticados e tratados, sejam eles casos agudos ou crônicos, sendo essas unidades de saúde, portanto, responsáveis pelo primeiro atendimento nos casos de urgência e emergência. Para que o socorro ocorra de maneira apropriada e tranquila, é necessário que o atendimento e dê em um ambiente adequado e organizado, com treinamento prévio e um bom trabalho em equipe¹⁸ até que se faça a transferência ou o encaminhamento a outros serviços de maior complexidade, quando necessário, realizando acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades.¹⁹

Sendo assim, a Política Nacional de Atenção às Urgências preconiza que os serviços de saúde devem dar suporte para essas possíveis novas demandas de atendimento. Para tanto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia da Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Ambulatórios Especializados (AE), Serviços de diagnóstico e terapia e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) foram classificados na categoria de atendimento pré-hospitalar fixo, pois são caracterizados como assistência prestada em um primeiro nível de atenção, ou seja, faz-se o primeiro atendimento e, caso seja necessário, remove-se o paciente para um serviço de saúde

hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.²⁰

É recomendado que todas as unidades que façam parte da categoria de atendimento pré-hospitalar fixo tenham um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento e/ou estabilização de emergências que ocorram nas proximidades da unidade, até a viabilização da transferência para uma unidade de maior porte, quando necessário. A definição desse local é primordial, pois quando existe uma emergência, é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento.²⁰

Considerando o exposto, evidencia-se que são fundamentais as capacitações e atualizações para esses profissionais, a fim de que, no caso de uma eventual emergência eles estejam preparados para evitar agravamentos e realizar um primeiro atendimento com segurança, eficiência e efetividade, até o caso ser transferido para outro equipamento de saúde com recursos necessários para a continuidade do atendimento.²⁰

3. EDUCAÇÃO

3.1 A educação como mediadora de inovação.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.996, a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, empregado para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.²¹

O escopo da Educação Permanente em Saúde deve ser compreendido como preciosa atividade na perspectiva de investimento, uma vez que na escala de estrutura produtiva da economia a educação permanente em saúde desempenha uma estratégia fundamental para a qualificação dos profissionais voltada às necessidades da população e, conseqüente, à adequação dos serviços de saúde.²²

Dessa forma, são alternativas educacionais articuladas, que visam ao desenvolvimento de ações voltadas à aprendizagem significativa para o processo de trabalho, com o objetivo da melhoria da qualidade dos serviços, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. Tal estratégia prevê a transformação das práticas profissionais e que estas estejam baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais na rede de serviços.²³

Para se ter uma maior efetividade das práticas de ensino-aprendizagem nos serviços de saúde, deve-se sempre considerar as demandas educativas oriundas do processo de trabalho e o levantamento das necessidades da unidade. Para tanto, é necessário avaliar a tríade: usuário, trabalhador e serviço.²⁴

No que se refere aos trabalhadores, entende-se que capacitá-los é componente para o seu processo de qualificação, transformação e fortalecimento.²⁵ Desse modo, essa formação deve estar embasada em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho.²⁶ Nesse sentido, é preciso valorizar a adoção de métodos que estimulem a participação efetiva do aprendiz.²⁷

3.2. A aplicação da simulação realística como estratégia de ensino.

A simulação é uma estratégia de ensino que permite às pessoas experimentar a representação de um evento real com o propósito de praticar, aprender, avaliar ou entender essas situações. Como ferramenta de ensino, fundamenta-se na metodologia ativa, sendo definida como um método que reproduz situações reais, permitindo ao aluno um papel ativo na aquisição dos conceitos necessários para a compreensão e resolução do problema, enquanto o professor adota uma postura de condutor ou facilitador.²⁸

As técnicas de simulação no aprendizado surgiram do treinamento militar e de simuladores de vôo, tendo uma rápida expansão em todo o mundo. Hoje, equipamentos de última geração reproduzem perfeitamente os mais diversos cenários e comportamentos do corpo humano, que podem simular situações de emergência como uma parada cardiorrespiratória, ou procedimentos mais complexos como pneumotórax e cateterismo, substituindo experiências reais de maneira interativa.²⁷

Os cenários de simulação oferecem experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas, colaborando para uma melhor fixação do conteúdo teórico²⁹, pois os facilitadores têm a incumbência de corrigir erros, reforçar acertos nos procedimentos e elucidar pontos nos quais exista necessidade de aperfeiçoamento.³⁰

A simulação na enfermagem há muito vem sendo empregada como uma estratégia de ensino. Nas décadas de 1970 e 1980, era comum treinar a introdução da agulha em uma almofada, ou simular uma punção venosa em um rolo feito com lençol amarrado a um tubo de borracha (garrote) ou, ainda, enfaixamentos em colegas de turma. Embora rudimentares essas eram estratégias úteis para o aprimoramento das técnicas, pois permitiam que os estudantes treinassem procedimentos técnicos inerentes à profissão antes de sua inserção na prática clínica.³¹

Para que haja um impacto positivo que resulte em um conhecimento efetivo e em real desenvolvimento clínico a partir da simulação, o facilitador deverá proporcionar previamente ao aprendiz uma capacitação teórica a respeito das habilidades técnicas esperadas, de maneira que a atenção não esteja centrada somente na execução técnica de uma tarefa, mas na interação com o paciente, na avaliação, no raciocínio, nas intervenções clínicas e no desenvolvimento do trabalho em equipe.³¹

O principal objetivo de uma experiência simulada é a reprodução dos aspectos essenciais de uma situação clínica, para que, dessa forma, o caso proposto possa ser efetivamente compreendido pelo aluno, favorecendo, assim, uma resposta apropriada quando algo semelhante aconteça em um contexto real,³² promovendo a aquisição de novos saberes e aproximando-os a uma lógica integral, complexa e significativa. Desse modo, o aprendiz assume um lugar privilegiado em sua formação, tornando-se o principal autor de seu processo de formação pessoal e profissional.³³ Tal estratégia favorece, ainda, o desenvolvimento de conhecimentos e competências para o raciocínio crítico, o estabelecimento de prioridades, a tomada de decisão, a comunicação, o trabalho em equipe e a correção de falhas, diminuindo as chances de erros em situações reais de atendimento a pacientes.³¹

No Brasil existe uma preocupação crescente com a segurança do paciente, fato que se evidencia pela criação do Programa Nacional de

Segurança do Paciente do Ministério da Saúde.³⁴ Sabe-se que as políticas estratégicas e operacionais das organizações de saúde, a organização do trabalho e dos serviços e os recursos humanos e materiais disponíveis podem ter um impacto positivo ou negativo na ocorrência do erro. A segurança dos pacientes é algo cada vez mais valorizado, pertinente e atual. Estima-se que entre 10% e 20% dos pacientes hospitalizados sofrem um evento adverso e que um número significativo de indivíduos morre por erro dos profissionais de saúde em variadas situações, dos quais cerca da metade seriam evitáveis, caso houvesse conhecimento, competência e destreza suficientes desses profissionais de saúde, contribuindo para minimizar o erro.³¹

3.3. A introdução da metodologia OSCE como estratégia de simulação realística.

O OSCE foi desenvolvido por Ronald Harden na Escócia e é uma metodologia que conta com certa tradição na área da medicina. O primeiro relato foi registrado no *British Medical Journal* em 1975.³⁵ O acrônimo OSCE refere-se à padronização de tarefas e de avaliação baseada principalmente no formato de checklist.³⁶

Na década de 70, faltavam alternativas para a avaliação de competências clínicas. Isso fez com que a então recente metodologia OSCE, apresentada por Ronald Harden, fosse escolhida como uma ferramenta pedagógica para avaliar o desenvolvimento de habilidades e competências clínicas através de simulações.³⁷

Essa metodologia tem como objetivo avaliar, em diferentes contextos, o desempenho clínico do aluno por meio da realização da coleta de histórico e exame físico, orientação do paciente quanto ao diagnóstico, realização de procedimentos, orientação quanto a riscos, eventos adversos,³⁸ atendimentos de urgências e emergências, resolução de problemas entre

outros. O método avalia, ainda, componentes cognitivos, psicomotores, atitudinais e competências interpessoais.³⁶

Em um típico OSCE, são elaboradas e simuladas várias estações clínicas, onde os alunos deverão desempenhar uma tarefa específica, em um tempo predeterminado. A organização é estruturada de maneira rotativa, para que todos os participantes individualmente passem por todas as estações.³⁵ Em cada uma dessas estações observam-se o desempenho do aluno e desse modo é possível avaliar se o participante tem o domínio das habilidades clínicas selecionadas.³⁸ Este atendimento clínico é realizado sob o olhar de examinadores (usualmente são professores avaliadores), que têm por função observar e registrar em um *checklist* o desempenho do aluno. Posteriormente os resultados são discutidos através de um *feedback*.³⁹

Para criar um ambiente verossímil, pode-se lançar mão de pacientes reais ou simulados.³⁸ No caso de pacientes reais, é possível utilizar pacientes que apresentem a clínica condizente com o caso ou pacientes que se disponibilizem a participar de um exame clínico, favorecendo um aprendizado mais ativo. Já no caso de pacientes simulados (ator), são fornecidos roteiros para a encenação e ensaios para possíveis questionamentos. Entretanto, reconhecem-se casos, como uma ressuscitação cardiopulmonar, por exemplo, nos quais o uso de pacientes, reais ou simulados, seria inadequado. Nessas situações tanto os pacientes reais como os simulados podem ser substituídos por manequins, simuladores, vídeos ou fitas de áudio.⁴⁰ Quaisquer que seja a abordagem adotada deve-se levar em consideração o ambiente, as circunstâncias locais e as necessidades do tipo de exame escolhido.⁴¹

3.4. Porque a simulação baseada na metodologia OSCE?

Quando planejamos elaborar uma capacitação mais dinâmica, envolvente e que pudesse aproximar esse momento educativo da realidade do profissional, pensamos em aplicar o OSCE, por considerá-la uma metodologia válida, acurada e com significativo impacto educacional, que favorece o desenvolvimento das habilidades necessárias ao atendimento clínico auxiliando na identificação de lacunas de conhecimento. Portanto, o OSCE constitui-se tanto como uma ferramenta de avaliação quanto como uma atividade educativa.^{38,42}

O método em questão possui, ainda, a vantagem de dispor de um instrumento (*checklist*) padronizado e completo para avaliação o que permite fornecer aos participantes um *feedback* sobre seus conhecimentos clínicos, bem como identificar áreas, aptidões e competências ainda não dominadas, além de ser uma possibilidade de troca de conhecimentos e valores, podendo ser aplicada em diversos cenários, tais como: graduação, residências médicas, treinamentos de profissionais, entre outros.³⁶

Apesar de todas as vantagens relacionadas, reconhece-se que a metodologia possui, algumas desvantagens, tais como os elevados custos para sua realização; um maior tempo para o planejamento criterioso do conteúdo; a necessidade de recursos materiais disponíveis; a mobilização de um número considerável de capacitadores para garantir a legitimidade do método; o treinamento da equipe de apoio (avaliadores, observadores, atores, pacientes simulados); a necessidade de envolvimento da instituição e dos departamentos; a logística em relação ao número de participantes e número de salas; a disponibilidade de espaço físico adequado; e a preparação das estações.³⁸

Após nossa análise comparativa da metodologia OSCE, e considerando a gênese da proposta e a realidade do cenário institucional, optou-se por realizar uma adaptação entre uma simulação realística

tradicional e um OSCE, pois faríamos a capacitação na unidade de saúde dentro do horário de trabalho. Sendo assim, foi preciso adaptar e diminuir o número de estações e realizar a capacitação em equipe ao invés de individualmente como prevê a metodologia.

Considerando os percalços relatados, a otimização do tempo e a utilização de uma metodologia ativa nas capacitações do colaborador no ambiente de trabalho, preferimos utilizar uma capacitação em simulação realística baseada no modelo OSCE, pois, como afirmamos acima, é a metodologia que mais se aproxima da proposta deste estudo.

3.5. Parada cardiorrespiratória

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção súbita e inesperada da atividade mecânica ventricular útil, causada por deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficiência circulatória ou por cessação da função respiratória. É diagnosticada pela ausência de pulso carotídeo e/ou femoral e da respiração em uma vítima inconsciente. A causa mais habitual da parada cardíaca no adulto é a doença arterial coronariana que, durante um episódio isquêmico agudo, causa taquiarritmias, bloqueios atrioventriculares ou assistolia.⁴³

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. Estima-se que 17,5 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2012, representando 31% de todas as mortes em nível global. São responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC). Estudos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo) mostram que 60% dessas vítimas são homens, com média de idade de 56 anos. A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por essas doenças.⁴⁴

O prognóstico das vítimas de parada cardiorrespiratória depende, dentre outros fatores, do breve reconhecimento e da rapidez com que se dá início às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (ventilação artificial e compressão torácica)⁴³ aspectos fundamentais para a recuperação das funções do paciente, inclusive neurológicas, visto que, após os primeiros cinco minutos de PCR, ocorrerão lesões cerebrais graves potencialmente irreversíveis.⁴⁵

De acordo com as diretrizes operacionais das unidades básicas de saúde, todas as demandas de urgência deverão ser acolhidas e receber a atenção necessária na própria unidade ou mediante encaminhamento. A equipe deve, portanto, estar atualizada na execução das manobras de suporte básico de vida até a chegada do médico, além de possuir propriedade do conteúdo existente no carro de emergência, bem como o manuseio dos demais equipamentos, favorecendo habilidades para prestar a assistência necessária.¹⁴

Recomenda-se que a equipe de Enfermagem seja reorientada na execução das manobras do suporte básico de vida (ventilação artificial e compressão torácica) e, também, tenha conhecimento e domínio do conteúdo existente no carro de emergência e manuseio do equipamento⁴⁷.

Finalidade

4. FINALIDADE

Diante das propostas da Secretaria Municipal de Saúde de implantar serviços que se articulem na lógica da rede regionalizada e integrada, com capacidade de ofertar consultas de especialidades, exames diagnósticos dentro do âmbito da atenção básica, percebemos a necessidade de aprimoraras competências, visando atender a esse novo desenho organizativo do modelo de atenção.

É de conhecimento que as unidades de saúde estão inseridas dentro de bairros, especialmente nas periferias das grandes cidades, nos quais o acesso aos hospitais é deficitário. Por esse motivo, a unidade de saúde se torna a primeira e principal porta de entrada para o atendimento de saúde, independentemente de sua complexidade.

Nesse sentido, o presente estudo propõe-se a responder às seguintes perguntas:

- É possível organizar um novo processo de aprendizagem no atendimento da parada cardiorrespiratória na atenção primária apropriado às condições de trabalho dos profissionais?
- A metodologia baseada no OSCE é uma estratégia viável para aprendizagem nas capacitações de parada cardiorrespiratória nas AMA/UBS Integradas?

Objetivos

5. OBJETIVOS

5.1. Geral

O objetivo geral deste estudo é formular uma metodologia para a capacitação dos profissionais no atendimento de emergências.

