

**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 autoeficácia**

**Relatório de Estágio em Mestrado em Enfermagem  
Comunitária**

**Márcia Filipa Batista Carril**

Orientadoras:

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Professora Doutora Maria da João Filomena dos Santos Pinto Monteiro



Vila Real, 2019



**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 autoeficácia**

**Relatório de Estágio em Mestrado em Enfermagem**

**Comunitária**

**Márcia Filipa Batista Carril**

Orientadoras

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Professora Doutora Maria da João Filomena dos Santos Pinto Monteiro



Vila Real, 2019



Carril, M.F.B. (2018)

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

Este trabalho foi 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.



*“Porque em qualquer dia, a qualquer hora, em qualquer lugar,*

*é provável que algo de improvável venha a acontecer”*

Aristóteles



## AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Maria Conceição Rainho e Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro pela orientação e disponibilidade.

Às enfermeiras Helena Pereira e Emília Sarmento da USP, pela amizade, disponibilidade e pelo contributo para a evolução nesta área da enfermagem.

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, ensinamentos, colaboração e amizade, convosco comecei a gostar e perceber mais a enfermagem comunitária.

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

Aos participantes neste estudo porque sem eles não seria possível.

À família do coração, em especial à Maria José e ao Luís, sem o vosso apoio e entusiasmo não tinha chegado aqui.

À minha família, em especial aos meus pais, madrinha, irmãos, cunhados e sobrinhos, pela falta de disponibilidade para com eles.

Por fim, ao Bruno Barbosa pela paciência, pelas ausências e por nestes dias ter sido pai e quase mãe para poder terminar e muito em especial à Laurinha, meu amor maior.



## RESUMO

O presente relatório enquadra-se no desenvolvimento da unidade curricular Estágio e Relatório 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 no âmbito da Enfermagem Comunitária. 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 autoeficácia”. As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte não só em Portugal, mas também na Europa e na maioria dos países desenvolvidos.

Neste sentido, é importante qualificar a população leiga em suporte básico de vida para assegurar as condições para a intervenção de primeira linha, antes da chegada dos meios de socorro profissional. A rapidez no socorro à vítima de paragem cardiorrespiratória pode representar a diferença entre a sobrevivência ou não, e, em caso de sobrevivência pode minimizar a ocorrência de sequelas.

O presente estudo teve como objetivo avaliar os conhecimentos antes e após o projeto de intervenção “capacitar para salvar” e as competências após a implementação do mesmo e a relação entre autoeficácia geral e os conhecimentos e competências sobre suporte básico de vida (SBV).

Foi realizado um estudo descritivo longitudinal, quase experimental de abordagem quantitativa. Participaram no estudo 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 integrava questões relativas à avaliação de conhecimentos sobre SBV e a escala de autoeficácia de *Bandura*. Para a avaliação de competência sobre SBV foi utilizada uma grelha de observação.

Tendo em conta os resultados obtidos, o projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” contribuiu para a aquisição de conhecimentos em SBV. Quanto às competências sobre SBV evidenciou-se a necessidade de reforçar o processo formativo, pois algumas relacionadas com a execução de determinados procedimentos foram menos desenvolvidas pelos participantes. Não se constatou relação entre a autoeficácia geral e os conhecimentos e competências sobre SBV.

**Palavras-chave:** suporte básico de vida; conhecimentos; competências; autoeficácia geral.



## ABSTRACT

This report is part of the development of the curricular unit and Internship and Report of the Masters in Community Nursing at the Health School, University of Trás-os-Montes and Alto Douro. The internship occurred from September 14, 2015 to January 29, 2016 and aimed the development of specific skills in the field of Community Nursing. During the same internship we developed an empirical study titled "Empowerment of employees of Vila Real Municipal Council on basic life support: relationship with self-efficacy". Cardiovascular diseases are one of the main causes of death not only in Portugal, but also in Europe and most developed countries. In this sense, it is important to qualify the lay population in basic life support to ensure the conditions for first-line intervention, before the arrival of the professional relief facilities. The rapid assistance of victims of cardiorespiratory arrest may represent the difference between survival and non-survival and, in case of survival, can minimize the occurrence of sequelae.

The objective of this study was to evaluate the knowledge before and after the "empowering to save" intervention project and to evaluate the competences after its implementation. I was also an objective of the study to evaluate the relationship between general self-efficacy and basic life support (BLS) knowledge and skills.

A longitudinal, *quasi* experimental, quantitative approach was performed. A total of 97 employees of the Vila Real Municipal Council participated in the study. For the data collection, a questionnaire was used. The first part included a sociodemographic characterization, and the second part questions to evaluate the knowledge about BLS the self-efficacy, using the Bandura's self-efficacy scale. An observation grid was used for the assessment of skills on BLS.

Considering the results obtained, the "Empower to Save" intervention project contributed to the acquisition of BLS knowledge. Regarding the BLS skills, the need to reinforce the training process was evidenced, since some skills related to the execution of certain procedures were less developed by the participants. There was no relationship between general self-efficacy and knowledge and skills on BLS.

**Keywords:** basic life support; knowledge; skills; general self-efficacy.



## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>IX</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>XI</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XIII</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>XV</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS.....</b>	<b>XVII</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>XIX</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>XXI</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>3</b>
1.1. No contexto da UCC de Santa Marta de Penaguião .....	3
1.2. No contexto da Unidade de Saúde Pública .....	8
<b>2. ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1. Enquadramento teórico .....	15
2.1.1. Definição de Suporte Básico de Vida (SBV).....	15
2.1.2. Resenha histórica sobre o Suporte Básico de Vida.....	17
2.1.3. Algoritmo de SBV em Adultos.....	18
2.1.4. Riscos do SBV para a vítima e Reanimador .....	19
2.1.5. Paragem cardiorrespiratória .....	21
2.1.6. Reanimação cardiorrespiratória em Portugal.....	22
2.1.7. Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) .....	22
2.1.8. Cadeia de sobrevivência .....	23
2.1.9. Fundamentação Legal sobre SBV em Portugal .....	26
2.1.10. Autoeficácia Geral .....	27
<b>2.2. METODOLOGIA.....</b>	<b>33</b>

