

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Capacitação dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila
Real sobre Suporte Básico de Vida: relação com a autoestima**

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Élia Susana Batista Carril

Orientadores

Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira



Vila Real, 2018

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**Capacitação dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila
Real sobre suporte básico de vida: relação com a autoestima**

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Élia Susana Batista Carril

Orientadores

Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira



Vila Real, 2018

Carril, E.S.B. (2018)

Capacitação dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real sobre suporte básico de vida: relação com a autoestima.

Trabalho expressamente elaborado como Estágio e Relatório original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

*“None of us can know what we are capable of
until we are tested”*

Elizabeth Blackwell

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Maria João Monteiro e Maria Conceição Rainho pela orientação e disponibilidade.

À equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Marta de Penaguião, em especial às enfermeiras Paula Pinto, Clara Leite e Rita Vilar pelo apoio, disponibilidade e amizade.

Às enfermeiras Helena Pereira e Emília Sarmento da USP, pela amizade, disponibilidade e boa disposição.

Aos meus colegas de serviço pelo que me “aturam” todos os dias.

Aos meus colegas de mestrado, com especial atenção à Márcia Carril e ao Rui Carvalho e pelo caminho que fizemos juntos.

À Teresa Borges, porque começamos juntas neste percurso, pela amizade que permanece mesmo à distância.

Aos meus amigos do coração, em especial à Maria José e ao Luís, sem o vosso apoio não tinha chegado aqui.

À minha família, em especial aos meus pais, madrinha, irmãos, cunhados e sobrinhos, pelas ausências e pelo mau humor.

Por fim, ao António Afonso, meu amor e meu pilar, este trabalho também é teu.

RESUMO

O presente relatório enquadra-se no desenvolvimento da unidade curricular Estágio e Relatório (2º ano) do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, que decorreu de 14 de setembro de 2015 a 29 de janeiro de 2016 e visava o desenvolvimento de competências específicas nesta área do conhecimento. No decurso do mesmo desenvolvemos um estudo empírico intitulado “Capacitação dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real sobre suporte básico de vida: relação com a autoestima”.

Em Portugal as doenças cardiocirculatórias continuam a ser a principal causa de morte, tal como em todos os países europeus. De acordo com o relatório da Direção Geral da Saúde “Doenças cérebro- cardiovasculares em números – 2013”, as mortes por doenças do aparelho circulatório em 2012 situavam-se nos 30,4%, tendo um importante impacto económico que resulta das sequelas, bem como dos crescentes custos relacionados com o seu tratamento.

Apesar dos desenvolvimentos científicos e técnicos da medicina, o prognóstico da paragem cardiorrespiratória não melhorou de forma significativa. Face ao exposto, é de máxima importância a capacitação de leigos em suporte básico de vida (SBV).

O presente estudo teve como objetivo avaliar os conhecimentos antes e após o projeto “capacitar para salvar” e as competências após a implementação do mesmo. Estudou-se também a relação entre autoestima, enquanto constructo sobre a avaliação que o indivíduo faz e mantém sobre si próprio (Rosenberg, 1965) e os conhecimentos e competências sobre SBV.

Foi realizado um estudo descritivo longitudinal, quase experimental de abordagem quantitativa. A recolha de dados ocorreu entre março e abril de 2016 (1ª fase) e entre junho e julho de 2016 (2ª fase), numa amostra de 97 colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real. Para a recolha de dados utilizou-se um questionário, sendo a primeira parte de caracterização sociodemográfica e a segunda de treze questões relativas à avaliação de conhecimentos sobre SBV. Foi ainda usada a escala de autoestima de *Rosenberg* e uma grelha de observação para avaliação de competências sobre SBV.

Tendo em conta os resultados obtidos, o projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” evidenciou mudanças significativas nos conhecimentos em SBV. Constatou-se que os colaboradores mais novos e os que tinham menos tempo de serviço na instituição

demonstraram mais conhecimentos após a intervenção. Em relação às competências em SBV observou-se que os colaboradores com menos de 40 anos, os que tinham um nível de ensino superior e os que desempenhavam funções de quadros superiores e com tempo de serviço menor que 10 anos, detinham mais competências para realizar manobras de SBV

De um modo geral os colaboradores da CMVR demonstraram uma elevada autoestima, o que poderá justificar a inexistência de relação com o conhecimento e competência sobre SBV.

Palavras-chave: Suporte básico de vida; conhecimento; competências; autoestima; formação.

ABSTRACT

This report is part of the development of the Internship and Report unit (2nd year) of the Master's Degree in Community Nursing at the University of Trás-os-Montes and Alto Douro University, which ran from September 14, 2015 to 29 January 2016 and aimed at developing specific skills in this area of knowledge. In the course of the study we developed an empirical study titled "Empowerment of employees of the Municipal Council of Vila Real on basic life support: relationship with self-esteem".

In Portugal, cardiocirculatory diseases continue to be the main cause of death, as in all European countries. According to the report of the Directorate-General for Health "Brain and cardiovascular diseases in numbers - 2013", deaths from circulatory system diseases in 2012 stood at 30.4%, with a significant economic impact resulting from sequelae and the rising costs associated with their treatment.

Despite the scientific and technical developments in medicine, the prognosis of cardiorespiratory arrest did not improve significantly. In view of the above, the training of lay people in basic life support (SBV) is of utmost importance.

The present study aimed to evaluate the knowledge before and after the "empower to save" project and the competences after the implementation of the project. The relationship between self-esteem and self-esteem, as well as the self-esteem and self-esteem evaluation (Rosenberg, 1965) and SBV knowledge and skills were also studied.

A longitudinal descriptive study of quantitative approach was carried out. Data collection took place between March and April 2016 (1st phase) and between June and July 2016 (2nd phase), in a sample of 97 employees of Vila Real Municipal Council. For the data collection, a questionnaire was used, the first part of sociodemographic characterization and the second of thirteen questions related to the evaluation of SBV knowledge. The Rosenberg self-esteem scale and an observation grid for the evaluation of competences on SBV

Taking into account the results obtained, the "Empower to Save" intervention project evidenced significant changes in SBV knowledge. It was found that the younger employees and those with less time in the institution showed more knowledge after the intervention. Regarding SBV competencies, it was observed that employees under 40 years of age, those with a higher education level, and those who performed senior management functions and

who had a working time of less than 10 years had more competencies to perform maneuvers from SBV

In general, the CMVR employees demonstrated a high self-esteem, which may justify the inexistence relationship between knowledge and competence on SBV.

Keywords: Basic life support; knowledge; Skills; self esteem; formation.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	IX
RESUMO.....	XI
ABSTRACT	XIII
ÍNDICE	XV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIX
ÍNDICE DE TABELAS	XXI
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XXIII
INTRODUÇÃO.....	1
1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	7
1.1. No contexto da UCC	7
1.2. No contexto da Unidade de Saúde Pública	12
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1. Suporte básico de vida – perspetiva histórica	17
2.2. Reanimação cardiorrespiratória em Portugal.....	19
2.3. Sistema Integrado de Emergência Médica.....	19
2.4. Cadeia de sobrevivência	20
2.5. Paragem cardiorrespiratória	22
2.6. Suporte básico de vida	23
2.6.1. Algoritmo de Suporte Básico de Vida.....	23
2.6.2. Posição lateral de segurança.....	27
2.6.3. Obstrução da via aérea por corpo estranho	28
2.6.4. Riscos para o reanimador	29
2.6.5. Número Europeu de Emergência	29
2.6.6. Legislação portuguesa	29

2.7. Capacitação em contexto comunitário	31
2.8. Autoestima	32
3. METODOLOGIA.....	35
3.1. Justificação e delimitação do tema de investigação.....	35
3.2. Definição do problema de investigação	37
3.3. Finalidade e objetivos da investigação	37
3.4. Desenho de investigação.....	38
3.4.1. População e amostra.....	41
3.4.2. Critérios de exclusão	41
3.4.3. Instrumento de recolha de dados	41
3.4.4. Pré-teste	44
3.4.5. Variáveis e sua operacionalização.....	44
3.4.6. Hipóteses de Investigação	45
3.4.7. Procedimento de recolha de dados e considerações éticas.....	46
3.4.8. Tratamento estatístico dos dados.....	46
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
4.1. Caracterização geral da amostra	49
4.2. Conhecimentos sobre SBV	50
4.3. Relação entre a autoestima e os conhecimentos e competências sobre SBV	61
4.4. Relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e os conhecimentos, competências e autoestima dos colaboradores da CMVR.....	66
5. CONCLUSÕES.....	83
6. SÍNTESE CONCLUSIVA	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
APÊNDICE A	97
APÊNDICE B.....	101

APÊNDICE C	105
APÊNDICE D	113
APÊNDICE E.....	117
APÊNDICE F.....	121
APÊNDICE G	125
APÊNDICE H	129
APÊNDICE I.....	133

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cadeia de sobrevivência.....	21
Figura 2. Algoritmo de suporte básico de vida.....	27
Figura 3. Algoritmo obstrução da via aérea	28
Figura 4. Fluxograma do estudo	40
Figura 5. Distribuição das frequências percentuais de resposta ao questionário, antes e após a implementação do projeto de intervenção	52
Figura 6. Distribuição das frequências percentuais de competências em suporte básico de vida demonstradas pelos colaboradores da CMVR após a implementação do projeto de intervenção	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	50
Tabela 2. Distribuição absoluta e percentual das respostas às questões sobre conhecimentos em SBV antes e após implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.....	56
Tabela 3. Estatísticas descritivas dos itens avaliados pela escala de autoestima de <i>Rosenberg</i> nos colaboradores da CMVR	62
Tabela 4. Relação entre a autoestima e os conhecimentos sobre SBV após implementação do projeto	63
Tabela 5 Relação entre a autoestima e as competências dos colaboradores da CMVR.....	64
Tabela 6. Relação entre sexo e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR	68
Tabela 7. Relação entre idade e conhecimentos sobre SBV dos colaborador da CMVR	69
Tabela 8. Relação entre meio de residência e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR.....	70
Tabela 9. Relação entre escolaridade e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR.....	71
Tabela 10. Relação entre função desempenhada e conhecimento sobre SBV dos colaboradores da CMVR	72
Tabela 11. Relação entre tempo de serviço e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR.....	73
Tabela 12. Relação entre o género e as competências em SBV dos colaboradores da CMVR	74
Tabela 13. Relação entre a idade e as competências em SBV dos colaboradores da CMVR .	75
Tabela 14. Relação entre a área de residência e as competências em SBV dos colaboradores da CMVR	75
Tabela 15. Relação entre o nível de escolaridade e as competências em SBV dos colaboradores da CMVR.....	77

Tabela 16. Relação entre a função desempenhada e as competências em SBV dos colaboradores da CMVR.....	77
Tabela 17. Relação entre o tempo de serviço e as competências em SBV dos colaboradores da CMVR.....	78
Tabela 18. Relação entre a autoestima e as variáveis sociodemográficas dos colaboradores da CMVR.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACP – Automóvel Clube de Portugal

AHA – American Heart Association

ARS – Administração Regional de Saúde

CMVR – Câmara Municipal de Vila Real

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPR – Conselho Português de Reanimação

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DAE – Disfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral de Saúde

EAER – Escala de Autoestima de *Rosenberg*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ERC – European Resuscitation Council

ESS-UTAD-Escola de Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

FV – Fibrilhação Ventricular

GEM – Gabinete de Emergência Médica

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OVA – Obstrução da Via Aérea

PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PLS – Posição Lateral de Segurança

PNDAE – Programa Nacional de Defibrilhação Automática Externa

PNS – Plano Nacional de Saúde

PSP – Policia de Segurança Pública

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SMP – Santa Marta de Penaguião

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UF – Unidades Funcionais

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório/Dissertação de Natureza Aplicada, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (ESS – UTAD). Entre os seus objetivos, é pretendido a consolidação de uma intervenção abrangente, integrada e especializada em enfermagem, bem como o desenvolvimento de um trabalho que tome como objeto de estudo as problemáticas inerentes à prática da enfermagem comunitária.

Neste sentido com o desenvolvimento desta unidade curricular pretende-se consolidar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), através da realização do estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e na Unidade de Saúde Pública (USP), bem como de um estudo empírico subordinado à temática da importância da capacitação de leigos em Suporte Básico de Vida (SBV) e sua relação com a autoestima.

É consensual que, apesar do desenvolvimento científico e técnico da medicina, o prognóstico da paragem cardiorrespiratória (PCR) não melhorou de forma significativa, que se deve fundamentalmente ao facto das manobras de reanimação se iniciarem tardiamente. O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a sobrevivência nos casos de PCR por fibrilhação ventricular (FV), (Nadkarni et al., 2010). Ainda que os fatores que influenciam o prognóstico dependam da causa da PCR, a rapidez e a qualidade das manobras de SBV são fundamentais para o sucesso da intervenção (*American Heart Association [AHA], 2015*). Aliás, reforçam os autores que a eficácia da reanimação é diretamente proporcional ao tempo decorrido entre a PCR, o início das manobras de SBV e a competência da pessoa que as inicia.

A dimensão deste problema é sublinhada pelo Centro Nacional para Estatísticas de Saúde, ao referir que, de um total de 2.471.984 mortes nos Estados Unidos em 2008, 616.828 foram causadas por doenças cardíacas, considerada a principal causa de morte, e destas, 134.148 por doenças cerebrovasculares. Um outro estudo, do *Global Burden of Disease* estimou que a nível mundial, em 2001, 12,45 milhões de mortes foram causadas por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. A doença isquémica do coração surge como a principal causa de morte a nível global, sendo responsável por 1,4 milhões de mortes nos países desenvolvidos e 5,7 milhões de mortes em países em vias de desenvolvimento (AHA, 2015).

Também em Portugal se mantém este cenário, sendo que as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte, à semelhança dos restantes países europeus, apesar da tendência constante de decréscimo verificada nos últimos anos. De acordo com o relatório da Direção Geral da Saúde (DGS) “Doenças cérebro- cardiovasculares em números – 2013”, as mortes por doenças do aparelho circulatório em 2012 situavam-se nos 30,4% (Direção Geral da Saúde [DGS], 2014). Acresce o importante impacto económico destas doenças, resultado das sequelas bem como dos crescentes custos relacionados com o seu tratamento.

Nas últimas duas décadas a progressiva diminuição das taxas de mortalidade destas doenças está relacionada não só com a disponibilização de novos fármacos e técnicas inovadoras, mas sobretudo com a melhoria significativa das condições organizativas, permitindo uma rápida resposta da emergência pré-hospitalar e um correto encaminhamento para os locais onde os melhores tratamentos podem ser administrados. Dados provenientes de 37 comunidades da Europa indicam que a incidência anual de paragens cardíacas no pré-hospitalar, em todos os ritmos cardíacos tratadas pelos serviços de emergência médica é de 38 por 100.000 habitantes (Atwood, 2005, citado por Conselho Português de Reanimação [CPR], 2010).

Dada a constante evolução da ciência da reanimação, as recomendações clínicas têm que ser atualizadas regularmente. É o *European Resuscitation Council* (ERC), fundado em 1989 e envolvendo representantes de quase todos os países europeus, que tem como principal objetivo produzir linhas de orientação e recomendações para a prática de suporte básico e avançado de vida. Desde 2000, e a cada cinco anos, os seus membros tornam públicos os resultados da investigação nessa área, para atualização de procedimentos.

De acordo com o relatório do ERC de 2010, iniciar o SBV e desfibrilhação nos 3 a 5 minutos que se seguem à paragem por FV permite taxas de sobrevivência na ordem dos 40 a 75%. Por cada minuto de atraso na desfibrilhação a probabilidade de sobrevivência, à data da alta hospitalar, reduz-se em 10 a 12% (*European Resuscitation Council [ERC]*, 2010). Sastre e Velasco (2013) apontam para taxas de sobrevivência, em indivíduos que foram vítimas de PCR, mais reduzidas, na ordem dos 4 a 33% e salientam a importância da organização da cadeia de sobrevivência, em que o primeiro elo é o reconhecimento rápido da situação e o pedido de ajuda. É conhecido que a supressão da circulação sanguínea durante vários minutos causa danos cerebrais irreversíveis, pelo que é da máxima importância formar indivíduos não

profissionais – doravante designados por leigos – para que o início de manobras de SBV seja tão célere quanto possível.

O algoritmo de SBV é composto por etapas iniciadas fora do ambiente hospitalar, podendo ser efetuadas por leigos, desde que devidamente capacitados e informados. Num primeiro momento identificam-se os sinais de PCR, a seguir faz-se o pedido de ajuda diferenciada e iniciam-se as manobras de SBV (Pergula & Araujo, 2008).

As situações de PCR podem ocorrer em qualquer contexto e podem ter um impacto traumático relevante nos indivíduos que assistem à ocorrência, sobretudo se não houver uma intervenção rápida e de qualidade. De acordo com alguns autores, devem ser consideradas todas as iniciativas que aumentem o conhecimento da população em geral sobre as causas subjacentes à morte súbita e a sua ligação a arritmias cardíacas. Os autores propõem ainda desenvolvimento de programas na comunidade, que promovam o acesso imediato de vítimas de paragem cardíaca a manobras de SBV efetuadas por testemunhas no local e o acesso mais rápido a desfibrilhação precoce (Aufderheide, Hazinski & Nichol, 2006).

Durante os anos 90 surgiu o conceito do primeiro interveniente, referindo-se este conceito à primeira pessoa que não sendo um profissional de saúde, pode chegar ao local do acidente antes da equipa de emergência e assegurar a execução dos primeiros passos da cadeia de sobrevivência. Em muitos países, a elevada prevalência das doenças cardiovasculares tem constituído um problema de saúde pública, pelo que a educação sobre SBV será um método reconhecido (na falta de uma intervenção médica especializada), que permite diminuir a morbilidade e mortalidade por PCR em ambiente extra-hospitalar (Cáceres, Céspedes, Campos & Gompertz, 2006).

Na Europa a taxa de sobrevivência associada a PCR é extremamente variável situando-se entre 1 a 10%, mas está documentado que pode chegar a 20%, se o SBV for iniciado imediatamente e se o ritmo for FV. Alguns estudos norte americanos indicaram que se a Reanimação Cardiopulmonar (RCP) for iniciada nos primeiros minutos após PCR, incluindo desfibrilhação nos primeiros minutos, 43% dos doentes sobrevive. Estes dados justificam que alguns países tenham considerado como uma medida de saúde pública a formação teórica e prática em SBV do público em geral (Cáceres et al., 2006). Neste enquadramento, estabelecemos como finalidade do estudo contribuir para a capacitação dos colaboradores da CMVR em SBV, apostando na implementação de um projeto de intervenção com recurso a estratégias participativas. A consecução da finalidade é orientada pela definição de objetivos

que passaremos a enunciar: *i)* caracterizar os colaboradores da CMVR no que respeita às variáveis sociodemográficas e profissionais; *ii)* avaliar os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR, antes e após a implementação do projeto de intervenção “Capacidade para Salvar”, *iii)* avaliar as competências demonstradas em SBV, dos colaboradores da CMVR após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, *iv)* avaliar a autoestima dos colaboradores da CMVR, após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, *v)* analisar a relação entre a autoestima e os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR, após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, *vi)* analisar a relação entre a autoestima e as competências em SBV demonstradas pelos colaboradores da CMVR, após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, *vii)* analisar a relação entre os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” e as características sociodemográficas e socioprofissionais, *viii)* analisar a relação entre as competências em SBV dos colaboradores da CMVR três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” e as características sociodemográficas e socioprofissionais, *ix)* analisar a relação entre a autoestima dos colaboradores da CMVR três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” e as características sociodemográficas e socioprofissionais.

Reconhecemos a necessidade de considerar uma abordagem teórica ao processo de capacitação das pessoas recorrendo aos pressupostos da educação de adultos na qual se alicerça a prática da intervenção do EEECSPP conforme perfil de competências estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE): “liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”.

O presente relatório foi estruturado em quatro partes fundamentais. Numa primeira parte foi realizada descrição das atividades desenvolvidas no âmbito da UCC e da USP, imbuída de uma apreciação reflexiva com base nas competências do EEECSPP (Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro). A segunda parte considera o enquadramento teórico fundamental para a compreensão da problemática em estudo, nomeadamente a perspetiva histórica sobre o SBV, a RCR em Portugal, a referência ao Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), à cadeia de sobrevivência, PCR e definição de SBV, explicando o seu algoritmo, a Posição Lateral de Segurança (PLS), a Obstrução da Via Aérea (OVA) por corpo

estranho, riscos para o reanimador, o número europeu de emergência e a legislação de suporte.

Na terceira parte, será enquadrado o percurso metodológico com referência aos seus diferentes componentes, nomeadamente: justificação do tema de investigação; definição do problema, finalidade e objetivos da investigação; desenho da investigação e seus elementos (tipo de estudo, população e amostra; critérios de exclusão, instrumento de colheita de dados, pré-teste, operacionalização e categorização das variáveis da investigação; questões e hipóteses de investigação; recolha de dados, considerações éticas, análise de dados, testes e nível de significância).

A quarta parte diz respeito à apresentação e discussão dos resultados a que se segue as principais conclusões, enumerando os principais aspetos que resultaram da implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”. Por último, a síntese conclusiva, constitui um momento de autorreflexão e de pensamento crítico sobre o percurso formativo conducente à consolidação das competências específicas do EEECSF plasmadas no dispositivo legal da OE.

1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Sendo o estágio uma oportunidade única para o desenvolvimento de competências e consolidação de conhecimentos teóricos interligando-os com a prática, a sua realização ocorreu na UCC de Santa Marta de Penaguião (SMP) de 14 de setembro a 4 de outubro de 2015 e de 23 de novembro de 2015 a 29 de janeiro de 2016, e na USP de Vila Real de 12 de outubro a 16 de novembro de 2015, fixando-se os seguintes objetivos:

- Consolidar a intervenção especializada em enfermagem comunitária e de saúde pública;
- Perspetivar uma abordagem abrangente, integrada e projetiva na fundamentação das práticas em enfermagem comunitária e de saúde pública;
- Participar nas atividades em curso na UCC e na USP.

Importa referir que o desenvolvimento do estágio teve por base as competências específicas do EEECS, que segundo o regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 128/2011, de 18 de Fevereiro) são as seguintes:

- Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS);
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Seguidamente serão explicitadas e fundamentadas as atividades desenvolvidas na UCC e na USP.

1.1. No contexto da UCC

No âmbito da reestruturação dos cuidados de saúde, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários (CSP), surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criados através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro,

integrados nas administrações regionais de saúde (ARS), desaparecendo assim a estrutura intermédia constituída pela sub-região de saúde.

A missão dos ACES é garantir a prestação de CSP aos cidadãos de determinada área geográfica. Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, competências próprias, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, constituído por várias Unidades Funcionais (UF) de prestação de cuidados de saúde, que agrupam um ou mais Centros de Saúde (CS). Em cada CS funciona, pelo menos, uma Unidade de Saúde Familiar (USF), uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma UCC, sendo que em cada ACES existe uma USP e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

Mais especificamente quanto à UCC, esta é uma unidade funcional que tem por missão contribuir para melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e contribuindo para o cumprimento da missão do ACES (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro). É neste contexto que se releva a importância do EEECS. De facto a enfermagem comunitária privilegia a comunidade, como contexto de intervenção, as estratégias como a educação para a saúde e a capacitação de grupos e comunidades. Desenvolve a sua atividade com base na evidência científica e nas etapas estabelecidas na metodologia do planeamento em saúde.

Tendo em conta a importância do contexto demográfico na intervenção do EEECS, seguidamente apresentar-se-á uma caracterização geográfica do concelho de SMP. Assim, o concelho de SMP é um município com 69.25 km² de superfície, subdividido em sete freguesias, sendo estas, Alvações do Corgo, Cumieira, Fontes, Fornelos/Louredo, S. João de Lobrigos/S. Miguel de Lobrigos, Medrões e Sever. De acordo com os censos realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2011, a população residente total era de 7356, sendo que destes 3463 são homens e 3893 são mulheres.

Tendo como missão a melhoria do estado de saúde da população, a UCC desenvolve um conjunto amplo de atividades, passando-se a descrever aquelas em que tive oportunidade de participar.

Foi-me proposta a realização de uma ação de formação sobre o tema “cuidados paliativos, abordagem ao doente terminal”, com o objetivo de potenciar uma reflexão sobre este assunto, fornecendo ou aprofundando conhecimentos sobre o tema, promovendo a discussão

interdisciplinar e abordando os casos da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), com a equipa multidisciplinar da UCC. Ocorreu no dia 3 de dezembro de 2015 na sala de formação do CS de SMP e teve a duração de 60 minutos, contando com dez participantes.

Ainda no âmbito da formação em serviço foram efetuadas formações de SBV, de natureza teórica e prática, para assistentes operacionais, assistentes administrativos, enfermeiros e médicos do CS de SMP que decorreu no dia 21 de janeiro de 2016.