5.2. Específicos

Este estudo tem os seguintes objetivos específicos:

- Aplicar uma adaptação do método OSCE para o atendimento de parada cardiorrespiratória;
- Elaborar uma metodologia para a capacitação dos profissionais no atendimento de parada cardiorrespiratória;
- Analisar os mediadores pedagógicos aplicados no processo de capacitação.

Metodología

6. METODOLOGIA

6.1. Desenho de estudo

O estudo tem caráter qualitativo, constituído de aplicação de uma adaptação da estratégia OSCE e de entrevista semiestruturada com os participantes.

Optou-se por este percurso metodológico pela facilidade que oferece na abordagem da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões. Entende-se que esses aspectos são produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, sentem e pensam, e, portanto, nos auxiliam a compreender a percepção e a opinião dos profissionais.⁴⁸

A entrevista semiestruturada é desenvolvida a partir de um assunto com questões principais e básicas previamente definidas, a partir das quais o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. Caso alguma questão não tenha ficado clara, o informante tenha dificuldade para responder ou, ainda, tenha se perdido no tema, o entrevistador poderá realizar perguntas adicionais para ajudar no esclarecimento ou recompor o contexto da entrevista.⁴⁹

Desse modo, existe uma colaboração na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos.⁵⁰

6.2 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para avaliação e posterior aprovação. Foi solicitada autorização para realização deste estudo

à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), conforme preceituam a portaria 2427/2013, a Coordenadoria de Saúde Leste (CRSL), Supervisão Técnica de Saúde – Tiradentes (STS) e a OSS Santa Marcelina, parceira SMS. (Anexo D).

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, foram respeitados a confiabilidade e o sigilo sobre informações obtidas neste estudo, bem como a garantia da liberdade do participante retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo, punição ou atitude preconceituosa.⁵⁶

A adesão e a participação dos profissionais foram de livre iniciativa. Os profissionais foram convidados a participar do estudo por meio da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), destinado ao instrutor credenciado de ACLS, a participante-atriz e aos profissionais da unidade. (Apêndice 3), e do Termo de autorização de uso de imagem (Apêndice 4). É oportuno esclarecer que a gravação das imagens foi utilizada como ferramenta de *feedback* coletivo para os participantes junto à pesquisadora, conforme explicitaremos mais adiante.

6.3. Cenário do estudo

Em 2015, após reforma administrativa, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo renovou o contrato de gestão com a OSS Santa Marcelina, órgão que passou a gerenciar na CRSL as STS: São Miguel, Itaim, Guaianases, Itaquera e Cidade Tiradentes.⁵¹

A soma dessas cinco supervisões aumentou o escopo de serviços ofertados pela instituição, dentre eles: Estratégia da Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde Integradas e Integrais (UBSI), Assistência Médico Ambulatorial (AMA), Pronto Atendimento (PA), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Socorro (PS), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Ambulatório Médico de

Especialidades (AME), Centro de Reabilitação (CER), Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR), Núcleo Integrado de Saúde Auditiva (NISA), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Rede Hora Certa, Residência Terapêutica (RT) -Masculina e Feminina, Apoio a Pessoa com Deficiência (APD), Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD), Programa de Apoio ao Idoso (PAI).⁵¹

Atualmente são mais de 110 serviços que contam com o apoio e empenho de quase sete mil colaboradores.⁵¹

O estudo foi conduzido em uma AMA/UBS Integrada - da STS - Cidade Tiradentes, sob gestão da OSS Santa Marcelina.⁵¹

O bairro Cidade Tiradentes, localizado no extremo da Zona Leste de São Paulo, concentra mais de 40 mil unidades habitacionais, a maioria construída na década de 80 pela Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo (COHAB) e pela Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU).⁵²

O local foi planejado como um grande conjunto periférico, para o deslocamento de populações atingidas pelas obras públicas. Na região, reconhece-se, por um lado, a existência da chamada “Cidade Formal” – composta pelos conjuntos habitacionais que predominam na região e nos quais há uma população de cerca de 160 mil pessoas – e, por outro, a denominada “Cidade Informal”, composta por favelas e pelos loteamentos habitacionais clandestinos e irregulares, instalados em áreas privadas, essas áreas ocupadas, na qual habitam cerca de 60 mil pessoas. Esses espaços são, em geral, lacunas deixadas na construção dos prédios da COHAB e na expansão da mancha urbana.⁵²

A região abriga a décima maior concentração populacional de São Paulo: são 288 mil habitantes com uma renda média R\$ 864,00. Verificam-se dados como IDH 0,766, taxa anual de crescimento 11,06, taxa anual de natalidade 22,92, sendo a idade média ao morrer de 53,85 anos.⁵³



Figura 1: Localização da Cidade Tiradentes

Fonte: <https://www.cidades.ibge.gov.br/>

A rede nessa supervisão é composta por: 01 Hospital Geral, 01 Pronto Atendimento (PA), 04 Unidades Básicas de Saúde Tradicional (UBS), 08 UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 32 Equipes de ESF, 02 Atendimento Médico Ambulatorial AMA/UBS Integradas, 01 Centro de Atendimento Psicossocial Adulto (CAPS), 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO), 01 Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) e 01 Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD), totalizando 19 equipamentos de saúde, com o apoio de quase 1.300 colaboradores.⁵¹

6.4. Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram profissionais da equipe de enfermagem da AMA/UBS Integrada em seus dois turnos, manhã e tarde,

além de contar com a colaboração do instrutor credenciado pela AHA e a atriz profissional que desempenhou papel de paciente.

Para critério de seleção dos profissionais da unidade, foram excluídos aqueles em fase de experiência, ou seja, menos de 3 meses de instituição e os afastados. Para critério de inclusão, foram selecionados os profissionais que estavam na ativa com mais de 6 meses de instituição e os que aceitaram a participação na pesquisa.

6.5. Percurso Metodológico

A escolha pela supervisão técnica de saúde da Cidade Tiradentes resultou da diversidade de equipamentos que esta possui e ao fato de ter uma AMA/UBS Integrada, além de considerar a particularidade de seus serviços, pois atendem tanto consultas agendadas como demandas espontâneas, inclusive as urgências.⁵⁴

Foram registrados, no período de janeiro a agosto de 2017, 7.989 atendimentos de urgência em uma única AMA/UBS Integrada, sendo esse número maior do que um serviço de Pronto Atendimento da mesma região que totalizou no mesmo período o atendimento de 4.098 casos de urgência e emergência.⁵⁵

Para atender o objetivo do estudo proposto, realizamos contato com a SMS, a fim de obtermos a aprovação e liberação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3) e o Termo de Uso de Imagem (Apêndice 4) e com a STS da Cidade Tiradentes (após o cumprimento dos procedimentos éticos – Apêndice 2), que viabilizou o contato com o gerente da unidade AMA/UBS Integrada Castro Alves.

Após um agendamento prévio, foi realizada uma visita na unidade para conhecer o espaço, apresentar o projeto para o gerente e a enfermeira responsável técnica, com o objetivo de articular e viabilizar a coleta de dados, indicação e escolha dos participantes de acordo com os critérios de

inclusão e exclusão. Realizamos com os participantes da pesquisa a leitura e explicação dos procedimentos investigativos e o caráter voluntário da participação, coleta das assinaturas dos termos de consentimentos e imagem (Apêndice 3 e 4) dos participantes.

A visita na unidade foi um momento significativo e envolvente, pois construímos juntos como seria a melhor maneira para colocarmos em prática o objetivo do projeto. O encontro oportunizou aos membros da unidade a compreensão do projeto, consoante a uma das necessidades de melhoria de desempenho no processo de trabalho. Possibilitou, ainda, o alinhamento em termos de cronograma geral: seleção dos participantes, adequação dos recursos necessários, organização do ambiente e logística, definição de datas importantes e demais aspectos associados ao projeto como utilização da filmagem, gravação e entrevistas. Especialmente relacionado ao ambiente, estudou-se a programação dos espaços de forma a não prejudicar o fluxo de atendimento aos usuários. A equipe da unidade, de maneira geral, foi receptiva, acolhedora e, sobretudo, colaborativa.

Ao término da visita realizamos os últimos ajustes no caso clínico e o *checklist* do OSCE adaptada. Foram solicitados os materiais necessários ao Centro de Treinamento. Concomitantemente foi integrado no processo o trabalho da atriz para a encenação do caso, visando alcançar a unicidade no propósito e a excelência na realização e na coleta de dados.

6.6. Instrumento de coleta de dados

Para as duas semanas previstas, a etapa inicial foi preparada de acordo com capacitação teórico-prática recomendado pela AHA, em conjunto com a pesquisadora e o instrutor credenciado pela associação. Para a etapa seguinte, integrou-se também como participante uma atriz profissional voluntária que desempenhou o papel de paciente. Foi elaborado um instrumento de *checklist* (Apêndice 1) para avaliar o desempenho dos participantes no atendimento da parada cardiorrespiratória, adaptado do

OSCE. Para a gravação das imagens da simulação de atendimento, providenciou-se uma filmadora e para o manejo da mesma tivemos o apoio de um profissional voluntário. Quanto à gravação de áudio da encenação, dispôs-se de uma gravadora portátil de fácil uso. E para a entrevista utilizou-se também um aparelho da mesma natureza. Os demais recursos da montagem do cenário foram organizados pela unidade envolvida no projeto.

6.6.1. Coleta de dados do processo de capacitação

As etapas de capacitação desenvolveram-se em duas semanas. Para atingir o objetivo proposto, organizou-se o processo em três etapas:

Primeira Etapa, capacitação teórico-prática. Os participantes foram acolhidos pela pesquisadora e por um instrutor de *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), que explicitaram o objetivo da pesquisa e a metodologia do processo de capacitação, além de realizar a leitura e o recolhimento das assinaturas dos termos de consentimento e imagem (Apêndice 2 e 3). Nessa etapa, os participantes foram capacitados para o atendimento de uma parada cardiorrespiratória por meio de aula teórica e prática com utilização de manequins. A referida atividade foi realizada no Centro de Treinamento Santa Marcelina (CTSM), com um tempo de duração aproximado de quatro horas. Estimou em sete dias o espaço do tempo entre o conteúdo teórico e a simulação OSCE adaptada. Esse espaço foi motivado por duas razões. A primeira em virtude do trabalho dos participantes sendo liberado apenas por um dia. A segunda razão foi pela experiência prática no processo de capacitação em que o intervalo de uma semana não prejudicaria a assimilação do conteúdo pela característica do serviço. Pois, no serviço AMA, a probabilidade de ocorrência de atendimento de emergência clínica é alta, motivo já exposto anteriormente na metodologia. Em função disso,

pressupôs-se que o conteúdo ministrado como corpo teórico fortaleceria as ações da prática.

Segunda Etapa, metodologia de capacitação baseada em uma adaptação do OSCE. Após sete dias, foi realizada a segunda etapa na AMA/UBS Integrada, onde foi explanado aos participantes como seria desenvolvida a capacitação e a coleta de dados.

Após as orientações gerais, a segunda etapa foi dividida em seis fases:

Primeira Fase na Sala de Classificação de Risco – Conforme orientação ministerial a classificação de risco deve ser realizada pelo profissional enfermeiro. Para esta atividade previu-se uma atriz coadjuvante para encenar uma paciente com sintomas de agravo cardiorrespiratório. Neste momento a pesquisadora presente no ambiente deve acompanhar o cenário aplicando o *checklist* do OSCE– adaptado definindo a classificação. Para a simulação foi definida a condição de risco vermelha, pelo Manual de Classificação de Risco, exige a condução imediata para a sala de emergência condicionando a atuação sincronizada da equipe com vistas ao monitoramento dos sinais vitais.

Segunda Fase na Sala de Emergência – Os profissionais em prontidão para atuação em equipe para o atendimento da paciente (atriz) com piora do quadro clínico. A pesquisadora acompanha a equipe em relação aos cuidados e procedimentos de emergência utilizando o *checklist*.

Terceira Fase– ainda na sala de emergência a paciente (atriz) deve simular parada respiratória, devendo a equipe ter habilidade na identificação deste quadro clínico, sinalizado por ausência de responsividade e de movimentos respiratórios diafragmáticos. A expectativa neste cenário a liderança é contingencial considerando a contínua comunicação intersubjetiva e objetiva. A pesquisadora procede com observação e aplicação do *checklist OSCE*-adaptado.

Quarta fase- Sala de Emergência – nesta fase é ponto crítico que os participantes tenham habilidade clínica de identificar a parada cardiorrespiratória. Vale ressaltar que a iniciativa de aplicar a técnica de manobra de parada cardiorrespiratória independe da categoria profissional em prol da agilidade na intervenção. As necessidades de procedimentos emergenciais, como utilização da prancha, instalação de acesso venoso, posicionamento do paciente e monitoramento de sinais vitais, são ações desejáveis de forma coordenada, colaborativa e legítima como atributos da enfermagem. A pesquisadora procede com observação e aplicação do *checklist OSCE*-adaptado.

Quinta fase na Sala de Emergência – nesta fase deverá ser constatado os sinais de pulso e movimentos respiratórios caracterizando o retorno da parada cardiorrespiratória. Deverá proceder ao monitoramento e observação sistematizada. A pesquisadora procede com observação e aplicação do *checklist*.

Sexta fase –Feedback aos participantes - Após o término da quinta fase, deverá ser realizado um resgate do atendimento de todas as fases com a ajuda do instrumento de *checklist* e da cena filmada (acolhimento, postura, comportamento). A gravação das imagens deve ser utilizada para realizar um *feedback* com o grupo sobre o comportamento e organização do trabalho de atendimento. A proposta da avaliação neste momento é de caráter coletivo, de forma dialogada.

Em continuidade à fase de avaliação e auto avaliação no desempenho de atendimento de parada cardiorrespiratória, a pesquisadora deve proceder à reprodução de todas as fases. Pressupõe-se que os participantes se encontram motivados, mobilizados para potencializar as habilidades demonstradas e de sanar eventuais dificuldades encontradas durante o processo de construção. É esperado que a pesquisadora promova o encorajamento quanto ao processo de assimilação, transformação e da mobilização da consciência.

Terceira Etapa- Entrevista semiestruturada - Após término da capacitação procedeu-se individualmente em uma sala específica a condução da entrevista gravada. A entrevista semiestruturada foi norteada por meio das seguintes perguntas disparadoras:

- 1) Como você se sentiu neste processo de capacitação?
- 2) O que percebeu de facilidades e dificuldades?
- 3) O que você achou deste método de aprendizagem?

O procedimento com os dados coletados durante o cenário de atendimento deu-se conforme a metodologia, realizando interface do *checklist* do *OSCE-adaptado* com as imagens capturadas. Esses dados foram utilizados para realização de um *feedback* aos participantes. Os dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas foram sistematizados a partir da técnica de análise de conteúdo descrito por Bardin.⁸

Integraram-se ao apoio teórico, breves considerações da metodologia de Robert Harden, os fundamentos da prática educativa de Paulo Freire e do pensamento conjectura de Edgar Morin, sobre a reforma do pensar.