2.2.1. Justificação do tema da investigação .....	33
2.2.2. Definição do problema do estudo .....	34
2.2.3. Objetivos do estudo .....	34
2.2.4. Desenho de investigação.....	35
2.2.5. Tipo de estudo.....	35
2.2.6. População e Amostra .....	36
2.2.7. Critérios de inclusão .....	37
2.2.8. Instrumento de recolha de dados .....	37
2.2.9. Pré-teste .....	39
2.2.10. Operacionalização de variáveis.....	39
2.2.11. Projeto de intervenção “ <i>Capacitar para salvar</i> ” .....	40
2.2.12. Hipóteses de investigação .....	41
2.2.13. Procedimentos éticos .....	42
<b>2.3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>2.4. CONCLUSÕES .....</b>	<b>65</b>
<b>3. SÍNTESE CONCLUSIVA .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>101</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Organização geral do ACES, com destaque para a UCC.....	4
Figura 2. Organização geral do ACES, com destaque para a USP. ....	10
Figura 3. Esquema da Vigilância epidemiológica. ....	11
Figura 4. Algoritmo de SBV .....	19
Figura 5. Cadeia de Sobrevivência.....	24
Figura 6. Representação esquemática das interações entre as fontes e os resultados das percepções de autoeficácia (adaptado de Witz, 2004).....	29
Figura 7. Características sociodemográficas e socioprofissionais dos colaboradores da CMVR participantes no estudo (n=97).....	46
Figura 8. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “1. Avaliação de condições de segurança” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.....	49
Figura 9. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “2. Avaliar resposta de a vítima” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”. ....	49
Figura 10. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “3. Pedido de ajuda” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.....	50
Figura 11. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “4. Permeabilização da via aérea” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”. ....	50
Figura 12. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “5. Avaliação de respiração” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”. ....	51
Figura 13. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “6. Execução de compressões torácicas” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.....	51

Figura 14. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “7. Execução de ventilações” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”. ..... 52

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Operacionalização de variáveis .....	40
Tabela 2. Proporção de respostas corretas às questões sobre conhecimento em SBV antes e após implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”. (n=97).....	47
Tabela 3. Avaliação da autoeficácia dos colaboradores da CMVR antes e após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar ara Salvar”.....	54
Tabela 4. Relação entre os conhecimentos sobre SBV e autoeficácia antes da implementação do projeto “Capacitar para salvar”.....	54
Tabela 5. Relação entre os conhecimentos sobre SBV e autoeficácia após a implementação do projeto “Capacitar para Salvar”. .....	55
Tabela 6. Relação entre variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre SBV .....	58
Tabela 7. Relação entre as variáveis sociodemográficas e as competências sobre SBV .....	60
Tabela 8. Relação entre a autoeficácia geral e as variáveis sociodemográficas dos colaboradores da CMVR, antes e após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.....	62



## 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
- EAEB – Escala de Autoeficácia de Bandura
- 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
- GSE- General Self-Efficacy Scale
- 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

PND AE – Programa Nacional de Desfibrilhação 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

O relatório que se inicia 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).

Durante o desenvolvimento do estágio tivemos oportunidade de refletir sobre questões emergentes no âmbito da Enfermagem Comunitária, o que contribuiu a realização do estudo “Capacitação dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real em Suporte Básico de Vida: relação com a autoeficácia” assente no desenvolvimento de um projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”. O seu desenvolvimento permitiu a aquisição de competências de pesquisa sistemática, reflexão e crítica sobre resultados de investigação. Com o desenvolvimento deste estudo pretendeu-se contribuir para a capacitação dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real em Suporte Básico de Vida (SBV), implementando um projeto de intervenção com recurso a estratégias participativas, no sentido de capacitar os cidadãos em SBV, no contexto da sua atividade profissional, ou no contexto das suas obrigações de cidadania. Segundo Jorge Sampaio (2007), “a cidadania é responsabilidade perante nós e perante os outros, consciência de deveres e de direitos, impulso para a solidariedade e para a participação, é sentido de comunidade e de partilha, é insatisfação perante o que é injusto ou o que está mal, é vontade de aperfeiçoar, de servir, é espírito de inovação, de audácia, de risco, é pensamento que age e ação que se pensa”.

O Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão até 2020), refere que o cidadão é responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover, no respeito pelo bem comum. O reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva, reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento, numa cultura de pró atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva.

Com o desenvolvimento do presente estudo pretende-se avaliar os conhecimentos antes e após o projeto de intervenção “capacitar para salvar” e as competências após a implementação do mesmo e a relação entre autoeficácia geral e os conhecimentos e competências sobre suporte básico de vida (SBV).

O projeto de intervenção visou a capacitação dos participantes sobre SBV para que possam intervir com autonomia e segurança em situações que colocam a pessoa em situação de risco de vida. Se os cidadãos detiverem adequada informação e formação sobre boas práticas em suporte básico de vida, poderão prestar socorro à vítima maximizando as possibilidades de sobrevivência face a um evento adverso.

A capacitação de cidadãos para atendimento precoce em situações de emergência e a instituição de manobras de SBV é fundamental para salvar vidas. Assim a capacitação para o desenvolvimento de competências na área do socorrismo, da ajuda a vítimas é um campo de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, sustentando-a na evidência científica, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades, conforme definido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018).

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

O estágio ocorreu na UCC de Santa Marta de Penaguião (SMP) entre os dias 14 de setembro e 4 de outubro de 2015 e 23 de novembro de 2015 e 29 de janeiro de 2016, e na USP de Vila Real entre os dias 12 de outubro e 16 de novembro de 2015. A realização do estágio permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências, sendo definidos os seguintes objetivos:

- Fortalecer a intervenção 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.

Interessa mencionar que o desenvolvimento do estágio teve como base as competências específicas do EEECS, que segundo o regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho) 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.

De seguida serão descritas e fundamentadas as atividades desenvolvidas na UCC e na USP.