Tendo em conta a importância da educação para a saúde, foram realizadas sessões de formação em SBV para alunos do 9º ano de escolaridade do centro escolar de SMP. Tiveram como principais objetivos, ensinar os alunos deste ano de escolaridade a executar SBV, a identificar situações de risco de vida, a iniciar manobras de SBV e ainda que fossem capazes de transmitir estes conhecimentos aos seus pares. Foram realizadas formações teóricas e práticas a grupos de 12 participantes durante o mês de janeiro de 2016.

No dia 1 de outubro de 2015, a pedido do centro escolar de SMP, foi feita formação sobre primeiros socorros para crianças do 5º ano de escolaridade, com o objetivo de que as crianças reconheçam situações de urgência e como atuar perante as mesmas. A sessão decorreu no auditório do centro escolar e teve a participação de todas as crianças que frequentavam o 5º ano. Foi uma sessão muito participativa e um grande momento de aprendizagem para ambas as partes. Também neste âmbito foi efetuada uma sessão de formação para os assistentes operacionais do mesmo centro escolar, com a duração de 1h e 30m e o objetivo de ensinar primeiros socorros e reconhecimento de situações de urgência e a forma de atuar sem entrar em pânico ou pôr em risco a integridade física dos próprios.

Entre dezembro de 2015 e janeiro de 2016 foram realizadas sessões de formação nos cinco jardins-de-infância do concelho de SMP que denominámos de “trim-trim”, com o objetivo de sensibilizar as crianças para o pedido de socorro, explicando-se a forma correta de utilização do número europeu de emergência médica, como reconhecer uma situação de urgência e o tipo de informação a disponibilizar para garantir a eficácia do pedido de socorro. Foram usadas estratégias adequadas às idades das crianças, como teatro de fantoches e jogos lúdicos, visando facilitar a aprendizagem das crianças e a concretização dos objetivos.

Nos dias 4 e 17 de dezembro de 2015 deslocámo-nos às instalações da Associação A2000 para realizar uma formação, no âmbito do projeto “Viver uma sexualidade saudável”, a um grupo de 10 formandos com atraso cognitivo. O principal objetivo desta formação foi

sensibilizar os formandos para a importância da vivência de uma sexualidade saudável, fornecendo e aprofundando conhecimentos sobre o tema, os métodos contraceptivos e as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e as suas complicações. Foi feita a apresentação de alguns métodos contraceptivos e imagens reais de IST.

No decorrer deste estágio, para além do anteriormente descrito, participei em outras atividades realizadas na UCC de SMP, tendo em conta a fase de desenvolvimento em que se encontravam. Assim destacam-se:

i) O projeto “Mochila Amiga” que visa ensinar as crianças a arrumar a mochila e alertar para os problemas de saúde do uso de uma mochila com excesso de peso. Consistiu em ações de formação destinadas a crianças do 5º ano, que foram realizadas no início do ano escolar;

ii) O Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), é um programa da ARS em parceria com a Direção Regional de Educação do Norte. A gestão e a criação do programa é da responsabilidade do Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, que é também responsável pela formação das equipas PASSE locais, que posteriormente o desenvolvem e o implementam. Este programa, tem como objetivo promover uma alimentação saudável, contribuindo para um ambiente promotor da saúde, em especial no que se refere à alimentação, de forma a promover comportamentos alimentares saudáveis. O serviço de alimentação escolar é também um dos alvos do PASSE, contribuindo para que a oferta alimentar esteja de acordo com as recomendações nutricionais. A atividade física, a saúde mental e saúde oral são outros dos determinantes da saúde que este programa integra no âmbito das atividades que desenvolve.

Foi desenhado com base em cinco dimensões das escolas promotoras da saúde: a dimensão organizacional e ecológica, que procura sistematizar as formas de intervenção na escola, no que diz respeito à oferta e políticas alimentares, e que é transversal a todas as escolas; a dimensão curricular, propondo uma série de atividades integradoras do 1º ao 4º ano do primeiro ciclo do ensino básico e jardim-de-infância, em coordenação com os programas curriculares; a dimensão comunitária, objetivada no envolvimento da comunidade em articulação com a equipa de saúde local e regional na criação de ambientes promotoras de saúde.

O PASSE abrange toda a comunidade educativa (alunos, professores, encarregados de educação, manipuladores de alimentos...) de todos os níveis de ensino, elementos chave da

comunidade extra educativa (autarquias, comércio, empresas de transporte, clubes, Instituto Português de Solidariedade Social, Organizações Não Governamentais, Associações...) incluindo pais, amigos e estruturas que interagem com a escola, ajudando em conjunto a criar ambientes promotores da saúde. Todos podem ter um papel ativo no PASSE. Para a viabilização deste programa todos os profissionais que integram a equipa têm formação específica sobre o programa, de forma a desenvolverem as atividades necessárias à sua implementação (ARS Norte, 2009). Neste sentido foram também concebidos livros ilustrados, manuais específicos, videojogos para as diferentes faixas etárias, *website* dedicado a crianças, jovens e adultos, bem como material destinado a eventos lúdicos, para além da presença dos media.

É de referir que no desenvolvimento deste estágio tive oportunidade de participar nas atividades da ECCI, que são equipas multidisciplinares que se integram nas UCC e prestam cuidados domiciliários que resultam de uma avaliação do utente e família, a pessoas em situação de dependência funcional ou doença terminal que não necessitem de internamento. Os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar são de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e cuidados paliativos. Participei em atividades de educação para a saúde (alimentação e posicionamento de utentes acamados), ações de reabilitação funcional e curativa (feridas).

De um modo geral as atividades desenvolvidas na UCC constituíram uma oportunidade para aprofundar e consolidar as competências do EEECS, através de uma postura crítica e reflexiva que imprimimos ao seu desenvolvimento e para as quais muito contribuíram a cuidada seleção das atividades e da orientação. Assim, nas atividades dirigidas a grupos específicos relevamos as seguintes unidades de competência: G2.1. “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” e G2.3. “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”. Constatamos a importância do EEECS nos processos de mudança comportamental que visem ganhos substantivos em saúde e do seu contributo no desenvolvimento de comunidades cada vez mais participativas e comprometidas com projetos de saúde. No que respeita à área da gestão norteamos a nossa conduta para a concretização das competências C2.1 “Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos à necessidade dos cuidados” e C2.2 “Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta ao grupo de indivíduos”, na medida em que procuramos

envolver os diferentes intervenientes nas atividades, respeitando as suas opiniões, partilhando evidência científica mais relevante e potenciando as suas experiências para a concretização de boas práticas clínicas.

No que respeita às competências comuns do EEECSA A1 “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e A2 - “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, tive sempre presente o compromisso e respeito pelos princípios éticos e deontológicos nas práticas de intervenção quer a nível individual ou de grupo, prosseguindo os desígnios do cuidar em enfermagem.

Quanto à competência B3 “Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro”, mais especificamente as unidades de competência B3.1 “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” e B2.2 “Gere o risco a nível institucional ou das unidades funcionais”, a minha prática profissional esteve em conformidade com a importância que a segurança e a melhor gestão do risco representam para garantir aos cidadãos cuidados mais seguros, bem como um relacionamento interpessoal que respeita a diferença, a circunstância e a dignidade da pessoa.

1.2. No contexto da Unidade de Saúde Pública

As USP que integram os ACES são um observatório de saúde que monitoriza o estado de saúde da população, permitindo uma pormenorizada caracterização da área geográfica e das necessidades de saúde da população que se encontram na sua área de influência. Articulam diretamente com as instituições e serviços locais prestadores de cuidados saúde estando também em permanente ligação com o Departamento de Saúde Pública da ARS e as demais USP dos outros ACES (Sousa, 2009).

A saúde pública é um bem comum de toda a comunidade e diz respeito a toda a população, que cada vez mais exigente e informada, assume a corresponsabilização na promoção da saúde e no controlo epidemiológico dos fenómenos de saúde/doença. A necessidade de uma ação cada vez mais oportuna para dar resposta aos desafios de uma realidade que deixou de reconhecer fronteiras, convoca as USP para um posicionamento interventivo, no sentido de ser um elemento incentivador e catalisador para o estabelecimento de estratégias e parcerias intersectoriais que visem a defesa, promoção e proteção da saúde da população.

A USP desenvolve atividades no âmbito do planeamento em saúde, proteção, promoção, prevenção, vigilância epidemiológica da saúde nas suas vertentes, humana e ambiental. A sua ação envolve a avaliação do impacto das atividades desenvolvidas na saúde da comunidade e a investigação dos fenómenos de saúde. Inclui ainda a participação e desenvolvimento de estratégias locais de saúde que mais se adequem à gestão de programas e projetos de saúde pública que concretizem os objetivos dos Planos Regional e Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril). A USP concorre com as suas atividades para o cumprimento da missão do ACES em que esta se integra.

O estágio na USP realizou-se no período de 12 de outubro a 16 de novembro de 2015, salientando-se as principais atividades:

- i) Utilização da plataforma Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), que constitui um mecanismo de vigilância em saúde pública para identificação de situações de risco, recolha, atualização, análise e divulgação de dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública (DGS, 2014). O SINAVE possibilita ao médico fazer a notificação obrigatória de doenças transmissíveis e de outros riscos para a saúde pública em tempo real, permitindo à autoridade de saúde local a implementação de medidas de prevenção e controlo, limitando assim a disseminação da doença. Funciona ainda como instrumento de monitorização contínua da ocorrência das doenças transmissíveis de declaração obrigatória em Portugal. Neste sentido, participei em todos os procedimentos inerentes à investigação epidemiológica de dois casos de tuberculose. Esta doença mantém uma expressão reduzida no ACES Douro 1 Marão Douro Norte, sendo que no ano de 2015 foram registados 16 casos;
- ii) Participação em atividades que integram a semana do caloiro, numa iniciativa a cargo da associação académica da UTAD. A equipa de saúde pública desenvolve o projeto *Cool & Safe*, dirigido aos jovens universitários da UTAD, o qual visa promover a aquisição de competências pessoais e sociais, enquanto fatores de proteção para comportamentos de risco associados à infeção VIH/Sida e outras IST. Este projeto visa também dissuadir o consumo de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas e prevenir a ocorrência de acidentes de viação. Em conjunto com a equipa de saúde concretizaram-se atividades de educação para a saúde com recurso a jogos didáticos, distribuição de preservativos e informação sobre os riscos

do consumo excessivo de álcool na condução de veículos;

- iii) No âmbito do dia europeu dos antibióticos, e considerando a relevância que o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos tem na redução da emergência de microrganismos com resistência aos antimicrobianos e do apelo para o uso judicioso de antibióticos (DGS, 2016), participei na elaboração de um artigo intitulado “Preserve os antibióticos” para publicação num jornal local como forma de sensibilização da população para o uso desnecessário ou prolongado de antibióticos (Apêndice A);
- iv) Participação na realização de uma ação de formação dirigida aos profissionais de enfermagem do ACES sobre o tema “Uniformização de documentação no programa informático SClínico – Úlceras por pressão”. Esta atividade tinha por objetivo consciencializar para a importância dos registos no sentido de facilitar a documentação dos cuidados de enfermagem contribuindo para a produção de indicadores sensíveis à intervenção dos profissionais de enfermagem que tomam como foco de atenção as úlceras por pressão;
- v) Colaboração na ação de formação dirigida aos assistentes operacionais dos centros de saúde de Murça, Mesão Frio e SMP, sobre a temática da higienização dos espaços, que visava a capacitação deste grupo sobre procedimentos elementares e específicos para garantir a qualidade e segurança dos espaços assistenciais, nomeadamente a limpeza de superfícies, manutenção de circuitos de limpos e sujos, identificação correta dos resíduos produzidos pelos cuidados de saúde, utilização apropriada e precauções de segurança sobre os diferentes produtos para higienização dos espaços.

Uma apreciação reflexiva sobre o desempenho na USP permite-me afirmar que esta possibilitou o desenvolvimento das competências do EEECS definidas pela OE especificamente no que concerne à participação em programas de saúde de âmbito comunitário que concorrem para os objetivos do PNS. Foi uma mais valia constatar que o PNS se apresenta como um documento estruturante ao propor “um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas de carácter estratégico (...) no sentido de promover o *empowerment* do sistema de saúde para cumprir o seu potencial (...) e para a concretização de uma visão comum do sistema de saúde” (PNS, 2015, p. 4 -5). Ainda no âmbito das

competências específicas, reconheci a importância da vigilância epidemiológica na expressão dos fenômenos da saúde e da doença de âmbito geodemográfico.

Numa avaliação criteriosa do desenvolvimento de competências na USP, destacamos as relacionadas com a vigilância epidemiológica, nomeadamente a competência G4 “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, constatando a necessidade de utilizar instrumentos fidedignos que permitam a monitorização dos fenômenos de saúde – doença, tendo em vista a definição de estratégias de prevenção e controlo, assim como a possibilidade de equacionar a evolução prognóstica. Relativamente à competência G3.1. “Participa na coordenação, promoção e implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do plano Nacional de Saúde”, salienta-se os procedimentos e análise de diferentes técnicas para monitorização e avaliação intercalar do Plano Local de Saúde.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A vida do ser humano é o bem mais valioso da sua existência, estando constantemente ameaçada devido a vários fatores. Quando menos se espera, surgem situações que podem colocar a vida em risco, obrigando à execução de ações de forma rápida e adequada. Todos somos suscetíveis de ser socorristas ou socorridos, portanto prestar ajuda em situações imprevisíveis implica compreender todos os passos que têm de ocorrer até à chegada de meios diferenciados e profissionalizados.

Nesta parte do trabalho, a revisão bibliográfica privilegiará o SBV na perspetiva histórica, a RCR em Portugal, SIEM, a cadeia de sobrevivência e a definição de SBV, a demonstração do algoritmo de SBV, PLS, OVA por corpo estranho, risco para o reanimador, o número europeu de emergência médica e um breve enquadramento sobre a legislação existente em Portugal.

2.1. Suporte básico de vida – perspetiva histórica

Desde que há documentos históricos, que se encontram referências a manobras de RCR. Cáceres et al. (2006), referem que há cerca de 3500 anos usava-se uma técnica conhecida como “método de inversão”, que consistia em suspender a vítima pelos pés e aplicar pressão no peito com o objetivo de ajudar o indivíduo na expiração, existindo um período de relaxamento que coincidia com o tempo de inspiração da vítima. Posteriormente, na bíblia, há referências que podem ser interpretadas como reanimação *“Então formou o Senhor Deus o Homem do pó da terra, e lhe soprou nas narinas o fôlego da vida, e o homem passou a ser alma vivente”* Bíblia; *Gênesis, 2:7* (Bíblia Sagrada, 1994). É porém no tempo das grandes guerras do século XX que se desenvolve aquilo que hoje se designa genericamente por emergência médica, que com a sua complexidade determinaram o aparecimento do conceito de socorro às vítimas. O modelo implementado procurava, numa primeira fase, providenciar à vítima os cuidados adequados à sua sobrevivência e transportá-la para um local onde pudessem ser prestados os cuidados necessários (Mateus, 2007). No decorrer dos tempos várias técnicas de reanimação foram referidas como chicotadas no corpo e feitiçaria, usando instrumentos para produzir fogo e vento com a finalidade de reanimar a vítima. Em 1744, surgiram os primeiros relatos de respiração boca a boca, insuflando ar nos pulmões ocluindo

as narinas numa vítima de acidente numa mina de carvão. A técnica de reanimação incluía compressões torácicas, que deu início ao primeiro método de suporte circulatório em tórax fechado (Souza & Grassia, 2007).

As manobras de ressuscitação cardiopulmonar foram introduzidas na década de 1950, quando se verificou que a ressuscitação após paragem cardíaca era possível. Até então pouco ou nada era feito aquando dessa ocorrência. Essas manobras, nos termos em que atualmente são reconhecidas, foram introduzidas nos anos 60 do século passado, quando foi descrito que o bombeamento de sangue do coração parado era possível ser recuperado quando aplicada uma massagem adequada sobre o esterno. Em 1966, a Academia Nacional de Ciências do *National Research Council* norte-americano recomenda para a década de 70 a formação de profissionais de saúde, segundo as normas impostas pela *American Heart Association* (AHA), que promoveu em 1974 a educação em RCR básica para o público em geral. No início dos anos 90, essa academia manifestou a necessidade de formação de jovens em idade escolar. Em 1992 é introduzido o conceito de cadeia de sobrevivência que generaliza todo o processo extra-hospitalar (Cáceres et al., 2006).

O ERC, foi criado em 1988 na cidade de Viena, durante um congresso de cardiologia, onde um grupo de cardiologistas decidiu que deviam juntar indivíduos, grupos e organizações europeias com interesse na área da reanimação, com a intenção de estabelecer uma colaboração multidisciplinar. Foi alcançado um acordo para reunir com os principais representantes desta área na Europa. Essa reunião aconteceu em Antuérpia a 13 de dezembro de 1988. Teve como objetivos “*salvar vidas humanas melhorando as normas de ressuscitação na Europa e coordenar as atividades das organizações com interesse em ressuscitação cardiopulmonar*”. Pretendeu-se chegar a esse objetivo produzindo linhas de orientação e recomendações, concebendo e implementando programas de formação, monitorizando e auditando a prática de RCP, assim como promover o conhecimento e ciência e organizar encontros científicos (Bossaert & Chamberlain, 2013).

O CPR é o representante em Portugal do ERC e assume, nessa qualidade, a responsabilidade da acreditação de formação em reanimação de acordo com as normas emitidas pelo ERC. A definição dessas normas é uma tarefa para a qual contribui, na qualidade de representante no conselho executivo e nos diferentes grupos de trabalho do ERC. Em Portugal, o CPR assume a tarefa de acreditação das entidades que fazem formação, beneficiando por isso de uma

uniformização, atualização e controlo de qualidade resultante de um processo vertical de ligação do CPR ao ERC e transversal através da ligação entre as várias escolas.

2.2. Reanimação cardiorrespiratória em Portugal

Em Portugal o socorro às vítimas de acidente na via pública, teve início em 1965, em Lisboa, através do número 115. O socorro à vítima era prestado por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP) que tripulavam uma ambulância e transportavam da vítima para o hospital. Este serviço seria alargado para outras cidades nos anos seguintes. Em 1971 o Ministério do Interior criou o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA). Este era composto por ambulâncias providas de equipamentos adequados, veículos medicalizados e de telecomunicações, os quais foram entregues à PSP de Lisboa, Coimbra, Porto e Setúbal e aos corpos de bombeiros das restantes cidades do país, cobrindo assim todo o território (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2013).

Em 1980, foi criado o Gabinete de Emergência Médica (GEM), hoje Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que para além do socorro prestado à vítima, tem como funções a organização e coordenação do SIEM.

2.3. Sistema Integrado de Emergência Médica

O SIEM é um conjunto de ações coordenadas de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resulta da intervenção dos vários intervenientes do sistema de saúde nacional, de modo a garantir a eficácia da emergência médica. O SIEM compreende todas as atividades de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a referenciação do doente urgente/emergente (INEM, 2013).

O SIEM tem como símbolo a “estrela da vida”, em que cada uma das suas pontas corresponde às seguintes fases:

1. Detecção - corresponde ao momento em que alguém deteta uma ou mais vítimas de acidente ou doença súbita;

2. Alerta – corresponde ao contacto com os serviços de emergência através do número europeu de emergência médica (112);
3. Pré-socorro – corresponde a um conjunto de ações que podem e devem ser efetuados até à chegada de socorro;
4. Socorro - corresponde aos cuidados de emergência iniciais, já efetuados por profissionais qualificados, com o objetivo de estabilizar a vítima diminuindo desta forma a mortalidade e morbilidade;
5. Transporte – consiste no transporte assistido da vítima em ambulância, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuidade dos cuidados de emergência necessários;
6. Tratamento na unidade de saúde - esta fase corresponde ao tratamento no serviço de saúde mais adequado ao estado clínico da vítima. Em casos excecionais, pode ser necessária a intervenção inicial num estabelecimento de saúde onde são prestados cuidados para a estabilização da vítima, com o objetivo de garantir um transporte mais seguro para um hospital diferenciado e mais adequado à situação.

Ainda segundo o manual do SIEM (INEM, 2013) os intervenientes no sistema são o público, os operadores de centrais de emergência, os técnicos do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), os agentes de autoridade, bombeiros, tripulantes de ambulância, técnicos de ambulância de emergência; médicos, enfermeiros e os profissionais técnicos hospitalares de telecomunicações e de informática.

Segundo a legislação, cabe ao INEM, criado em 1981, “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um sistema integrado de emergência médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e adequada prestação de cuidados de saúde” (Decreto-Lei nº 234/81, de 3 de agosto de 1981). Ao CODU, cabe a orientação e o apoio médico necessário para o eficiente socorro de doentes em situação de urgência, na sua área de responsabilidade e em tempo útil (INEM, 2013).

2.4. Cadeia de sobrevivência

De acordo com o conhecimento médico atual, considera-se que há três atitudes que modificam o resultado no socorro à vítima de PCR: i) pedido de ajuda acionando o SIEM; ii) iniciar SBV e iii) aceder à desfibrilhação tão precocemente quanto possível.

Estes procedimentos sucedem-se e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento com o seguinte. Surge assim o conceito de “cadeia de sobrevivência” (Figura 1) composta por quatro elos ou ações, em que o funcionamento adequado de cada elo e a articulação eficaz entre os vários elos é vital para que o resultado final seja uma vida salva.



Fonte: INEM, 2017

Figura 1. Cadeia de sobrevivência

Os quatro elos da cadeia de sobrevivência são:

- Acesso precoce ao SIEM;
- Início precoce de SBV;
- Desfibrilhação precoce;
- Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce.

O acesso rápido ao SIEM assegura o início da cadeia de sobrevivência. Cada minuto sem se pedir ajuda reduz a possibilidade de sobrevivência da vítima. Para o funcionamento adequado deste elo é fundamental que quem presencia uma determinada ocorrência seja capaz de reconhecer a gravidade da situação e saiba ativar o sistema, ligando adequadamente 112, para poder informar o quê, onde, como e quem. A incapacidade de adotar estes procedimentos significa falta de formação. A consciência de que estes procedimentos podem salvar vidas humanas deve ser incorporada o mais cedo possível na vida de cada cidadão.

Para que a vítima em perigo de vida tenha maior hipótese de sobrevivência, é fundamental que sejam iniciadas, de imediato e no local onde ocorreu a situação, manobras de SBV. Isto só se consegue se quem presencia a situação tiver a capacidade de iniciar o SBV. Este procedimento permite ganhar tempo, mantendo alguma circulação e ventilação na vítima, até à chegada de socorro mais diferenciado para aplicar os procedimentos de SAV.

Na maioria dos casos, as PCR no adulto ocorrem devido a uma perturbação do ritmo cardíaco, nomeadamente a FV. Esta perturbação do ritmo cardíaco caracteriza-se por uma atividade elétrica caótica de todo o coração, em que não há contração do músculo cardíaco e não é bombeado sangue para o organismo. O único tratamento eficaz para esta arritmia é a desfibrilhação, que consiste na aplicação de um choque elétrico, externamente ao nível do tórax da vítima, para que a passagem da corrente elétrica pelo coração pare a atividade caótica que este apresenta. Uma desfibrilhação eficaz é determinante na sobrevivência de uma vítima de PCR. Também este elo da cadeia deve ser o mais precoce possível. A probabilidade de conseguir tratar a FV com sucesso depende do tempo de atuação. A desfibrilhação iniciada logo no primeiro minuto em que se instala a FV pode ter uma taxa de sucesso próxima dos 100%, mas ao fim de 8-10 minutos a probabilidade de sucesso é quase nula (INEM, 2012).

Nem sempre a desfibrilhação, por si só, é eficaz para recuperar a vítima, e por vezes pode não estar indicado a sua realização. O SAV permite conseguir uma ventilação e uma circulação mais eficazes, através da entubação endotraqueal e da administração de fármacos, respetivamente. O SAV deverá ser iniciado ainda na fase pré-hospitalar e continuado no hospital, permitindo a estabilização das vítimas recuperadas de PCR. Integram também este elo os cuidados pós-reanimação, que têm o objetivo de preservar as funções do cérebro e coração. Para que o resultado final possa ser efetivamente uma vida salva, cada um dos elos da cadeia é vital e todos devem ter a mesma importância. De nada serve ter o melhor SAV se quem presencia a PCR não souber ligar 112.

2.5. Paragem cardiorrespiratória

A PCR é a cessação da circulação e da respiração, é reconhecida pela ausência de pulso e de respiração eficaz num doente inconsciente. Esta é uma emergência médica, que terá como resultados, lesões cerebrais irreversíveis e a morte, se as medidas adequadas para restabelecer o fluxo sanguíneo e ventilação eficaz não forem tomadas (Pires et al., 2006).

O evento inesperado que se transforma em PCR e morte resulta com maior frequência de FV em doentes com doença coronária com ou sem enfarte agudo do miocárdio. As arritmias podem ser provocadas por alterações eletrolíticas hipocalémia, hipoxemia, acidose ou lesões do sistema nervoso central (Fonseca, Peterlini, Cardoso, Lopes & Diegues, 2011).

2.6. Suporte básico de vida

O INEM define SBV como um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas, com os objetivos de reconhecer as situações em que há risco de vida, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato e sem recurso a qualquer equipamento, manobras que contribuam para preservar a circulação e oxigenação até chegada de equipa diferenciada (INEM, 2012).