6.6.2 Análises dos dados

O procedimento com os dados coletados durante o cenário de atendimento se deu conforme a metodologia, realizando interface do *checklist* do *OSCE-adaptado* com as imagens capturadas. Esses dados não foram tratados, apenas utilizados para realização de um *feedback* aos participantes. Os dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas foram tratados a partir da técnica de análise de conteúdo descrito por Bardin. Definido como um conjunto de técnicas de análises de comunicação, que emprega procedimentos sistemáticos e práticos da narração de conteúdo das mensagens.⁵⁶

Apoio Teórico

7. APOIO TEÓRICO

Integraram-se ao apoio teórico, breves considerações da metodologia de Robert Harden, os fundamentos da prática educativa de Paulo Freire e do pensamento conjectura de Edgar Morin, sobre a reforma do pensar.

Dessa forma, a expectativa foi de que as bases teóricas dos estudiosos acima referidos direcionassem o caminho da construção e da criação no desenvolvimento da discussão dos resultados.

7.1. Proposição de Robert Harden

Dentre as teorias existentes no campo da educação e desenvolvimento de habilidades, o modelo proposto pelo médico escocês Robert Harden, vem ao encontro dos objetivos desta pesquisa. Tal metodologia foi desenvolvida em um contexto histórico de mudanças sociais e avanços na teoria educacional, no qual exigiam-se esforços educacionais inovadores com foco na aquisição de habilidades, mais próximos da realidade na educação médica. Portanto, novas estratégias para avaliar a aprendizagem e a competência nessas áreas começaram a surgir na literatura. Nesse contexto de transição da educação médica, Harden, no ano de 1975, conceituou o OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*).³⁷

Essa metodologia foi originalmente desenvolvida para auxiliar no processo de avaliação de competências clínicas na área da medicina, para que os médicos recém-graduados obtivessem um melhor desempenho em suas funções. Essa melhoria requeria não apenas um excelente domínio científico e do corpo de conhecimentos, mas também um conjunto mais abrangente de aptidões técnicas e de realização de manobras, além de capacidade de comunicação, profissionalismo e empatia, fazendo com que o OSCE fosse acolhido como uma ferramenta promissora para a avaliação de

competências clínicas, comunicação e procedimentos em situações de interação entre médico/aluno e paciente.^{37,36}

Uma das particularidades dessa metodologia é a rotatividade, pois os participantes passam por todas as estações estruturadas de forma rotativa num intervalo de tempo pré-definido, sendo acompanhados por um avaliador que faz apontamentos e observações das tarefas realizadas, utilizando um instrumento de avaliação baseada em *checklist*.³⁷

O OSCE permite avaliar as competências dos discentes, oferecendo um equilíbrio entre o arcabouço teórico e a prática em uma simulação próxima da realidade, o que é difícil de obter com outros métodos.³⁶ Nota-se que o método favorece o aumento da motivação dos envolvidos, havendo maior confiança e menos ansiedade e resultando em uma ampliação gradual no desempenho coletivo dos discentes. Nesse sentido, acredita-se que a adoção do OSCE merece ser analisada não apenas como um instrumento de avaliação de competências, mas também como um motor de mudança no sentido de uma maior atuação de docentes e discentes no processo de ensino aprendizagem.⁵⁷

7.2. A proposição de Paulo Freire

De acordo com Freire, a educação precisa ser libertadora e questionadora e deve promover a reflexão e a ação dos homens sobre o seu cotidiano e o mundo, para que possa, dessa forma, ocorrer uma transformação. Entretanto, não é possível alcançar esse tipo de educação por meio de métodos como o da “educação bancária”, a partir da qual se concebe o educando apenas como um sujeito passivo em sala de aula, receptor do conhecimento que o educador “deposita” no “banco” (a mente do aluno), ou, ainda, pela metodologia definida como tradicional,

caracterizada por uma educação autoritária na qual os conhecimentos prévios, as experiências e as vivências dos educados são ignoradas⁵⁸ (p. 66).

Na educação bancária é desconsiderada a capacidade do educando de produzir conhecimento e de pensar sobre a sua realidade, concepção que, conseqüentemente, transforma o processo de ensino e aprendizagem em algo mecânico e passivo. Considerando esse tipo de modelo educativo, Freire define que os educadores são os opressores e os educados, os oprimidos. Nessa perspectiva, os educadores julgam-se eruditos, detentores do saber, que têm, por isso, o direito de depositar todo o seu conhecimento no educando, ignorando que ao agir dessa maneira associa-se à ideologia da opressão, ou seja, aquela a partir da qual entende-se que ele sabe tudo e os educandos nada sabem⁵⁸(p.67).

Em contrapartida, Freire descreve que deve existir uma interação contínua de saber entre educadores e educandos, com o intuito de que estes não se limitem a repetir mecanicamente o conhecimento transmitido por aqueles, mas que haja um diálogo, sendo esta a principal essência da educação como prática de liberdade. A comunicação é expressa pelas palavras e pela ação, sem o diálogo não há comunicação e sem ela não se dá a verdadeira educação. O diálogo já se inicia na busca do conteúdo programático (p.96). Dessa forma, não se pode esperar resultados positivos de um conteúdo, seja ele educativo em um sentido mais técnico ou de ação política, senão há respeito à visão particular da realidade. O processo educativo necessita ter significado para quem aprende, sendo essa a razão pela qual Freire persiste na questão de que o educador deve adequar suas aulas à realidade dos educandos, especialmente na educação dos adultos. A responsabilidade do educador cresce imensamente quando este entende que a aprendizagem por recepção significativa é, por inerência, um processo ativo, algo explícito na invocação de Freire⁵⁸(p.70).

Freire ressalta a necessidade de respeito ao conhecimento que o educando traz consigo, visto ser ele um sujeito social e histórico, partindo do pressuposto de que "formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas" (p.16). Mediante isso, afirmam que o ensino não depende unicamente do educador, assim como aprendizagem não é algo apenas do educando, as duas faces se completam e se explicam: "Quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender" (p.25). Justifica, assim, o pensamento de que o educador não é superior, melhor ou mais inteligente porque domina conhecimentos que o educando ainda não tem, mas é, como o educando, participante do mesmo processo da construção da aprendizagem⁵⁹ (p.32).

É importante que os educadores e educandos sejam curiosos e instigadores e, para tanto, faz-se necessário promover momentos de experiências e buscas. O educador precisa estar disposto a ouvir, a dialogar, a fazer de suas aulas momentos de liberdade para falar, debater e ser aberto para compreender o querer de seus educandos⁶⁰(p.111). É digna de admiração a capacidade que a experiência pedagógica tem de despertar, estimular e desenvolver em nós o desejo de esperança e alegria sem o qual a prática educativa perde o sentido⁵⁹(p. 70).

Segundo Freire, "o educador que 'castra' a curiosidade do educando em nome da eficácia da memorização mecânica do ensino de conteúdos, dificulta a liberdade do aprendiz e sua capacidade de aventurar-se; não forma, "domestica"⁵⁹(p.28). A autonomia, a dignidade e a identidade do educando tem de ser respeitadas, caso contrário, o ensino tornar-se-á inautêntico, palavreado vazio e inoperante (p.59). Aprender é uma descoberta criadora, com abertura ao risco e à aventura do ser, pois ensinando se aprende e aprendendo se ensina (p.25). Conseqüentemente, não se poderá separar prática da teoria, autoridade de liberdade, ignorância de saber, respeito ao educador de respeito aos educandos, ensinar de aprender⁵⁹ (p.40).

A arte de educar, devido fatores diversos, como a grande produção de conhecimento, as atualizações construídas no âmbito científico e a facilidade de acesso à informação, deixou de ser baseada na mera transmissão de conhecimentos. Reconhece-se, assim, a necessidade da elaboração de determinadas situações de ensino tais como a aproximação crítica do aluno com a realidade, a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio, a disponibilização de recursos para visualizar problemas e promover soluções, a identificação e a organização para o processo de mudanças— que promovam o desenvolvimento do educando.⁵⁸

7.3. A proposição de Edgar Morin

Segundo Morin, existe uma grande necessidade de que se produza uma reforma no pensar. De acordo com suas proposições, o alcance desse objeto atingiria o setor do ensino, de maneira a transformar a educação em algo mais democrático e pluralista acarretando, conseqüentemente, uma nova maneira de pensar, ou seja, a “reforma do pensamento”.⁶⁰

Na dinâmica da educação, os projetos são propostos e implantados como reformas no ensino. No entanto, isso não basta, pois ainda se faz necessária a reforma do pensamento, já que não se pode reformar a instituição sem uma prévia reforma da maneira de concebê-la, e nem se podem reformar mentes sem que previamente se reformem as instituições⁶⁰ (p.99).

O que a reforma do pensamento almeja é uma educação dos homens a partir da qual os conhecimentos estejam ligados e não compartimentados, estejam envolvidos e articulados entre si, que o ensinar não transmita apenas o saber, mas a realidade. Quando há todo um movimento no sentido de reformar o pensamento, por conseguinte, existe um novo olhar sobre o mundo, a vida, a humanidade e a cultura; os horizontes são ampliados traduzindo-se em novas alternativas, em outras perspectivas, e o conhecimento se manifesta de forma mais significativa.⁶⁰ (p.16).

Para Morin, é necessário “repensar a reforma e reformar o pensamento”, o que, de seu ponto de vista, só será possível a partir de uma reforma no ensino e na estratégia de ensinar (p.11). Portanto, a educação deve favorecer a aptidão natural da mente para colocar e resolver problemas e, correlativamente, estimular a inteligência geral, pois quanto mais o educando for desenvolvido na inteligência geral, maior será sua capacidade de tratar problemas especiais. Em sua concepção, para desenvolver a inteligência geral, é necessário que ela esteja ligada à dúvida, concebida como o “fermento” de toda atividade crítica, que instiga a aptidão interrogativa e permite repensar o pensamento, já que tem como base a arte da argumentação e da discussão⁶⁰(p.22).

Dessa maneira, entende-se que o conhecimento pertinente é aquele capaz de situar qualquer informação em seu contexto e que progride não tanto por sofisticação, formalização ou abstração, mas principalmente pela capacidade de contextualizar e englobar (p.15). O objetivo da educação não é transmitir conhecimentos cada vez mais numerosos, mas tratar do conhecimento que oriente, dê sentido, transforme (p.47) e se utilize de todos os meios de conhecimento para que haja compreensão (p.51) e interpretação e que esta venha munida de significação ⁶⁰ (p.52).

Há, efetivamente, a necessidade de um saber sistêmico que compreenda que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes (p.88), que reconheça e trate a realidade, que respeite a diferença, que reconheça a unicidade, substituindo um pensamento que é fragmenta por um pensamento que distingue e une, é preciso substituir um pensamento redutor por um que seja tecido de forma conjunta⁶⁰ (p.89).

A proposta de uma prática pedagógica inovadora é um ponto de partida para o desconhecido, pois abre novos horizontes e possibilidades de transformação. A participação e a reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas são a base para a

reconstrução de novos caminhos entre teoria e prática, ensino e aprendizagem.⁵⁸

Resultados

8. RESULTADOS

8.1 Capacitação teórico-prática.

Para atender os objetivos propostos dividimos este momento em três etapas:

Na primeira etapa de conteúdo teórico, os participantes foram acolhidos pela pesquisadora e o instrutor de *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) no Centro de Treinamento. Neste local foi explanado o objetivo da pesquisa, a metodologia do processo de capacitação, leitura e recolhimento das assinaturas dos termos de consentimento e imagem (Apêndice 3 e 4). Durante esta etapa, dividimos os participantes em duas turmas diferentes em dias de capacitações distintos, em turma A e B, cada turma ficou composta por um enfermeiro e três auxiliares de enfermagem. Durante o processo de capacitação apresentaram proatividade, interagiram com o instrutor e apresentavam-se tranquilos para realizar os procedimentos no manequim, pois encontravam em um grupo com reduzido número de pessoas, além de se conhecerem entre si. Esta etapa foi realizada com intuito de resgatar o conhecimento já adquirido, sanar todas as dúvidas e realizar atualização sobre parada cardiorrespiratória. O tempo disponibilizado para esta ação foi quatro horas por turno.

A segunda etapa foi desenvolvida após sete dias, tempo este que foi considerável para aplicar na prática o conteúdo teórico discutido. Desenvolvemos esta etapa na AMA/UBS Integrada, onde a turma A e B foram divididas em turnos (manhã e tarde) sendo esclarecido aos participantes como seria desenvolvida a capacitação e coleta de dados, em aproximadamente quinze minutos. Foi informado para a equipe que a pesquisadora permaneceria nas salas durante todo o atendimento, apenas com o intuito de fornecer os parâmetros de sinais vitais, conforme a equipe fosse solicitando a fim de realizar apontamentos no instrumento de checklist.

Após as orientações gerais dividimos a segunda etapa em seis fases:

Primeira Fase–Simulação da cena na sala de classificação de risco com participação de uma atriz. Posicionados o colaborador para filmar as cenas e a gravação de áudio.

Neste momento foi anexado na porta do consultório da classificação de risco um caso de uma senhora poliqueixosa, onde a enfermeira (o) tinha três minutos para a leitura do caso e cinco minutos para atendimento, considerando as queixas relatadas pela atriz e os sinais vitais disponibilizados pela facilitadora. No início do atendimento clínico à paciente-atriz, os enfermeiros tanto do turno da manhã como do turno da tarde, demonstraram segurança e domínio no atendimento, porém, com o agravamento do quadro clínico apresentado pela atriz, foi percebido certa apreensão dos participantes.

Segunda Fase – Atendimento na sala de emergência com a participação da atriz.

Nesta fase, a paciente–atriz simulou gradativamente uma piora do quadro clínico, acarretando o direcionamento protocolar da paciente para sala de emergência, onde os parâmetros de sinais vitais fornecidos pela pesquisadora de acordo com a solicitação da equipe e a má evolução do quadro clínico culminaram no rebaixamento do nível de consciência. Neste momento a equipe já tinha sido chamada pela enfermeira para darem suporte e continuidade ao atendimento. No início a equipe demonstrou timidez pela presença de outras pessoas e principalmente da gravação de imagem, mas com o decorrer da cena foram incorporando o atendimento. Tempo estipulado de cinco minutos.

Terceira Fase - Parada respiratória utilização de manequim.

Nesta fase, a atriz que estava sendo atendida na maca foi substituída por um manequim, para realização de procedimentos preconizados. Durante este atendimento foi percebido certo desconforto e insegurança por parte da equipe, tiveram dificuldades em acessar insumos, alguns não sabiam onde estavam os materiais, tiveram dificuldades em afastar a maca da parede e

alguns materiais estavam danificados, alguns participantes não perceberam que o caso a princípio, se tratava de uma parada respiratória e inadequadamente iniciaram as manobras de ressuscitação. Tempo estipulado de cinco minutos.

Quarta fase-Parada cardiorrespiratória utilização de manequim.