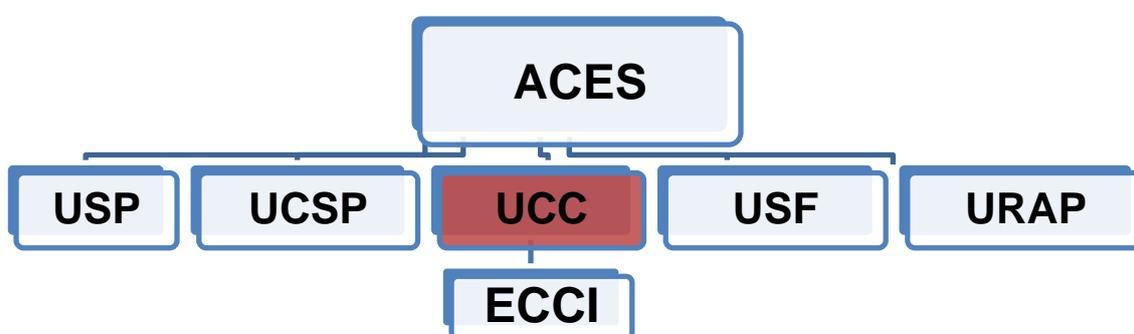
Salienta-se também que como futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária, a participação em projetos de intervenção comunitária com grupos que apresentam maior vulnerabilidade, permitiu o conceber, planear e implementar programas e projetos na UCC de SMP.

### **1.1. No contexto da UCC de Santa Marta de Penaguião**

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criados através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, integrados nas administrações regionais

de saúde (ARS), surgem no âmbito da reorganização dos cuidados de saúde primários (CSP), desaparecendo deste modo a estrutura intermédia constituída pela sub-região de saúde.

Os ACES (Figura 1) têm como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde primários á população de determinada área geográfica, são serviços com autonomia administrativa e competências próprias, é constituído por unidades funcionais (UF) de prestação de cuidados de saúde que associam um ou mais centros de saúde (CS). Cada CS é constituído por e pelo menos uma unidade de saúde familiar (USF), uma unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e uma UCC. Em cada ACES existe uma USP e uma unidade de recursos assistenciais (URAP) (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).



Figura

1. Organização geral do ACES, com destaque para a UCC.

A UCC é uma unidade funcional que tem por objetivo contribuir para melhorar o estado de saúde da população da área geográfica em que intervém propondo-se à obtenção de ganhos em saúde colaborando no cumprimento da missão do ACES (Decreto-Lei 28/2008, de 22 de fevereiro). É neste âmbito que o EEECSMP se revela importante. A enfermagem comunitária trabalha com e para a comunidade intervindo com estratégias como a educação para a saúde e a capacitação de grupos. A sua atividade é desenvolvida tendo como base a evidência científica e as etapas da metodologia do planeamento em saúde.

Dada a importância do contexto demográfico na intervenção do EEECSMP, apresenta-se a caracterização geográfica do conselho de SMP. O concelho de SMP é um município com 69.25 km<sup>2</sup> 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.

Uma vez que a melhoria do estado de saúde da população é um dos objetivos da UCC, desenvolveram-se um conjunto de atividades para a sua obtenção. Passo a descrever as que tive oportunidade de estar envolvida.

Foi feita a proposta para a realização de uma ação de formação sobre o tema “cuidados paliativos, abordagem ao doente terminal”, que tinha como objetivo potenciar uma reflexão sobre este assunto, fornecendo ou aprofundando conhecimentos sobre o tema, fomentando a discussão interdisciplinar e conjugando com os casos da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), com a equipa multidisciplinar da UCC. Aconteceu 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.

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.

Visando 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. Realizaram-se formações teóricas e práticas a grupos de 12 participantes durante o mês de janeiro de 2016.

Para dar resposta a um pedido do centro escolar de SMP, foi efetuada uma 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. Ainda 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, realizámos uma formação no âmbito do projeto “Viver uma sexualidade saudável”, a um grupo de 10 formandos com atraso cognitivo nas instalações da Associação A2000. O objetivo central 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 infeções sexualmente transmissíveis (IST) e as suas complicações. Foi feita a apresentação de alguns métodos contraceptivos e imagens reais de IST.

Durante a realização deste estágio, participei ainda em outras atividades realizadas na UCC de SMP, tendo em conta a fase de desenvolvimento em que se encontravam. Destas destacam-se:

- i)* O projeto “Mochila Amiga” que se propõe a ensinar as crianças a arrumar a mochila e alertar para os problemas de saúde do uso de uma mochila com excesso de peso. Baseou-se 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 delineado 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 programa 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 este programa ser viável 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). Assim 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 importante mencionar que durante o estágio tive a possibilidade 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 por esta equipa são de carácter preventivo, curativo, de reabilitação e cuidados paliativos. Cooperei em atividades de educação para a saúde (alimentação e posicionamento de utentes acamados), ações de reabilitação funcional e execução de tratamentos.

As atividades desenvolvidas na UCC foram uma oportunidade para fortalecer as competências do EEECS, através de uma atitude crítica e reflexiva em que nos apoiámos no seu desenvolvimento e para as quais contribuíram a refletida seleção das atividades e da orientação. Tendo em conta o descrito e 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”. Verificamos a

importância do EEECSPP nos processos de mudança comportamental que apontem ganhos significativos em saúde e do seu contributo no desenvolvimento de comunidades cada vez mais participativas com projetos de saúde. Em relação à área da gestão orientamos a nossa atitude 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”, uma vez que procuramos envolver os diferentes intervenientes nas atividades, acatando as suas opiniões, compartilhando evidência científica mais relevante e potenciando as suas experiências para a concretização de boas práticas clínicas.

Relativamente às competências do EEECSPP 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.

Em relação 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 de acordo com a importância que a segurança e a melhor gestão do risco representam para garantir aos cidadãos cuidados mais seguros, bem como uma relação interpessoal que respeita a diferença, a circunstância e a dignidade da pessoa.

## **1.2. No contexto da Unidade de Saúde Pública**

A USP (Figura 2) é constituída por cinco Médicos de Saúde Pública; quatro enfermeiros (dois a tempo completo e dois a tempo parcial - três enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária e uma enfermeira especialista em saúde infantil); seis Técnicos de Saúde Ambiental (TSA); uma Eng<sup>a</sup>. do Ambiente; quatro administrativas e um médico Interno de saúde pública.

A USP abrange sete concelhos do ACES Douro I – Marão e Douro Norte, a saber: Alijó, Murça, Sabrosa, S. Marta de Penaguião, Peso da Régua, Mesão Frio e Vila Real.

O Centro diagnóstico e pneumológico (CDP) está incluído na USP e a equipa de saúde é constituída por médica de clínica geral (1); enfermeira graduada (1); técnico de radiologia (2) assistente técnico (2).