2.6.1. Algoritmo de Suporte Básico de Vida

O SBV compreende as seguintes ordem de ações (ERC, 2015):

1º. Assegurar a segurança da vítima e reanimador

2º. Verificar se a vítima responde

Abanar suavemente os ombros e perguntar em voz alta – Sente-se bem?

a) Se responde:

- Deixar a vítima na posição em que está, desde que não fique em maior risco;
- Tentar perceber o que se passa com a vítima e pedir ajuda se necessário;
- Reavaliá-la regularmente.

b) Se não responde:

- Ligar 112;
- Virar a vítima de costas e abrir a boca com extensão do pescoço e elevação do queixo;
- Colocar a mão na testa e inclinar suavemente a cabeça para trás;

Com a ponta dos dedos segurar a ponta do queixo da vítima elevando-a para abrir a via aérea.

3º. Com a via aérea permeável ver, ouvir e sentir se a vítima respirar

- Ver se há movimentos torácicos;
- Ouvir se da boca da vítima vêm sons respiratórios;
- Sentir, com a face, se há sopro de ar vindo da vítima;

- Concluir se a respiração é normal, anormal ou ausente.

Nos primeiros minutos a seguir à PCR a vítima pode ter uma respiração agónica. Não confundir esta respiração com respiração normal. Ver, ouvir e sentir até 10 segundos para avaliar se a vítima tem respiração normal. Se há dúvidas se a respiração é normal ou não, proceder como não normal.

4º.

a) Se a respiração é normal:

- Colocar a vítima em PLS;
- Continuar a monitorizar se a respiração é normal.

b) Se a respiração não é normal ou está ausente:

- Iniciar compressões torácicas da seguinte forma:
 - Ajoelhar ao lado da vítima;
 - Colocar a base de uma das mãos no centro do tórax da vítima;
 - Colocar a base da outra mão sobre a primeira;
 - Entrelaçar os dedos das mãos e assegurar que as compressões não são feitas sobre as costelas das vítimas. Manter os braços esticados. Não fazer nenhuma pressão sobre o abdómen superior nem sobre a extremidade inferior do esterno;
 - Colocar-se na posição vertical em relação ao tórax da vítima e pressionar o esterno para o deprimir pelo menos 5 cm;
 - Depois de cada compressão, aliviar a pressão sobre o tórax, sem perder o contacto da mão com o esterno da vítima; repetir com uma frequência entre 100 e 120 batimentos por minuto;
 - O tempo de compressão e relaxamento devem ser iguais.

5º.

a) Combinar compressões torácicas com ventilações

- Depois de 30 compressões torácicas permeabilizar de novo a via aérea, inclinar a cabeça e elevar o queixo;
- Colocar a palma da mão na testa da vítima e com o indicador e polegar pinçar e ocluir o nariz;
- Manter o queixo elevado e a boca aberta;

- Fazer uma inspiração normal, selar bem os lábios em torno da boca da vítima;
 - Soprar progressivamente para dentro da boca da vítima, durante 1 segundo como numa respiração normal, verificando se o tórax se eleva; o que no seu conjunto constitui uma respiração eficaz;
 - Manter a inclinação da cabeça e o queixo elevado, afastar a boca da vítima e verificar o tórax a retrair à medida que o ar sai;
 - Fazer outra inspiração normal e voltar a soprar para dentro da boca da vítima para fazer duas ventilações eficazes. As duas ventilações não devem demorar, no total, mais de 5 segundos. Recolocar, sem demora, as mãos na posição correta sobre o esterno e fazer mais 30 compressões torácicas;
 - Manter compressões torácicas e ventilações eficazes numa relação de 30:2;
 - Só parar, para reavaliar a vítima, se esta revelar sinais de despertar: mexer, abrir os olhos, e respirar normalmente. Se não for este o caso não interromper a reanimação;
 - Se a insuflação de ar não fez subir o tórax como numa inspiração normal, antes de voltar a tentar:
 - Ver se há algum obstáculo na boca da vítima e removê-lo;
 - Reconfirmar a inclinação da cabeça e a tração do queixo;
 - Não fazer mais de duas tentativas de ventilação antes de retomar as compressões torácicas.
 - Se há mais do que um reanimador, devem trocar de posições no SBV a cada 2 minutos, para prevenir o cansaço
 - Assegurar que o tempo de interrupção para a troca de reanimadores é mínimo.
- b) A reanimação feita só com compressões torácicas deve seguir o seguinte modelo:
- O reanimador não treinado ou que não quer fazer ventilação à vítima faz só compressões torácicas;

Quando se fazem só compressões, estas devem ser contínuas, com uma frequência entre 100 e 120 batimentos por minuto.

6°. Manter a reanimação sem interrupções até:

- a) Chegada de ajuda diferenciada;
- b) A vítima mostre sinais de estar a despertar: mexer, abrir os olhos e respirar

- normalmente;
- c) O reanimador ficar exausto.

A reanimação só com compressões torácicas não é um método de reanimação eficaz e convencional para PCR de origem não cardíaca (ex: afogamento ou asfixia) quer em adultos quer em crianças. O método de reanimação preferencial, quer para profissionais quer para leigos, é a compressão torácica associada a ventilação. Há profissionais de saúde e leigos que têm constrangimento para fazer ventilação boca a boca, particularmente se a vítima em PCR for desconhecida. Os leigos, se não estiverem treinados ou não desejarem fazer ventilações ou quando forem orientados nesse sentido pelo CODU, devem ser encorajados a reanimar só com compressões (ERC, 2015).

De seguida apresenta-se um resumo em forma de algoritmo do SBV (Figura 2).

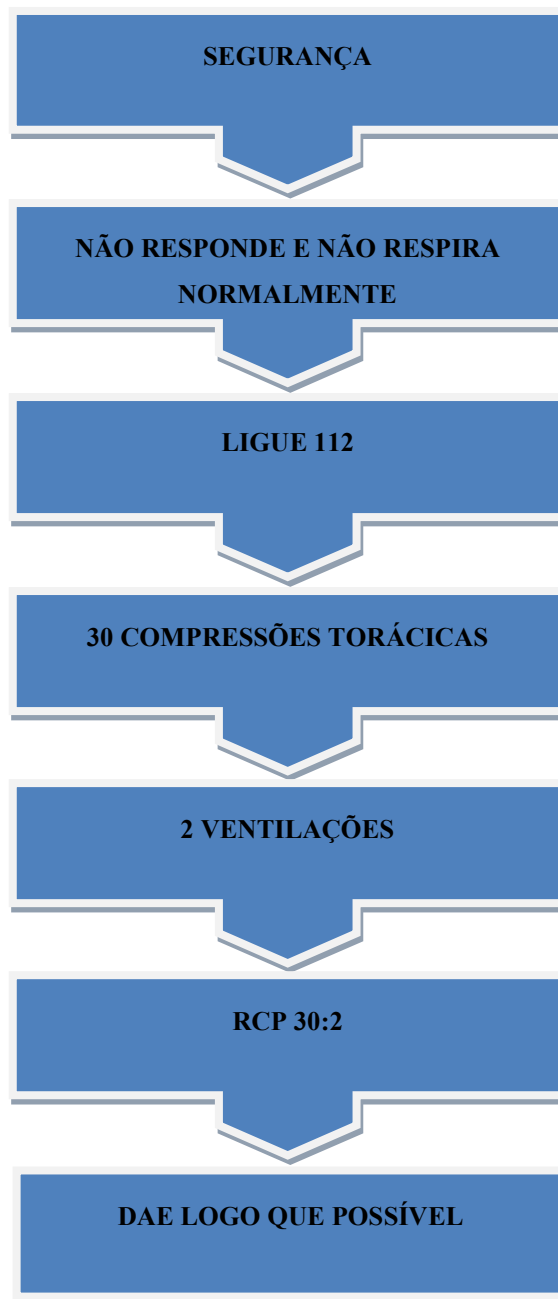


Figura 2. Algoritmo de Suporte Básico de Vida

2.6.2. Posição lateral de segurança

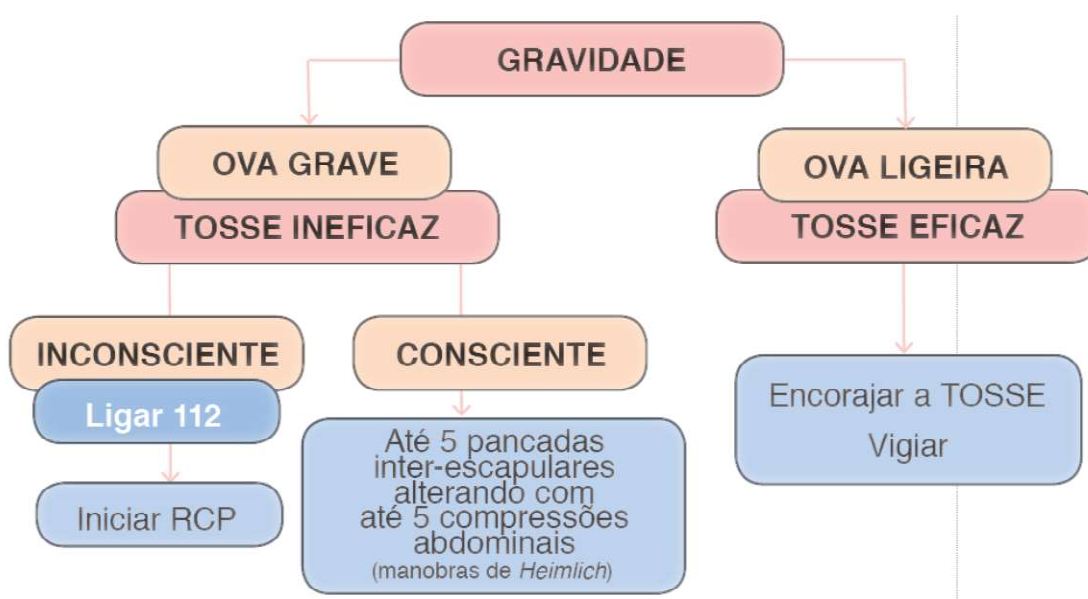
A PLS é utilizada nos casos em que a vítima se encontra inconsciente mas respira. Tem como objetivos proteger a vítima, permitir a estabilidade do indivíduo, promover a permeabilidade da via aérea, prevenir a obstrução da via aérea por queda da língua, facilitar a observação e

avaliação da pessoa de forma regular e promover o acesso rápido ao decúbito dorsal em caso de PCR. A PLS não deve ser utilizada quando existe suspeita de trauma (INEM, 2012),

2.6.3. Obstrução da via aérea por corpo estranho

O reconhecimento precoce da OVA é fundamental para o sucesso da reanimação e pode ser classificada como ligeira ou grave. Se for ligeira a vítima encontra-se reativa, com possível ruído inspiratório, mantém trocas gasosas e reflexo de tosse eficaz. Se for classificada como grave, apresenta ruído agudo na inspiração ou ausência total de ruído, cianose, incapacidade de falar e sinal de asfixia (leva com frequência as mãos ao pescoço), com trocas gasosas e tosse ineficazes.

A ação do reanimador perante uma OVA passa por identificar a gravidade. Caso esta seja ligeira, o primeiro passo é incentivar a tosse e de seguida vigiar. Se estivermos perante uma OVA grave e a tosse for ineficaz devemos avaliar o estado de consciência e seguir as orientações que contam da figura 3. Se a vítima estiver inconsciente devemos ligar o 112 e iniciar manobras de SBV, estiver consciente devem ser realizadas até cinco pancadas inter-escapulares alternando com compressões abdominais (até cinco) ou manobra de *Heimlich* (Valente & Catarino, 2012).



Fonte: INEM, 2012

Figura 3. Algoritmo Obstrução da Via Aérea

2.6.4. Riscos para o reanimador

Durante a execução de manobras de SBV poderão existir situações adversas (lesões musculares e o cansaço), devido ao posicionamento para a realização de compressões torácicas externas e ventilação. Como resultado da fadiga do reanimador, a qualidade das compressões torácicas pode diminuir. Assim, está indicada a troca de reanimador (se mais do que um) a cada dois minutos, sem interrupção das compressões (Costa et al., 2012).

A transmissão de doenças é também uma das preocupações de quem faz SBV, embora a transmissão de vírus (HIV, hepatite A ou B) seja improvável, a não ser que haja presença de sangue na cavidade oral, pelo que está sempre recomendado o uso de equipamentos de proteção individual.

2.6.5. Número Europeu de Emergência

A livre circulação entre os estados membros da União Europeia (UE) leva a uma maior mobilidade de cidadãos entre estes estados e evidencia a importância da criação de um número de emergência único na Europa. Existiam mais de 40 números de emergência em toda a Europa, contudo em 1991 os estados membros definiram o 112 como número de chamada de emergência único em todos os países da União Europeia, número que pode ser marcado gratuitamente a partir de qualquer telefone fixo ou móvel e não necessita de indicativo. Este número pode ser usado para qualquer emergência, tais como incêndios, assaltos ou roubos. Em Portugal as chamadas são atendidas por uma central da PSP que apenas orienta para o CODU respetivo as chamadas que às emergências médicas dizem respeito (INEM, 2015).

2.6.6. Legislação portuguesa

Pretende-se neste ponto fazer referência à legislação portuguesa mais pertinente e que enquadra a perspetiva da responsabilidade penal e civil no socorro à vítima. É explicitamente afirmado que todos os cidadãos têm o dever moral e legal de prestar auxílio, sendo a sua omissão punida pela lei.

Refere o código penal no seu artigo 200.º que:

Quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, a integridade física ou a liberdade de outra pessoa, deixar de lhe prestar o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por ação pessoal, seja promovendo o socorro, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias”, “Se a situação referida no número anterior tiver sido criada por aquele que omite o auxílio devido, o omitente é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias” e “A omissão de auxílio não é punível quando se verificar grave risco para a vida ou integridade física do omitente ou quando, por outro motivo relevante, o auxílio lhe não for exigível.

Continuando a incursão no enquadramento legislativo, o artigo 483.º do Código Civil faz a enumeração dos pressupostos da responsabilidade civil:

Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação” e ” Só existe obrigação de indemnizar independentemente de culpa nos casos especificados na lei.

Tendo em conta o exposto anteriormente é de suma importância a formação na área do SBV, mesmo não havendo legislação específica, até porque ao cidadão podem ser imputadas culpas por danos causados por má utilização de técnicas de salvamento.

A DGS na informação técnica de 03/2012, alerta para a importância da formação em emergências e primeiros socorros no local de trabalho, reconhecendo que um trabalhador formado tem competências para proceder à primeira avaliação da vítima e iniciar uma intervenção até que os cuidados especializados possam ser prestados.

A Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro diz respeito ao regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho, estabelecendo as obrigações dos vários intervenientes em matéria de emergência e primeiros socorros no local de trabalho. Assim, o empregador deve disponibilizar o material adequado de primeiros socorros, assim como assegurar a formação adequada dos trabalhadores (n.º 3 do artigo 20º), particularmente na formação contínua dos trabalhadores responsáveis pelas medidas de primeiros socorros (n.º 2 do artigo 20º).

Em 02/2010, a DGS através do programa nacional de saúde ocupacional - “Emergência e Primeiros Socorros em Saúde Ocupacional”, aponta para o equipamento mínimo de suporte de vida e de emergência, bem como os princípios base orientadores quanto à localização do equipamento de primeiros socorros.

Contrariamente ao que acontece noutros países, onde a formação em SBV com recurso a desfibrilhador automático externo (DAE) é ministrada a partir dos primeiros anos escolares, estando portanto enraizada na sociedade, em Portugal a discussão do uso livre do DAE é relativamente recente, sendo que, só em 2009 foi aprovada uma lei que relaciona o uso do DAE com a prestação de auxílio. O Decreto-Lei nº 188/2009 de 12 de agosto, propõe-se regulamentar a utilização de DAE por leigos e em ambiente extra-hospitalar num contexto organizativo estruturado e com rigoroso controlo médico, com o objetivo de minimizar, tanto quanto possível, os riscos de utilização indesejável dos equipamentos. Cabe ao INEM fazer formação, licenciar e fiscalizar a utilização do equipamento. Assim, foram instalados equipamentos em ambulâncias de socorro tripuladas por operacionais não pertencentes ao INEM e em locais de acesso ao público.

A 8 de agosto de 2012 foi publicada a primeira alteração ao decreto-lei de 2009 que obrigou à instalação de DAE em estabelecimentos de comércio a retalho, isoladamente considerados ou inseridos em conjuntos comerciais, que tenham uma área de venda igual ou superior a 2000 m², conjuntos comerciais que tenham uma área bruta locável igual ou superior a 8000 m², aeroportos e portos comerciais, estações ferroviárias, de metro e de camionagem, com fluxo médio diário superior a 10000 passageiros e recintos desportivos, de lazer e de recreio, com lotação superior a 5000 pessoas (INEM, 2012). Embora estejam disponíveis nos locais já referidos, os equipamentos não podem ser utilizados por qualquer cidadão, pois só indivíduos não médicos certificados para tal o podem fazer. Os certificados de DAE são emitidos pelo INEM ou por entidades com as quais este instituto celebre protocolos. Para este efeito, foi criado o Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (PNDAE), que tem como objetivo promover a melhoria de sobrevida das vítimas de PCR (INEM, 2015).

2.7. Capacitação em contexto comunitário

Muitas são as referências que valorizam a promoção da saúde como um processo participativo na obtenção de ganhos em saúde. Alinhada com esta premissa, a Organização Mundial de Saúde (1986) refere que promoção da saúde é “um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde” (p.12) que se encontra ligado ao conceito de capacitação individual ou comunitária. Foi na primeira conferência internacional de saúde em Ottawa (1986), onde foi elaborada a carta de Ottawa, que surgiu pela primeira

vez o conceito de *empowerment*, e onde se defende o reforço da ação comunitária como condição básica para a melhoria da saúde. Sendo assim a enfermagem comunitária tem responsabilidades especiais nesta área, atribuindo ao EEECSPP a competência de contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades focalizando-se nas necessidades das populações, dando ênfase à promoção da saúde e prevenção e manutenção da saúde.

Define-se *empowerment* como o processo pelo qual indivíduos e comunidades se capacitam para tomar o poder e atuar eficazmente na transformação das suas vidas e ambiente (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Reconhecendo, que a saúde é afetada, na medida em que uma pessoa sente que pode controlar os fatores que a determinam, também é aceite que os cidadãos podem aumentar as suas capacidades no sentido de controlarem a sua saúde. Surge então, o conceito de *empowerment* comunitário, que é o processo que torna a comunidade capaz de adquirir capacidades de forma a proteger e promover a saúde. Adotou-se, então um modelo de promoção para a saúde onde os estilos de vida saudáveis, alteração dos comportamentos e a prevenção de acidentes e doenças têm máxima importância para a manutenção da qualidade de vida. Assim, o cidadão, enquanto ser livre com capacidades de decisão e liderança passa a ser o centro no processo de vida e saúde (Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011). A OE incita ao envolvimento dos cidadãos no processo de decisão e no planeamento dos seus cuidados de saúde.

Espera-se fomentar poder de decisão nos cidadãos colocando ao seu dispor escolhas no sentido de melhorar a sua saúde, bem como capacitá-los para ter influência sobre as organizações que afetam a sua vida (Leal, 2006). Sendo assim, os enfermeiros e outros profissionais de saúde deixam de limitar o seu foco nos problemas de saúde orientando a sua intervenção na capacitação dos cidadãos e comunidades. Segundo o mesmo autor, neste contexto é o cidadão que lidera as escolhas que afetam a sua saúde e qualidade de vida, tomando noção do próprio poder para melhorar a sua saúde, propondo-se a alcançar objetivos e a resolver os problemas aumentando o controlo sobre a sua saúde.

2.8. Autoestima

O conceito de autoestima emerge como um conjunto de atitudes comparativas, desenvolvendo-se através da perceção que cada individuo tem de si próprio, baseando-se nas

suas experiências com outros indivíduos, em situações semelhantes, revelando-se em aspetos sociais, emocionais e psíquicos. O «self» ou «eu» é entendido como um sistema multidimensional, em que a informação acerca de si é organizada de acordo com o contexto em que está envolvido (Fernandes, 2007)

William James considerava que a psicologia do «self» englobava todos os atributos que o indivíduo considerava parte de si mesmo, como as competências, habilidades, desempenho e reputação, podendo-se dividir em dois componentes distintos: um descritivo, chamada autoimagem, e outro avaliativo, que se designa autoestima (Bednar, Wells & Peterson, 1989).

A autoestima forma-se essencialmente a partir de interações sociais, como resultado da perceção sobre aquilo que somos como individuo, através do modo como os outros indivíduos pensam e reagem ao que somos (West & Turner, 2005).

Rosenberg (1965) afirma que a autoestima pode ser definida como a avaliação que o indivíduo faz e mantém sobre si próprio. Com uma componente predominantemente afetiva, implica um julgamento de valor que uma pessoa possui sobre os seus méritos, expressando o grau de aprovação ou desaprovação sobre si mesmo. Para o autor existem quatro princípios que explicam a evolução da autoestima: a apreciação que os outros indivíduos realizam sobre nós; as comparações que acontecem nas interações sociais, desfavorecendo a autoestima quando o individuo se subvaloriza ou favorecendo-a quando se valoriza em relação aos outros; a forma como o individuo avalia as suas ações, e por fim a importância e valor atribuídos pelo individuo às várias dimensões do autoconceito (Rosenberg, 1989, cit. in Azevedo & Faria, 2004).

3. METODOLOGIA

É neste capítulo que planeamos a investigação, e que o investigador estabelece os procedimentos a realizar para a obtenção de respostas às questões de investigação e verificação de hipóteses (Fortin, Côte & Filion, 2009).

Procedemos à definição dos objetivos do estudo, delimitação e justificação do problema de investigação, descrição do desenho da investigação, que inclui o tipo de estudo, a população alvo e amostra, as variáveis e sua operacionalização, a descrição do instrumento e os procedimentos de recolha de dados, bem como a análise de resultados, descrevendo os procedimentos de análise estatística e terminamos com as considerações éticas

3.1. Justificação e delimitação do tema de investigação

A doença cardiovascular assume a liderança na morbilidade e mortalidade das populações do mundo ocidental. As doenças cardiocirculatórias continuam a ser a principal causa de mortalidade na população portuguesa, situando-se nos 30,4% de acordo com os dados mais recentes da DGS (DGS, 2014).

Segundo Cáceres, et al.(2006) estima-se que cerca de 70% das PCR são extra-hospitalares, nomeadamente no domicílio da vítima, locais de trabalho, locais recreativos e na rua. Assim, de acordo com a revisão da literatura efetuada a evidência empírica permite afirmar que, em cerca metade dos casos de PCR, as vítimas não chegam com vida aos hospitais, sendo muitas vezes a morte súbita a primeira manifestação dessa doença. Considerando que a realização de SBV de forma imediata pode duplicar ou triplicar as hipóteses de sobrevivência, permitindo ganhar tempo, através implementação de procedimentos simples que permitem manter atividade circulatória e respiratória e preservar órgão nobres, como o cérebro e o coração, até chegar ajuda diferenciada, a formação de cidadãos mais informados e intervenientes pode ser fundamental. O que é reiterado pelo ERC (2015), quando afirma que a eficácia da reanimação é diretamente proporcional ao tempo decorrido entre a PCR, o início das manobras de SBV e a competência da pessoa que as inicia. O mesmo autor nas linhas orientadoras defende que “o ideal é que todo o cidadão tenha treino em SBV incluindo compressões torácicas e ventilação”. Nesse sentido devem ser incentivadas todas as iniciativas que promovam o

conhecimento da população sobre as causas subjacentes à PCR e a manobras de SBV (Aufderheide et al., 2006).

Da nossa experiência profissional de cerca de 15 anos em serviços hospitalares e pré-hospitalares de emergência, são poucos os cidadãos comuns que possuem formação na área do SBV. De acordo com Meissner, Kloppe e Hanefeld (2012) existem várias razões que explicam o desconhecimento da população em relação a esta problemática, mas o mais provável será a ausência generalizada da abordagem dessa temática, quer nos programas escolares, quer em ações de formação realizadas em contexto profissional. Um estudo realizado em Portugal com o objetivo de avaliar os conhecimentos da população de Monção sobre SBV (Rodrigues, 2009), confirmam esta preocupação, uma vez que o estudo revelou que 40% dos participantes não se sentiam preparados para intervir numa situação de PCR e dos 23% que já tinham assistido a uma situação de PCR, 46% referem que a sua participação se limitou a pedir ajuda e aproximar-se da vítima. Um outro estudo realizado em 14 países europeus, revelou que de todos os participantes, os portugueses são aqueles que revelam maior falta de (in)formação sobre a prestação de primeiros socorros (Cruz Vermelha Portuguesa [CVP], 2013).