Nesta fase os participantes deveriam identificar que a paciente tinha evoluído para uma parada cardiorrespiratória e deveriam iniciar as manobras de ressuscitação conforme preconizado. Neste momento a equipe de uma maneira geral conseguiu realizar as manobras de ressuscitação, os enfermeiros conseguiram desempenhar o papel de líder da equipe, apesar das circunstâncias, aos poucos começaram a se organizar e ter um domínio da situação, os mais proativos assumiram as compressões torácicas enquanto os mais tímidos organizavam o local e os materiais conforme solicitação do enfermeiro. Tempo estipulado de oito minutos.

Quinta fase- Retorno da parada cardiorrespiratória utilização de manequim.

Nesta fase, após oito minutos de investimentos nas manobras de ressuscitação com a liderança do enfermeiro, a pesquisadora informou à equipe que a paciente havia retornado da PCR e forneceu os parâmetros de sinais vitais estáveis, iniciando a observação em relação aos procedimentos pós-parada cardíaca.

Neste momento foi percebida uma equipe mais tranquila, porém percebeu-se certa dificuldade em entender o papel da equipe de enfermagem pós uma parada cardíaca. Após três minutos a pesquisadora informou a chegada da médica e solicitou para a enfermeira passar o caso para a médica (pesquisadora). Neste momento o enfermeiro relatou com propriedade o

que havia ocorrido durante o atendimento. Tempo estipulado de cinco minutos.

Sexta fase –*Feedback* aos participantes

Após término da quarta fase, assistimos a cena para avaliação do atendimento prestado, neste momento conseguiram perceber o quanto deviam melhorar em relação ao acolhimento do usuário, postura, comportamento, conhecimentos, habilidades e atitude. A gravação da imagem foi utilizada para realizar um *feedback* com o grupo sobre parada cardiorrespiratória. Em geral a equipe avaliou como válido este tipo de capacitação. Como pontos fortes identificaram o trabalho em equipe e a sincronia que apresentaram durante o atendimento, como fragilidades a serem melhoradas, relataram sobre o processo de trabalho como um todo, e o ponto de melhoria relataram sobre as adequações do espaço físico, aumento da sala, aumento de recursos humanos. Tempo aproximado de vinte minutos

Finalizado os comentários sobre as ações preconizadas no BLS e discutindo, de fato, o que se passou na cena, ou seja, como os participantes se comportaram, realizou-se uma pausa para descanso de quinze minutos.

Retornando deste breve intervalo, foi repetido todo o processo de capacitação. Ao término foi possível realizarmos a discussão e comparação dos dois atendimentos. Os participantes se mostraram satisfeitos com a metodologia, identificaram as fragilidades no atendimento e realizaram uma análise crítica. Foi identificado melhorias, sincronia e evolução do manejo neste tipo de atendimento. Tempo aproximado de quarenta e cinco minutos.

Terceira Etapa- Entrevista semiestruturada.

Após o término da capacitação, procedeu-se individualmente em uma sala específica a condução da entrevista gravada.

A entrevista semi estruturada foi norteada por meio de seguintes perguntas disparadoras:

- 1) Como você se sentiu neste processo de capacitação?
- 2) O que percebeu de facilidades e dificuldades?
- 3) O que você achou deste método de aprendizagem?

8.2. Construção das categorias analíticas

As categorias analíticas foram elaboradas e ordenadas após a escuta, transcrição e leitura do conteúdo das entrevistas, depois de um cauteloso trabalho de agrupar e reagrupar as falas dos participantes seguindo o critério de similaridade, utilizando a técnica de análise de conteúdo descrito por Bardin.

As categorias que insurgiram dos discursos foram: mediação pedagógica no processo de capacitação e aprender no ambiente de trabalho como forma de produção. Ambas, direcionaram o exame dos aspectos pedagógicos e análise da viabilidade do conjunto metodológico adotado no processo de capacitação, sem deixar de lado a dimensão política da educação permanente.

- Mediação pedagógica no processo de capacitação.
- Aprender no ambiente de trabalho como forma de produção.

8.2.1 Mediação pedagógica no processo de capacitação.

Esta categoria encerra sentido do processo como um todo, face ao objeto estudado. Acredita-se que esse sentido fora construído de forma processual e transformadora por meio da vocalidade desses profissionais, por vezes ocultas no processo de trabalho.

Reconhece-se tanto a qualidade das ferramentas pedagógicas e conceituais, quanto a validade do caráter da abordagem das mesmas para dar vitalidade ao processo. Além de resgatar parte dos ideais da educação dos profissionais em prática, fomentou também os potenciais de construção de um aprendizado coletivo. Reúne aspectos de construção e concretização da proposta, ao longo do tempo. Por isso, exprime a linha do tempo dos atores que se comprometeram na construção deste processo

Nesta categoria foram classificadas as falas que exprimiram a percepção sobre o processo de capacitação, a importância da atualização, o sentido de satisfação no processo de aprendizagem com vistas ao aprimoramento profissional.

Realizaram algumas pontuações em relação à capacitação empregada, onde puderam aprender sobre a metodologia OSCE e as suas principais etapas: um caso clínico para ser estudado, um cenário para ser implantado, uma simulação para ser vivenciada, um checklist dando parâmetro para avaliação e discussão e um feedback para demarcar os pontos de melhoria.

Como a estrutura da unidade não era favorável para utilizar mais de duas estações, e a logística em consonância com a proposta não nos permitia realizarmos a capacitação individualmente, elaboramos e adaptamos a capacitação para ser desenvolvida em apenas duas cenas com toda a equipe e não individualmente como é previsto em um típico OSCE, porém utilizamos o instrumento do checklist para realizarmos um feedback em conjunto.

“Este método de aprendizagem facilitou muito porque a equipe foi bem tranquila, trabalhamos todos juntos não tivemos aquele atropelo de ninguém (...) E4. (...) achei inovador e muito importante, porque com o passar do tempo as pessoas se engessam (...) e quando tem um atendimento de emergência você é pego de surpresa (...) E5. Achei muito bom, uma idéia excelente e espero que possa ser implantado E2”.

“(...) é dinâmico, é diferente, você não fica sentado na sala de aula, até o treinamento que a gente teve teórico, mesmo na sala de aula foi dinâmico, (...) porque você não decora você aprende (...) “E2

“(...) eu acho que é viável, eu concordo que tem que fazer as capacitações assim, (...) , tem que expandir para outras UBS pois temos que inovar. (...) E4

“(...) eu me senti segura (...) e depois repetimos a cena e vimos os pontos fortes e fracos (...) o que tínhamos que melhorar na hora mesmo (...) foi bem legal, bem tranquilo (...) aprendemos e identificamos juntos (...)”E7

“(...) depois que terminou, a gente discutiu o que tinha acontecido (...) a gente viu o que tinha que ser melhorado (...) aí repetiu

tudo de novo (...) aí melhoramos (risos)”E8

“(…) foi mais fácil fazer a simulação aqui na minha unidade, pois teve a cena, a atriz, muito real (...) e também o seu retorno no que precisamos melhorar (...). Fica mais fácil para entender e lembrar e melhorar (...)”E3

“(…) precisa ter a prática e saber fazer (..) desse jeito fica mais fácil você aprender e não esquecer(...) você vê onde errou. E5. (...) da primeira vez esqueci da prancha (...) da segunda vez eu lembrei da prancha, porque na discussão você falou (...) é bom repetir a cena (...) foi muito bom, porque você sempre se auto avaliando E8 (...)”

Nas falas e durante as discussões foi destacado a importância de um feedback e da auto avaliação. Em todo momento foi percebido uma inquietação em relação ao “eu posso fazer melhor”. Enquanto falávamos sobre as anotações no checklist e posteriormente assistimos à gravação, percebemos um movimento de auto avaliação. Destaco também que os colaboradores se sentiram parte de todo o processo e responsáveis pelo seu aprendizado.

8.2.2. Aprender no ambiente de trabalho como forma de produção.

Nesta categoria foram reunidas as falas que exprimem análise dos pontos de melhoria no ambiente de trabalho, percepções sobre a utilização dos recursos disponíveis na unidade, organização do processo não

interferindo o fluxo da unidade e o trabalho como desenvolvimento profissional.

Percebeu-se tanto no turno da manhã como no turno da tarde, a aceitação da capacitação ser realizada na própria unidade, referiram que o aprendizado foi significativo e que vivenciaram este momento, pois estavam dentro de sua realidade, no seu local de trabalho, com sua equipe, com os recursos reais e disponíveis no momento da simulação.

Foi possibilitado identificar fragilidades do atendimento e pontos de melhoria no processo de trabalho através da simulação e constataram que é possível este tipo de capacitação ser realizado no local e dentro do horário de trabalho, desde que seja previamente planejado, articulado com os gestores e muito bem organizado, para que não haja impacto na assistência e nem descontinuidade do atendimento.

“(...) estar no nosso ambiente de trabalho a gente vai usar o que tem, porque quando você sai para capacitar fora, você acha tudo, tem todo material, (...) mas aqui ou qualquer lugar que você for atender você não tem esses recursos (...)”E3

“(...) fazer o treinamento com as pessoas que você trabalha faz toda a diferença, (...), se você vai sozinha em uma capacitação, você faz com um colega que você não conhece, nunca viu (...) e você se dá super bem, aí você chega aqui na unidade você não tem a sincronia, porque fez com outra pessoa que não tinha nada a ver (...) você

precisa ter sincronia com sua equipe.
(...)”E6

“(...) a gente consegue ver melhor, consegue pensar, porque a gente indo lá no centro de treinamento é um espaço totalmente diferente (...) lá é um espaço totalmente equipado para aquilo, aqui não né? (...) eu acho o ideal mesmo é ir às unidades.”E6

“(…), por exemplo, o DEA (...) com DEA é muito mais fácil (...) mas não temos um DEA (...) a gente tem que trabalhar com o que tem na unidade (...)”. E2

Na situação atual, só possuem DEA as unidades básicas não acopladas ao AMA. A modalidade de equipamento em questão possui o desfibrilador ao invés do DEA.

“(...) quando o treinamento era fora eu ficava mais nervosa, (...) e aqui eu me senti em casa, no meu espaço mesmo, então a gente sabe onde tem as coisas, está com pessoas que já conhece e habitualmente já trabalha, (...) foi mais fácil para mim fazer essa simulação aqui na unidade (...)” E5

“ Isso para mim é uma transformação, inovação, quando você vem no ambiente de trabalho, você traz a realidade do trabalho da pessoa, (...) isso é agregador,

(...) faz sentido e é muito positivo, foi muito bom vivenciar (...)"E8

"(...). Na hora em que o paciente chegou o enfermeiro já sinalizou a gente e foi cada um para um lado e já se posicionou o enfermeiro já foi situando a gente e ajudou bastante, deu para ficar tranquila, (...) eu gostei (risos) " E5

"(...) Me senti segura, mas apreensiva, tensa (risos), mas quando começou o atendimento e entrosamento da equipe fiquei mais tranqüila."E3

"A equipe estava bem sincronizada no mesmo objetivo que era realmente fazer o trabalho isso facilitou bastante. (...) também teve a enfermeira que tava coordenando tudo, então a gente tava preocupado mesmo com o que estava fazendo, porque tinha uma pessoa coordenando (...) aí facilita muito ter um líder. E6

Em algumas entrevistas observou-se a preocupação dos participantes com o trabalho em equipe, referiram que o aprendizado é bem mais proveitoso quando se faz com a própria equipe no ambiente de trabalho, pois existe uma sincronia, um entrosamento entre os membros, fazendo toda a diferença. Pontuaram que, por mais que o atendimento seja tenso o entrosamento da equipe e a participação de um líder tranquiliza o ambiente.

Houve também uma preocupação dos participantes em realizar este tipo de capacitação, que na percepção deles foi inovador e importante para o seu conhecimento, mas em contrapartida estavam preocupados com a interrupção do fluxo da unidade e atendimento dos usuários, podendo ocasionar um impacto negativo na assistência.

“(...) hoje na nossa unidade é um dia bem tranquilo, então a gente não teve interrupção nenhuma no treinamento, (...), foi uma coisa muito bem organizada. (...)”E2

“(...) mas mesmo tendo movimento sempre dá para dar um jeitinho, pois estamos pensando em melhorar né”? (...) e foi tudo planejado antes com a enfermeira. E 5 “(...) a gente se organiza, faz uma escala que dê para pessoa participar. E7.”

“(...) nós é que tivemos um pouquinho mais de experiência (...)”E3. (...) acrescentou muito, a gente ganhou, a gente não perdeu com isso, os pacientes do Tiradentes ganharam (...)”. E6.

“(...) inclusive você viu, que depois realmente chegou um caso real e a gente atendeu, então quer dizer, tava todo mundo atento e foi bem organizado.” E3

Apesar de expressarem a preocupação em não interferir no processo de trabalho da unidade, foi percebida a inquietação dos participantes em melhorar o atendimento. Conseguiram compreender as dificuldades no atendimento devido à falta de atualização e manejo, fragilidades estruturais, falta de recursos materiais e humanos. A partir desta verbalização observase um movimento de transformação crítico-reflexivo.

“(…). Quando a gente tem essas capacitações sempre vê coisas para melhorar né? A gente percebe que nossos recursos são poucos reduzidos né? A nossa maca não é uma maca adequada, o ideal seria trocar por uma com roda, (...) sempre fica algo que a gente vê que precisa melhorar e facilitar o atendimento”. E2

“(…) melhorar a estrutura, (...), um local mais adequado (...). Meu Deus! (pausa) tem que sinalizar a prancha, porque aquela prancha transparente você não vai enxergar, (...) a gente só vê quando acontece.” E6

“(…) O que dificultou foram os materiais, tem que ter mais organização, tem que estar sempre nos lugares certinhos para na hora da emergência não demorar muito o atendimento. ” E2 “(...) a gente acaba se perdendo um pouco, a dificuldade foi essa! (pausa) você ficar perdido dentro da própria sala.” E4

“(...) Atualização na questão dos ciclos de massagem, ventilação, (...) tem que estar sempre atualizando (...) é o que vai facilitar para gente no dia a dia, isso eu achei muito válido. E5 “(...) porque a gente não vê isso direto. (...)” E7.

Comentaram sobre as percepções de oportunidade de aquisição de habilidades e o trabalho como meio de desenvolvimento pessoal a partir de suas vivências. Foi enfatizado pelos participantes que existe uma necessidade de um aprendizado dinâmico, onde exista um alinhamento teórico antes da prática, onde você aprende, pratica e se desenvolve profissionalmente.

“(...) mesmo que a gente tenha treinado tudo aquilo (...) é importante esta prática, ter essa teoria na prática (...) só a teoria você não consegue atingir o objetivo”.E7

“E esses treinamentos assim ficam mais fáceis de você aprender e não esquecer. (...) E7. “(...) porque nós fizemos primeiramente um preparo no trabalho, isso te dá pelo menos uma visão, um padrão, para mim isso é muito importante (...)” E3.