De acordo com o Decreto-lei nº 81/2009 alterado pelo Decreto-lei nº 137/2013 de 7 de outubro são competências da USP:

- 1) As autoridades de saúde asseguram a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, competindo-lhes, ainda, a vigilância das decisões dos órgãos e serviços operativos do Estado em matéria de saúde pública.
- 2) Para efeitos do disposto no número anterior, as autoridades de saúde podem utilizar todos os meios necessários, proporcionais e limitados aos riscos identificados que considerem prejudiciais à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais envolvidos.
- 3) Às autoridades de saúde compete, em especial, de acordo com o nível hierárquico técnico e com a área geográfica e administrativa de responsabilidade:
  - a) Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública e determinar as medidas corretivas necessárias à defesa da saúde pública;
  - b) Ordenar a interrupção ou suspensão de atividades ou serviços, bem como o encerramento dos estabelecimentos e locais referidos na alínea anterior onde tais atividades se desenvolvam em condições de grave risco para a saúde pública;
  - c) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública;
  - d) Exercer a vigilância sanitária no território nacional de ocorrências que derivem do tráfego e comércio internacionais;
  - e) Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em caso de epidemias graves e outras situações semelhantes.

A USP tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

A USP, observatório de saúde da área geográfica onde se insere, desenvolve atividades de planeamento em saúde, de promoção e proteção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em

saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública.

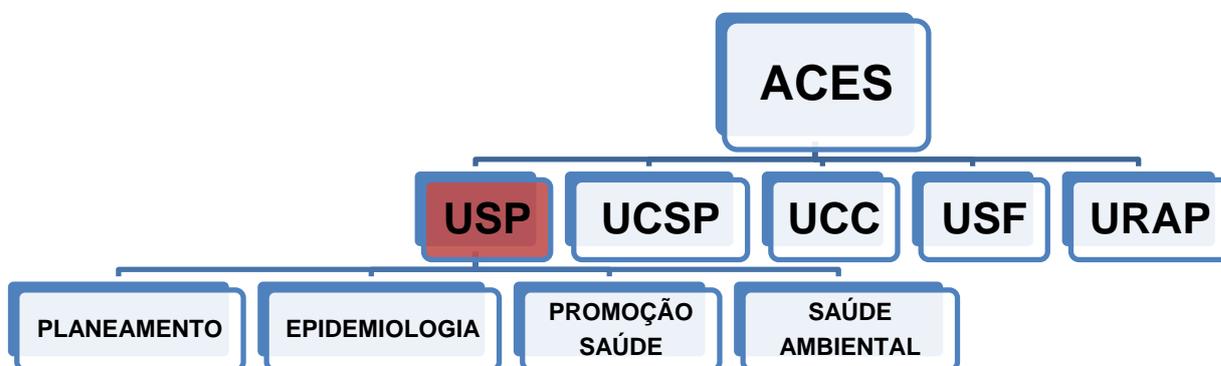


Figura 2. Organização geral do ACES, com destaque para a USP.

A UCC integra diferentes equipas para a consecução da sua missão, que sumariamente descrevemos.

A equipa de planeamento da USP é constituída pelo médico de saúde pública (1) e enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública (2). De entre as atividades desta equipa, destaca-se a elaboração o Plano Local de Saúde e o Diagnóstico de Situação do ACES Douro I – Marão e Douro Norte.

A equipa de vigilância epidemiológica é constituída por médicos de saúde pública (2), enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública (2) e técnico de saúde ambiental (1).

São funções da vigilância epidemiológica:

- Recolha de dados;
- Processamento dos dados recolhidos;
- Análise e interpretação;
- Recomendação das medidas de controlo apropriadas;
- Promoção das ações de controlo indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação da informação pertinente

O esquema que se segue (Figura 3) sintetiza as funções da equipa de vigilância epidemiológica.

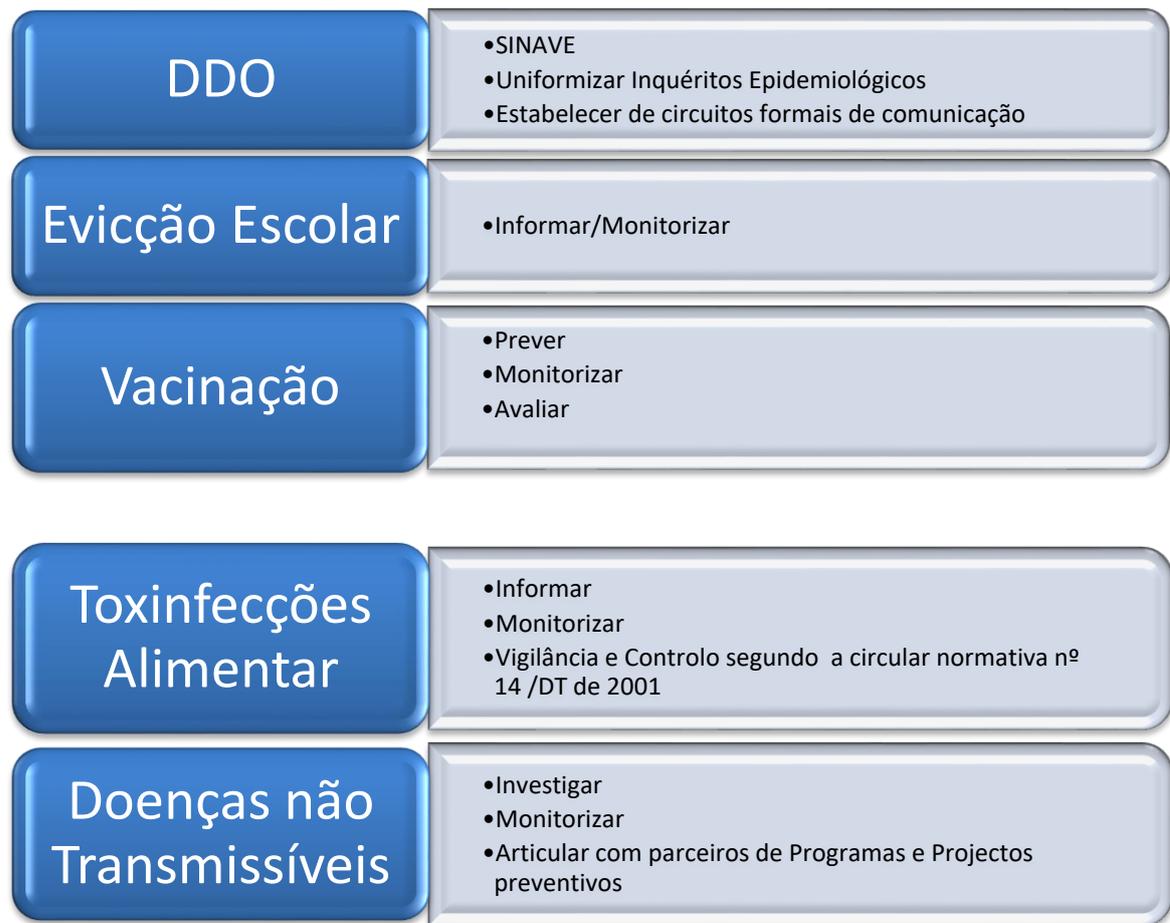


Figura 3. Esquema da Vigilância epidemiológica.