No nosso país, quem habitualmente realiza manobras de SBV numa situação de PCR no ambiente extra hospitalar são os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e bombeiros. No entanto, o auxílio à vítima é sempre algo demorado o que pode aumentar de forma significativa o risco de morbilidade e mortalidade. Consideramos assim de particular relevância a capacitação dos cidadãos sobre SBV, já que é entendimento que deve existir o envolvimento e participação dos cidadãos e sociedade civil nos processos de criação de saúde (PNS, 2012). Os profissionais de enfermagem assumem um papel relevante na educação para a saúde, mas os cidadãos também devem participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde, sendo responsável pela sua própria saúde mas também pela da sociedade onde está inserido.

Fundamentando-nos nas justificações apresentadas consideramos relevante o desenvolvimento do presente estudo subordinado ao tema: Capacitação dos Colaboradores da CMVR em SBV.

Numa perspetiva de cidadania em saúde a capacitação sobre SBV, pode ser considerada como uma estratégia fundamental de garantir o direito à saúde.

3.2. Definição do problema de investigação

É o problema de investigação que traça o rumo de todo o processo de investigação. A formulação do problema é decisiva no processo, pois “a formulação de um problema refere-se ao reagrupamento e à análise dos diferentes elementos do problema” (Fortin, et al., 2009, p. 142).

Assim, formularam-se como problemas de investigação:

- “Quais conhecimentos dos colaboradores da CMVR sobre SBV, antes e três meses após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”?”
- “Quais as competências dos colaboradores da CMVR sobre SBV, três meses após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”?”

3.3. Finalidade e objetivos da investigação

Tal como o nome indica a finalidade é o que visa um fim de forma consciente. Assim, a nossa finalidade é contribuir para a capacitação dos colaboradores da CMVR em SBV, reconhecendo desta forma a importância da intervenção no socorro atempado às vítimas de PCR. No que respeita ao objetivo da investigação, este procura estabelecer a forma como o investigador obterá respostas às questões colocadas e deve especificar as variáveis chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação (Fortin et al., 2009).

Foram definidos como objetivos do estudo, os que passaremos a enunciar:

- i) Caracterizar os colaboradores da CMVR no que respeita às variáveis sociodemográficas e socioprofissionais;
- ii) Avaliar conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR, antes e três meses após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”;
- iii) Avaliar as competências demonstradas em SBV dos colaboradores da CMVR, três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”;
- iv) Avaliar a autoestima dos colaboradores da CMVR, três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”;

- v) Analisar a relação entre a autoestima e os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR, três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”;
- vi) Analisar a relação entre a autoestima e as competências em SBV demonstradas pelos colaboradores da CMVR, três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”;
- vii) Analisar a relação entre os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” e as características sociodemográficas e socioprofissionais;
- viii) Analisar a relação entre as competências em SBV dos colaboradores da CMVR três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” e as características sociodemográficas e socioprofissionais;
- ix) Analisar a relação entre a autoestima dos colaboradores da CMVR três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” e as características sociodemográficas e socioprofissionais.

3.4. Desenho de investigação

Podemos definir o desenho de investigação como “o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses” (Fortin et al, 2009: p. 214). Ainda de acordo com o autor supracitado o desenho de investigação serve de orientação para o investigador planejar e realizar o estudo de maneira a que os objetivos sejam atingidos.

Tendo em conta os objetivos definidos para o presente estudo, foi delineado um estudo do tipo quase-experimental e longitudinal.

Os desenhos experimentais diferenciam-se dos não experimentais porque admitem um tratamento ou intervenção. Assim o investigador avalia o efeito de uma intervenção (variável independente) sobre outras variáveis (variáveis dependentes). Existem duas categorias de desenhos tipo experimental: o verdadeiro e o quase-experimental. Este último caracteriza-se pela ausência do grupo controlo e randomização. O presente estudo pode ser também considerado longitudinal, porque tem como objetivo investigar mudanças na população em

estudo em dois momentos distintos (antes e após a intervenção), ao longo de um tempo determinado (Fortin et al, 2009). Ainda segundo os mesmos autores “o estudo longitudinal começa no presente e termina no futuro (...), o investigador pode avaliar as mudanças que surgem no tempo e estabelecer relações e diferenças entre as variáveis” (Fortin et al, 2009, p. 253). Assim, o presente estudo pode ser considerado quase-experimental, uma vez que utilizamos um único grupo, em que avaliamos as mudanças que ocorreram no conhecimento sobre SBV.

Neste estudo foram avaliados conhecimentos sobre SBV antes e após a intervenção “Capacitar para Salvar”, competências após a intervenção “Capacitar para Salvar”, a relação entre conhecimentos e competências com a autoestima após a participação na intervenção “Capacitar para Salvar”. Analisou-se também a relação dos conhecimentos, competências e autoestima com as características sociodemográficas e socioprofissionais.

A nossa abordagem será quantitativa, dado que assenta na análise de dados numéricos. Segundo Fortin et al. (2009: p. 26) “o método de investigação quantitativo (...), caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos”.

O presente estudo integrou três fases (figura 4), a primeira fase correspondeu ao primeiro momento de recolha de dados, em que foi aplicado um questionário para obter dados sobre: características sociodemográficas e socioprofissionais e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR, que assinaram o consentimento informado (Apêndice B) e preencheram o questionário, e que decorreu entre março e abril de 2016;

A segunda fase, foi a implementação de um projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, com quatro sessões sobre SBV. Cada sessão teve a duração de 120 minutos, distribuídos da seguinte forma: 60 minutos de sessão teórica e 60 minutos de sessão prática (aprendizagem simulada) e decorreu durante o mês de abril de 2016.

Na terceira fase (três meses após implementação do projeto intervenção) foi realizada a segunda recolha de dados, em que foi aplicado o mesmo questionário para obtenção de informação relativa aos conhecimentos sobre SBV, uma grelha de observação e registo das competências demonstradas na execução de procedimentos relativos ao SVB e a escala de autoestima de *Rosenberg*. Esta fase decorreu entre junho e julho de 2016.

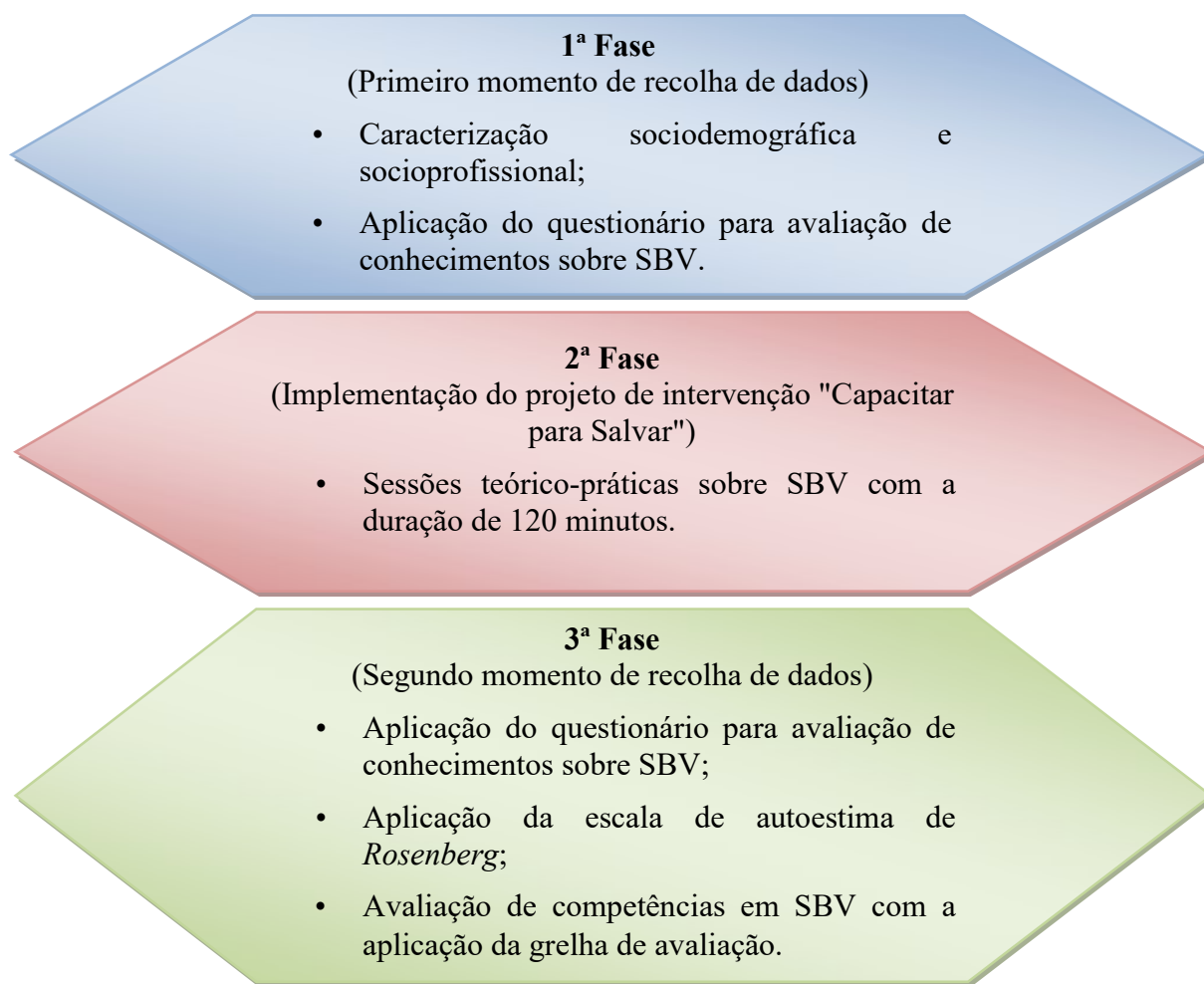


Figura 4. Fluxograma do estudo

Quanto ao plano de sessão “suporte básico de vida”, definimos os seguintes objetivos:

- i) adquirir conhecimentos sobre SBV;
- ii) melhorar as competências práticas para prestar SBV.

No desenvolvimento das sessões teóricas foi realizada a apresentação oral dos conteúdos, utilizando com recurso o projetor e computador e o *Software Windows*, que permitiu a construção de uma apresentação em PowerPoint e, simultaneamente, formulavam-se perguntas relacionadas com os conteúdos apresentados, no sentido de controlar o processo e compreensão de conhecimentos e a participação dos formandos.

3.4.1. População e amostra

A população pode ser definida como um grupo de pessoas com características comuns, que nos permite delimitar com rigor o tema de estudo e assim colher dados junto de pessoas ou grupos. A amostra é uma parte da população sobre a qual se faz o estudo, devendo ser representativa dessa mesma população e estar presentes em todos os elementos algumas das características da população (Fortin et al., 2009).

A população alvo do presente estudo foram todos os colaboradores da CMVR, no desempenho de funções durante o período do estudo, da qual resultou uma amostra não probabilística e intencional de 97 participantes, correspondente aos colaboradores que manifestaram interesse em participar do estudo.

3.4.2. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão servem para estabelecer os indivíduos que não integram a amostra, que neste estudo serão:

- Os colaboradores da CMVR que não assinarem o consentimento informado;
- Os colaboradores da CMVR que tenham frequentado programas de formação sobre SBV, há menos de dois anos, tendo como referência o primeiro momento de recolha de dados.

Todos os outros colaboradores foram incluídos no estudo.

3.4.3. Instrumento de recolha de dados

Compete ao investigador definir o instrumento de recolha de dados que melhor se adapte ao objetivo do estudo ou às suas hipóteses (Fortin et al., 2009).

Em relação à informação de natureza quantitativa, na recolha de dados utilizamos um questionário de autopreenchimento. Este instrumento exige que seja o próprio participante a dar as respostas escritas a um conjunto de questões.”Tem por objetivo recolher a informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos,

sentimentos e opiniões” (Fortin et al, 2009, p.380). Afirma ainda que os questionários tanto podem ser constituídos por questões fechadas como por questões abertas.

No presente estudo foi utilizado um questionário (Apêndice C) constituído por duas partes:

Parte I – Questões fechadas e abertas relativas às características sociodemográficas e profissionais que visam a caracterização dos colaboradores da CMVR.

Parte II – Afirmções relativas ao SBV, que pretende avaliar os conhecimentos dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real no que respeita aos princípios gerais e objetivos sobre SBV; abordagem de uma vítima adulta; início das manobras de reanimação; relação entre compressões/ventilações; modo de realização das compressões; posição lateral de segurança; avaliação da respiração espontânea; manutenção de SBV e ventilação boca a boca.

Para cada subtema que integra o questionário de avaliação de conhecimentos sobre SBV foram utilizadas um conjunto de afirmações em relação às quais cada colaborador deverá assinalar a afirmação que melhor traduz a sua opinião.

Para avaliar a autoestima geral foi utilizada a Escala de Autoestima de *Rosenberg* (EAER) (Apêndice D), validada para a população portuguesa por Raposo (2005) e constituída por 10 itens com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Rosenberg (1965), cit. por Romano, Negreiros e Martins (2007), definem a autoestima como a autoavaliação que as pessoas fazem de si próprias, implicando um sentimento de valor, que engloba uma componente sobretudo afetiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma. A escala é composta por 5 itens formulados positivamente e 5 itens formulados negativamente. Cada item é avaliado numa escala tipo *Likert* com as seguintes opções de resposta: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo, (3) Indiferente, (4) Concordo e (5) Concordo totalmente. A EAER pode ser cotada somando os dez itens ordinais tipo *Likert*, após se ter efetuado a reversão dos itens apropriados (nomeadamente os itens 2, 5, 6, 8 e 9). É assim obtida a pontuação total na escala, que pode variar entre 10 e 40 pontos, sendo que quanto mais elevada a pontuação, maior será a autoestima geral. A versão utilizada no presente estudo foi a versão validada para a população portuguesa (Raposo, 2005), a quem foi solicitada autorização para a sua utilização (Apêndice E).

A EAER tem sido amplamente utilizada na avaliação da autoestima em diversas populações, visto ser composta por um número reduzido de itens, ser caracterizada por simplicidade na linguagem e facilidade/brevidade de aplicação e avaliação.

A grelha de avaliação de competências (Apêndice F) é constituída por sete itens que avaliam os procedimentos relativos ao SBV que passo a descrever:

- Avaliação de condições de segurança - o participante deve perguntar em voz alta se estão asseguradas as condições de segurança necessárias à execução dos restantes procedimentos;
- Avaliar se vítima responde - o participante deve estimular táctil e verbalmente o manequim;
- Pedido de ajuda - o participante deve simular o pedido de ajuda ligando o número europeu de emergência médica descrevendo a situação que encontra e que lhe foi fornecida previamente pelo formador;
- Permeabilização da via aérea - o participante deve executar a extensão da cabeça evitando assim a queda da língua e fazer levantamento do mento;
- Avaliação da respiração - o participante deve ver movimentos respiratórios, ouvir sons respiratórios e sentir o ar expirado na face durante 10 segundos;
- Execução de compressões torácicas - o participante deve posicionar-se perpendicularmente ao tórax da vítima, colocar a face palmar da mão no centro do tórax da vítima, colocar os membros superiores em extensão, sobrepor as mãos com os dedos entrelaçados sobre o esterno da vítima, efetuar 30 compressões ao ritmo de 100/120 por minuto e verbalizar a que profundidade deve comprimir o tórax;
- Execução de ventilações - o participante deve executar a extensão da cabeça e elevação do mento, efetuar a oclusão das narinas premindo a cartilagem nasal com o indicador e o polegar e efetuar duas ventilações corretamente.

Todos os procedimentos seguiram as recomendações do CPR e foram realizadas pelos colaboradores da CMVR em manequim com recurso a situações simuladas.

3.4.4. Pré-teste

O pré-teste do instrumento de recolha de dados é uma etapa indispensável, uma vez que permite apurar as irregularidades do questionário para poderem ser feitas as correções que se colocarem (Fortin, et al., 2009). Ainda de acordo com o mesmo autor “ O pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 ou 20 pessoas) da população alvo” (p. 386).

Após a aplicação do questionário e grelha de observação a cinco colaboradores de uma outra empresa da cidade de Vila Real, não foi necessário proceder a modificações do instrumento.

3.4.5. Variáveis e sua operacionalização

Fortin et al. (2009, p. 171) afirma que “as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo (...), as variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados”.

Quanto ao papel das variáveis no estudo adotámos a classificação proposta por Fortin et al. (2009), na qual “as variáveis atributo são características pré-existentes dos participantes no estudo. Elas são geralmente constituídas por dados demográficos tais como idade, género, a situação de família” (p.172), refere também que “As variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não há variáveis independentes a manipular, nem relações de causa efeito a examinar” (p.171).

Para caracterizar a amostra do estudo foram consideradas as seguintes variáveis atributo: sexo; idade; estado civil; grau de instrução; tempo de serviço na instituição (em anos), grupo profissional onde se enquadra, vínculo à instituição, área de residência (Apêndice G). As variáveis de investigação (Apêndice H) deste estudo são:

- i) Conhecimentos sobre SBV;
- ii) Competências sobre SBV;
- iii) Autoestima geral.

Definidas as variáveis do estudo, estas deverão ser operacionalizadas. “A definição operacional anuncia os procedimentos a aplicar para medir a variável. Dá indicações sobre a forma como as observações devem ser efetuadas”. “Uma definição operacional é estabelecida de maneira que a variável possa ser medida ou manipulada numa dada situação de investigação” (Fortin, 2009, p.173).

3.4.6. Hipóteses de Investigação

A formulação de hipóteses é um passo importante nos trabalhos de investigação, uma vez que ajudam a direcionar a recolha de dados e a interpretar os resultados. Um estudo pode ter várias hipóteses, que devem ser claramente expressas, verificáveis, plausíveis, apoiando-se numa proposição teórica (Fortin et al. 2009). As hipóteses são uma suposição que antecede a constatação dos factos, na tentativa de se verificar a validade da resposta ao problema (Marconi & Lakatos, 2014).

Fortin et al. (2009, p.165) define hipótese como ...“um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica”. Assim como as questões de investigação, a formulação das hipóteses é uma etapa fundamental em qualquer trabalho de investigação antes de se iniciar o estudo. Assim, definimos como objeto de estudo as seguintes hipóteses ou relações entre variáveis:

- H1 – Os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR aumentaram significativamente do momento 1 para o momento 2;
- H2 – Existe relação entre o nível de autoestima e as competências demonstradas em SBV após implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” pelos colaboradores da CMVR;
- H3 - Existe relação entre o nível de autoestima e os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR, após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”;
- H4 - Existe relação entre os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” e as variáveis sociodemográficas;

H5 - Existe relação entre as competências demonstradas em SBV dos colaboradores da CMVR após a implementação do projeto de intervenção "Capacitar para Salvar" e as variáveis sociodemográficas;

H6 - Existe relação entre a autoestima dos colaboradores da CMVR após a implementação do projeto de intervenção "Capacitar para Salvar" e as variáveis sociodemográficas.

3.4.7. Procedimento de recolha de dados e considerações éticas

Em qualquer investigação é fundamental assegurar o cumprimento dos princípios éticos. As nossas preocupações começam na formulação do problema que não fosse norteadas pela formulação de juízos morais ou de valor.

Segundo Fortin et al. (2009, p.180) "Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa" Obter as autorizações necessárias e o consentimento informado por parte dos intervenientes no estudo são também imprescindíveis, uma vez que refere que "o respeito das pessoas e da escolha esclarecida assenta no princípio segundo o qual toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria" (Fortin et al 2009, p.186). Neste sentido procuramos o anonimato e a confidencialidade individual dos dados, e a participação dos intervenientes no estudo foi feita de forma voluntária e com o devido consentimento informado.

O estudo teve parecer favorável por parte da comissão de ética da UTAD (APENDICE I), após efetuadas as alterações ao instrumento de recolha de dados sugerida pela mesma, foram retiradas as questões da caracterização sociodemográfica que poderiam identificar os participantes do estudo. Por último, teve-se em conta o cumprimento da confidencialidade e anonimato aquando do tratamento, apresentação e divulgação de resultados.

3.4.8. Tratamento estatístico dos dados

No tratamento estatístico dos dados foi utilizada a análise descritiva e inferencial das observações recolhidas, recorrendo ao programa IBM® SPSS Statistics (v. 22)

A estatística descritiva permitiu estruturar a informação numérica de modo a obter uma representação geral das variáveis medidas numa amostra. Determinaram-se frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central e de dispersão.

Foram verificados os pressupostos de normalidade da distribuição das respostas dadas pelos participantes com recurso ao teste *Kolmogorov-Smirnov*. Como não se verificou a distribuição normal das variáveis quantitativas, optou-se pela utilização de testes não paramétricos para a estatística inferencial. Assim, foram utilizados os seguintes testes de hipóteses:

Teste de McNemar – na análise de frequências (proporções) em variáveis dicotómicas das respostas recolhidas *antes* e *após*, em que cada indivíduo é utilizado para seu próprio controlo (Pestana & Gageiro, 2014). Este teste foi utilizado para analisar as proporções das respostas recolhidas nos dois momentos de avaliação de conhecimentos sobre SBV, antes e após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

Teste Mann-Whitney – Este teste compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes. Foi utilizado para avaliar a associação entre a autoestima dos participantes e os conhecimentos sobre SBV e competências, após o projeto de intervenção. Este teste estatístico foi também usado para estudar a relação entre variáveis sociodemográficas com dois níveis (género e área de residência), o conhecimento e as competências (Pestana & Gageiro, 2014).

Teste Kruskal Wallis – é um teste usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis pelo menos observadas em duas ou mais amostras independentes (Marôco, 2011), e aplica-se nas mesmas condições que o Mann-Whitney mas quando a variável independente tem três ou mais categorias. Foi utilizado para estudar a relação entre variáveis sociodemográficas com três ou mais categorias (idade, escolaridade, função desempenhada e tempo de serviço) e o conhecimento e competências sobre SBV.

Teste Qui-quadrado – Este teste é usado para verificar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica (Marôco, 2011). Foi utilizado para estudar a associação entre a frequência de respostas às perguntas dos conhecimentos, correto ou incorreto, e competências demonstradas ou não demonstradas e as características sociodemográficas e profissionais.

Todos os testes utilizados com valor de prova inferior a 0,05 foram considerados como indicando significância estatística.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será feita uma descrição detalhada dos dados obtidos no estudo e apresentados os resultados da análise estatística efetuada.

Para melhor entendimento os resultados vão ser apresentados de acordo com a ordem dos objetivos estabelecidos para a realização do estudo.

4.1. Caracterização geral da amostra

No sentido de dar resposta ao objetivo, caracterizar os colaboradores da CMVR no que respeita às variáveis sociodemográficas e profissionais, apresenta-se uma descrição dos resultados obtidos após aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica e socioprofissional (Tabela 1).

A amostra foi constituída por 97 colaboradores da CMVR, que integraram os critérios de inclusão para a participação do estudo. A amostra era pouco jovem, pois somente 29,9% dos indivíduos tinham menos de 40 anos. Cerca de 40% tinha idade compreendida entre os 40 e 50 anos e os restantes tinham mais de 50 anos. A maioria era do sexo feminino (74,2%), residia em meio urbano (64,9%) e os restantes em meio rural (aldeias ou vilas).

No que diz respeito à escolaridade, 55,6% dos inquiridos tinha o ensino secundário, 29,9% ensino superior e os restantes detinham nove ou menos anos de escolaridade.

No que diz respeito à situação profissional, tendo por base a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 e para que fosse possível agrupar as respostas dos inquiridos, uma vez que alguns grupos profissionais tinham uma frequência reduzida, os operadores de instalações e máquinas foram agrupados com os trabalhadores qualificados da indústria (50,5%), e os técnicos e profissões de nível intermédio com o pessoal administrativo (26,8%), mantendo os especialistas das atividades intelectuais e científicas (22,7%).

Em relação ao tempo de serviço na instituição, 33,9%, trabalha há menos de 10 anos, 38,2% entre 10 e 20 anos e 28,9% há mais de 20 anos, verificando-se que mais de 50% dos colaboradores trabalham na instituição há mais de 15 anos. O tempo de serviço mínimo

verificado na instituição foi de 1 ano e o máximo de 41 anos, e cerca de 54,6% dos inquiridos têm vínculo definitivo.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	25	25,8
Feminino	72	74,2
Idade		
<40	29	29,9
40-50	39	40,2
>50	29	29,9
Área de Residência		
Urbano	63	64,9
Rural	34	35,1
Escolaridade		
< 9ºano	14	14,5
Ensino secundário	54	55,6
Ensino superior	29	29,9
Função desempenhada		
Técnico superior	22	22,7
Administrativo ou equivalente	26	26,8
Operário ou equivalente	49	50,5
Tempo de serviço (em anos)		
<10	32	33,9
10-20	37	38,2
>20	28	28,9

4.2. Conhecimentos sobre SBV

Em relação ao objetivo 2 - avaliar os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR, antes e após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, apresentam-

se na Figura 5 os resultados obtidos através da aplicação do questionário de Avaliação de Conhecimentos sobre SBV. Pela observação da Figura 5 depreende-se que antes da intervenção os conhecimentos dos participantes era muito variável, com algumas questões com proporções elevadas de respostas corretas, como por exemplo o conhecimento do número europeu de emergência médica (93,8%), e outras questões com uma proporção elevada de respostas incorretas, como a questão 6 *“As compressões no tórax devem ser feitas”* e a questão 9 *“Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)”*, que não ultrapassaram 31% e 25% de respostas corretas respetivamente. Observa-se também que, decorrente da intervenção, resultou um aumento generalizado dos conhecimentos, deixando de haver uma variabilidade tão acentuada na proporção de respostas corretas, ainda que continuasse a haver questões incorretamente assinaladas. Assim, destacou-se uma maior evolução dos conhecimentos nos itens 4- *“Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por”* (antes 11,3% e após 71,1%), 5- *“Nas manobras de reanimação a relação compressões/ventilações na vítima adulta inconsciente e em paragem cardiorrespiratória são”* (antes 14,4% e após 90,7%) e 8 – *“A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante”* (antes 16,5% e após 80,4%).