Se a teorização é apropriada, o educando atinge a abrangência do problema nos aspectos práticos ou situacionais e nos princípios teóricos que o sustentam.⁶⁰

“(...) é bom, porque a gente nunca sabe a gente nunca espera, você viu hoje o que acabou de acontecer na realidade? (...) não foi uma parada cardíaca, mas o paciente chegou muito mal com pressão alta, confuso E7 (...) esse treinamento foi ótimo, porque você viu quando tem uma equipe preparada tudo flui (...) até aqueles mínimos detalhes que você esquece você consegue colocar em prática (...)”E4

“(...) porque este tipo de treinamento você vivencia (...) foi bom lembrar de coisa que você sabia ou coisas que você não lembrava mais, porque muitas coisas mudaram e deu para alinhar o que você já sabia e aprender coisas novas. E 7. (...) porque a gente fez, pôs a mão na massa (...) E 5. (...) deu para sentir na pele (...)” E 4.

Em outras falas os participantes trouxeram uma percepção de que no trabalho você também aprende e se desenvolve. Referiram que o próprio cotidiano é um aprendizado prático e a cada dia você deve buscar conhecimento, atualização e aperfeiçoamento. Destacaram que o desenvolvimento pessoal não depende apenas da instituição, mas que deveriam buscar maneiras de se desenvolver profissionalmente.

“(...) eu sinto falta desse tipo de treinamento, porque por mais que a gente trabalha em uma Unidade Básica de Saúde, eu acho que a gente precisa, porque aqui já foram duas experiências de urgência grave que eu tive, e me deixou insegura (...)”

porque o posto não é só um posto, entendeu? (...)"E7

"(...) você também tem que estudar né? Você tem que buscar também, depende da gente também (...) porque você sempre se auto avaliando, e procura sempre se renovar (...)"E3

"(...) é inovador, as pessoas com o passar do tempo se engessam na teoria (...) elas se esquecem do atendimento de emergência e quando acontece você é pego de surpresa (...) tem que se reciclar. " E1

" Para mim está sendo um aprendizado (...) no dia a dia a gente não tem esse foco, a gente acaba esquecendo, a gente só trabalha, não se atualiza, para mim foi bom é bom estar renovando, precisa se atualizar (...)" E8

Com relação a este panorama, Freire afirma que quanto mais os educandos são instigados a pensar, mais se sentirão desafiados e responsáveis por sua aprendizagem. Dessa forma, serão cada vez mais obrigados a responderem a novas mudanças e desafios.⁵⁸

Discussão

9. DISCUSSÃO

Como exposto na parte introdutória deste estudo, o objeto capacitação no atendimento de parada cardiorrespiratória e o reconhecimento do impacto que sua fragilidade representa para o desempenho das atividades de prática dos profissionais de AMA/UBS Integradas foram questões que refletiram grandemente na conformação metodológica, cerne desta pesquisa. A apropriação desse objeto como forma de reflexão acerca do próprio processo de trabalho aponta a fecundidade de um olhar sistêmico no desenvolvimento educacional. O enfrentamento para a modificação do modelo de atividade educativa advinda da estrutura organizacional marcou um desafio salutar para superá-lo ao identificar um problema e ao reconhecê-lo como uma oportunidade para renovação da vitalidade do sistema.

Durante o processo de capacitação, os participantes enfatizaram a relevância da atualização e o sentido do processo de aprendizagem com o OSCE adaptado. Foi verbalizada a importância de que o processo de capacitação seja inovador, dinâmico e diferente e que tenha uma metodologia a partir da qual eles possam participar ativamente com trocas de saberes e experiências.

“(...) que você não fique sentado na sala de aula (...)”E1

“(...)você não decora, você aprende (...)”E1

O ato de ensinar-aprender deve ser caracterizado por um conjunto de atividades articuladas que permitam aos distintos atores envolvidos nesse processo compartilhar as responsabilidades e o comprometimento. Para que isso ocorra, é fundamental a superação da concepção bancária, a partir da qual se entende que o educador faz o depósito de conteúdos e o educando os memoriza, ou da prática descomedida, sem limite e vazia, com a qual o educando é adestrado e entregue a sua própria sorte.^{57,61}

De acordo com Freire, o processo de ensino aprendizagem exige respeito à autonomia e à dignidade de cada um, requer sabedoria e demanda aceitar os riscos do desafio do novo, ser inovador, enriquecedor e rejeitar quaisquer formas de discriminação e autoritarismo.⁵⁸

Em relação à viabilidade e aplicabilidade do método proposto nas unidades básicas de saúde, notou-se nas falas dos participantes que esta metodologia pode ser uma forma de capacitação nas unidades de saúde dentro do horário de trabalho. Os relatos permitiram detectar que por estarem em seu habitat os profissionais conseguem realizar uma análise crítica do seu ambiente de trabalho.

“(...) a gente viu o que tinha que ser melhorado (...)”E1

Pontuaram que existe uma necessidade de capacitação inovadora que acolha uma prática pedagógica crítica, reflexiva e transformadora e que supere os limites de um simples treinamento. Relataram o privilégio de aprender sobre a metodologia OSCE e suas principais etapas.

“Este método de aprendizagem facilitou muito porque a equipe foi bem tranquila, trabalhamos todos juntos não tivemos aquele atropelo de ninguém (...)porque com o passar do tempo as pessoas se engessam (...) e quando tem um atendimento de emergência você é pego de surpresa (...) muito bom, uma idéia excelente e espero que possa ser implantado”.E8

Com OSCE adaptado pôde ser avaliado o aprendizado em determinadas dimensões clínicas, tais como: história clínica, exames físicos, interpretação de exames médicos e laboratoriais, resolução de problemas, aconselhamento de pacientes e também as competências interpessoais e atitude profissional. Dessa forma, foi possível também avaliar a comunicação e o relacionamento dos alunos participantes com os demais colegas, pacientes e familiares.^{36,38.} Emerge aqui a dimensão comunicacional e relacional como aspecto essencial para dar fluidez ao processo de atenção, sendo determinante para a continuidade do atendimento.

Tendo em vista a intencionalidade com foco na aprendizagem, introduziu-se uma atriz na simulação para realizar a cena de um paciente real, buscando tornar esse processo mais próximo da realidade do trabalho. Esse procedimento mostrou-se profícuo e comprovou ser uma mediação oportuna por possibilitar um aprendizado mais dinâmico e efetivo.

A simulação foi realizada em equipe, diferente da preconizada pelo OSCE. Este método permitiu organizar as cenas em diversas estações de aprendizagem de forma didática, favorecendo, assim, o amadurecimento do raciocínio clínico. O presente projeto promoveu dois momentos: um de exposição dialogada e o outro constituído de uma simulação em conjunto com os profissionais.

O primeiro momento teve como objetivo a retomada do corpo teórico necessário para as ações de prática, sendo de fundamental importância para a apropriação de conceitos básicos, essenciais para qualificar as ações. A falta desses fundamentos dificultaria a organização de um trabalho coletivo.

A viabilização da simulação demandou dos participantes iniciativas, esforços de sinergia entre eles e de raciocínio clínico frente ao paciente com sinais e sintomas de agravo, ou seja, tratou-se de uma ação que teve de ser

construída ativamente naquele momento. Tais processos puderam ser constatados pelas valiosas falas dos participantes na entrevista.

“(...) foi mais fácil fazer a simulação aqui na minha unidade, pois teve a cena, a atriz, foi muito real (...) e depois repetimos a cena e vimos os pontos fortes e fracos (...)”. E7

A abordagem de um caso clínico próximo da realidade, o cenário implantado, a simulação, a possibilidade de repetição da cena, o instrumento de *checklist* e o *feedback* foram elementos que permitiram promover uma vivência com uma prática reflexiva de maneira a pontuar a idéia de ressignificação da aprendizagem e de construção de novos saberes contribuindo, assim, para uma formação mais próxima das necessidades reais.

Em defesa de um olhar de ensino, a composição da cena com um paciente simulado diminuiu inconvenientes em relação à utilização de pacientes reais, estratégia que se avalia como uma ferramenta eficaz para um aprendizado mais ativo. Pois permitiu que as atividades educacionais propostas fossem reproduzidas diversas vezes facilitando as correções das ações dos participantes e as discussões posteriores e oferecendo segurança e menor desgaste para os pacientes e a equipe.⁴⁰

“(...) vimos o que tínhamos que melhorar na hora mesmo (...)foi bem legal, bem tranquilo.”E6

A análise desses dados evidenciou a importância da motivação dos participantes como um mecanismo fundamental e mobilizador para que possam assumir e vivenciar⁵⁸, efetivamente, o papel de socorristas.

Uma das propostas do OSCE, além do conhecimento e desenvolvimento de habilidades clínicas, é o *feedback* que ele proporciona. Reconhece-se que este foi um mediador potente para o processo de mudanças nas atividades tanto dos participantes quanto do orientador, em uma relação de horizontalidade. Esse mecanismo corroborou para a promoção de um espaço de reflexão, discussão de idéias e aperfeiçoamento de habilidades.

Do ponto de vista pedagógico, *feedback* é uma informação que se dá ao discente para avaliar o seu desempenho em determinada atividade, sendo registrado em um instrumento para que posteriormente seja discutido e comparado em relação ao resultado evolutivo esperado para o aprendiz.⁴²

“(...) da primeira vez esqueci a prancha (...) da segunda vez eu lembrei da prancha, porque na discussão você falou (...) é bom repetir a cena (...)” E6

Por meio de diálogo, conseguiu-se realizar um *feedback* efetivo que oportunizou aos participantes expressarem-se de um modo informal e dinâmico sobre o processo de capacitação. Esse momento constituiu-se como um espaço de reolhar e de refletir sobre seus conceitos teóricos, suas práticas e habilidades.⁴²

“(...) foi muito bom, porque você sempre se auto avaliando (...)”E1

No enfrentamento da auto avaliação, os participantes tiveram a possibilidade de vivenciar um processo no qual identificavam seus pontos de fragilidade e as necessidades de melhoria, ação que proporciona o

reconhecimento de ajustes e torna o processo relacional mais significativo e democrático.⁴²

Essa construção coletiva oportunizou o trabalho em equipe e as chances de desenvolver uma liderança equitativa. Acredita-se que a educação é um ato coletivo, solidário, comprometido e envolvente, jamais imposto e sim uma troca de experiências entre as pessoas⁵⁷. Uma alternativa segura para eliminar as fronteiras entre esses diferentes atores foi o diálogo, pois funcionou como um canal da elaboração de discussões e permitiu o trabalho coletivo. O resgate por meio da palavra e da escuta favoreceu a orientação em direção à mudança e o trabalho em equipe.⁶²

Para Morin, é indispensável rever a maneira de conduzir a prática de ensino. O processo de ensino-aprendizagem deve ter por base a explanação e resolução de problemas, estimulando uma prática reflexiva.⁵⁹

A metodologia utilizada favoreceu sobretudo tanto a análise dos pontos de melhoria e quanto a organização no ambiente de trabalho, além de colaborar para a percepção em relação à utilização dos recursos disponíveis na unidade e para o ordenamento do processo educativo, não interferindo, entretanto, no atendimento e no fluxo da unidade.

Destaca-se, nesse processo, a qualidade didática dos itens selecionados, em especial a do *checklist* do OSCE, o que mobilizou os participantes e a pesquisadora para o processo de reflexão (Apêndice I).

Em relação à capacitação feita fora da unidade, os participantes reconheceram que o aprendizado nessa circunstância é distinto, pois se aprende em um contexto diferente da realidade. Cabe assinalar que o Centro de Treinamento no qual ocorrem as capacitações é um local totalmente equipado para essa finalidade, onde é possível encontrar, portanto, todos os

materiais e recursos necessários para a prática, o que difere sobremaneira da realidade.

“(...) estar no nosso ambiente de trabalho a gente vai usar o que tem (...) sempre vê coisas para melhorar os recursos são poucos reduzidos (...) melhorar a estrutura, (...), um local mais adequado (...) inclusive melhorou nossas habilidades (...)”E3

A elaboração da proposta baseada na metodologia OSCE foi pensada como uma forma de inovar a prática do ensinar, evocando o sentido de quem estiver aprendendo e aproximando-se, assim da realidade cotidiana, além de visar à diminuição das dificuldades que os colaboradores apresentavam em colocar em prática seu conhecimento e suas habilidades. Tal aspecto vai ao encontro das propostas do idealizador do OSCE, cuja base teórica assinala a importância da aproximação à realidade do aluno, a oportunidade de desenvolvimento de habilidades e as competências clínicas, além da comunicação, do profissionalismo e da empatia.³⁷

Para Freire, o processo educativo necessita ter significado para quem aprende. Existem duas condições para a construção da aprendizagem significativa: a existência de um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de uma atitude favorável para a aprendizagem. Dessa maneira, o educando terá uma melhor assimilação e fará um uso eficiente de sua aprendizagem.⁵⁸

O segredo do sucesso para um aprendizado efetivo inicia-se pelo diálogo e pela busca compartilhada do conteúdo programático. Caso contrário, não podemos esperar resultados positivos de uma proposta educativa que desrespeita a particular visão da realidade.⁵⁸

Foi verbalizada a importância de que a capacitação ocorresse com a própria equipe de trabalho. Observaram a diferença e o ganho para a unidade que a realização deste tipo de capacitação representaria para sua própria equipe, pois nessas capacitações, principalmente em atendimento de parada cardiorrespiratória, é necessário que haja sincronia entre os membros da equipe.

De acordo com Morin, é preciso ter conhecimento da realidade que nos cerca, respeitar e conviver com as diferenças e construir em conjunto um pensamento que agrega e não fragmenta.⁶⁰

“ Fazer o treinamento com as pessoas que você trabalha faz toda a diferença (...), você precisa ter sincronia com sua equipe. (...) quando começou o atendimento e entrosamento da equipe fiquei mais tranquila.” E3

Houve também uma preocupação dos colaboradores em não interromper o fluxo da unidade e, em contrapartida, houve uma inquietação em melhorar o atendimento.

“(...) hoje na nossa unidade é um dia bem tranquilo, então a gente não teve interrupção nenhuma no treinamento, (...), foi uma coisa muito bem organizada. (...)” E5.

“(...), pois estamos pensando em melhorar (...) nós é que tivemos um pouquinho mais de experiência (...) acrescentou muito, a gente ganhou, a gente não perdeu com

isso, os pacientes do Tiradentes ganharam (...)". E6

De acordo com Freire, a educação como experiência pedagógica deve ser libertadora e questionadora, deve haver reflexão, ação dos homens sobre o seu cotidiano e transformação; deve despertar, estimular e desenvolver o desejo de esperança e mudanças conceituais.^{57,58}

Foram identificadas, a partir dos relatos dos participantes, algumas percepções em relação à oportunidade de aquisição de novas habilidades e ao trabalho como meio de desenvolvimento pessoal com base em suas vivências, que promove o aprender, a prática e o desenvolvimento profissional.