A equipa de promoção de saúde/prevenção da doença é constituída por médico de saúde pública (1), enfermeira especialista em enfermagem comunitária e saúde pública (1) que monitorizam e avaliam a implementação de diferentes projetos programas.

Tivemos oportunidade de utilizar as diferentes plataformas para a avaliação dos programas, que nos permitiu constatar a sua importância na monitorização e produção de indicadores.

A equipa de Saúde Ambiental é constituída por: constituída por médico de saúde pública (1), enfermeira especialista em enfermagem comunitária e saúde pública (1); Eng.<sup>a</sup> do ambiente (1); técnico de saúde ambiental (1).

O estágio na USP foi realizado no período de 12 de outubro a 16 de novembro de 2015, dando-se destaque às atividades principais:

- i) 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;

- ii)* Utilização da plataforma Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), que integra um instrumento de vigilância em saúde pública para reconhecimento de situações de risco, colheita, atualização, análise e divulgação de dados referentes a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública (DGS, 2014). O SINAVE é uma ferramenta onde o médico faz a notificação obrigatória de doenças transmissíveis e de outros riscos para a saúde pública atempadamente, possibilitando à autoridade de saúde local a execução de medidas de controlo e prevenção, diminuindo assim a possibilidade de propagação 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;
- iii)* Colaboração na execução de uma ação de formação orientada aos profissionais de enfermagem do ACES com o tema “Uniformização de documentação no programa informático SClínico – Úlceras por pressão”. Esta atividade tinha por objetivo consciencializar para a relevância dos registos no sentido de simplificar a documentação dos cuidados de enfermagem ajudando para a produção de indicadores sensíveis à intervenção dos profissionais de enfermagem que têm como centro de atenção as úlceras por pressão;
- iv)* Participação na ação de formação dirigida aos assistentes operacionais dos centros de saúde de Alijó, CS N°1 e USF Fénix, sobre a temática da higienização dos espaços, que tinha como objetivo a capacitação deste grupo de funcionários sobre procedimentos simples e específicos para garantir a qualidade e segurança dos espaços assistenciais, particularmente a higienização de superfícies, manutenção de circuitos de limpos e

sujos, reconhecimento correto dos resíduos gerados pelos cuidados de saúde, aplicação adequada e precauções de segurança sobre os diversos produtos para higienização dos espaços.

- v) No domínio do dia europeu dos antibióticos, e tendo em conta a importância que o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos detém na diminuição da aparecimento de microrganismos com resistência aos antimicrobianos e do apelo para o uso sensato de antibióticos (DGS, 2016), participei na elaboração de um artigo denominado “Preserve os antibióticos” para publicação num jornal local de maneira a sensibilizar a população para o uso dispensável ou continuado de antibióticos (Apêndice A);
- vi) Participação na investigação de aparecimento de Febre Escaro-Nodular em algumas crianças de um infantário do concelho de Vila Real.

Numa apreciação crítico-reflexiva no que diz respeito ao meu desempenho na USP posso afirmar que esta unidade me proporcionou o desenvolvimento das competências do EEECSF definidas pela OE especificamente no que respeita à participação em programas de saúde de âmbito comunitário para levar a cabo a obtenção dos objetivos do PNS. Ainda no campo de ação das competências específicas, identifiquei a pertinência da vigilância epidemiológica na manifestação dos fenómenos da saúde e da doença de âmbito geodemográfico, destacando assim a competência G4 que está relacionada com a vigilância epidemiológica, verificando a necessidade de utilizar ferramentas confiáveis que permitam a monitorização dos fenómenos de saúde – doença, tendo em consideração a definição de estratégias de prevenção e controlo, bem como a eventualidade de investigar a evolução prognóstica.

Relativamente à competência G3 “Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano Nacional de Saúde”, destacam-se os procedimentos e análise de distintas técnicas para monitorização, identificação e avaliação intercalar do Plano Local de Saúde.



## **2. ESTUDO EMPÍRICO**

Com o enquadramento teórico pretendemos introduzir genericamente a informação adquirida através da consulta e análise bibliográfica que julgamos relevante para compreensão da problemática em estudo e para a concretização deste projeto. Consideramos, então que os seguintes temas serão os mais adequados para o desenvolvimento da temática: Definição de SBV, resenha histórica sobre SBV, algoritmo do SBV no adulto, risco do SBV para a vítima e o reanimador, PCR, reanimação cardiorrespiratória (RCR) em Portugal, SIEM, fases do SIEM, intervenientes, cadeia de sobrevivência e fundamentação legal sobre SBV em Portugal.

### **2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1.1. Definição de Suporte Básico de Vida (SBV)**

De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) o SBV é um conjunto de procedimentos realizados sem recorrer a equipamentos específicos. O objetivo principal do SBV é a manutenção da vida e ganhar tempo até a chegada de ajuda especializada. SBV é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida eminente, saber como e quando pedir ajuda e iniciar de imediato manobras de modo a manter a ventilação e circulação. (Valente & Catarino, 2012)

Existem dois elementos fundamentais do SBV, as compressões torácicas e as ventilações. As compressões torácicas permitem que o sangue continue a chegar aos órgãos vitais. As ventilações permitem que de uma forma eficaz a vítima seja provida de oxigénio. Segundo o INEM, na ventilação boca-a-boca o reanimador, no ar exalado, contém aproximadamente 17% de oxigénio e 4% de dióxido de carbono, o que será suficiente para suprir as necessidades da vítima.