Com o maior valor percentual destacou-se o item 10 – *“Indique qual o número Europeu de Emergência Médica”* que se manteve acima dos 90%, antes e após a implementação do projeto de intervenção.

No que respeita ao item *“Os princípios gerais do Suporte Básico de Vida”* observou-se uma tendência atípica, pois houve uma diminuição de respostas corretamente assinaladas (antes 38,1% e após 23,7%), que poder-se-á dever a alguma dificuldade na interpretação da questão, ainda que no pré-teste não tenha sido identificada como necessidade de alteração.

Para avaliar se a participação no projeto de intervenção *“Capacitar para Salvar”* se traduz em mudanças nos conhecimentos em SBV dos colaboradores da CMVR, procedeu-se à confirmação da H1 – Os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR é significativamente superior após a participação no projeto de intervenção *“Capacitar para Salvar”*. Nesse sentido, a frequência de respostas corretas antes e após a intervenção foi comparada através do teste de McNemar, com apresentação dos resultados na Tabela 2.

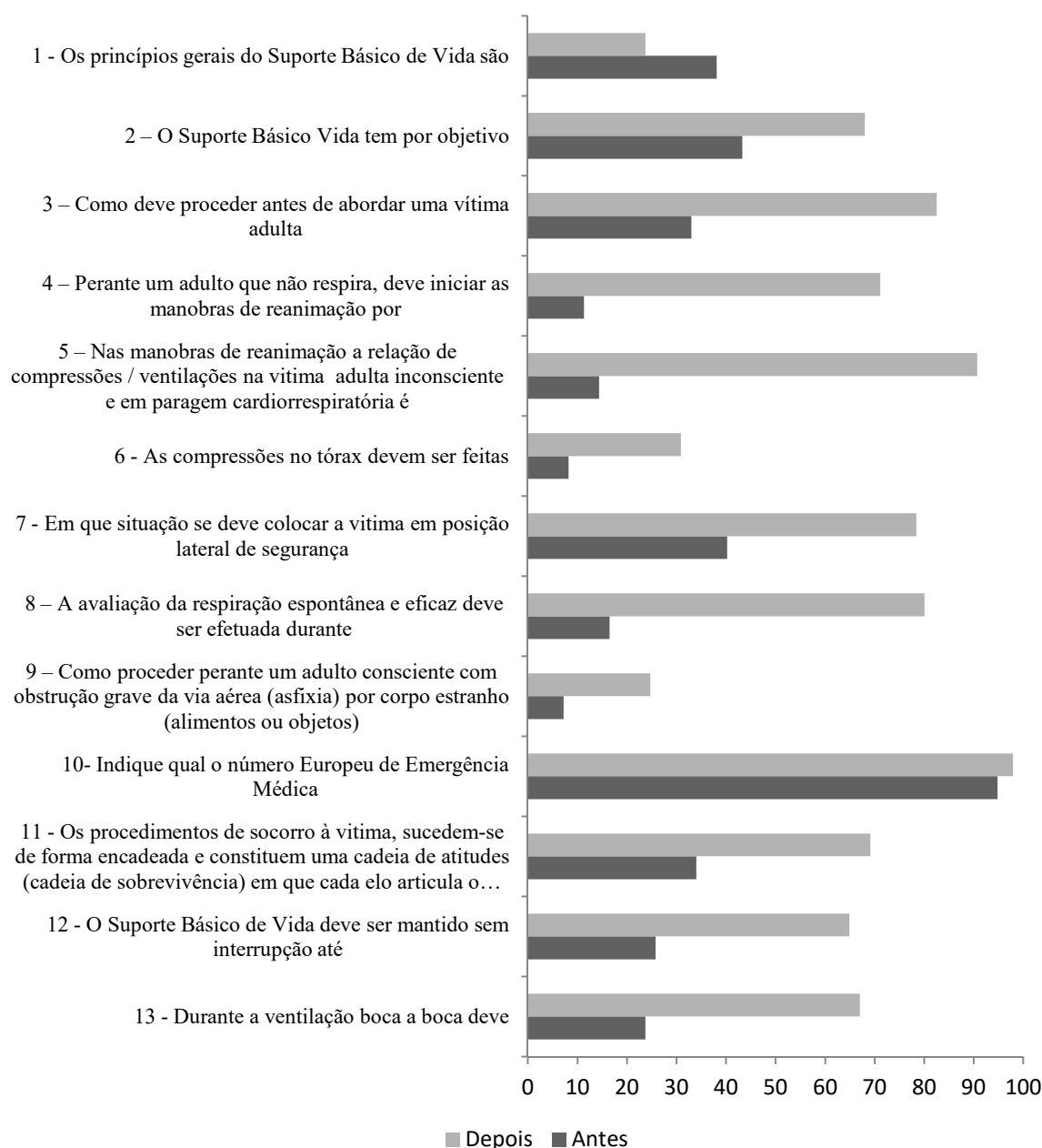


Figura 5. Distribuição das frequências percentuais de resposta ao questionário, antes e após a implementação do projeto de intervenção

Na questão 1 “*Os princípios gerais do Suporte Básico de Vida são:*” verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,022$) entre a frequência total de respostas corretas antes e após a intervenção. Do total de 97 inquiridos, 38,1% deu respostas corretas no 1º momento de avaliação, sendo que no 2º momento o número de respostas corretas desceu para 23,7%. Quando se analisa a relação de respostas corretas e incorretas antes e após, observa-se que 14,4% e 52,6% dos participantes mantêm a resposta correta e incorreta, respetivamente. Apenas 9,3% dos participantes revelou ter aprendido. Observou-se uma percentagem (23,7%)

preocupante de colaboradores da CMVR que responderam corretamente antes da intervenção e erradamente após a mesma. Estes resultados demonstraram uma perda de conhecimento após a realização do projeto de intervenção, verificando-se que para este conteúdo teórico ela não se demonstrou eficaz. Uma possível justificação para o sucedido pode estar na incorreta interpretação da questão colocada.

Para a questão 2 “*O suporte básico de Vida tem por objetivo:*”, verificou-se uma tendência diferente da observada para a questão 1. A frequência de respostas corretas foi maior em ambos os momentos, com 43,3% e 68,1% antes e após a intervenção, respetivamente. Para esta questão houve uma grande melhoria no conhecimento adquirido, pois 36,1% dos participantes demonstram ter adquirido este conhecimento somente após a intervenção. No entanto, 11,4% dos participantes responderam corretamente antes da intervenção e incorretamente após. A distribuição destas frequências determinou diferenças estatisticamente muito significativas ($p=0,001$).

A frequência de respostas corretas à questão 3 “*Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta:*” determinou diferenças estatisticamente muito significativas nos conhecimentos demonstrados pelos colaboradores participantes no estudo, entre os dois momentos de avaliação ($p= 0,001$). Foram obtidas no 1º momento de avaliação 33,0% de respostas corretamente assinaladas e já no 2º momento esse número subiu para 82,5%. Estes valores resultam da alteração de 52,6% de participantes que responderam incorretamente no 1º momento, mas que no 2º momento responderam corretamente. O número de respostas corretamente assinaladas no 1º momento e que depois foram alteradas para uma opção incorreta no 2º para este conteúdo foi de 3,1%.

No que respeita à questão 4 “*Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por*”, a mudança de resposta de errada para correta antes e após a intervenção é clara, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente muito significativas no conhecimento adquirido ($p=0,000$). Verifica-se que apenas 11,3% dos inquiridos respondeu corretamente à questão antes do projeto de intervenção e cerca de 71,1% deu uma resposta correta após a mesma. Assim, cerca de 61,9% alterou a resposta de incorreta para correta antes e após a intervenção. Apenas 2,1% dos participantes alteraram a resposta de correta para incorreta.

Para a questão 5 “*Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é:*” os resultados mostraram um

aumento significativo ($p=0,001$) no nível de conhecimento. Observou-se que antes da intervenção apenas 14,4% dos participantes responderam corretamente à questão e 90,7% respondeu corretamente após a intervenção. De salientar que não se verificou nenhuma mudança de resposta correta para incorreta entre os dois momentos de avaliação.

O conhecimento sobre questão 6 “*As compressões no tórax devem ser feitas:*”, antes da intervenção, era detido por um número muito reduzido de participantes (8,3%). A intervenção resultou numa melhoria altamente significativa ($p=0,001$), no entanto apenas 30,9% dos participantes responderam corretamente no 2º momento.

Os resultados obtidos para a questão 7 “*Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança:*” revelam diferenças altamente significativas ($p=0,001$). Assim 40,2% dos inquiridos responderam corretamente antes da intervenção e 78,4% de forma correta após a intervenção, ou seja 35,1% manteve a resposta correta e 43,3% alterou a resposta para correta após a intervenção. Apenas 5,2% modificou a resposta para incorreta.

Quanto à questão 8 “*A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante:*” verificou-se diferenças altamente significativas ($p=0,001$) do número de participantes que respondeu corretamente, passando de 16,5% de respostas antes da intervenção para 80,4% após a intervenção. De salientar que 2,1% modificou a resposta para incorreta.

A questão 9, respeitante ao conhecimento sobre “*Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)*” teve um padrão de respostas semelhante ao da questão 6, em que apesar de se verificar diferenças estatisticamente significativas ($p=0,010$), o número de respondentes que deu a resposta correta aumentou de 7,2% para 24,7%.

Quanto à questão 10, relativa ao conhecimento sobre o *número europeu de emergência médica* não se verificou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,375$), sendo esta questão corretamente assinalada pela maioria dos participantes logo no primeiro momento de avaliação (94,9%).

Na questão 11 relativa ao conhecimento sobre *encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima* observou-se um ganho significativo ($p=0,001$) de conhecimento decorrente da intervenção, tendo-se observado que somente 24,7% dos participantes que responderam incorretamente antes da intervenção mantiveram essa resposta incorreta após a intervenção.

O conhecimento até quando se deve manter, sem interrupção, o SBV (questão 12) melhorou significativamente ($p=0,001$) após a intervenção, tendo-se verificado que 44,3% dos colaboradores da CMVR que não detinham esse conhecimento prévio, manifestaram-no corretamente após a intervenção.

Na questão 13, em que se avaliou os conhecimentos sobre a técnica de respiração boca a boca observou-se um padrão similar ao das duas questões anteriores. Cerca de metade dos participantes (48,5%) melhorou ($p=0,001$) o seu conhecimento sobre esta técnica com a intervenção.

Globalmente, estes resultados demonstram que a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” gerou uma mudança positiva nos conhecimentos. Perante estes resultados, aceitamos a hipótese - Os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real é significativamente superior após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

Tabela 2. Distribuição absoluta e percentual das respostas às questões sobre conhecimentos em SBV antes e após implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”

		Após a intervenção		Total antes da intervenção
		Correta	Incorreta	
<i>1. Os princípios gerais do SBV são</i>				
Antes da intervenção	Correta	(14) 14,4%	(23) 23,71%	(37) 38,1%
	Incorreta	(9) 9,28%	(51) 52,58%	(60) 61,86%
Total após da intervenção		(23) 23,71%	(74) 76,29%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,022
<i>2. O suporte básico de Vida tem por objetivo</i>				
Antes da intervenção	Correta	(31) 31,95%	(11) 11,34%	(42) 43,30%
	Incorreta	(35) 36,10%	(20) 20,61%	(55) 56,70%
Total após da intervenção		(66) 68,05%	(31) 31,95%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001
<i>3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta</i>				
Antes da intervenção	Correta	(29) 29,90%	(3) 3,09%	(32) 32,99%
	Incorreta	(51) 52,58%	(14) 14,43%	(65) 67,01%
Total após da intervenção		(80) 82,48%	(17) 17,52%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001
<i>4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por</i>				
Antes da intervenção	Correta	(9) 9,28%	(2) 2,06%	(11) 11,34%
	Incorreta	(60) 61,86%	(26) 26,80%	(86) 88,66%
Total após da intervenção		(69) 71,14%	(28) 28,86%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001
<i>5. Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em posição cardiopulmonar é</i>				
Antes da intervenção	Correta	(14) 14,43%	(0) 0%	(14) 14,43%
	Incorreta	(74) 76,29%	(9) 9,28%	(83) 85,57%
Total após da intervenção		(88) 90,72%	(9) 9,28%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001
<i>6. As compressões no tórax devem ser feitas</i>				
Antes da intervenção	Correta	(3) 3,09%	(5) 5,16%	(8) 8,25%
	Incorreta	(27) 27,83%	(62) 63,92%	(89) 91,75%
Total após da intervenção		(30) 30,93%	(67) 69,07%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001
<i>7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança</i>				
Antes da intervenção	Correta	(34) 35,05%	(5) 5,16%	(39) 40,21%
	Incorreta	(42) 43,30%	(16) 16,49%	(58) 59,79%
Total após da intervenção		(76) 78,35%	(21) 21,65%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001

Tabela 2. (continuação). Distribuição absoluta e percentual das respostas às questões sobre conhecimentos em SBV antes e após implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”

		Após da intervenção		Total antes da intervenção
		Correta	Incorreta	
<i>8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante</i>				
Antes da intervenção	Correta	(14) 14,43%	(2) 2,06%	(16) 16,49%
	Incorreta	(64) 65,98%	(17) 17,53%	(81) 83,51%
Total após da intervenção		(78) 80,41%	(19) 19,59%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001
<i>9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)</i>				
Antes da intervenção	Correta	(3) 3,09%	(4) 4,13%	(7) 7,22%
	Incorreta	(21) 21,65%	(69) 71,13%	(90) 92,78%
Total após da intervenção		(24) 24,74%	(73) 75,26%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,01
<i>10. Indique qual o numero europeu de emergência médica</i>				
Antes da intervenção	Correta	(91) 93,82%	(1) 1,03%	(92) 94,85%
	Incorreta	(4) 4,12%	(1) 1,03%	(5) 5,15%
Total após da intervenção		(95) 97,94%	(2) 2,06%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,375
<i>11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima</i>				
Antes da intervenção	Correta	(27) 27,84%	(6) 6,18%	(33) 34,02%
	Incorreta	(40) 41,24%	(24) 24,74%	(64) 65,98%
Total após da intervenção		(67) 69,07%	(30) 30,93%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001
<i>12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até</i>				
Antes da intervenção	Correta	(18) 18,55%	(7) 7,22%	(25) 25,77%
	Incorreta	(43) 44,33%	(29) 29,90%	(72) 74,23%
Total após da intervenção		(61) 62,88%	(36) 37,12%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001
<i>13. Durante a ventilação boca a boca deve</i>				
Antes da intervenção	Correta	(18) 18,56%	(5) 5,15%	(23) 23,71%
	Incorreta	(47) 48,45%	(27) 27,84%	(74) 76,29%
Total após da intervenção		(65) 67,01%	(32) 32,99%	(97) 100%
<i>Teste de McNemar</i>				p=0,001

O conhecimento é o que permite transpor a teoria para a prática, por isso é um dos pilares que determina o sucesso do socorro prestado a uma vítima de PCR (Spooner, Fallaha, Kocierz, Smith; Smith & Perkins, 2006). Nesse sentido, no presente trabalho foram estudados os conhecimentos sobre SBV antes e após uma intervenção que consistiu em 4 horas de formação. Observou-se que, antes da intervenção, os conhecimentos eram genericamente muito baixos e após a intervenção houve ganhos. Mais especificamente em alguns domínios os participantes apresentavam antes da intervenção um conhecimento razoável, nomeadamente em aspetos mais gerais relativos à prestação de socorro, como colocar a vítima em PLS, avaliação das condições de segurança, da respiração e da consciência, bem como o conhecimento do número de europeu de emergência médica. Por outro lado, o conhecimento dos colaboradores da CMVR revelou-se mais deficiente em aspetos de natureza mais técnica, como as compressões torácicas e a desobstrução da via aérea. No mesmo sentido Dixe e Gomes (2015) também observaram que a população em geral tem fracos conhecimentos sobre SBV, e eventualmente tem adquirido conhecimentos incorretos. Nos aspetos mais técnicos, mesmo após a intervenção, os participantes continuaram a ter algumas dificuldades. Os resultados de Enizi, Saquib, Zaghloul, Alaboud, Shahid e Saquib (2016) indicam também que a aquisição de conhecimentos de natureza técnica são com frequência os mais difíceis de atingir. Esta avaliação foi feita dois meses após a formação e existe também na literatura referências a perda de conhecimento quando este não é utilizado. Diversos autores indicam que a mobilização de conhecimentos é muito importante para que os reanimadores, sejam leigos ou profissionais, consigam manter competências adequadas para iniciar manobras de SBV (Alves & Cogo, 2006, Cason & Baxley, 2011; Cossote, Silva & Miranda, 2014). A formação é um dos caminhos para melhorar o conhecimento sobre SBV, na expectativa de que essa melhoria no conhecimento se traduza numa mudança de atitude e se reflita em competência para executar manobras de SBV (Spooner et al., 2007). Não obstante, podem existir vários obstáculos na transposição da teoria para a prática, dado que um dos obstáculos que é frequentemente apontado é a perda de conhecimento pelo facto de existirem poucas oportunidades para mobilizar este conhecimento, pois a ocorrência de situações de emergência não é frequente (Isbye, Rasmussen, Lippert, Rudolph & Ringsted, 2006, Yeung, Okamoto, Soar & Perkins, 2011). Como no presente trabalho a avaliação de conhecimentos após a intervenção foi realizada três meses depois da formação, o número de respostas corretamente assinaladas ficou aquém das expectativas, facto que pode estar associado à não retenção do conhecimento pelo intervalo de tempo decorrido. Com o desenvolvimento do

projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, constatamos que o EEECSPP deve atender no planeamento às características específicas da população alvo, em todas as fases da operacionalização de intervenções dirigidas a grupos. De facto, a heterogeneidade dos colaboradores da CMVR, no que concerne a diferentes aspetos, nomeadamente escolaridade e funções na instituição podem ter condicionado uma aprendizagem mais efetiva do conteúdo formativo. A literatura é unânime ao recomendar a necessidade de adaptar a formação às características da população alvo, preocupação que tem que estar subjacente ao seu planeamento (Cartledge, Bray, Leary, Stub & Finn, 2016).

Objetivo 3 - Avaliar as competências demonstradas sobre SBV após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”

Cerca de três meses após a implementação do projeto “Capacitar para Salvar” foram avaliadas as competências que os colaboradores possuíam, através da execução prática e individual. Todos os dados foram registados numa grelha de avaliação de competências, da qual fazia parte sete itens, essenciais para prestar um socorro eficaz a uma vítima que se encontra em PCR.

Como se pode observar na Figura 6, é no item (6) “*Execução de compressões torácicas*” que se verifica maior dificuldade na sua concretização de forma correta. Dos 97 inquiridos, apenas 34% conseguiu demonstrar competência para executar compressões torácicas a uma vítima de acordo com os princípios orientadores definidos para as manobras em SBV. No que respeita aos restantes itens avaliados, os valores mais elevados de demonstração de competência foram, por ordem decrescente, os itens: (1) “*Avaliação das condições de segurança*” (88,7%); (2) “*avaliação da resposta da vítima*” (82,5%); (3) “*Pedido de ajuda*” (88,7%); (4) “*Permeabilização da via aérea*” (57,7%); (5) “*Avaliação da respiração*” (71,1%) e (7) “*Execução de ventilações*” (68%).

De um modo geral, constata-se, que dos sete itens avaliados, apenas no item (6) “*Execução de compressões torácicas*” se observa que esta competência foi adquirida por menos de 50% dos participantes.

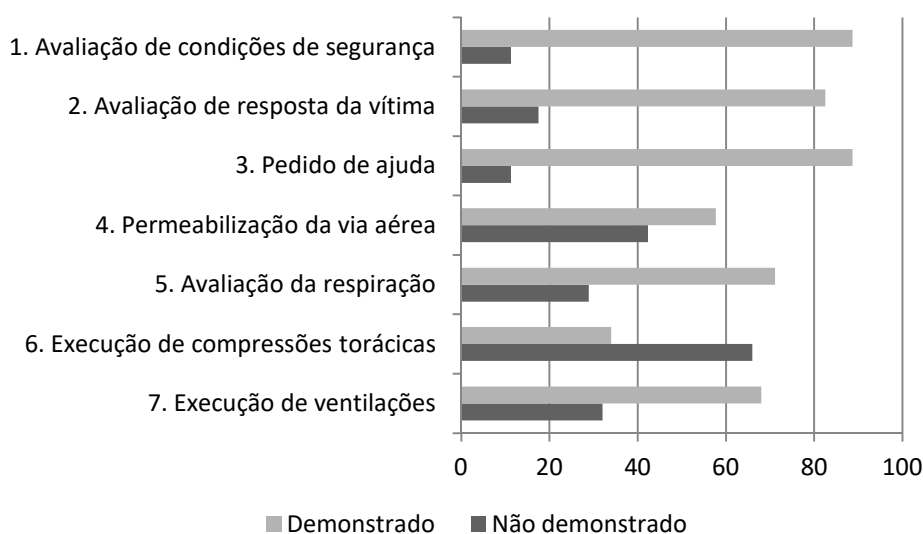


Figura 6. Distribuição das frequências percentuais de competências em SBV demonstradas pelos colaboradores da CMVR após a implementação do projeto de intervenção

No sentido de avaliar se os conhecimentos dos colaboradores da CMVR se traduziam na demonstração de competências adequadas, observou-se uma concordância entre os conhecimentos e competência. Assim, nos aspectos mais gerais, como a avaliação das condições de segurança, a avaliação da resposta da vítima e a sua consciência e o pedido de ajuda, foram demonstradas na prática pela maioria dos participantes, embora na execução de procedimentos mais técnicos tenha existido uma maior dificuldade que se refletiu numa avaliação de competência não demonstrada pelos colaboradores da CMVR, possivelmente devido ao distanciamento (três meses) entre a aquisição de conhecimentos e a demonstração das competências. Há que ter em consideração que na avaliação de competências os aspectos em que o desempenho foi menos positivo, como a permeabilização da via aérea, a avaliação da respiração, a execução correta de compressões torácicas e a execução de ventilações, são aspectos que envolvem competências instrumentais, que exigem treino prático mais continuado (Mellor & Wollard, 2010) que eventualmente não terá sido assegurado durante as 4 h de formação prática. Para manter o desempenho de competências de natureza técnica em SBV é fundamental assegurar periodicidade curta, processos formativos que privilegiem estes aspectos pois a não regularidade na execução traduz-se em perda de competência, ou seja, ação que não é repetida e contextualizada entra em desuso. Aliás a necessidade de manter os conhecimentos e competências mobilizáveis para utilização em caso de necessidade é correntemente referido na bibliografia e está na base de muitas estratégias de complemento de formação para evitar o esquecimento decorrente do distanciamento da formação presencial (Hsieh, Bhanji, Chiang,

Yang, Chien & Ma, 2016, Ro, Shin, Song, Hong, Kim, Lee & Cho, 2016). Embora algumas ações de formação que visam a atualização de conhecimentos utilizem plataformas informáticas, não deve ser descurada a formação presencial e com instrutor, como aconteceu no presente trabalho, mas que permitem num espaço de tempo curto, menos de meia hora fazer uma revisão do conteúdo da formação (Isbye et al., 2006; Moule, Gilbert & Chalk, 2001).

4.3. Relação entre a autoestima e os conhecimentos e competências sobre SBV

O objetivo 4 do presente estudo pretende avaliar a autoestima dos colaboradores da CMVR, após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” e verificar a confirmação da hipótese 2 “Existe relação entre o nível de autoestima e as competências demonstradas em SBV após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” pelos colaboradores da CMVR” e a hipótese 3 “Existe relação entre o nível de autoestima e os conhecimentos demonstrados sobre SBV após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” pelos colaboradores da CMVR.

Quanto à autoestima dos colaboradores da CMVR, avaliada pela escala de *Rosenberg*, estes apresentaram valores elevados, como pode ser observado na Tabela 3. Todos os itens apresentam valores acima do ponto médio da escala. O item que apresentou a pontuação mais baixa (média=3,13, desvio padrão=0,75) foi o 8 “*Gostaria de ter mais respeito por mim próprio (a)*” e com uma pontuação mais elevada (média=3,52, desvio padrão=0,61) o item 9 “*Em termos gerais, inclino-me a pensar que sou um(a) falhado(a)*”, valor que indica discordância com a afirmação.