A produção de novos saberes exige a convicção de que a mudança é possível através do exercício da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização, além da capacidade crítica de observar, confrontar, questionar, conhecer, atuar e reconhecer. O ato de aprender deve ser, portanto, um processo reconstrutivo, que permita o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos, desencadeando ressignificações e reconstruções e contribuindo para a sua utilização em diferentes situações.⁶⁰

“(...) porque este tipo de treinamento você vivencia (...) muitas coisas mudaram e deu para alinhar o que você já sabia e aprender coisas novas (...) porque a gente fez, pôs a mão na massa (...) E 5. (...) deu para sentir na pele (...)” E 4.

“(...) eu sinto falta desse tipo de treinamento, porque por mais que a gente

trabalha em uma Unidade Básica de Saúde, eu acho que a gente precisa, porque aqui já foram duas experiências de urgência grave que eu tive, e me deixou insegura (...) porque o posto não é só um posto (...)” E6

Houve, ainda, uma preocupação em relação ao desenvolvimento pessoal. Os participantes relataram acreditar que no trabalho você aprende e também se desenvolve e que por isso necessitam buscar conhecimento e atualização para o desenvolvimento profissional.

“(...) você também tem que estudar buscar depende da gente também (...) a gente se esquece do atendimento de emergência e quando acontece você é pego de surpresa (...) tem que se reciclar (...).” E2

“(...) a gente só trabalha, não se atualiza, para mim foi bom é bom estar renovando, precisa se atualizar (...) na questão dos ciclos de massagem, ventilação, (...) tem que estar sempre atualizando (...) é o que vai facilitar para gente no dia a dia, (...) porque a gente não vê isso direto. (...)” E4

Os conhecimentos e competências com o passar do tempo vão se transformando, tornando-se fundamental repensar uma metodologia para uma prática de educação que forme profissionais ativos e capazes de aprender a aprender.⁶⁰

Segundo Fernandes, o “*aprender a aprender*”, na formação dos profissionais de saúde, deve compreender o aprender a conhecer, o aprender

afazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.⁶²

“(...) porque este tipo de treinamento você vivencia (...) foi bom lembrar de coisa que você sabia ou coisas que você não lembrava mais, porque muitas coisas mudaram e deu para alinhar o que você já sabia e aprender coisas novas. E (...) porque a gente fez, pôs a mão na massa (...) deu para sentir na pele (...)”E7

A vivência não pode ter seu conteúdo construído racionalmente, mas antes deve ser unicamente experimentada. Expressões como “pôs a mão na massa” e “sentir na pele”, que aparecem na fala dos profissionais participantes, trazem consigo sentidos que fazem referência ao aspecto de alguém que efetivamente vivenciou algo. Toda vivência é sempre “minha”, vivências exclusivamente individuais, e isso significa “não apenas que eu sinto, mas também que eu incondicionalmente sinto” não exige uma determinação racional, ao contrário, refere-se à esfera do sentimento.⁶³

(...) isso é agregador, (...) faz sentido e é muito positivo, foi muito bom vivenciar (...)” E8

Quando se fala em vivenciar, faz-se referência a algo que tem um modo de ligação imediata com a vida. Portanto, não se vivencia através de uma tradição e nem a partir daquilo que se ouve, mas de suas próprias experiências, pois aquilo que é vivenciado tem um caráter significativo, cujo resultado sempre confere uma transformação.⁶³

A riqueza das relações e do aprendizado cresce continuamente, e tudo o que vemos e vivenciamos se torna profundamente significativo. A amplitude de cada significância depende do valor que cada um atribui para essa vivência. Cada vivência tem um valor individual diferente, pois vem carregada com a moralidade, cultura e costumes de cada pessoa.⁶³

“(...) é bom, porque a gente nunca sabe a gente nunca espera, você viu hoje o que acabou de acontecer na realidade? (...) não foi uma parada cardíaca, mas o paciente chegou muito mal com pressão alta, confuso E 4 (...) esse treinamento foi ótimo, porque você viu quando tem uma equipe preparada tudo flui (...) até aqueles mínimos detalhes que você esquece você consegue colocar em prática (...)” E5

O real objetivo da educação não é transmitir conhecimentos cada vez mais numerosos, mas trazer aptidão geral para tratar problemas e fazer o saber ter sentido, percebendo o seu espaço e o espaço que o envolve. Uma educação efetiva deve ser aquela que oriente, dê sentido, transforme e se utilize de todos os meios de conhecimento para que haja compreensão, interpretação e que essa venha munida de significação e de mudanças.⁵⁹

Como produto deste estudo, propõe-se a elaboração de um guia de atendimento à parada cardiorrespiratória em Unidades de Pronto Atendimento em um CD (Apêndice 5), de forma a possibilitar atestar a reprodução desta metodologia e sua consequente aplicação em processos de capacitação de colaboradores. Como complementação dessa idéia, é possível projetar que esses profissionais se tornem multiplicadores dentro de suas unidades.

Diante dos resultados e de sua análise, ainda que circunscrita a uma unidade, sinaliza-se a necessidade de modificação no que concerne ao

processo de capacitação em uma perspectiva de construção de saberes no atendimento de parada cardiorrespiratória.

Considerações Finais

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objeto deste estudo e os objetivos propostos, destaca-se que o percurso metodológico empregado, com referenciais teóricos aliados à gestão do projeto e articulados com a realidade local, possibilitou o desenvolvimento do processo de pesquisa. O estudo obteve valorosas colaborações dos gestores de diversas instâncias, tanto da Organização Social para a qual trabalha quanto da Secretaria Municipal da Saúde, o que facilitou sobremaneira o fluxo colaborativo das decisões.

Nesse sentido, é oportuno considerar o emprego da metodologia baseada em uma adaptação da OSCE utilizando estações de aprendizagem. As duas estações adotadas neste estudo, uma delas com cenas simuladas, potencializaram o protagonismo dos participantes abrindo a possibilidade para construção de novas formas de pensar, desenvolver e superar os modelos tradicionais denominados *treinamentos*.

Sem dúvida, o aspecto culminante do projeto foi o alto grau de envolvimento dos participantes durante o processo de ensino-aprendizagem. É importante ressaltar que o aprendizado configura-se como uma das atividades de trabalho e deve ser contínuo dentro das práticas laborais. Ademais, o aprender deve ser envolvente, fazer sentido, gerar reflexões mudanças de atitude e valores de maneira a abarcar potência transformadora da realidade.

Diante dos resultados obtidos neste estudo e das considerações apresentadas acima, conclui-se que a capacitação baseada na metodologia OSCE adaptada se caracteriza como um elemento inovador no processo de ensino-aprendizagem, podendo ser expandido a outras Unidades Básicas, pois proporciona um aprendizado coletivo e efetivo próximo da realidade.

A experiência aqui relatada gerou expectativas no sentido de poder contribuir para a construção de novas práticas, de redescobrir os potenciais

de cada profissional de forma nortear a formação em saúde e repensar o processo de ensino e aprendizagem.

Referências

11. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279/2010 de 30 de dezembro de 2010. Estabelecem diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. 1ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015.p. 29-31.
4. Organização Mundial da Saúde. Cuidados primários de saúde: Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF/Ministério da saúde; 1979.
5. Starfield B. Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. p. 726.
6. Gil CRR, Maeda ST. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: Soares CB, Campos CMS (organizadores). Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2013.p.325-345.
7. Maeda ST. Gastos e produção na perspectiva de investimento na atenção básica [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
8. Guedes JS, Santos RMB, Lorenzo RAV. A implantação do programa de saúde da família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). Rev. Saúde e sociedade. 2011; 20(4): 875-83.
9. Capistrano DF, Pimenta AL. Saúde para todos: um desafio do município. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1988.
10. São Paulo. Decreto Municipal 47.012, de 21 de fevereiro de 2006. Regulamenta disposições da Lei nº 14.132, de 24 de janeiro de 2006,

relativas à qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais e sua desqualificação. Publicado no D.O de 25 de janeiro de 2006.

11. São Paulo Secretaria Municipal de Saúde. Contrato de gestão nº PA 2014-0.321.768-4. Rede Assistencial das supervisões técnicas de saúde Itaquera, Guaianases e Cidade Tiradentes. Secretaria Municipal de Saúde: São Paulo, 2015.
12. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Documento Norteador. Compromisso das unidades básicas de saúde com a população. São Paulo; 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS – Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília: MS; 2009
14. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais das Unidades Básicas de Saúde: Fortalecendo a Atenção Básica do município de São Paulo. São Paulo; 2015.
15. Rumel D, Toscano CM, Mengue SS, Duncan BB. Condições de saúde da população brasileira. In: Duncan, B.B, Schmidt MI, Giugliani, ERJ, et al. Medicina ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. São Paulo: Artmed; 2006.p. 60-67.
16. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2011.p. 25-28.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 354/2014. Publica a proposta de projeto de resolução de boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência. Brasília, Ministério da Saúde, 10 de março de 2014. Publicada no D.O.U. de 10 de março de 2014.
18. Silva, AR, Carneiro B, Chiovatto, ED. et al. Síndrome Coronariana Aguda. In: Manual do médico de família Santa Marcelina. Junior MEM organizadores eT al. São Paulo: Martinari; 2016. p.577- 586.
19. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 841/2012. Institui a Relação de Serviços e Ações de Saúde do SUS. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Renases2012.pdf>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048/2002. Regulamento técnico sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Seção I.p. 32-54.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. In: Diário Oficial da União. Brasília;2007.
22. Mushkin, SJ. Investment in Human Beings. *Journal of Political Economy*.1982;70(5): 129-57.
23. Ceccim, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Rev Interface Saúde Educação*. 2011;9(16):p.161-77.
24. Dionize M, Marina P. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2010; 44(3): 597-604.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº198/2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/ 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
27. Gaba D.The future vision of simulation in health care. *QualSaf Health Care*. 2004; 13(1):2-10.
28. Pazin AF, Scarpelini S. Simulação: definição. *Rev. MedicinaRibeirãoPreto*. 2007; 40(2):162-166.
29. Tuoriniemi P; Schott-Baer D. Implementing a high fidelity simulation program in a community college setting. *Nurs. Educ. Perspect*. 2008;29(2):105-9.
30. Vieira RQ; Caverni LMR. Manequim de simulação humana. Creating a nursing simulation laboratory: a literature review.*J. Nurs. Educ*.2008; 47(11):489-94.
31. Martins JCA; Mazzo A; Baptista RCN; Coutinho VRD; Godoy S; Mendes IAC; Trevizan MA. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(4):619-25.

32. Jeffries P. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing; 2007.
33. Costa RRO. A simulação realística como estratégia de ensino-aprendizagem em enfermagem. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.
34. Brasil. Ministério da Saúde; Fundação Osvaldo Cruz, Agência de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Brasília; 2014.
35. Ross M, Carroll G, Knight J, Chamberlain M, Fothergill BF, Linton J. Using the OSCE to measure clinical skills performance in nursing. *J advnurs*. 1988;13(1):45-56.
36. www.uc.pt/fmuc/gabineteeducacaomedica/fichaspedagogicas. Acessado em 14 de setembro 2016.
37. Harden RM, Stevenson M, Dowie WW, Wilson, GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J*. 1975;1:447-51.
38. Tibério IFLC, Gallotti, RMD, Pavanelli MC; Rodrigues MAV. Avaliação Estruturada de habilidades tipo OSCE: Planejamento, elaboração, preparação e correção. In: Tibério IFLC; Gallotti RMD; Troncon LEA; Martins MA. Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina. São Paulo: Atheneu, 2012. p.97- 103
39. Troncon LEA; Amaral FTV. Participação de estudantes de medicina como avaliadores em exames estruturado de habilidades clínicas (OSCE). *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007;31(1):81-9.
40. Troncon LEA. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. *Medicina Ribeirão Preto* 2007;40(2):180-91.
41. Collins JP; Harden RM. Real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Med Teach*. 1998; 20:508-21.
42. Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Revista de Medicina Ribeirão Preto*. 2014;47(3):324-31.
43. Santos, ES, Timerman A, Achutti AC. Ressuscitação Cardiopulmonar In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. *Medicina ambulatorial*:

Conduas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. São Paulo: Artmed; 2006. p. 1141 - 1154.

44. (<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares>).

45. Araujo S, Araújo IEM. Ressuscitação Cardiorrespiratória. Medicina Ribeirão Preto. 2001;34: 36-63.

46. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. São Paulo: Arquivo Brasileiro de Cardiologia - Instituto do Coração (InCor) – HCFMUSP, 2012;99(2).

47. Coelho OR, Cirillo W, Barbeiro RMD. Ressuscitação cardiopulmonar. Revista Sociedade de Cardiologia de São Paulo, 1997;7:1-3.

48. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

49. Manzini EJ. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: Marquezini MC; Almeida MA; Omote S. (Orgs). Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel, 2003.p.11-25.

50. Selltiz C. Métodos de pesquisa nas relações sociais. 2 ed. São Paulo: EPU, 1987.

51. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Contrato de gestão nº PA 2014-0.321.768-4. Rede Assistencial das supervisões técnicas de saúde Itaquera, Guaianases e Cidade Tiradentes. Secretaria Municipal de Saúde: São Paulo, 2014.

52. www.seade.gov.br/como-e-viver-no-lugar-onde-se-morre-mais-cedo-na-media-em-sao-paulo. Acesso em 23/04/2017.

53. <http://www.nossasaopaulo.org.br/arqs/mapa-da-desigualdade-completo-2016.pdf>.

54. Brasil. Ministério da Saúde. Procedimentos ambulatoriais do SUS no município de São Paulo, subprefeitura Cidade Tiradentes. Ministério da saúde/DATASUS/sistema de informação ambulatorial – SAI.

55. <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>

56. Bardin, L. Análise de conteúdo. Ed. revista actualizada. Lisboa: Edições 70; 2009. p.281.
57. Duerson MC, Romrell LJ, Stevens CB. (2000) Impacting faculty teaching and student performance: nine years' experience with the objective structured clinical examination. *Teach Learn Med* 12(4):176-82.
58. Freire, P. *Pedagogia do Oprimido*. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
59. Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 48. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.
60. Morin, E. *A cabeça bem-feita – repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
61. Mitre, S. M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2008 [cited 2016 Abr 15], vol.13.
62. Fernandes JD, Ferreira SLA, Oliva R, Santos S. Diretrizes estratégicas para implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da universidade Federal da Bahia. *Rev. Enfermagem* 2003;5(54):392-395
63. Viesenteiner, JL. O conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção. *Kriterion: Revista de Filosofia* 2013; 54(127).