O SBV faz parte da cadeia de sobrevivência, sendo considerado o segundo elo da mesma, permitindo ganhar tempo, mantendo alguma circulação e ventilação à vítima até que chegue ajuda mais diferenciada. O SBV inclui quatro etapas sendo elas: a avaliação inicial; manutenção da via aérea permeável; ventilação com ar expirado; compressões torácicas. Existem três elementos de SBV após a avaliação inicial, designados por CAB. O C significa “*Circulation*” (circulação), A” *Airway*” (via aérea) e o B “*Breathing*” (respiração). Até 2005 as manobras de reanimação iniciavam-se com a abertura da via aérea e com as alterações de 2010 iniciam-se pelas compressões torácicas, estas alterações foram feitas pela *American Heart Association* em 2010. Em 2015 surgem novas recomendações, que mantêm o ênfase nas compressões torácicas e alteraram-se os pedidos de ajuda, sendo só necessário realizar um pedido de ajuda, ligar 112, passo seguinte ao verificar se a vítima responde (ERC, 2015).

Como se sabe, se uma vítima estiver três a quatro minutos em hipoxia (carência de oxigênio nos tecidos orgânicos) pode sofrer danos cerebrais irreversíveis, sendo por isso fundamental uma rápida intervenção. A intervenção precoce e eficaz aumenta a probabilidade de sobrevivência da vítima, desde que os reanimadores saibam como o fazer e de forma eficaz.

O posicionamento da vítima e do reanimador são importantes para o sucesso do SBV, assim a vítima deve estar em posição dorsal, no chão ou em plano duro para as manobras de SBV sejam eficazes. O reanimador deve posicionar-se ao lado da vítima sem ter que fazer grandes deslocamentos, se tiver que fazer ventilações e compressões. As vítimas que se encontram inconscientes, mas que respiram, devem ser colocadas em posição lateral de segurança (PLS), desde que não haja suspeita ou evidência de trauma, permitindo assim manter a permeabilidade da via aérea, garantindo que não haja obstrução da via aérea por queda da língua, regurgitação de conteúdo gástrico, secreções ou sangue e permitindo a drenagem de líquidos da cavidade oral, evitando a entrada do mesmo na via aérea. A PLS deve respeitar os princípios a seguir enumerados: a posição deve ser o mais “lateral” possível para que a cabeça fique numa posição em que permita que a drenagem da cavidade oral ocorra livremente; deve ser uma posição estável; que não impeça a respiração normal por pressão no tórax; que permita acesso e observação fácil da via aérea.

O reconhecimento precoce da obstrução da via aérea (OVA) é necessário para o êxito da reanimação. Podemos classificá-la como ligeira, a vítima encontra-se reativa, com possível ruído inspiratório, mantém trocas gasosas e reflexo de tosse eficaz, ou grave, com 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 passa por identificar a gravidade, se for ligeira o primeiro passo é incentivar a tosse e de seguida vigiar. Se estivermos perante uma OVA grave e a tosse for ineficaz, avaliar estado de consciência, se inconsciente ligar 112 e iniciar manobras de SBV, se consciente realizar até cinco pancadas inter-escapulares alternando com compressões abdominais (até cinco) ou manobra de Heimlich (Valente & Catarino, 2012).

### **2.1.2. Resenha histórica sobre o Suporte Básico de Vida**

Os primeiros casos de reanimação cardiorrespiratória foram encontrados em citações bíblicas. Segundo Cáceres et al (2006), há cerca de 3500 anos nasceu a técnica conhecida como método de inversão, que consistia em suspender as vítimas pelos pés e aplicar pressão no peito com o objetivo de ajudar o indivíduo na expiração, existindo um período de relaxamento que ia de encontro ao tempo de inspiração da vítima. 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 realizada por Tossack, que realizou a técnica insuflando ar nos pulmões ocluindo as narinas numa vítima de acidente numa mina de carvão (Souza e Grassia, 2007). Segundo os mesmos autores a técnica de reanimação que inclui compressões torácicas surgiu em 1878 por Boehem, que deu início ao primeiro método de suporte circulatório em tórax fechado. A reanimação cardiorrespiratória desenvolveu-se a partir dos anos 60, para reverter paragens cardíacas, baseada em protocolos e procedimentos simples e estandardizados. Em 1966, a Academia Nacional de Ciências do *National Research Council* 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, a academia manifestou a necessidade de formação em jovens em idade escolar. Em 1992 nasceu o conceito de cadeia de sobrevivência que generaliza todo o processo extra-hospitalar (Cáceres et al, 2006).

Na Europa, em 1988 foi criado o *European Resuscitation Council* (ERC), em Viena durante um congresso de cardiologia, onde um grupo de cardiologistas decidiu que deviam juntar

indivíduos, grupos e organizações europeus com interesse na área da reanimação com a intenção de estabelecer uma colaboração multidisciplinar. Foi alcançado um acordo para reunir com representantes das principais disciplinas na Europa em Antuérpia a 13 de dezembro de 1988. Tinha como objetivos “salvar vidas humanas melhorando as normas de ressuscitação na Europa e coordenar as atividades das organizações com interesse em RCP. Pretendia chegar a esse objetivo produzindo linhas de orientação (guidelines) e recomendações, desenhando e implementando programas de formação, monitorizando e auditando sobre a prática de RCP, promovendo conhecimento e ciência e organizando encontros científicos” (Bossaert, 2013).

O conselho português de reanimação (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 medida em que se encontra representado no conselho executivo e nos diferentes grupos de trabalho do ERC que regularmente produzem recomendações. Em Portugal assume por isso a tarefa de centralização do processo de acreditação das entidades (escolas) que beneficiam por isso de uma uniformização, atualização e controlo de qualidade resultante de um processo vertical de ligação ao CPR e ao ERC e transversal de ligação entre as várias escolas.

### **2.1.3. Algoritmo de SBV em Adultos**

O algoritmo de SBV (Figura 4) consiste em fornecer orientações para simplificar a atuação dos reanimadores.

Segundo o INEM o reanimador deve verificar as condições de segurança aproximando-se da vítima com cuidado, garantindo, que não existem riscos para si, para a vítima nem para terceiros, antes de iniciar todo o processo. De seguida avaliar o estado de consciência da vítima abanando-a pelos ombros com muito cuidado e perguntando em voz alta se se sente bem, se não obtiver resposta grita por ajuda, que é o passo seguinte do algoritmo, se estiver acompanhado peça para ficarem porque pode precisar de ajuda, se estiver sozinho pedir ajuda até que seja ouvido, isto sem nunca abandonar a vítima. Começar por permeabilizar a via aérea. No caso de a vítima ventilar, colocar em PLS e ligar 112. Caso não haja ventilação espontânea deve-se primeiramente ligar 112 e a seguir iniciar manobras (ciclos contínuos de 30 compressões torácicas e 2 ventilações), mantendo-as até a chegada de ajuda especializada.