Tabela 3. Estatísticas descritivas dos itens avaliados pela escala de autoestima de *Rosenberg* nos colaboradores da CMVR

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Globalmente, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)	2	4	3,30	0,56
Por vezes penso que não valho nada	1	4	3,35	0,65
Sinto que tenho algumas boas qualidades	3	4	3,33	0,47
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas	2	4	3,34	0,54
Sinto que não tenho muitos motivos de que me orgulhar	1	4	3,30	0,71
Por vezes sinto-me de facto um (a) inútil	2	4	3,45	0,58
Sinto que sou uma pessoa, pelo menos, com tanto valor como a maioria das outras pessoas	2	4	3,33	0,57
Gostaria de ter mais respeito por mim próprio (a)	1	4	3,13	0,75
Em termos gerais, inclino-me a pensar que sou um(a) falhado(a)	1	4	3,52	0,61
Adoto uma atitude positiva para comigo mesmo(a)	2	4	3,25	0,52
Autoestima Global	2,30	4,00	3,33	0,34

No que respeita à relação entre a autoestima e os conhecimentos sobre SBV (Tabela 4), não se verificou diferenças estatisticamente significativas, com exceção para a questão 9 “*Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho*”, pelo que a H3 é parcialmente rejeitada. Verificou-se que em relação a esta questão foram os respondentes com menor autoestima (média de ordens de 33,7) que demonstram conhecimento.

Tabela 4. Relação entre a autoestima e os conhecimentos sobre SBV, após implementação do projeto

Domínio do conhecimento	Média de ordens da autoestima		U de Mann-Whitney; p
	Demonstrado	Não demonstrado	
1. Os princípios gerais do suporte básico de vida são	48,5 (23)	49,2 (74)	838,50; 0,915
2. O suporte básico de vida tem por objetivo	47,6 (66)	52,0 (31)	930,50; 0,472
3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta	48,2 (80)	52,7 (17)	618,00; 0,554
4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por:	50,0 (69)	46,6 (28)	898,50; 0,589
5. Nas manobras de reanimação, a relação de compressões/ventilações na vítima adulta inconsciente e em paragem cardiorrespiratória	49,6 (88)	42,9 (9)	341,00; 0,492
6. As compressões no tórax devem ser feitas	51,5 (30)	47,9 (67)	930,00; 0,556
7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança	49,7 (76)	46,4 (21)	742,50; 0,625
8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante...	49,4 (78)	47,5 (19)	713,00; 0,798
9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho	33,7 (24)	54,1 (73)	507,50; 0,002
10. Indique qual o número Europeu de Emergência Médica	49,1 (95)	44,8 (2)	86,50; 0,828
11. Os procedimentos de socorro à vítima, sucedem-se de forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes (cadeia de sobrevivência)	50,1 (67)	46,6 (30)	932,00; 0,567
12. O suporte básico de vida deve ser mantido sem interrupção até	50,8 (61)	45,9 (36)	985,50; 0,398
13. Durante a ventilação boca a boca deve	48,1 (65)	50,1 (32)	981,00; 0,649

A relação entre competências para executar ações relacionadas com SBV e a autoestima é apresentada no Tabela 5. Tal como observado para os conhecimentos, não existe relação entre a autoestima e as competências em SBV dos colaboradores da CMVR. Somente para a competência pedir ajuda é que se observou que os participantes que não a demonstraram eram também aqueles que tinham uma maior autoestima ($p=0,019$), pelo que a hipótese 2 é parcialmente aceite.

Tabela 5. Relação entre a autoestima e as competências dos colaboradores da CMVR

Competências	Média de ordens da autoestima		<i>U de Mann-Whitney, p</i>
	Demonstrada	Não demonstrada	
<i>Avaliação de segurança</i>	47,8 (86)	58,6 (11)	368,00; 0,230
<i>Avaliação de resposta da vítima</i>	48,1 (80)	53,4 (17)	604,50; 0,471
<i>Pedir ajuda</i>	46,6 (86)	67,7 (11)	267,50; 0,019
<i>Permeabilização da via aérea</i>	49,8 (56)	47,9 (41)	1102,00; 0,736
<i>Avaliação da respiração</i>	49,5 (69)	47,9 (28)	934,00; 0,798
<i>Execução de compressões torácicas</i>	47,6 (33)	49,7 (64)	1010,50; 0,728
<i>Execução de ventilações</i>	48,3 (66)	50,5 (31)	978,00; 0,726

A relação entre a autoestima dos participantes no presente estudo e os conhecimentos e competências sobre SBV pode ser conceptualizada a vários níveis. Numa perspetiva cognitiva, poder-se-á argumentar a potencial relação bidirecional existente entre a autoestima e a capacidade de aprendizagem e respetivos resultados (Laar, 2000; Kernis, 2005). Numa perspetiva psicológica, a predisposição para ajudar os outros, que está subjacente ao ato de prestar SBV a uma vítima de PCR, será sustentada por traços de personalidade altruísta e procura de aprovação social (Blash & Ohndorf, 2015). Estes aspetos, por sua vez, estão profundamente interligados entre si, sendo que a cognição – processo pelo qual a informação entra na memória, é processada e mobilizada em utilizações futuras – é também moderada por inúmeros aspetos psicológicos, como a integração social, medo de falhar, de entre outros (Arora, Haynie & Laurance, 2011).

A relação entre a autoestima e os conhecimentos e competências poderia ser estabelecida através da influência bidirecional daquele parâmetro no processo de aprendizagem. Porém, neste domínio não há um consenso quanto à influência da autoestima nesse processo. No sentido dos resultados obtidos no presente trabalho, ainda que com um grupo populacional diferente, Zuffiano, et al. Caprara (2013) concluíram que a autoestima não influencia os resultados académicos de jovens no ensino secundário. Por outro lado Achata e Ticoná (2016) concluíram que estudantes do ensino superior com melhor autoestima tinham melhores resultados académicos. A complexidade desta relação é também alimentada pela forte influência que os resultados académicos têm na autoestima (Laar, 2000). Pressupõe-se que indivíduos com bons resultados de aprendizagem apresentem uma autoestima mais elevada,

porém, o inverso desta relação é alvo de debate, pois nunca foi claramente demonstrada (Kamarraju & Dial, 2014). Um outro aspeto que a relação da autoestima pode ter com a aprendizagem, é sugerido por Croker e Luhtanen (2003), através de um efeito indireto decorrente de problemas emocionais e sociais de indivíduos com baixa autoestima, que se poderá refletir num menor rendimento da aprendizagem. Esta relação entre a autoestima e os conhecimentos e competências, mediada pelo processo de aprendizagem, pode também ser interpretada pela via da capacidade para lidar com o stresse. Yildirim, Karaca, Cangur, Acikgoz e Akkus (2017), numa população específica, de estudantes de enfermagem turcos demonstraram que os estudantes com maior autoestima apresentavam melhores resultados quando lidavam com o stresse, o que se refletirá no seu processo de aprendizagem.

O altruísmo, considerado como o prazer de dar aos outros, está relacionado com outros conceitos, como a auto recompensa, a redução de culpa ou a autoestima. Assim, considerando alguns aspetos suprarreferidos, poder-se-ia considerar que os indivíduos com uma maior autoestima poderiam ser mais altruístas (Blash & Ohndorf, 2015), e por inerência, fazer um investimento maior na aprendizagem e na aquisição de competências para prestar SBV.

Apesar de ser expectável que a autoestima influenciasse a capacidade de aquisição de conhecimentos e competências, essa relação não foi estabelecida no presente estudo, pois os conhecimentos e as competências demonstrados não se relacionaram com os níveis de autoestima dos colaboradores da CMVR, avaliada pela escala de *Rosenberg*. A não existência desta relação poderá ser devida ao posicionamento dos participantes em respostas socialmente expectáveis. Kernis (2003), na sua reflexão sobre a conceptualização da autoestima ótima, alerta para o problema dos respondentes representarem erradamente os seus sentimentos, devido à enorme necessidade que os indivíduos têm de ser aceites pelos outros e a resistência que têm em admitir ter pensamentos negativos sobre si próprios. O autor aponta autoestima como sendo genuína ou defensiva, sendo a segunda construída pelo indivíduo para gerir emocionalmente a forma como se integra socialmente. Neste enquadramento podemos equacionar o predomínio de uma autoestima defensiva em detrimento de uma autoestima genuína que pode ter condicionado a relação estabelecida entre estas variáveis.

4.4. Relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e os conhecimentos, competências e autoestima dos colaboradores da CMVR

No presente trabalho estudou-se a relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais, de conhecimento, de competências e de autoestima dos colaboradores da CMVR, avaliadas após a intervenção “Capacitar para Salvar”.

A relação entre sexo dos colaboradores da CMVR e a proporção de respostas corretamente assinaladas relativas ao conhecimento sobre SBV é apresentada na Tabela 6. Pode observar-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para as variáveis em estudo em função do sexo.

Quanto à relação entre a idade dos colaboradores e a proporção de respostas corretamente assinaladas relativas ao conhecimento sobre SBV (Tabela 7) constata-se diferenças estatisticamente significativas no que respeita à *relação compressões/ventilações na vítima adulta* (questão 5) ($p=0,034$) e *até quando deve ser mantido o SBV* (questão 12) ($p=0,006$). Em ambos os casos são os colaboradores mais jovens que apresentaram maior proporção de respostas corretamente assinaladas.

Quanto à questão *O encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima* (questão 11) foi a única em que se observou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,021$) sendo que os participantes residentes no meio urbano (Tabela 8) apresentaram maior proporção de respostas corretamente assinaladas.

No que respeita à relação entre a escolaridade dos colaboradores da CMVR e o conhecimento sobre SBV verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para as seguintes questões (Tabela 9): Nos conhecimentos sobre *os princípios gerais do SBV* e *até quando se deve manter o SBV*, os participantes com o ensino secundário apresentaram uma proporção maior de respostas corretamente assinaladas, $p=0,008$ e $p=0,004$ respetivamente; sobre o *encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima* sendo que os colaboradores com escolaridade até ao 9º ano apresentam uma menor proporção de respostas corretamente assinaladas ($p=0,042$).

Com se pode verificar na Tabela 10, a função desempenhada pelos colaboradores da CMVR determinou diferenças estatisticamente significativas relativamente *aos princípios gerais do SBV*, pois foram os operários que apresentaram uma maior proporção de respostas corretas

($p=0,009$) e quanto à questão *até quando se deve manter o SBV* foi este grupo profissional que apresentou menor proporção de respostas corretas ($p=0,016$).

O tempo de serviço na instituição (Tabela 11) mostrou-se um importante fator no conhecimento dos participantes sendo que se verificou diferenças estatisticamente significativas em quatro questões: os colaboradores que trabalham na instituição entre 10 a 20 anos apresentaram maior proporção de respostas corretas nas questões: *O objetivo do SBV* ($p=0,009$), *perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por* ($p=0,048$), *a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é* ($p=0,011$); os colaboradores que trabalham na instituição há menos de 10 anos e entre 10 e 20 anos apresentaram igual proporção de respostas corretamente assinaladas na questão *O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até* ($p=0,020$).

Tabela 6. Relação entre género e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR

		Feminino (n=72)	Masculino (25)	χ^2	P
1. Os princípios gerais do SBV são					
	Correto	16,5	7,2	0,098	0,755
	Incorreto	57,7	18,6		
2. O suporte básico de vida tem por objetivo					
	Correto	53,6	14,4	1,562	0,211
	Incorreto	20,6	11,3		
3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta					
	Correto	61,9	20,6	0,005	0,942
	Incorreto	12,4	5,2		
4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por					
	Correto	49,5	21,6	1,937	0,164
	Incorreto	24,7	4,1		
5. Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é					
	Correto	66,0	24,7	0,430	0,512
	Incorreto	8,2	1,0		
6. As compressões no tórax devem ser feitas					
	Correto	18,6	12,4	3,582	0,058
	Incorreto	55,7	13,4		
7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança					
	Correto	56,7	21,6	0,634	0,426
	Incorreto	17,5	4,1		
8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante					
	Correto	58,8	21,6	0,054	0,816
	Incorreto	15,5	4,1		
9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)					
	Correto	17,5	7,2	0,029	0,866
	Incorreto	56,7	18,6		
10. Indique qual o número europeu de emergência médica					
	Correto	72,2	25,8	0,001	0,980
	Incorreto	2,1	0		
11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima					
	Correto	51,5	17,5	0,000	1,000
	Incorreto	22,7	8,2		
12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até					
	Correto	44,3	18,6	0,730	0,393
	Incorreto	29,9	7,2		
13. Durante a ventilação boca a boca deve					
	Correto	52,6	14,4	1,237	0,266
	Incorreto	21,6	11,3		

Tabela 7. Relação entre idade e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR

		< 40	40-50	> 50	χ^2	P
		(n=29)	(n=39)	(n=29)		
1. Os princípios gerais do SBV são						
	Correto	6,2	12,4	5,2	1,891	0,388
	Incorreto	23,7	27,8	24,7		
2. O suporte básico de vida tem por objetivo						
	Correto	24,7	27,8	15,5	6,465	0,039
	Incorreto	5,2	12,4	14,4		
3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta						
	Correto	26,8	35,1	20,6	5,293	0,071
	Incorreto	3,1	5,2	9,3		
4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por						
	Correto	22,7	30,9	17,5	3,164	0,206
	Incorreto	7,2	9,3	12,4		
5. Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é						
	Correto	27,8	39,2	23,7	6,770	0,034
	Incorreto	2,1	1,0	6,2		
6. As compressões no tórax devem ser feitas						
	Correto	10,3	11,3	9,3	0,307	0,858
	Incorreto	19,6	28,9	20,6		
7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança						
	Correto	27,8	27,8	22,7	5,739	0,057
	Incorreto	2,1	12,4	7,2		
8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante...						
	Correto	25,8	32,0	22,7	1,021	0,600
	Incorreto	4,1	8,2	7,2		
9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)						
	Correto	7,2	13,4	4,1	3,419	0,181
	Incorreto	22,7	26,8	25,8		
10. Indique qual o número europeu de emergência médica						
	Correto	28,9	40,2	28,9	1,373	0,503
	Incorreto	1,0	0	1,0		
11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima						
	Correto	20,6	30,9	17,5	2,608	0,271
	Incorreto	9,3	9,3	12,4		
12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até						
	Correto	25,8	22,7	14,4	10,111	0,006
	Incorreto	4,1	17,5	15,5		
13. Durante a ventilação boca a boca deve						
	Correto	24,7	25,8	16,5	5,241	0,073
	Incorreto	5,2	14,4	13,4		

Tabela 8. Relação entre área de residência e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR

		Urbano (n=63)	Rural (n=34)	χ^2	P
1. Os princípios gerais do SBV são					
	Correto	13,4	10,3	0,518	0,472
	Incorreto	51,5	24,7		
2. O suporte básico de vida tem por objetivo					
	Correto	42,3	25,8	0,389	0,533
	Incorreto	22,7	9,3		
3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta					
	Correto	52,6	29,9	0,066	0,797
	Incorreto	12,4	5,2		
4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por					
	Correto	47,4	23,7	0,104	0,747
	Incorreto	17,5	11,3		
5. Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é					
	Correto	58,8	32,0	0,000	1,000
	Incorreto	6,2	3,1		
6. As compressões no tórax devem ser feitas					
	Correto	23,7	7,2	1,928	0,165
	Incorreto	41,2	27,8		
7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança					
	Correto	49,5	28,9	0,198	0,656
	Incorreto	15,5	6,2		
8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante					
	Correto	52,6	27,8	0,000	1,000
	Incorreto	12,4	7,2		
9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)					
	Correto	14,4	10,3	0,288	0,592
	Incorreto	50,5	24,7		
10. Indique qual o número europeu de emergência médica					
	Correto	62,9	35,1	0,091	0,763
	Incorreto	2,1	0		
11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima					
	Correto	39,2	29,9	5,332	0,021
	Incorreto	25,8	5,2		
12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até					
	Correto	43,3	19,6	0,687	0,407
	Incorreto	21,6	15,5		
13. Durante a ventilação boca a boca deve					
	Correto	39,2	27,8	2,829	0,093
	Incorreto	25,8	7,2		

Tabela 9. Relação entre o nível de escolaridade e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR

		≤ 9º ano	Sec.	Superior	χ ²	P
		(n=15)	(n=53)	(n=29)		
1. Os princípios gerais do SBV são						
	Correto	4,1	18,6	1,0	9,734	0,008
	Incorreto	11,3	36,1	28,9		
2. O suporte básico de vida tem por objetivo						
	Correto	7,2	37,1	23,7	4,845	0,089
	Incorreto	8,2	17,5	6,2		
3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta						
	Correto	13,4	43,3	25,8	0,844	0,656
	Incorreto	2,1	11,3	4,1		
4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por						
	Correto	8,2	41,2	21,6	2,824	0,244
	Incorreto	7,2	13,4	8,2		
5. Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é						
	Correto	13,4	51,5	25,8	1,819	0,403
	Incorreto	2,1	3,1	4,1		
6. As compressões no tórax devem ser feitas						
	Correto	4,1	13,4	13,4	3,766	0,152
	Incorreto	11,3	41,2	16,5		
7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança						
	Correto	10,3	42,3	25,8	2,293	0,318
	Incorreto	5,2	12,4	4,1		
8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante						
	Correto	12,4	42,3	25,8	0,934	0,627
	Incorreto	3,1	12,4	4,1		
9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)						
	Correto	5,2	11,3	8,2	1,173	0,556
	Incorreto	10,3	43,3	21,6		
10. Indique qual o número europeu de emergência médica						
	Correto	15,5	53,6	28,9	0,600	0,741
	Incorreto	0	1,0	1,0		
11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima						
	Correto	8,2	35,1	25,8	6,326	0,042
	Incorreto	7,2	19,6	4,1		
12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até						
	Correto	6,2	30,9	25,8	11,020	0,004
	Incorreto	9,3	23,7	4,1		
13. Durante a ventilação boca a boca deve						
	Correto	10,3	33,0	23,7	3,040	0,219
	Incorreto	5,2	21,6	6,2		

Sec. Ensino Secundário

Tabela 10. Relação entre função desempenhada e conhecimento sobre SBV dos colaboradores da CMVR

		Oper.	Adm.	Tec. Sup.		P
		(n=49)	(n=26)	(n=22)	χ^2	
1. Os princípios gerais do SBV são						
	Correto	18,6	3,1	2,1	9,324	0,009
	Incorreto	32,0	23,7	20,6		
2. O suporte básico de vida tem por objetivo						
	Correto	34,0	16,5	17,5	1,379	0,502
	Incorreto	16,5	10,3	5,2		
3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta						
	Correto	43,3	19,6	19,6	2,175	0,337
	Incorreto	7,2	7,2	3,1		
4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por						
	Correto	38,1	17,5	15,5	0,969	0,616
	Incorreto	12,4	9,3	7,2		
5. Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é						
	Correto	47,4	23,7	19,6	1,234	0,540
	Incorreto	3,1	3,1	3,1		
6. As compressões no tórax devem ser feitas						
	Correto	10,3	12,4	8,2	5,664	0,059
	Incorreto	40,2	14,4	14,4		
7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança						
	Correto	35,1	23,7	19,6	4,720	0,094
	Incorreto	15,5	3,1	3,1		
8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante						
	Correto	41,2	20,6	18,6	0,275	0,872
	Incorreto	9,3	6,2	4,1		
9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)						
	Correto	12,4	5,2	7,2	1,017	0,601
	Incorreto	88,1	21,6	15,5		
10. Indique qual o número europeu de emergência médica						
	Correto	50,5	25,8	21,6	2,114	0,348
	Incorreto	0	1,0	1,0		
11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima						
	Correto	34,0	15,5	19,6	4,724	0,094
	Incorreto	16,5	11,3	3,1		
12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até						
	Correto	25,8	17,5	19,6	8,221	0,016
	Incorreto	24,7	9,3	3,1		
13. Durante a ventilação boca a boca deve						
	Correto	35,1	13,4	18,6	5,711	0,058
	Incorreto	15,5	13,4	4,1		

Oper. Operário ou similar; **Adm.** Administrativo ou similar; **Tec. Sup.** Técnico Superior

Tabela 11. Relação entre tempo de serviço e conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR

		< 10 (n=26)	10-20 (n=37)	> 20 (n=34)	χ^2	P
1. Os princípios gerais do SBV são						
	Correto	5,2	9,3	9,3	0,439	0,803
	Incorreto	21,6	28,9	25,8		
2. O suporte básico de vida tem por objetivo						
	Correto	18,6	32,0	17,5	9,323	0,009
	Incorreto	8,2	6,2	17,5		
3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta						
	Correto	22,7	35,1	24,7	5,676	0,059
	Incorreto	4,1	3,1	10,7		
4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por						
	Correto	20,6	30,9	19,6	6,059	0,048
	Incorreto	6,2	7,2	15,5		
5 Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é						
	Correto	24,7	38,1	27,8	9,028	0,011
	Incorreto	2,1	0	7,2		
6. As compressões no tórax devem ser feitas						
	Correto	7,2	15,5	8,2	2,667	0,264
	Incorreto	19,6	22,7	26,8		
7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança						
	Correto	23,7	29,7	24,7	2,775	0,250
	Incorreto	3,1	8,2	10,3		
8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante						
	Correto	23,7	32,0	24,7	3,420	0,181
	Incorreto	3,1	6,2	10,3		
9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)						
	Correto	8,2	8,2	8,2	0,728	0,695
	Incorreto	18,6	29,9	26,8		
10. Indique qual o número europeu de emergência médica						
	Correto	25,8	38,1	34,0	1,319	0,517
	Incorreto	1,0	0	1,0		
11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima						
	Correto	19,6	25,8	23,7	0,267	0,875
	Incorreto	7,2	12,4	11,3		
12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até						
	Correto	22,7	22,7	17,5	7,865	0,020
	Incorreto	4,1	15,5	17,5		
13. Durante a ventilação boca a boca deve						
	Correto	21,6	26,78	18,6	5,449	0,066
	Incorreto	5,2	11,3	16,5		

Quanto às competências para realizar manobras de SBV não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ($p \geq 0,05$), em nenhuma das competências avaliadas (Tabela 12). A competência para *permeabilização da via aérea* foi demonstrada por uma proporção significativamente maior ($p=0,005$) nos participantes mais jovens (Tabela 13). No mesmo sentido, a *execução de compressões torácicas* foi uma competência demonstrada em maior proporção ($p=0,009$) pelos colaboradores mais jovens. A residência dos colaboradores da CMVR não mostrou qualquer influência ($p \geq 0,05$) nas competências demonstradas (Tabela 14). A escolaridade dos participantes influenciou as competências (Tabela 15): na *permeabilização da via aérea* e na *avaliação da respiração* com uma proporção maior nos participantes com ensino secundário, $p=0,002$ e $p=0,009$ respetivamente. Relativamente aos itens 4, 5 e 6, a função desempenhada na instituição mostrou ter influência (Tabela 16). Os técnicos superiores desempenharam melhor as competências relativas à *permeabilização da via aérea* ($p=0,001$) e à *avaliação da respiração* ($p=0,037$). Quanto à competência para a *execução de compressões torácicas*, esta foi demonstrada de igual modo para todos os grupos profissionais ($p=0,045$). Quanto ao tempo de serviço na CMVR (Tabela 17) a competência para fazer a *avaliação da respiração*, foi superior nos trabalhadores que exercem funções há menos de 10 anos ($p=0,013$).