APÉNDICES

APÊNDICE 1—INSTRUMENTO DE CHECK LIST

CheckList Parada Cardiorrespiratória – Suporte Básico de Vida

Unidade:

Tempo de simulação:

Participantes:

FASE01 – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - Utilização de Atriz				
TAREFA	S	N	Não se aplica	Observações
1. Cumprimenta o paciente?				
2. Apresenta-se pelo nome?				
3. Realiza acolhimento? (Explica os procedimentos a serem realizados).				
4. Pergunta sobre características da dor:				
a. Localização;				
b. Tipo;				
c. Duração;				
d. Irradiação;				
e. Fatores de melhora/piora.				
5. Pergunta sobre histórico:				
a. Hipertensão;				
b. Diabetes;				
c. Tabagismo;				
d. Alergias;				
e. Medicamentos em uso;				
f. Outros sinais/sintomas.				
6. Realiza aferição de sinais vitais?				
a. Pressão arterial;				
b. Frequência cardíaca;				
c. Frequência respiratória;				
d. Pulso;				
e. Saturação;				
f. Glicemia capilar;				
g. Temperatura.				
TAREFA	S	S	Não se aplica	Observações
7. Realiza a Classificação de Risco de acordo com protocolo?				
8. Conduz paciente à sala de emergência?				
9. Aciona a equipe? (médico e equipe de enfermagem)				
10. Realiza transporte adequado da paciente?				

FASE 02 – SALA DE EMERGÊNCIA – Rebaixamento do nível de consciência com alterações de sinais vitais.				
Utilização de Atriz				
TAREFA	S	N	Não se aplica	Observações
1. Realiza monitorização?				
a. Pressão arterial				
b. Frequência cardíaca				
c. Frequência respiratória				
d. Pulso				
e. Saturação				
f. Glicemia capilar				
g. Temperatura				
2. Avalia nível de consciência?				

FASE 03- SALA DE EMERGÊNCIA - Parada Respiratória.				
Utilização de Manequim				
TAREFA	S	N	Não se aplica	Observações
1. Avalia responsividade?				
2. Verifica simultaneamente pulso carotídeo e respiração entre 5 a 10 segundos?				
3. Reconhece parada respiratória?				
4. Realiza manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo?				
5. Utiliza bolsa- válvula- máscara?				
6. Utiliza bolsa- válvula- máscara conectada a fonte de oxigênio?				
7. Oferece volume de O ₂ de 10 a 12 L/min				
8. Realiza 01 ventilação de 1 segundo a cada 5-6 segundos?				
9. Promove a correta expansão torácica?				
11. Faz medição da Cânula de Guedel?				
12. Faz uso correto da Cânula de Guedel?				
13. Checa pulso e respiração a cada 2 minutos?				

FASE 04- SALA DE EMERGÊNCIA -Parada Cardiorrespiratória				
Utilização de Manequim				
TAREFA	S	N	Não se aplica	Observações
1. Coloca paciente em região plana e rígida?				
2. Possui posicionamento adequado para a realização das compressões torácicas?				
3. Inicia as compressões torácicas 30 :2 (30 compressões para duas ventilações)?				
4. Realiza técnica de RCP (Ressuscitação cardiopulmonar) adequadamente (frequência e profundidade)?				
5. Realiza revezamento de socorristas nas compressões torácicas a cada 5 ciclos de 30:2?				
6. Na ausência do DEA é checado pulso a cada 2 minutos ou 5 ciclos?				
7. Na ausência do DEA e não detecção do pulso, realiza compressão e ventilação de acordo com os itens 2 e 3?				
8. O DEA é instalado assim que disponível?				
9. Instala as pás adequadamente?				
10. Afasta-se e afasta as pessoas (equipe) da vítima, para análise do ritmo?				
11. Afasta-se e afasta as pessoas (equipe) da vítima, se indicado choque?				
12. Quando o ritmo não é chocável o pulso é checado antes de iniciar a RCP?				
13. É reiniciado a RCP por outro profissional da equipe imediatamente após a desfibrilação?				
14. Realiza compressão e ventilação de acordo com os itens 2 e 3?				

FASE 5- SALA DE EMERGÊNCIA - Retorno da Parada Cardiorrespiratória				
Utilização de Manequim				
Tarefa	S	N	Não se aplica	Observações
1. Após o retorno da circulação espontânea?				
a. Mantém DEA instalado?				
b. Paciente em posição de recuperação?				
c. Mantém O2 instalado por dispositivo adequado para manter saturação igual ou maior que 94%?				
d. Mantém paciente monitorizado?				
2. Algum membro da equipe exerceu a função de liderança durante o atendimento?				
3. Realizam registros e anotações?				
4. Organizam a sala?				

Facilitador (es):

**APÊNDICE 2- CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
ENVIADA À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE.**

São Paulo, ____ de _____ 2016.

Ilmo Sr. Coordenador Regional de Saúde Leste

Prezado Senhor (a),

Eu, Alessandra Carvalho dos Santos da Silva, enfermeira da educação permanente da APS Santa Marcelina, aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde, no Sistema Único de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), solicito sua autorização para realizar coleta de dados na região dessa Coordenadoria Regional de Saúde, para a pesquisa intitulada “Processo de capacitação no atendimento de parada cardiorrespiratória baseado na metodologia OSCE adaptado”, que tem por objetivo geral contribuir no desenvolvimento de ferramentas e tecnologias educativas na prática de atendimento emergenciais na atenção básica de saúde.

A pesquisa pretende ser realizada com a equipe de enfermagem de uma AMA/UBS Integrada na região de Cidade Tiradentes. Esclareço que os dados serão coletados apenas após sua autorização e após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

As informações obtidas somente serão utilizadas para fins de pesquisa e me comprometo a compartilhar os resultados em reunião aberta com convite para todos os trabalhadores participantes da pesquisa e outros interessados.

Aguardo sua resposta e estou disponível para maiores esclarecimentos ou sugestões que V. S.^a queira encaminhar.

Atenciosamente,

Alessandra Carvalho dos Santos da Silva
alessandraess@bol.com.br – 99180 14 82
Mestranda em Enfermagem
Programa Pós Graduação
Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

APÊNDICE 3–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Meu nome é Alessandra Carvalho dos Santos da Silva, RG 22.489.186-8, sou enfermeira e aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

E venho por meio deste documento, convidá-lo (a) a participar da pesquisa: “Processo de capacitação no atendimento de parada cardiorrespiratória baseado na metodologia OSCE adaptado”, que tem por objetivo, contribuir no desenvolvimento de ferramentas e tecnologias educativas na prática de atendimento emergenciais na atenção básica de saúde.

A importância desta pesquisa se justifica pela necessidade de se repensar novas estratégias para o desenvolvimento de habilidades e de capacitação no atendimento de emergências cardiorrespiratórias, uma vez que esse atendimento faz parte das nossas atribuições na atenção básica. A metodologia já tem sido aplicada no processo de ensino-aprendizagem em saúde.

A princípio, os riscos deste estudo são inerentes ao processo de trabalho, visto que o mesmo será desenvolvido em ambiente e horário de serviço. Poderá haver riscos de desconforto ou algum tipo de estresse psicológico, devido à filmagem e a conduta profissional avaliada e registrada durante a capacitação.

Caso isso ocorra o participante do estudo poderá abandonar a capacitação quando desejar, sem qualquer prejuízo em relação ao seu trabalho, se houver necessidade de apoio para um eventual atendimento psicológico, podemos contar com a Rede de Apoio do próprio Serviço de Saúde.

O possível desconforto apresentado pelos participantes acredita-se que reverterá em benefícios, uma vez que este poderá contribuir para ampliar o potencial, bem como promover a segurança no trabalho, buscando com isso o aperfeiçoamento das práticas no cuidado. Outros aspectos positivos que podem ser mencionados são as oportunidades de aprendizagem conjunta, essencial para o trabalho em equipe.

Caso concorde em participar, gostaria de esclarecer que haverá três etapas: Na primeira o Senhor (a), será capacitado (a) por meio de aulas dialogadas, teórico-prático em um atendimento de parada cardiorrespiratória, com um tempo estimado de 4 horas. Na segunda, acompanhado por mim, realizaremos um exercício de simulação de atendimento ao paciente (ator) em parada cardiorrespiratória, com um tempo estimado de 1 hora e 26 minutos. Sendo que, por esta metodologia, os processos de capacitação e aprendizagem, serão documentados. Haverá filmagem, registro de cenas em fotografias. Por último, para facilitar a análise, haverá entrevistas individuais quando os participantes poderão expressar livremente, sobre as emoções que perpassaram, e a metodologia aplicada no aprendizado, com um tempo estimado de 2 horas. Esclareço que a entrevista será gravada. Para tanto, solicito a sua permissão para registro de imagens e de gravação de conteúdos de entrevistas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal pesquisadora é a Enfermeira Alessandra Carvalho dos Santos daSilva que pode ser encontrada no endereço: Rua Harry Dannenberg, 75 – CEP 08270-010-Itaquera - São Paulo-SP- Tel 99180-14-82/ 2344-46-00/ acarvalho@aps.santamarcelina.org.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419- 2º andar, sala 202–CEP 05403-000–Cerqueira César - São Paulo – SP Tel: (11) 3061-88-58 / cepee@usp.br.

Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde CEP/SMS (smscep@gmail.com / 11-33972464).

Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária. Não haverá cobrança por ela, assim como não haverá remuneração financeira. O Senhor (a) poderá recusar-se a participar da pesquisa em qualquer fase, inclusive podendo abandoná-la se desejar, sem que isso lhe traga prejuízos de qualquer espécie. Será garantida a manutenção do anonimato e da privacidade do participante durante o processo.

As informações obtidas estarão sob sigilo e serão utilizadas somente para fins de estudo, sendo o senhor (a) atualizado sobre os resultados da pesquisa. A participação não acarretará em nenhum tipo de ônus para você ou qualquer prejuízo em relação ao seu trabalho, visto que será desenvolvida em seu horário de serviço, assim como não haverá nenhuma remuneração financeira caso participe. Se existir

qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Caso haja eventuais danos decorrentes da pesquisa haverá garantia de indenização pelo pesquisador. O Senhor (a) receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e rubricado pelo pesquisador.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de artigos, em eventos de caráter científico e por meio de publicação. Sua participação neste estudo será muito importante, pois os resultados da pesquisa poderão ajudar a melhorar a qualidade das capacitações nos atendimentos dos casos de urgência e emergências nos equipamentos básicos de saúde.

Caso concorde em participar da pesquisa, solicitamos que rubrique todas as páginas e assine as duas vias, autorizando a utilização destas informações para fins de pesquisa.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do participante

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do pesquisador

Data ____ / ____ / ____

APÊNDICE 4 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar cientes da necessidade do uso de minha imagem na forma de vídeo, áudio, foto e depoimento, especificado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **AUTORIZO**, através do presente termo, Alessandra Carvalho dos Santos da Silva, autora do projeto de pesquisa intitulado “Processo de capacitação no atendimento de parada cardiorrespiratória baseado na metodologia OSCE adaptado, a armazenar **vídeo, áudio, foto e depoimento** que se façam necessários.

Ao mesmo tempo, libero a utilização do **vídeo, áudio, foto e depoimento**, para fins científicos e de estudos (publicação em livros, revistas, artigos científicos ou jornalísticos na internet, slides, aulas e/ou apresentações orais), em favor da pesquisadora do estudo acima.

Gostaria de ser informado sempre que minha imagem for utilizada para publicações:

_____.

Li e concordo com o presente termo.

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

Nome do participante de pesquisa:

.....

RG:

CPF:

Assinatura:.....

**APÊNDICE 5- GUIA PARA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA
OSCE-ADAPTADO**

2017

**Guia para aplicação da metodologia OSCE - Adaptado para
o atendimento em parada cardiorrespiratória na Unidade
Básica de Saúde.**

Andra Carvalho dos Santos da Silva

Sayuri Tanaka Maeda

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

USP – 16/10/2017

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM - PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO**

Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde

**Capacitação Ativa para o Atendimento de Parada
Cardiorrespiratória: uma adaptação da metodologia
OSCE.**

**Alessandra Carvalho dos Santos da Silva
Orientadora: Prof^ª Dra. Sayuri Tanaka Maeda**

**Produto: Guia para aplicação da metodologia OSCE -
Adaptado para o atendimento em parada
cardiorrespiratória na Unidade Básica de Saúde.**

SÃO PAULO

2017

1. Apresentação

Estas orientações foram desenvolvidas para nortear o enfermeiro para ser multiplicador no processo de ensino aprendizagem em sua unidade de saúde, na capacitação em parada cardiorrespiratória baseado na metodologia OSCE adaptado.

Junto com este material, você recebe um CD com orientações gerais, sobre as etapas a serem desenvolvidas: Aula teórica, Descrição do caso, Orientações para o ator, Ficha de atendimento, Parâmetros para condução das Cenas, Checklist e Registro de educação local.

Esperamos poder contribuir e auxiliar na construção e desenvolvimento dos colaboradores instigando aquisição de novas competências profissionais, habilidades práticas, trabalho em equipe e análise de pontos de melhoria, no que diz respeito ao processo de trabalho e processo educativo nas unidades de saúde.

2. Atendimento de parada cardiorrespiratória baseado na metodologia OSCE-adaptado.

O OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) tem uma tradição na área da medicina, seu precursor foi Ronald Harden que desenvolveu esta metodologia na Escócia. O acrônimo OSCE, refere-se à padronização de tarefas e de avaliação baseada principalmente no formato de checklist.

Esta metodologia tem como objetivo avaliar em diferentes contextos o desempenho clínico do aluno através da realização da coleta de histórico e exame físico, orientação do paciente quanto ao diagnóstico, realização de procedimentos, orientação quanto a riscos, eventos adversos, atendimentos de urgências e emergências, resolução de problemas entre outros.

Igualmente avalia componentes cognitivos, psicomotores, atitudinais e competências interpessoais.

Em um típico OSCE, são elaboradas e simuladas várias estações clínicas, onde os alunos deverão desempenhar uma tarefa específica, em um tempo pré-determinado. A organização é estruturada de uma maneira rotativa, (para que todos os participantes individualmente passem por todas as estações). Em cada uma dessas estações, o desempenho do aluno é observado e desse modo é possível caracterizar se o participante tem o domínio das habilidades clínicas selecionadas. Este atendimento clínico é realizado sob o olhar de examinadores (usualmente são professores avaliadores), os quais têm a função de observar e registrar em um *checklist* o desempenho do aluno. Posteriormente os resultados são discutidos através de um *feedback*.

Para atribuir um aspecto de um ambiente verdadeiro, pode-se utilizar pacientes reais ou simulados. No caso dos pacientes reais podem-se utilizar pacientes que apresentam a clínica condizente com o caso ou pacientes que se disponibilizam para participar de um exame clínico, favorecendo um aprendizado mais ativo. Já no caso dos pacientes simulados (ator), são fornecidos roteiros para a encenação e ensaios para possíveis questionamentos. Tanto o paciente real como o simulado, pode ser substituído por manequins, simuladores, vídeo ou fita de áudio, onde a utilização de pacientes seria inadequada como no caso de uma ressuscitação cardiopulmonar. Quaisquer que sejam a abordagem adotada devem levar em consideração o ambiente, as circunstâncias locais e as necessidades do tipo de exame escolhido.

3. Objetivo.

Desenvolver a equipe de enfermagem no atendimento de parada cardiorrespiratória.

Objetivos específicos.

Promover desempenho no processo de ensino e aprendizagem da equipe.