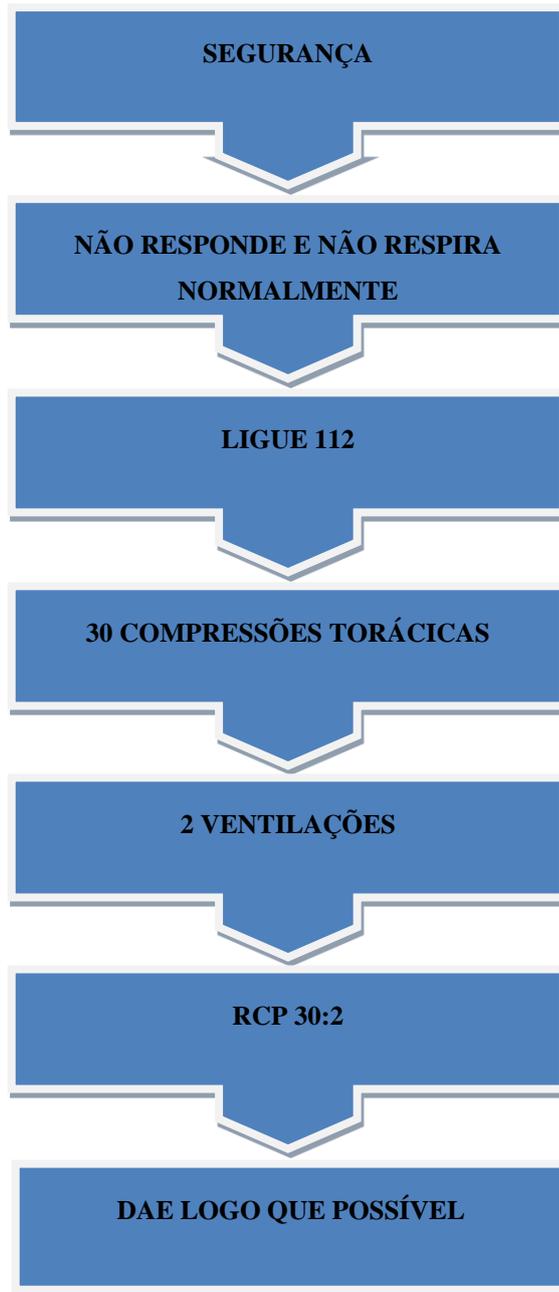


Figura 4. Algoritmo de SBV

#### **2.1.4. Riscos do SBV para a vítima e Reanimador**

Quando a vontade de ajudar alguém que possa estar em risco de vida é maior do que o raciocínio lógico pode-nos levar a ignorar os riscos que possamos correr e colocar a nossa vida também

em risco. Por isso nunca se deve ignorar o primeiro elo do algoritmo do SBV: verificar as condições de segurança. Se não forem garantidas as condições de segurança antes da abordagem à vítima o reanimador pode colocar em risco o seu bem-estar e passar também a ser uma vítima. Antes de abordar a vítima, o reanimador deve verificar as condições de segurança, assegurando-se que não vai correr nenhum risco. Deve averiguar se não existe nenhum risco ambiental (derrocadas, choque elétrico, explosões, etc.), de intoxicação (gás, fumo, ou outros tóxicos) ou infeccioso (tuberculose, hepatite, VIH, etc.).

Ao parar na via pública para socorrer alguém vítima de acidente de viação deve colocar a sua viatura imediatamente antes do acidente no sentido em que este ocorreu, ligar as luzes de presença ou emergência, desligar o motor para diminuir a possibilidade de combustão, usar o colete refletor e sinalizar o local com o triângulo colocado adequadamente.

No caso de se encontrar uma vítima em contacto com produtos químicos ou matérias perigosas é essencial evitar o contacto sem qualquer proteção, assim como nos casos de intoxicação em que primeiramente se deve identificar qual o produto, a sua forma de apresentação (pó, líquido, gasoso) e de seguida contactar ajuda especializada para informações sobre o produto. Tratando-se de uma formulação gasosa não se deve expor aos vapores libertados e deverá retirar a vítima do local. Na impossibilidade de o conseguir deve arejar o local. No caso dos tóxicos corrosivos deve arejar o local e evitar o contacto com os produtos, bem como a sua inalação. Nestes casos nunca se deve realizar ventilação boca-a-boca.

O SBV executado corretamente permite manter a vítima viável até chegada de ajuda diferenciada, mas podem ocorrer alguns problemas durante a ventilação e as compressões torácicas. Durante as ventilações corre-se o risco de insuflar ar para o estômago o que pode provocar regurgitação do conteúdo gástrico e a saída do mesmo para a via aérea, podendo causar obstrução da via aérea.

Relativamente aos problemas com as compressões torácicas, quando mal-executados, podem provocar fraturas das articulações condro-costais (articulação das costelas com o esterno), lesão de órgãos internos e fratura de costelas. Estes riscos são minimizados pela execução correta das compressões, mas não totalmente anulado.

### **2.1.5. Paragem cardiorrespiratória**

A paragem cardiorrespiratória é a cessação da circulação e da respiração sendo reconhecida pela ausência de pulso e movimentos respiratórios numa vítima inconsciente (Pires et al, 2006).

Segundo o ERC (2010) a doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte no mundo. Na Europa, a doença cardiovascular representa cerca de 40% de todas as mortes antes dos 75 anos. A morte súbita é responsável por mais de 60% das mortes do adulto por doença coronária. Dados provenientes de 37 comunidades na Europa indicam que a incidência anual de paragens cardíacas no pré-hospitalar (PCR-PH), em todos os ritmos tratadas pelos serviços de emergência médica (SEM) é de 38 por 100 000 habitantes (Atwood, 2005). Com base nestes dados estima-se que a incidência anual fibrilhações ventriculares (FV) tratada pelos SEM é de 17 por 100 000 habitantes e que a sobrevida à alta hospitalar é de 10,7% para todos os ritmos e 21,2% para as PCR por FV. Dados recentes de 10 locais na América do Norte são consistentes com estes números: sobrevida média de 8,4% à alta hospitalar nas paragens cardíacas em todos os ritmos, tratadas por SEM e 22% para as FV. Há alguma evidência de que a sobrevida pós-paragem cardíaca a longo prazo vem aumentando.