Tabela 12. Relação entre género e competências em SBV dos colaboradores da CMVR

		Feminino	Masculino	χ^2	p
		(n=72)	(25)		
1. Avaliação das condições de segurança					
	Demonstrada	66,0	22,7	0,000	1,000
	Não demonstrada	8,2	3,1		
2. Avaliação de resposta da vítima					
	Demonstrada	59,8	22,7	0,290	0,590
	Não demonstrada	14,4	3,1		
3. Pedido de ajuda					
	Demonstrada	67,0	21,6	0,237	0,626
	Não demonstrada	7,2	4,1		
4. Permeabilização da via aérea					
	Demonstrada	42,3	15,5	0,001	0,975
	Não demonstrada	32,0	10,3		
5. Avaliação da respiração					
	Demonstrada	53,6	17,5	0,021	0,885
	Não demonstrada	20,6	8,2		
6. Execução de compressões torácicas					
	Demonstrada	23,7	10,3	0,238	0,626
	Não demonstrada	50,5	15,5		
7. Execução de ventilações					
	Demonstrada	50,5	17,5	0,000	1,000
	Não demonstrada	23,7	8,2		

Tabela 13. Relação entre a idade do colaborador da CMVR e a proporção de competências sobre SBV demonstradas

		< 40 (n=29)	40-50 (n=39)	> 50 (n=29)	χ^2	p
1. Avaliação das condições de segurança						
	Demonstrada	28,9	35,1	24,7	2,886	0,236
	Não demonstrada	1,0	5,2	5,2		
2. Avaliação de resposta da vítima						
	Demonstrada	26,8	34,0	21,6	3,189	0,203
	Não demonstrada	3,1	6,2	8,2		
3. Pedido de ajuda						
	Demonstrada	28,9	36,1	23,7	4,363	0,113
	Não demonstrada	1,0	4,1	6,2		
4. Permeabilização da via aérea						
	Demonstrada	24,7	19,6	13,4	10,721	0,005
	Não demonstrada	5,2	20,6	16,5		
5. Avaliação da respiração						
	Demonstrada	24,7	29,9	16,5	5,704	0,058
	Não demonstrada	5,2	10,3	13,4		
6. Execução de compressões torácicas						
	Demonstrada	15,5	14,4	4,1	9,396	0,009
	Não demonstrada	14,4	25,8	25,8		
7. Execução de ventilações						
	Demonstrada	22,7	27,8	17,5	2,025	0,363
	Não demonstrada	7,2	12,4	12,4		

Tabela 14. Relação entre área de residência do colaborador da CMVR e a proporção de competências sobre SBV demonstradas

		Urbano (n=63)	Rural (n=34)	χ^2	p
1. Avaliação das condições de segurança					
	Demonstrada	56,7	32,0	0,057	0,811
	Não demonstrada	8,2	3,1		
2. Avaliação de resposta da vítima					
	Demonstrada	54,6	27,8	0,092	0,762
	Não demonstrada	10,3	7,2		
3. Pedido de ajuda					
	Demonstrada	59,8	28,9	1,218	0,270
	Não demonstrada	5,2	6,2		
4. Permeabilização da via aérea					
	Demonstrada	39,2	18,6	0,236	0,627
	Não demonstrada	25,8	16,5		
5. Avaliação da respiração					
	Demonstrada	48,5	22,3	0,627	0,429
	Não demonstrada	16,5	12,4		
6. Execução de compressões torácicas					
	Demonstrada	21,6	12,4	0,000	1,000
	Não demonstrada	43,3	22,7		
7. Execução de ventilações					
	Demonstrada	46,4	21,6	0,948	0,330
	Não demonstrada	18,6	13,4		

Tabela 15. Relação entre o nível de escolaridade dos colaboradores da CMVR e a proporção de competências sobre SBV demonstradas

	≤ 9º ano	Sec.	Superior	χ ²	p
	(n=15)	(n=53)	(n=29)		
1. Avaliação das condições de segurança					
Demonstrada	13,4	46,4	28,9	2,599	0,273
Não demonstrada	2,1	8,2	1,0		
2. Avaliação de resposta da vítima					
Demonstrada	13,4	44,3	24,7	0,250	0,882
Não demonstrada	2,1	10,3	5,2		
3. Pedido de ajuda					
Demonstrada	13,4	47,4	27,8	0,813	0,666
Não demonstrada	2,1	7,2	2,1		
4. Permeabilização da via aérea					
Demonstrada	5,2	27,8	24,7	12,104	0,002
Não demonstrada	10,3	26,8	5,2		
5. Avaliação da respiração					
Demonstrada	7,2	37,1	26,8	9,484	0,009
Não demonstrada	8,2	17,5	3,1		
6. Execução de compressões torácicas					
Demonstrada	3,1	16,5	14,4	4,286	0,117
Não demonstrada	12,4	38,1	15,5		
7. Execução de ventilações					
Demonstrada	8,2	35,1	24,7	4,750	0,093
Não demonstrada	7,2	19,6	5,2		

Sec. Ensino Secundário

Tabela 16. Relação entre a função desempenhada pelos colaboradores da CMVR e a proporção de competências sobre SBV demonstradas

	Oper.	Adm.	Tec. Sup.		p
	(n=49)	(n=26)	(n=22)	χ^2	
1. Avaliação das condições de segurança					
Demonstrada	44,3	22,7	21,6	1,473	0,479
Não demonstrada	6,2	4,1	1,0		
2. Avaliação de resposta da vítima					
Demonstrada	42,3	20,6	19,6	0,833	0,659
Não demonstrada	8,2	6,2	3,1		
3. Pedido de ajuda					
Demonstrada	42,3	24,7	21,6	2,566	0,277
Não demonstrada	8,2	2,1	1,0		
4. Permeabilização da via aérea					
Demonstrada	20,6	17,5	19,6	13,760	0,001
Não demonstrada	29,9	9,3	3,1		
5. Avaliação da respiração					
Demonstrada	30,9	19,6	20,6	6,581	0,037
Não demonstrada	19,6	7,2	2,1		
6. Execução de compressões torácicas					
Demonstrada	11,3	11,3	11,3	6,221	0,045
Não demonstrada	39,2	15,5	11,3		
7. Execução de ventilações					
Demonstrada	29,9	20,6	17,5	3,573	0,168
Não demonstrada	20,6	6,2	5,2		

Oper. Operário ou similar; Adm. Administrativo ou similar; Tec. Sup. Técnico Superior

Tabela 17. Relação entre o tempo de serviço dos colaboradores da CMVR e a proporção de competências sobre SBV demonstradas

	< 10 (n=26)	10-20 (n=37)	> 20 (n=34)	χ^2	p
1. Avaliação das condições de segurança					
Demonstrada	25,8	34,0	28,9	2,808	0,246
Não demonstrada	1,0	4,1	6,2		
2. Avaliação de resposta da vítima					
Demonstrada	25,8	29,9	26,8	4,643	0,098
Não demonstrada	1,0	8,2	8,2		
3. Pedido de ajuda					
Demonstrada	24,7	35,1	28,9	2,074	0,355
Não demonstrada	2,1	3,1	6,2		
4. Permeabilização da via aérea					
Demonstrada	19,6	22,7	15,5	5,137	0,077
Não demonstrada	7,2	15,5	16,6		
5. Avaliação da respiração					
Demonstrada	22,7	29,9	18,6	8,727	0,013
Não demonstrada	4,1	8,2	16,5		
6. Execução de compressões torácicas					
Demonstrada	12,4	14,4	7,2	4,678	0,096
Não demonstrada	14,4	23,7	27,8		
7. Execução de ventilações					
Demonstrada	19,6	27,8	20,6	2,046	0,360
Não demonstrada	7,2	10,3	14,4		

Quanto à relação entre a autoestima e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos colaboradores da CMVR não se verificaram diferenças estatisticamente significativas conforme se apresenta na Tabela 18.

Tabela 18. Relação entre a autoestima e as variáveis sociodemográficas dos colaboradores da CMVR

Variáveis	Média de Ordens	U de Mann-Whitney, p
Sexo		
Masculino	53,8	779,000; 0,316
Feminino	47,3	
Residência		
Urbano	49,9	1014,500; 0,668
Rural	47,3	
		χ^2 de Kruskal Wallis, p
Idade		
<40	49,2	1,382; 0,501
40-50	45,5	
>50	53,6	
Escolaridade		
<9ºano	42,3	1,576; 0,455
Ensino secundário	48,5	
Ensino superior	53,3	
Função desempenhada		
Técnico superior	53,9	3,019; 0,221
Administrativo ou equivalente	54,0	
Operário ou equivalente	44,1	
Tempo de serviço (em anos)		
<10	46,0	0,486; 0,784
10-20	49,3	
>20	51,0	

Conforme referido por Cartledge et al. (2016) a formação sobre SBV deve ter sempre em consideração a população alvo e as suas características próprias. Os colaboradores da CMVR, apesar de trabalharem na mesma instituição, são um grupo com alguma variabilidade de idade e fundamentalmente com uma escolaridade muito diversa. No presente trabalho observou-se que após a intervenção houve um efeito muito importante na aprendizagem, que é expectável quando se fazem intervenções nesse sentido, tal como referem Mellor e Woollard (2010). A eficácia da aprendizagem é influenciada pela idade e grau escolaridade indivíduos sendo

referidas por vários autores (Papalexopoulou, Chalkias, Dontas, Pliatsika, Giannakakos et al., 2014) que idades mais avançadas e menor escolaridade são os maiores obstáculos ao sucesso da formação em SBV. Também no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, estas variáveis tiveram um efeito importante nos resultados do projeto de intervenção. Os autores apontam como motivo para os piores resultados nos indivíduos menos escolarizados a eventual falta de familiaridade com testes escritos, o que já não acontece com aqueles que têm uma escolaridade mais elevada. As competências para executar SBV foram também influenciadas pela idade, tempo de serviço e escolaridade. Os participantes com menos de 40 anos e que detinham na sua maioria uma escolaridade mais elevada, foram também aqueles em que se observou um melhor desempenho em relação aos demais. Os quadros superiores tiveram uma prestação melhor do que os administrativos ou equivalentes e estes, por sua vez, melhor que os operários ou equivalentes. Provavelmente a função desempenhada e a escolaridade estão mutuamente relacionadas dado que os quadros superiores são aqueles que detêm maior escolaridade (ensino superior) quando comparados com os administrativos ou equivalentes, que quase sempre possuem o ensino secundário e os operários ou equivalentes que têm uma menor escolaridade.

Os resultados deste estudo permitem sublinhar a importância da planificação e adequação da formação em função das características sociodemográficas e profissionais dos participantes. No entanto, no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” participaram todos os colaboradores da CMVR em simultâneo, não havendo qualquer agrupamento por escolaridade, por cargo ou por idade. Esta opção de organização do projeto de intervenção teve em conta a necessidade de conciliar a equidade de todos os participantes com a disponibilidade estabelecida pela entidade laboral. Porém, poderá ter trazido algumas dificuldades porque quer os funcionários mais velhos, quer os funcionários com menor escolaridade poderão ter tido alguns constrangimentos que não foram manifestados por ansiedade. Referem Hsieh, Bhanji, Chiang, Yang, Chien e Ma (2016), que a ansiedade faz parte das barreiras psicológicas sublinhando a importância de agrupar os participantes conseguindo alguma homogeneidade neste tipo de formações (idade e escolaridade). Neste sentido os formadores poderão utilizar estratégias e uma comunicação mais apropriada a cada grupo, promovendo a sua predisposição para participar, quer colocando dúvidas, quer participando ativamente na formação, dado que se sentem mais inseridos no grupo a que pertencem (Yeung et al., 2011). Em consequência da experiência, em planificações futuras de

processos formativos será vantajoso atender à especificidade de cada grupo no sentido de potenciar os processos formativos que visam sobretudo a capacitação de grupos da comunidade.

Como se observou na análise de resultados a relação da autoestima com o conhecimento não foi verificada, o que pode ser justificado pelo facto de a generalidade dos colaboradores da CMVR ter uma autoestima acima do ponto médio da escala, indicando que são pessoas que se sentem bem consigo próprias. De facto, a autoestima é um parâmetro psicossocial que é muito mais determinado por aspetos de personalidade, contextos familiares e sociais (Lyubomirsky, Tkach e Dimatteo, 2006).

5. CONCLUSÕES

Numa situação de PCR a prestação do socorro imediata pode salvar a vida, e o tempo que medeia entre a ocorrência e a chegada de apoio diferenciado é vital para aumentar as hipóteses de sobrevivência e recuperação posterior. Nesse período, a execução de manobras de SBV é determinante para o prognóstico, não sendo comum haver no contexto da ocorrência indivíduos capacitados para a prestação de socorro de forma eficaz, o que se comprova pela pesquisa bibliográfica realizada no presente trabalho. Verificamos existir pouca informação, no nosso país sobre o nível de conhecimento, formação e competência em SBV da população em geral. Face ao exposto, desenvolveu-se o presente estudo visando determinar quais os conhecimentos de um grupo populacional específico (colaboradores da CMVR) sobre SBV e qual o efeito de uma intervenção suportada numa formação teórico-prática sobre SBV nos conhecimentos e competências dos participantes. Adicionalmente, considerando a potencial relação que a autoestima pode ter com contextos de aprendizagem, estudou-se o efeito desta variável nos resultados relacionados com o projeto de intervenção.

A amostra foi constituída por 97 colaboradores da CMVR (75% mulheres e 25% homens), maioritariamente com mais de 40 anos e com uma escolaridade heterogénea. Cerca de metade dos participantes eram operários e a outra metade estava distribuída quase equitativamente entre pessoal administrativo e técnicos superiores. A maioria trabalhava na instituição há pelo menos 10 anos.

Os conhecimentos sobre SBV que os colaboradores da CMVR tinham antes da intervenção eram genericamente reduzidos, sendo particularmente limitados nos aspetos mais técnicos, como a RCR. Com o desenvolvimento do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” verificou-se uma melhoria significativa do conhecimento sobre SBV, em relação à avaliação inicial.

Relativamente à competência para realizar manobras de SBV, observou-se que as competências básicas sobre segurança do local da ocorrência e pedido de ajuda foram bem desempenhadas pelos participantes. As competências mais técnicas, como as manobras de RCR, foram os domínios em que se verificou menor aquisição de competências. Considerando a importância da relação entre conhecimentos e competências no domínio do

SBV e a necessidade de uma permanente atualização, é necessário considerar a realização periódica e sistemática de processos formativos.

De um modo geral os colaboradores da CMVR demonstraram uma elevada autoestima, o que poderá justificar a inexistência de relação com o conhecimento e competência sobre SBV.

Observou-se que as características individuais dos participantes tiveram influência nos resultados da intervenção. Genericamente, os colaboradores mais novos, com maior escolaridade e com menos tempo de serviço na instituição foram aqueles que mostraram um melhor desempenho quer ao nível do conhecimento quer ao nível das competências para realizar SBV.

Com o presente estudo demonstra-se, tanto quanto se pode extrapolar da amostra em estudo, que os indivíduos leigos em SBV têm conhecimentos muito limitados sobre este assunto, e que a formação pode ter um impacto muito positivo nos conhecimentos e competências. A execução de ações de formação sobre SBV para leigos é um instrumento com elevado potencial para melhorar a capacitação para prestar socorro de forma adequada. Face aos resultados do presente trabalho, deve considerar-se no planeamento dessas intervenções a adequação da formação ao público-alvo, adaptando a linguagem e as técnicas formativas às características dos participantes, particularmente a sua idade e escolaridade.

A educação da população em geral sobre práticas básicas de SBV permite prestar auxílio de forma mais adequada e eficaz nas situações de emergência até ao momento da intervenção da equipa diferenciada. Deste modo, a formação de leigos contribui para melhorar a probabilidade de sobrevivência e recuperação, devendo o processo de capacitação ser sujeito a reavaliações periódicas no sentido de garantir o treino e as competências para a execução correta das técnicas em SBV. Destacamos a importância que o EEECS tem nos processos de capacitação comunitária, contribuindo para a minimização das sequelas resultantes da PCR e consequente repercussão dos danos sociais e económicos que lhe estão inerentes.

6. SÍNTESE CONCLUSIVA

O desenvolvimento da unidade curricular estágio e relatório do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária decorreu em duas unidades funcionais do ACES Douro I - Marão e Douro Norte, designadamente UCC de SMP e USP de Vila Real, tendo como orientação as competências do EECSP. Nesse sentido, tanto o empenho e rigor colocado nas diferentes atividades em que participamos, como a elaboração do presente relatório, permitem um olhar retrospectivo que releva as competências do EEECS, de acordo com o Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro.

Este percurso formativo, que convocou para a ação as competências específicas do enfermeiro especialista, teve como eixos estruturantes o aprofundamento e consolidação da metodologia do planeamento em saúde, como ferramenta diferenciadora para a melhor tomada decisão face às necessidades reais e percebidas, o reconhecimento da importância da vigilância epidemiológica para a monitorização dos indicadores de saúde e o processo de capacitação de grupos e comunidades, como garantia de potenciar o compromisso participativo e proactivo da sociedade.

Neste âmbito salientamos o projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” que teve a mais-valia de contribuir para a formação do cidadão leigo, no sentido de este poder vir a ter uma intervenção mais rápida e eficaz, contribuindo para a melhoria da sobrevivência dos casos de PCR, reduzindo o tempo decorrido entre a PCR e o início das manobras de SBV, assegurando a assistência à vítima até à chegada das equipas diferenciadas.

Queremos salientar que o desenvolvimento desta unidade curricular potenciou a mobilização e transposição de um conjunto amplo de saberes de diferentes áreas do conhecimento, como a capacidade de adaptação a novas situações e o aperfeiçoamento de um espírito crítico, condições inquestionáveis para uma postura de compromisso com a profissão que temos vindo a construir ao longo de um percurso profissional que inscreve as dimensões nobres do cuidar humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achata, A. G., & Ticona, P. Q. (2016). Autoestima y rendimiento académico en estudiantes da la facultad de ingeniería estadística e informática de la UNA Puno. *Journal of High Andean Research*.doi.org/10.18271/ria.2016.184.
- Alves, T. S., & Cogo, A. L. (2006). Buscando evidências para a capacitação em Suporte Básico de Vida-uma revisão sistemática da literatura. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5 (2).
- American Heart Association. (2015). *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC*. Texas: AUTOR. Retirado de <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-English.pdf>
- Antas, C.S., & Mendes, F. (2014). Noções básicas da criança do 1º e 2º ano do 1º ciclo do ensino básico sobre a 1ª fase do suporte básico de vida. *Revista Investigação em Enfermagem*, 6 (2ª Série), 59-66.
- Arora, P., Haynie, M., & Laurance, G. (2011). Counterfactual Thinking and Entrepreneurial Self-Efficacy: The Moderating Role of Self-Esteem and Dispositional Affect. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 37(2):359–85. doi: 10.1111/j.1540-6520.2011.00472.x
- Aufderheide, T., Hazinski, M., Nichol, G., Steffens, S.S., Buroker, A., McCune, R.,...Cummins, R. (2006). *Community Lay Rescuer Automated External Defibrillation Programs*. Key State Legislative Components and Implementation Strategies A Summary of a Decade of Experience for Healthcare Providers, Policymakers, Legislators, Employers, and Community Leaders From the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Clinical Cardiology, and Office of State Advocacy. doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.172289
- Azevedo, A., & Faria, L. (2004). *Auto-estima no ensino secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale*. X Conferencia Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos
- Bastos, J.R. (1999). *Código civil português: Anotado e actualizado* (12ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Bednar, R., Wells, M., & Peterson, S. (1989). *Self-Esteem: Paradoxes and Innovation in Clinical Theory and Practice*. Washington: American Psychological Association
- Bíblia Sagrada. Português. Edição Sociedade Bíblica do Brasil. 2ª Ed, Revista e Atualizada. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1994.
- Blasch, J. & Ohndorf, M.(2015). Altruism, Moral Norms and Social Approval: Joint Determinants of Individual Offset Behavior. *Ecological Economics*, 116,251–60. Retrieved to: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecolecon.2015.04.024>.
- Bossaert, L., & Chamberlain, D. (2013).The European Resuscitation Council: Its history and development. *Resuscitation*, 84, 1291-1294.

- Braunwald, E., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Longo, D.L., & Jameson, J.L. (2006). *Harrison manual de medicina* (16ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Breckwoldt, J., Svensson, J., Lingemann, C., & Gruber, H. (2014). Does clinical teacher training always improve teaching effectiveness as opposed to no teacher training? A randomized controlled study. *BMC Medical Education*, 14, (6). Retirado de: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/6>
- Cáceres, R.M., Céspedes, L., Campos, M.C., & Gompertz, M.G. (2006). Educação em Suporte Vital Básico. *Clínica y Ciência*, 4, 69-73
- Cartledge, S., Bray, J. E., Leary, M., Stub, D., & Finn, J. (2016). A systematic review of basic life support training targeted to family members of high-risk cardiac patients. *Resuscitation*, 70-78.
- Cason, C. L., & Baxley, S. M. (2011). Learning CPR with BLS anytime for healthcare providers Kit. *Clinical Simulation in Nursing*, Elsevier, 237-243.
- Conselho Português de Ressuscitação. 2010. *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. Retirado de: <https://fielenfermeiro.files.wordpress.com/2011/07/conselho-portuguc3aas-de-ressuscitac3a7c3a3o-versc3a3o-portuguesa-european-resuscitation-council-guideli.pdf>
- Cossote, D. F., Silva, S. A., & Miranda, M. L. (2015). Desempenho do profissional de educação física em casos de parada cardiorresperatória: considerações sobre a formação profissional. *Revista Mackenzie de Educação Física e ESPORTE*, 143-162.
- Costa, I., Nunes, L., Ruivo, A., Freitas, A., Cerqueira, A., & Oliveira, N. (2012). *Manual de suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESSE/IPS. Retirado de: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4771/1/Manual.SBV.DAE.2012.pdf>
- Crocker, J., & Luhtanen, R. (2003). Level of self-esteem and contingencies of self-worth: unique effects on academic, social, and financial problems in college students. *Personality and social Psychology Bulletin*, 68(1):299–325.doi: 10.1177/0146167203029006003
- Cruz Vermelha Portuguesa. (2013). *Portugal lidera falta de formação dos condutores em primeiros socorros*. Site da Cruz Vermelha Portuguesa. Retirado de: <http://www.cruzvermelha.pt/ultimas-noticias/1659-portugal->
- Decreto Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril. Diário da República n.º65 - 1.ª série. Ministério da Saúde.
- Decreto Lei n.º 188/2009 de 12 de agosto. Diário da República n.º 155 - 1.ª série. Ministério da Saúde
- Decreto lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República n.º 38 - 1.ª série. Ministério da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2016). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015*. Lisboa: Autor.

- Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Ocupacional. (2014). *Informação técnica n.º 3/2012: Formação em emergência e primeiros socorros no local de trabalho* (4ª ed.). Lisboa: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Ocupacional. (2010). *Informação técnica n.º 2/2010: Emergência e primeiros socorros saúde ocupacional*. Lisboa: Autor.
- Dixe, M., & Gomes, J. (2015). Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49 (4): 640-649. doi: 10.1590/S0080-623420150000400015
- Elia, V. (2004). Parada cardíaca e ressuscitação cardiopulmonar. In S. Martins, & M.I.D. Souto, *Manual de emergências médicas: Diagnóstico e tratamento* (2ª ed., pp. 46-76). Rio de Janeiro: Revinter.
- Enizi, B. A., Saquib, N., Zaghloul, M. S., Alaboud, M., Shahid, M. S., & Saquib, J. (2016). Knowledge and attitudes about Basic Life Support among secondary school teachers in Al-Qassim, Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences*, 415-422.
- European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. (2015). Recomendações para a reanimação cardio-pulmonar (PCR). Site do Reanima. Retirado de: http://www.reanima.pt/fotos/gca/recomenderc2010port_1287960338.pdf.
- Fernandes, H. M. G. (2007). O bem-estar psicológico em adolescentes, uma abordagem centrada no florescimento humano. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Fernandes, J.M.G., Leite, A.L.S., Auto, B.S.D., Lima, J.E.G., Rivera, I.R., & Mendonça, M.A. (2014). Teaching basic life support to students of public and private high schools. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 102 (6), 593-601. doi: 10.5935/abc.20140071
- Fonseca, A. S., Peterlini, F., Cardoso, M. L., Lopes, L., & Diegues, S. (2011). *Enfermagem em Emergência*. São Paulo: Elsevier editora.
- Fortin, M.F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gil, A.C. (2006). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, M. L. (2007). *Código Penal Português - anotado e comentado - Legislação Complementar*. (18ª edição). Coimbra. Almedina.
- Gonçalves, M.M. (1999). *Código penal português: Anotado e comentado e legislação complementar* (13ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Hamilton, R. (2005). *Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: A review of the literature*. London: Backwell Publishing.
- Hsieh, M.-J., Bhanji, F., Chiang, W.-C., Yang, C.-W., Chien, K.-L., & Ma, M. (2016). Comparing the effect of self- instruction with that of traditional instruction in basic life support - A systematic review. *Resuscitation*, 108:8–19 doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.08.021.
- INEM. (2009). *Ligue 112*. Disponível em <http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM Pagina Id=21186>

- INEM. (2012). Suporte Básico de Vida no Adulto. Site do INEM. Retirado de: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20121002154156903475.pdf>
- INEM. (2013). *SIEM. Sistema Integrado de Emergência Médica*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 resultados definitivos – Portugal. Lisboa: Autor
- Isbye, D. L., Rasmussen, L. S., Lippert, F. K., Rudolph, S. F., & Ringsted, C. V. (2006). Laypersons may learn basic life support in 24 min using a personal resuscitation manikin. *Resuscitation*, 69(3):435–42.
- Jamalpour, M.R., Asadi, H.K., & Zarei, K. (2015). Basic life support knowledge and skills of iranian general dental practitioners to perform cardiopulmonary resuscitation. *Niger Medical Journal*, 56 (2), 148-152. doi: 10.4103/0300-1652.15407.
- Kernis, Michael H. (2003). Measuring Self-Esteem in Context: The Importance of Stability of Self-Esteem in Psychological Functioning. *Journal of Personality*, 73(6),1569–1605.
- Komarraju, Meera & Dial, Christopher. (2014). Academic Identity, Self-Efficacy, and Self-Esteem Predict Self-Determined Motivation and Goals. *Learning and Individual Differences*,32:1–8. doi.org/10.1016/j.lindif.2014.02.004).
- Laar, Colette Van. (2000). The Paradox of Low Academic Achievement but High Self-Esteem in African American Students: An Attributional Account. *Educational Psychology Review*, 12(1), 33–62.
- Leal, I. (2006). *Perspetivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Lyubomirsky, Sonja, Chris, Tkach, & DiMatteo, Robin. (2006). What Are the Differences between Happiness and Self-Esteem?. *Social Indicators Research*, 78(3),363–404. DOI 10.1007/s11205-005-0213-y
- Marconi, M.A., & Lakatos, E.V. (2014). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Mateus, B.A. (2007). *Emergência médica pré-hospitalar: Que realidade*. Loures: Lusociência.
- Meissner, T.M., Kloppe, C., & Hanefeld, C. (2012). Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: A longitudinal investigation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20 (31). Retirado de <http://www.sjtem.com/content/20/1/31Page>.
- Mellor, R., & Woollard, M. (2010). Skill acquisition by health care workers in the Resuscitation Council (UK) 2005 guidelines for adult basic life support. *Science Direct - Emergoncy Nursing*, 18(2):61–66, doi:10.1016/j.ienj.2009.08.003
- Morais, C. (2014). Lutar contra a mortalidade por doenças cardiovasculares: Um desafio para a sociedade. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33 (6), 337-338. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2014.04.001>
- Moule, P., Gilbert, P., & Chalk, V. (2001). A multimedia approach to teaching basic life support- the development of a CD-ROM. *Nurse Education in Practice*, DOI: 10.1054/nepr.2001.0013