Organizar o atendimento estimulando o trabalho em equipe.

Avaliar de forma integrada componentes cognitivos, psicomotores e atitudinais da prática.

4. Metodologia

Esta capacitação desenvolve-se em três etapas:

Primeira Etapa– Capacitação teórico/prático.

Nesta etapa os participantes serão capacitados através de uma aula teórica e prática (com utilização de manequins), em um atendimento de uma parada cardiorrespiratória. (Vide CD).

Tempo estimado 4 horas.

Segunda Etapa– Capacitação prática com aplicação da metodologia baseada em um OSCE adaptado. Esta etapa divide-se em quatro fases:

Primeira Fase– Simulação da cena na sala de classificação de risco com participação de uma atriz.

Nesta fase, a atriz já deverá estar preparada para atuar, de acordo com as orientações recebidas. (Anexo 1).

Anexar na porta do consultório da classificação de risco a descrição do caso (Anexo 2), onde a enfermeira (o) deverá realizar o atendimento em

ficha, considerando as queixas relatadas pela atriz (Anexo 3). Os sinais vitais serão disponibilizados pela facilitadora conforme a enfermeira (o) for solicitando (Anexo 4).

Tempo estimado: 5 minutos

OBS. O facilitador (a) deverá ter em mãos o checklist desde a primeira etapa, para realização dos apontamentos e para posterior feedback (Anexo 5).

Segunda Fase – Atendimento na sala de emergência com a participação da atriz.

A atriz gradativamente deverá simular piora do quadro clínico, sendo que os parâmetros de sinais vitais e a má evolução do quadro serão fornecidos pela facilitadora de acordo com a solicitação da equipe.

Tempo estimado: de 5 minutos.

Não deverá haver interferência da facilitadora no atendimento da equipe ao paciente.

Terceira Fase– Parada cardiorrespiratória utilização de manequim.

Nesta fase a atriz será substituída por um manequim para realização de procedimentos e realização das manobras de ressuscitação.

Tempo estimado: 8 minutos.

Quarta Fase– Retorno da parada cardiorrespiratória utilização de manequim.

Após os oito minutos de investimento em manobras de ressuscitação, a equipe será informada que a paciente retornou da parada cardiorrespiratória. O facilitador (a) oferecerá os parâmetros de sinais vitais estáveis e iniciará a observação em relação aos procedimentos pós- parada cardíaca.

Após três minutos a facilitadora informará a chegada do médico (a) e solicita para a enfermeira passar o caso para o médico (facilitadora).

Tempo estimado: 5 minutos.

Após término da quarta fase, deverá haver um resgate do atendimento através do instrumento de checklist, realizando alinhamentos de parada cardiorrespiratória, avaliando os pontos fortes, as fragilidades e pontos de melhoria da equipe.

Tempo estimado: 20 minutos.

Tecido e finalizado as considerações, todo o processo deverá ser repetido para análise, comparação e pontuação da evolução entre os atendimentos.

Tempo estimado: 45 minutos.

OBS. Ao final, o facilitador deverá registrar acapacitação no impresso destinado a Registro de Ações da Unidade (Anexo 6).

5. Referências

1. Ross M, Carroll G, Knight J, Chamberlain M, Fothergill BF, Linton J. Using the OSCE to measure clinical skills performance in nursing. *J adv.nurs.* 1988;13(1):45-56.
2. www.uc.pt/fmuc/gabineteeducacaomedica/fichaspedagogicas. Acessado em 14 de setembro 2016.
3. Tibério IFLC, Gallotti, RMD, Pavanelli MC; Rodrigues MAV. Avaliação Estruturada de habilidades tipo OSCE: Planejamento, elaboração, preparação e correção. In: Tibério IFLC; Gallotti RMD; Troncon LEA; Martins MA. Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina. São Paulo: Atheneu, 2012.
4. Troncon LEA; Amaral FTV. Participação de estudantes de medicina como avaliadores em exames estruturados de habilidades clínicas (OSCE). *Revista Brasileira de educação médica.* 2007; 31(1): 81-9.
5. Troncon LEA. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. *Revista de Medicina –Ribeirão Preto* 2007; 40(2):180-91.
6. Collins JP; Harden RM. Real patients, simulated patients and simulators in clinical examinations. *Med Teach.* 1998; 20:508-21.

ANEXO 1 - ORIENTAÇÕES PARA ATRIZ

Filomena (Paciente)

Você é uma paciente, uma senhora de 68 anos, viúva, 3 filhos casados, 7 netos, mora sozinha, os filhos moram em outro bairro, tem Hipertensão, Diabetes, (não sabe informar os nomes dos medicamentos que faz uso). Seu nível de escolaridade é básico, fundamental incompleto, e pode não compreender o profissional de saúde caso este venha proferir palavras ou termos técnicos.

CENA 1 - Classificação de Risco.

O Enfermeiro vai chamá-la pelo nome para realizar a classificação de risco, neste momento você demonstra irritabilidade, pois está sentindo muita dor e o atendimento está demorando muito.

O Enfermeiro deve mencionar que você já havia sido chamada e não respondeu; então você justifica que estava no banheiro vomitando, refere que comeu um pão com manteiga antes de sair e que não lhe fez bem.

Informações na Classificação De Risco

Na Classificação de risco irá informar que está com dor no peito (dor apertada como se estivesse alguém em cima de você), já teve essa dor há mais ou menos 6 meses, e agora voltou pior, está com vontade de vomitar, está suando muito, dor na barriga na altura do estômago. Apresenta irritabilidade o tempo todo.

Após informar o que está sentindo, não fale mais nada; apenas responda o que for perguntado.

Se o profissional questionar:

Ser hipertenso (sim, tem histórico familiar, toma os remédios quando se lembra ou se sente mal, não se recorda os nomes dos medicamentos).

Ser diabético (sim, sem histórico familiar, e toma os remédios quando se lembra ou se sente mal, não se recorda os nomes dos medicamentos).

Ser tabagista (fuma a 50 anos, por volta de 6 cigarros por dia)

Ser alcoolista (negar)

Praticar atividades físicas (negar)

Realizou algum exame recente (não se lembra quando foi a última vez)

Cirurgias anteriores e outras doenças (negar)

Hábitos alimentares (come de tudo)

Após o termino da Classificação de Risco será levada para a Sala de Emergência, onde inicia-se a cena 2.

Cena 2 – Emergência

Você continua simulando dor no peito e diz que está descendo para o braço esquerdo, fala que está com vontade de vomitar e simula vômito. Após vômito, (caso não esteja deitada) você deita na maca e fica impaciente, referindo muita dor, começa a ficar agitada, chamando pelo marido, vizinha, filhos, em estado de confusão, depois não reponde mais a nenhum chamado. Ao sinal do avaliador você será substituída pelo manequim para iniciar os procedimentos e dar seguimento ao atendimento.

ANEXO 2- DESCRIÇÃO DO CASO

Você é o Enfermeiro (a) escalado (a) para a Classificação de Risco, após término das chamadas para o consultório, você se dirige ao banheiro. No seu retorno, é abordado pela auxiliar de enfermagem informando que tem uma senhora no corredor que não está se sentindo muito bem, e a ficha de atendimento está em cima da sua mesa.

Esta senhora já foi chamada por você para a Classificação de Risco, porém não havia respondido a chamada anterior.

Faça o atendimento desta senhora.

ANEXO 4–PARÂMETROS DE SINAIS VITAIS

Cena 1- Classificação de risco

- PA: 90x60 mmHg, FC: 52 bpm, FR:16 rpm, Sat: 90%, TAX: 36° C

Glicemia Capilar: 110 mg/dl

Cena 2 – Sala de emergência

- PA 60x30 mmHg , FC 30 bpm, FR 10 rpm, Sat 82%, TAX 36° C,
Glicemia capilar 103 mg/dl.

CENA 3- SALA DE EMERGÊNCIA

- Pulso Carotídeo: 30 bpm

ANEXO 5– CHECKLIST

CheckList Parada Cardiorrespiratória – Suporte Básico de Vida

Unidade:

Tempo de simulação:

Participantes:

Obs. Sinais Vitais: PA 90x60 mmHg, FC 52 bpm,FR 16 rpm, Sat 90%, TAX 36º C, Glicemia capilar 110 mg/dl. Apresenta sudorese, palidez, náuseas (um episódio de vômito na unidade) e irritabilidade. Tempo: 5 min.

FASE01 – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - Utilização de Atriz				
TAREFA	S	N	Não se aplica	Observações
1. Cumprimenta o paciente?				
2. Apresenta-se pelo nome?				
3. Realiza acolhimento? (explica os procedimentos a serem realizados).				
4. Pergunta sobre características da dor:				
f. Localização;				
g. Tipo;				
h. Duração;				
i. Irradiação;				
j. Fatores de melhora/piora.				
5. Pergunta sobre histórico:				
g. Hipertensão;				
h. Diabetes;				
i. Tabagismo;				
j. Alergias;				
k. Medicamentos em uso;				
l. Outros sinais/sintomas.				
6. Realiza aferição de sinais vitais?				
h. Pressão arterial;				
i. Frequência cardíaca;				
j. Frequência respiratória;				
k. Pulso;				
l. Saturação;				
m. Glicemia capilar;				
n. Temperatura.				
7. Realiza a Classificação de Risco de acordo com protocolo?				
8. Conduz paciente à sala de emergência?				
9. Aciona a equipe?				

Obs. Paciente apresenta rebaixamento do nível de consciência, com alterações de Sinais Vitais: PA 60x30 mmHg ,FC 30 bpm,FR 10 rpm, Sat 82%, TAX 36° C, Glicemia capilar 103 mg/dl. Apresenta sudorese, palidez, náuseas, vômito e irritabilidade. Tempo: 5 min.

FASE 02 – SALA DE EMERGÊNCIA – Rebaixamento do nível de consciência com alterações de sinais vitais.				
Utilização de Atriz				
TAREFA	S	N	Não se aplica	Observações
1. Realiza monitorização?				
h. Pressão arterial				
i. Frequência cardíaca				
j. Frequência respiratória				
k. Pulso				
l. Saturação				
m. Glicemia capilar				
n. Temperatura				
2. Avalia nível de consciência?				

Obs. Atriz é substituída por manequim. Paciente apresenta perda da consciência, ausência da respiração, pulso carotídeo presente na frequência de 30 bpm. Tempo: 5 min.

FASE 03- SALA DE EMERGÊNCIA - Parada Respiratória.				
Utilização de Manequim				
TAREFA	S	N	Não se aplica	Observações
1. Avalia responsividade?				
2. Reconhece parada respiratória?				
3. Realiza manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo?				
4. Utiliza bolsa- válvula- máscara?				
5. Utiliza bolsa- válvula- máscara conectado a fonte de oxigênio?				
6. Oferece volume de O ₂ de 10 á 12 L/min				
7. Realiza O ₂ ventilações de 1 segundo a cada 5 segundos?				
8. Promove a correta expansão torácica?				
9. Faz medição da Cânula de Guedel?				
10. Faz uso correto da Cânula de Guedel?				

Obs. Paciente mantém perda da consciência, ausência da respiração e pulso carotídeo.

Tempo: 6 min. Trocar socorrista a cada 5 ciclos de 30:2 de 2 min - (3 ciclos de 2 min.)

FASE04- SALA DE EMERGÊNCIA -Parada Cardiorrespiratória				
Utilização de Manequim				
TAREFA	S	N	Não se aplica	Observações
1.Coloca paciente em região plana e rígida?				
2. Possui posicionamento adequado para a realização das compressões torácicas?				
3.Inicia as compressões torácicas 30 :2(30 compressões para duas ventilações)?				
4.Realiza técnica de RCP(Ressuscitação cardiopulmonar) adequadamente?				
5.Realiza revezamento de socorristas nas compressões torácicas?				
6.O DEA é instalado assim que disponível?				
7. Instala as pás adequadamente?				
8. Afasta-se e afasta as pessoas (equipe) da vítima, para análise do ritmo?				
9. Quando o ritmo não é chocável o pulso é checado antes de iniciar a RCP?				
10. É reiniciado a RCP por outro profissional da equipe imediatamente após a desfibrilação?				
11. Realiza compressão e ventilação de acordo com os itens 2 e 3?				

Obs. Retorno da Parada Cardiorrespiratória. Tempo: 5 min.

FASE 5- SALA DE EMERGÊNCIA - Retorno da Parada Cardiorrespiratória				
Utilização de Manequim				
Tarefa	S	N	Não se aplica	Observações
1. Após o retorno da circulação espontânea?				
e. Mantém DEA instalado?				
f. Paciente em posição de recuperação?				
g. Mantém paciente monitorizado?				
2. Algum membro da equipe exerceu a função de liderança durante o atendimento?				
3. Realizam registros e anotações?				
4. Organizam a sala?				

Facilitador (es):

ANEXO 6 – LISTA DE PRESENÇA

Registro de ações de locais de educação permanente em saúde

Unidade: _____ Região: _____

IDENTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE:

Tema (Assunto): _____

Justificativa (Por quê?): _____

Resultado Esperado: _____

Avaliação (como irá medir o resultado): _____

Data: ____/____/____ Carga Horária (Duração): _____

IDENTIFICAÇÃO DO FACILITADOR:

Nome: _____

Matr. _____ Cargo: _____

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES:

NOME	MATRÍCULA	FUNÇÃO	ASSINATURA
01 -			
02 -			
03 -			
04 -			
05 -			
06 -			
07 -			
08 -			
09 -			
10 -			

ASSINATURAS PARA VALIDAÇÃO:

Facilitador

ANEXO

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

AUTORIZAÇÃO ADMINISTRATIVA REGIONAL PARA: CADASTRO DE PESQUISA NA
PLATAFORMA BRASIL E APRECIÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA – CEP/SMS. G

Nº de ordem ____ 2016.

Autorizo a realização da pesquisa abaixo descrita, condicionando a coleta de dados após análise e Parecer aprovado do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE- CEP/SMS.G e Liberação formal desta Coordenadoria para início de coleta de dados.

Título da pesquisa: CAPACITAÇÃO NO ATENDIMENTO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA BASEADO NA METODOLOGIA OSCE.

Tipo de pesquisa: Qualitativa

Pesquisador Responsável/Orientador: Sayuri Tanaka Maeda

Pesquisador/Aluno: Alessandra Carvalho dos Santos da Silva

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem

E-mail/telefones: alessandracs@bol.com.br – 9 9180-14-82/ 2042-96-52

Unidade(s) ou Serviço(s) de interesse: UBSI Castro Alves

São Paulo, 07 de novembro de 2016.

Carimbo e Assinatura da Coordenadora Regional de Saúde

Av. Pires do Rio, 191 – Fones: 2033-7087 e 2956-7164 - São Miguel Paulista – São Paulo – SP.
Ana Takata amtakata@prefeitura.sp.gov.br – Edilene edileneperes@prefeitura.sp.gov.br
Joice jgomes@prefeitura.sp.gov.br - Danielle- drodriguescosta@prefeitura.sp.gov.br