- Nadkarni, V.M., Nolan, J.P., Billi, J.E., Bossaert, L., Böttiger, B.W., Chamberlain, D., ... Zideman, D. (2010). *2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations*. Part 2: International Collaboration in Resuscitation Science. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970921
- Nogueira, J.M. (2005). Ressuscitação cardiopulmonar. In R.C. Couto, F.A. Botoni, J.C. Serufo, J.M. Nogueira, M.A.S. Reis, M.A. Braga..., M.M. Correa (Eds.), *Ratton, emergências médicas e terapia intensiva* (Cap. 14, pp. 122-138). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa. Canadá
- Pagidipati, N.J., & Gaziano, T.A. (2013). Estimating deaths from cardiovascular disease: A review of global methodologies of mortality measurement. *Circulation*, 127 (6), 749-756. doi:10.1161/circulationaha.112.128413.
- Paixão, M.L.L. (s.d.). *Educar para a cidadania*. Lisboa: Lisboa Editora. http://www.netprof.pt/netprof/servlet/getDocumento?TemaID=NPL070102&id_verso=11873
- Papalexopoulou, K., Chalkias, A., Dontas, I., Pliatsika, P., Giannakakos, c., Papapanagiotou, P., . . . Xanthos, T. (2014). Education and age affect skill acquisition and retention in lay rescuers after a European Resuscitation Council CPR/AED course. *Heart & Lung*, DOI: 10.1016/j.hrtlng.2013.09.008
- Patsaki, A., Pantazopoulos, I., Dontas, I., Passali, C., Papadimitriou, L., & Xanthos, T. (2012). Evaluation of greek high school teachers knowledge in basic life support, automated external defibrillation, and foreign body airway obstruction: Implications for nursing interventions. *Journal of Emergency Nursing*, 38 (2), 176-181.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). *Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. Nursing – Edição Portuguesa, 267 Pereira
- Pergola, A.M., & Araujo, I. (2008). *O leigo e o suporte básico de vida*. Site da Scientific Electronic Library Online. Retirado em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a12v43n2.pdf>.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS, 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo
- Pires, M.T.B., Rezende, N.A., & Ferreira, C.M.M.P. (2006). Reanimação cardiopulmonar. In M.T.B. Pires, & S.V. Starling, *Erazo, manual de urgências em pronto-socorro* (8ª ed., Cap. 52, pp. 734-745). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. (2014). *Portugal: Doenças cérebro-cardiovasculares em números 2014*. Lisboa: DGS.
- Rey, B., Carette, V., DeFrance, A., & Kahn, S. (2005). *As competências na escola. Aprendizagem e avaliação*. Porto : Edições Gailivro.
- Ro, Y. S., Shin, S. D., Song, K. J., Hong, S. O., Kim, Y. T., & Cho, S.-I. (2016). Bystander cardiopulmonary resuscitation training experience and self-efficacy of age and gender group: a nationwide community survey. *American Journal of Medicine*, 1331-1337.

- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde*. Coimbra: Formasau
- Rodrigues, V.C. (2009). *Conhecimentos da população do concelho de monção sobre suporte básico de vida*. Monografia não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Ponte Lima.
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 109-116.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press. Retirado de:
http://www.fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Self-Esteem_ROSENBERG_SELF-ESTEEM.pdf
- Sousa, J.M.P. (2013). *Tecnologias multimédia no apoio ao ensino aprendizagem de suporte básico de vida*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Engenharia do Porto, Porto.
- Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: Realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (Especial 70 anos), 884-894. Retirado de
<http://www.scielo.br/pdf/apv/v22nspe/09.pdf>
- Souza, J.T.F., & Grassea, R.C.F. (2007). Avaliação do desempenho dos provedores de saúde no curso Suporte Básico de Vida. *Einstein*, 5(4), 307-314
- Spooner, B., Fallaha, J., Kocierz, L., Smith, C., Smith, S., & Perkins, G. (2007). An evaluation of objective feedback in basic life support (BLS) training. *Resuscitation*, 73, 417-424.
- Valente, M., & Catarino, R. (2012). *Suporte básico de vida*. Lisboa: INEM. Retirado de:
<http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108162319930581.pdf>
- Wiese, C.H.R., Wilke, H., Bahr, J., & Graf, B.M. (2008). Practical examination of bystanders performing Basic Life Support in Germany: A prospective manikin study. *BMC Emergency Medicine*, 8, 14. doi:10.1186/1471-227X-8-14
- West, R., & Turner, L. (2005). *Teoria de la Comunicación - Análisis e aplicación*. Nova Iorque: Mc Graw Hill.
- Yeung, J., Okamoto, D., Soar, J., & Perkins, G. D. (2011). AED training and its impact on skill acquisition, retention and performance- A systmatic review of alternative training methods. *Resuscitation*, 657-664.
- Yldirim, N., Karaca, A., Cangur, S., Acikgoz, F., & Akkus, D. (2017). The Relationship between Educational Stress, Stress Coping, Self-Esteem, Social Support, and Health Status among Nursing Students in Turkey: A Structural Equation Modeling Approach. *Nurse Education Today*, 48,33-39. doi: 10.1016/j.nedt.2016.09.014
- Zuffianò, A., Alessandri, G., Gerbino, M., Kanacri, B. P., Giunta, L. G., Milioni, M., & Caprara, G. V. (2013). Academic achievement: The unique contribution of self-efficacy beliefs in self-regulated learning beyond intelligence, personality traits, and

self-esteem. *Learning and Individual Differences*, 23(1):158–62,
doi.org/10.1016/j.lindif.2012.07.010

APÊNDICES

APÊNDICE A

Resistência aos antimicrobianos

Resistência aos antimicrobianos

A OMS considera a resistência aos antibióticos uma grave ameaça à saúde pública mundial, nesse sentido definiu a **semana de 16 a 22 novembro de 2015 como “a primeira Semana Mundial de sensibilização ao uso adequado dos antibióticos”**. A campanha visa sensibilizar para a resistência global aos antibióticos e incentivar as melhores práticas entre o público em geral, os profissionais de saúde e as políticas de saúde tendentes a prevenir a sua resistência.

A resistência antimicrobiana nas áreas da saúde envolve todos os sectores e têm grande impacto na sociedade. O uso inadequado dos antimicrobianos (antibióticos) representa para a comunidade a diminuição da probabilidade de tratamento em tempo útil, um risco de doença grave, ou morte por infecções incuráveis, e ainda desperdiça recursos de saúde limitados. As infeções provocadas por microorganismos multirresistentes são uma das principais causas de mortes no mundo.

Para contrariar, os riscos do uso inapropriado dos antibióticos com a consequente resistência destes no combates às infeções, são necessários investimentos na prevenção e no fortalecimento dos sistemas de saúde para assegurar o uso apropriado e o acesso adequado aos agentes antimicrobianos.

O que é a resistência aos antimicrobianos?

É a resistência de um microorganismo a um medicamento a que inicialmente era sensível. O aparecimento de espécies resistentes é um fenómeno que ocorre quando os microorganismos se reproduzem de forma errada ou mudam as características de resistência.

Por que motivo é uma preocupação mundial?

Em todo o mundo aparecem novos mecanismos de resistência que desafiam a nossa capacidade para tratar as doenças infecciosas habituais causando morte e incapacidade. Se não dispomos de antibióticos eficazes, muitos tratamentos médicos de referência estarão condenados ao fracasso e acarretam riscos muito importantes.

A resistência aos antibióticos mata?

As infeções causadas por microorganismos resistentes não respondem ao tratamento normal, o que causa um maior prolongamento da doença e maior risco de morte.

A resistência aos antibióticos aumenta os custos dos cuidados de saúde?

Quando as bactérias se tornam resistentes aos fármacos de primeira linha (os mais simples) é necessário usar tratamentos mais caros. O prolongamento da doença e do seu tratamento, com frequência em hospitais, aumenta os custos dos cuidados de saúde e a carga económica para as famílias e sociedade.

O que provoca o desenvolvimento da resistência aos antibióticos?

O uso inapropriado de antibióticos incluindo com animais, favorece o aparecimento de espécies resistentes tal como as práticas ineficazes para a prevenção e controle da infeção contribuem para o aparecimento de novas resistências.

Medidas, simples para lutar contra a resistência:

- ✓ Lavar as mãos e evitar o contacto direto com doentes para impedir o contágio de doenças infecciosas;
- ✓ Utilizar antibiótico só quando prescrito pelo médico;
- ✓ Tomar o antibiótico até ao fim, mesmo que se encontre melhor;
- ✓ Não usar medicação prescrita para outra pessoa.

Élia Carril e Márcia Carril

(Alunas de Mestrado de Enfermagem Comunitária)

APÊNDICE B

Consentimento informado para efetuar colheita de dados acerca dos conhecimentos sobre SBV nos colaboradores da CMVR

Consentimento informado para efetuar colheita de dados acerca dos conhecimentos sobre
SBV nos colaboradores da CMVR

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

Responsável:

Élia Susana Batista Carril

Curso: Mestrado em Enfermagem Comunitária

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Este questionário tem como finalidade recolher informações acerca dos conhecimentos sobre Suporte Básico de Vida que os colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real possuem. A informação recolhida é confidencial e não será utilizada para fins alheios.

ESCLARECIMENTO PRÉVIO

Caro(a) Senhor (a)/ Utente:

Somos Estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD e com o presente estudo de investigação pretendemos identificar os conhecimentos sobre suporte de básico de vida dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade. Não existem respostas certas ou erradas.

Será garantida toda a confidencialidade dos dados. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Assim, solicitamos o seu consentimento por escrito, em como aceita participar nas atividades teóricas e práticas do estudo depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a).

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

Vila Real, março de 2016

Declaro que compreendi tudo quanto me foi explicado e que estou consciente da minha participação no estudo.

O participante _____

APÊNDICE C

Questionário de avaliação conhecimentos: Suporte Básico de Vida

Siglas do nome da mãe :

Siglas do nome do pai:

**Questionário de avaliação
conhecimentos: Suporte Básico de Vida**

Questionário de avaliação de conhecimentos em suporte básico de vida

Parte I

I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E SOCIOPROFISSIONAL

1.Sexo:

- ☐ Masculino (1)
☐ Feminino (2)

2. Idade (anos) _____

3.Estado Civil:

- ☐ Casado (1)
☐ União de facto (2)
☐ Solteiro (3)
☐ Viúvo (4)
☐ Divorciado (5)
☐ Outro _____

4.Instrução:

- ☐ Sabe ler e escrever (1)
☐ 1º Ciclo do Ensino Básico (2)
☐ 2º Ciclo do Ensino Básico (3)
☐ 3º Ciclo do Ensino Básico (4)
☐ Ensino Secundário (5)
☐ Ensino Médio (6)
☐ Ensino Superior (7)
☐ Outra _____

5. Qual a sua função (profissão) nesta instituição?

6. Há quanto tempo trabalha nesta instituição?(em anos) _____

7. Quantas horas trabalham por semana?

8. Qual o seu tipo de Horário?

- ☐ Turnos (1) ☐ Rígido (2)

9. Qual o seu tipo de Contrato?

- ☐ Prestação de serviços (1)
☐ Contrato a termo certo (2)
☐ Contrato a termo incerto (3)
☐ Contrato sem termo (4)
☐ Contrato a tempo parcial (5)

10. Residência

Local: _____

Parte II – avaliação de conhecimentos em suporte básico de vida

1 – Os princípios gerais do Suporte Básico de Vida são: (assinale só uma opção)

- A) Parar, Alertar, Socorrer. ☐
- B) **Prevenir, Alertar, Socorrer.** ☐
- C) Proteger, Alertar, Socorrer. ☐
- D) Nenhuma das respostas anteriores é correta. ☐
- E) Não Sei ☐

2 – O Suporte Básico Vida tem por objetivo: (assinale só uma opção)

- A) Identificar as situações em que há perigo iminente de vida ☐
- B) Saber como e quando pedir ajuda ☐
- C) Saber quando iniciar as manobras para manter as necessidades vitais ☐
- D) **Todas as respostas anteriores são corretas** ☐
- E) Não sei ☐

3 – Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta: (assinale só uma opção)

- A) Pedir ajuda ☐
- B) **Avaliar a área envolvente e excluir riscos** ☐
- C) Abanar e chamar a vítima ☐
- D) Ligar o número europeu de emergência médica ☐
- E) Não sei ☐

4 – Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por: (assinale só uma opção)

- A) 2 Ventilações ☐
- B) 10 Ventilações ☐
- C) 15 Compressões no tórax ☐
- D) **30 Compressões no tórax** ☐
- E) Não sei ☐

5 – Nas manobras de reanimação a relação de compressões / ventilações na vítima adulta inconsciente e em paragem cardiorrespiratória é : (assinale só uma opção)

- A) 12 Compressões torácicas para 4 ventilações ☐
- B) 5 Compressões torácicas para 1 ventilação ☐
- C) 15 Compressões torácicas para 2 ventilações ☐
- F) **30 Compressões torácicas para 2 ventilações** ☐
- G) Não sei ☐

6 - As compressões no tórax devem ser feitas: (assinale só uma opção)

- A) Com os braços fletidos ☐
- B) **Ao ritmo de 100 a 120 compressões por minuto (mais ou menos 2 por segundo)** ☐
- C) Com compressão do esterno 10 centímetros ☐
- D) Nenhuma das respostas anteriores é correta ☐
- E) Não sei ☐

7 - Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança: (assinale só uma opção)

- A) Quando não respira ☐
- B) **Quando se encontra inconsciente, mas respira** ☐
- C) Quando tem obstrução da via aérea ☐
- D) Quando está inconsciente e não respira ☐
- E) Não sei ☐

8 – A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante : (assinale só uma opção)

- A) 5 Segundos ☐
- B) **10 Segundos** ☐
- C) 20 Segundos ☐
- D) 60 Segundos ☐
- E) Não sei ☐

9 – Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos): (assinale só uma opção)

- A) Incentivar o adulto a tossir ☐
- B) Efetuar de imediato, até cinco palmadas entre as omoplatas ☐
- C) Efetuar 5 compressões abdominais ☐
- D) Não sei ☐

10- Indique qual o número Europeu de Emergência Médica: (assinale só uma opção)

- A)115 ☐
- B)112 ☐
- C)192 ☐
- D)117 ☐
- E) Não sei ☐

11 - Os procedimentos de socorro à vítima, sucedem-se de forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes (cadeia de sobrevivência) em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte, os quatro elos da cadeia de sobrevivência são: (assinale só uma opção)

- A)Pronto reconhecimento e chamar ajuda; início precoce de suporte básico de vida; desfibrilhação precoce e suporte avançado de vida precoce ☐
- B)Suporte avançado de vida precoce; pronto reconhecimento e chamar ajuda; início precoce de suporte básico de vida e desfibrilhação precoce ☐
- C)Desfibrilhação precoce; suporte avançado de vida precoce; pronto reconhecimento e chamar ajuda e início precoce de suporte básico de vida ☐
- D)Pronto reconhecimento e chamar ajuda; suporte avançado de vida precoce; desfibrilhação precoce e início precoce de suporte básico de vida ☐
- E) Não sei ☐

12 - O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até: (assinale só uma opção)

- A) Chegar ajuda diferenciada ☐
- B) Exaustão do reanimador ☐
- C) Recuperação da vítima ☐
- D) **Todas as anteriores** ☐
- E) Não sei ☐

13 - Durante a ventilação boca a boca deve: (assinale só uma opção)

- A) Assegurar boa adaptação, minimizando fugas ☐
- B) Manter fluxo uniforme ☐
- C) Manter hiperextensão do pescoço ☐
- D) **Todas as anteriores** ☐
- E) Não sei ☐

Obrigada pela atenção

APÊNDICE D

Escala de Avaliação de Autoestima de Rosenbeg (1965)

ESCALA DE AVALIAÇÃO AUTO-ESTIMA DE ROSENBEG (1965)

Apresentamos uma série de afirmações, que se *referem ao modo como se sente geralmente em relação a si próprio* leia atentamente e indique o seu grau de acordo com elas. Para isso, coloque uma (X) no quadrado que avalia *aquilo que pensa acerca de si próprio*. Não há respostas correctas nem erradas, cada pessoa é única e por isso diferente.

Esperamos que seja honesto e sincero na avaliação que fizer de si próprio.

	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a) (D)				
2. Por vezes penso que não valho nada (que não sirvo para nada) (I)				
3. Sinto que tenho algumas boas qualidades. (D)				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas. (D)				
5. Sinto que não tenho muitos motivos de que me orgulhar. (I)				
6. Por vezes sinto-me de facto um (a) inútil. (I)				
7. Sinto que sou uma pessoa, pelo menos, com tanto valor como a maioria das outras pessoas. (D)				
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio (a) (I)				
9. Em termos gerais, inclino-me a pensar que sou um (a) falhado(a). (I)				
10. Adoto uma atitude positiva para comigo mesmo (a) (D)				

D – Direto

I - Invertido

Descrição sumária do instrumento

A escala (*RSES*) é uma medida unidimensional, avalia explicitamente a auto estima global, (*mede o valor que o individuo se atribui como pessoa*) é baseada no modelo de “*Guttman*” (isto significa, que se baseia na ideia que os itens pertencem “ao mesmo universo de conteúdo e vão representando progressivos graus de força” relativamente ao conflito. Os critérios de construção desta escala, segundo Rosenberg (1965), foram: facilidade de administração, economia de tempo unidimensionalidade e validade aparente.

É constituída por *10 itens dos quais cinco são formulados positivamente e os restantes cinco negativamente* de forma a controlar a aquiescência. Cada item apresenta quatro categorias de respostas: *Concordo bastante (4) Concordo (3) Discordo (2) e Discordo bastante (1)*, (*cinco frases reflectem a auto – estima positiva e as outras cinco sentimentos negativos em relação a si mesmo*)

Depois das devidas inversões *a média dos 10 itens* dá-nos a cotação da escala. A pontuação total obtém-se, avaliando as respostas nos itens positivos (*de quatro a um*), e os negativos de (*um a quatro*), de modo, que a obtenção de uma pontuação alta na escala reflecte uma boa (*alta*) auto-estima.

APÊNDICE E

Pedido de autorização para utilização da escala

-----Mensagem original-----

De: José Jacinto Branco Vasconcelos Raposo

Enviada: sexta-feira, 12 de Fevereiro de 2016 14:48

Para: Maria João Filomena Dos Santos Pinto Monteiro

Assunto: Re: Pedido de escala de auto estima - Maria João Monteiro

Importância: Alta

Boa tarde

Agradeço o vosso interesse em utilizarem a escala de auto-estima por nós validada.

Autorizo a sua utilização e gostaria de manifestar o meu interesse e do grupo de trabalho que coordeno em receber cópia do estudo final que aplicou a escala.

Saudações

APÊNDICE F

Grelha de observação de competências SBV

Grelha de observação de competências SBV

Grelha de observação de competências suporte básico de vida		Não demonstrado (0)	Demonstrado (1)
Avaliação de condições de segurança	<i>“Referir em voz alta que estão a assegurar as condições de segurança”</i>		
Avaliar se vítima responde	<i>“Estimular verbalmente”</i>		
	<i>“Estimular tátil vigorosa”</i>		
Pedido de ajuda	<i>“Ligar 112 ou pedir para ligar, transmitindo a informação correta”</i>		
Permeabilização da via aérea	<i>“Executar a extensão da cabeça para evitar a queda da língua”</i>		
	<i>“Executar a elevação do mento”</i>		
Avaliação da respiração	<i>“Ver movimentos torácicos”</i>		
	<i>“Ouvir sons respiratórios”</i>		
	<i>“Sentir o ar expirado na face do reanimador”</i>		
	<i>“Realizar o VOS durante 10 segundos”</i>		
Execução de compressões torácicas	<i>“Posicionar-se perpendicularmente ao tórax da vítima”</i>		
	<i>“Colocar a face palmar da mão no centro do tórax da vítima”</i>		
	<i>“Colocar os membros superiores em extensão”</i>		
	<i>“Sobrepor as mãos com os dedos entrelaçados sobre o esterno da vítima”</i>		
	<i>“Efetuar 30 compressões ao ritmo de 100/minuto”</i>		
	<i>“Verbalizar a profundidade a que deve comprimir o tórax aproximadamente 5 cm”</i>		
Execução de ventilações			
	<i>“Executar a extensão da cabeça”</i>		
	<i>“Executar a elevação do mento”</i>		
	<i>“Efetuar a oclusão das narinas premindo a cartilagem nasal com o indicador e o polegar”</i>		
	<i>“Efetuar duas ventilações corretamente”</i>		

APÊNDICE G

Operacionalização de variáveis atributo utilizadas na caracterização da amostra.

Operacionalização de variáveis atributo utilizadas na caracterização da amostra.

Variáveis	Operacionalização	Categorização
Sexo	Conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o macho da fêmea (Dicionário de Língua Portuguesa, 2013).	Masculino
		Feminino
Idade	Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência, expressa em anos completos (<i>Instituto Nacional de Estatística</i> , 2012).	Resposta aberta
Estado civil	Situação real em que o indivíduo vive em termos de relacionamento conjugal e perante o registo civil (<i>Instituto Nacional de Estatística</i> , 2012).	Casado
		União de facto
		Solteiro
		Viúvo
		Divorciado
Instrução	Grau de ensino mais elevado completo pelo indivíduo (<i>Instituto Nacional de Estatística</i> ,2012).	Sabe ler e escrever
		1º ciclo do ensino básico
		2º ciclo do ensino básico
		3º ciclo do ensino básico
		Ensino secundário
		Ensino superior
Tempo de serviço	Período durante o qual o trabalhador exerce a atividade ou permanece adstrito à realização da prestação do mesmo (Código do trabalho, 2009).	Outro
		Em anos
Profissão	Ofício ou modalidade de trabalho remunerado ou não de um indivíduo (<i>Instituto Nacional de Estatística</i> ,2012).	Classificação Portuguesa das Profissões 2ºINE
Vínculo	Ligar (-se) a algo ou alguém por meio de vínculo(s) (Dicionário da Língua Portuguesa, 2015).	Definitivo
		Não definitivo
Residência	Local onde os indivíduos habitam a maior parte do ano (<i>Instituto Nacional de Estatística</i> ,2012).	Urbano
		Rural

APÊNDICE H

Operacionalização das variáveis de Investigação

Operacionalização de variáveis de investigação

Variáveis	Operacionalização	Categorização
Conhecimento	Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Avaliado através de um conjunto de treze questões com cinco opções de resposta, das quais uma única era a correta.	Correto
		Incorreto
Competência	Realizar, eficazmente, uma tarefa ou uma ação com determinado fim (Rey, Carette, DeFrance & Kahn, 2005).	Demonstrado
	Avaliado através de uma grelha de observação para sete domínios	Não demonstrado
Autoestima	Rosenberg (1965, cit. por Romano et al., 2007) define a autoestima como a autoavaliação que as pessoas fazem de si próprias, implicando um sentimento de valor, que engloba uma componente sobretudo afetiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma. A EAER é composta por 10 itens pontuadas numa escala de Lickert, entre 1 (não concordo) e 4 (concordo plenamente). Alguns itens foram invertidos.	Pontuação total da escala de autoestima de Rosenberg

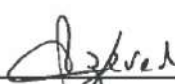
APÊNDICE I

Parecer da Comissão de Ética

Parecer da Comissão de Ética N:	9/2016
Data:	13.04.2016
Assunto:	Doc5/CE/2016 Projeto de investigação "Capacitação dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real em Suporte Básico de Vida: Capacitar para Salvar"
Requerente:	Élia Susana Carril/Coord: M ^a João Monteiro, M ^a da Conceição Rainho

Considerando que as questões 8, 9, 10, 11, 12 e 13 da caracterização sociodemográfica permitem identificar os respondentes, não sendo justificada a sua relevância para o tema em estudo, a CE é de parecer que devem ser retiradas. A CE faz ainda notar que a numeração não é seguida, supondo que se trata de um descuido de digitação

Pela Comissão de Ética
A Presidente da Comissão



Maria da Conceição Azevedo