Segundo Buist et al (2002), uma das complicações mais graves para a vida humana é a PCR inesperada. Apesar da existência de equipas de reanimação altamente qualificadas e de avanços teóricos e técnicos na reanimação cardiorrespiratória, o risco de morte ainda permanece entre os 50 e os 80%.

Devido à demora do socorro, a grande maioria das vítimas chega ao hospital com poucas possibilidades de recuperação. O início precoce de SBV aumenta a probabilidade de sucesso. (Pires, et al, 2006)

A doença coronária é a mais frequente das causas de morte súbita. A cardiomiopatia não isquémica e as doenças valvulares contribuem para a maioria dos outros casos de morte súbita. Há um pequeno número de casos de doenças hereditárias (ex: Síndrome de Brugada, cardiomiopatia hipertrófica) ou doença cardíaca congénita. A maioria dos casos de morte súbita tem história prévia de doença cardíaca e sinais de alerta, na maioria dos casos dor precordial na hora que precede a PCR (ERC, 2010). Nas não cardíacas reconhece-se a embolia pulmonar, obstrução da via aérea, asfixia, ingestão de drogas, o abuso de substâncias, o acidente vascular cerebral, a hipercalémia ou hipocalémia, a hiperglicemia ou hipoglicemia, a hipotermia e a

hipoxia, o alcoolismo, as reações alérgicas e o choque elétrico como principais causas de PCR (Aehlert, 2007).

### **2.1.6. Reanimação cardiorrespiratória em Portugal**

A RCR é um conjunto de manobras destinadas a garantir a oxigenação dos órgãos quando a circulação de sangue cessa (PCR).

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 realizavam o transporte da vítima para o hospital. O serviço seria alargado para outras cidades nos anos seguintes (INEM, 2000)

Em 1971 o ministério do interior criou o serviço nacional de ambulâncias. Este criou os postos de ambulância SNA, munidos de equipamentos associados à saúde, veículos medicalizados e de telecomunicações, entregues à polícia de segurança pública (PSP) de Lisboa, Coimbra, Porto e Setúbal e de corpos de bombeiros das restantes cidades, cobrindo assim todo o país (INEM, 2000). Em 1980 foi criado o gabinete de emergência médica (GEM), hoje INEM, que para além do socorro á vítima tinha como funções a organização e coordenação do SIEM.

### **2.1.7. Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)**

O SIEM define-se como um conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente. (INEM, 2013).

O SIEM é constituído por fases que têm como base o símbolo “estrela da vida”, em que cada uma das suas pontas corresponde uma fase.

Essas fases são as seguintes (INEM, 2013): Detecção, que corresponde ao momento em que alguém encontra uma ou mais vítimas de acidente ou doença súbita; Alerta, corresponde ao

momento em que se contactam os serviços de emergência através do número europeu de emergência médica (112); Pré-socorro, um conjunto de gestos simples que devem ser efetuados até à chegada de socorro; Socorro, que corresponde aos cuidados de emergência iniciais, já executados por profissionais qualificados, com o objetivo de estabilizar a vítima diminuindo desta forma a mortalidade e morbilidade; Transporte, consiste no transporte assistido da vítima numa ambulância com características, tripulação e carga bem definidas, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuidade dos cuidados de emergência necessários; Tratamento na unidade de saúde, fase que corresponde ao tratamento no serviço de saúde mais adequado ao estado clínico da vítima. Em alguns casos excecionais, pode ser necessária a intervenção inicial de um estabelecimento de saúde onde são prestados cuidados imprescindíveis para a estabilização da vítima, com o objetivo de garantir um transporte mais seguro para um hospital mais diferenciado e/ou mais adequado à situação.

Segundo o manual SIEM (INEM, 2013) os intervenientes no sistema são: Público; Operadores das Centrais de Emergência 112; Técnicos do centro de orientação de doentes (CODU); Agentes da autoridade; Bombeiros; Tripulantes de ambulância; Técnicos de ambulância de emergência; Médicos e enfermeiros; Técnicos hospitalares e Técnicos 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” (DL 234/81 de 3 de agosto de 1981).

Ao centro de orientação de doentes urgentes (CODU), criado em 1987, cabe a orientação e apoio médico necessário para o eficiente socorro de doentes em situação de urgência, na sua área de responsabilidade e em tempo útil (INEM, 2013).

### **2.1.8. Cadeia de sobrevivência**

No que respeita ao conhecimento médico atual, consideram-se três atitudes que modificam o resultado no socorro à vítima de PCR, tais como: pedir ajuda, acionando de imediato o SIEM; iniciar prontamente manobras de SBV; aceder à desfibrilhação tão precocemente quanto possível, mas apenas se indicado. Estes procedimentos desenrolam-se de uma forma encadeada

e estabelecem uma cadeia de atitudes em que cada elo relaciona o procedimento anterior com o seguinte. Surge assim o conceito de Cadeia de Sobrevivência, composta por quatro elos ou ações, em que o funcionamento apropriado de cada elo e a articulação eficaz entre os vários elos é fundamental para que o procedimento seja bem-sucedido e o resultado final seja uma vida salva.

Os quatro elos da cadeia de sobrevivência (Figura 5) são: Acesso precoce ao SIEM; Início precoce de SBV; Desfibrilhação precoce; Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce.



Fonte: INEM, 2017

Figura 5. Cadeia de Sobrevivência

### **Acesso Precoce**

O acesso rápido ao SIEM assegura o início da cadeia de sobrevivência. Cada minuto sem se pedir ajuda reduz a probabilidade 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 deve ser incorporada o mais cedo possível na vida de cada cidadão.

### **SBV precoce**

Para que uma vítima em perigo de vida tenha maior probabilidade 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.

O SBV permite ganhar tempo, mantendo alguma circulação e alguma ventilação na vítima, até à chegada de socorro mais diferenciado para instituir os procedimentos de

### **SAV. desfibrilhação precoce**

A maioria das PCR no adulto ocorre devido a uma perturbação do ritmo cardíaco a que se chama 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, como tal, 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 a nível do tórax da vítima, para que a passagem da corrente elétrica pelo coração pare a atividade caótica que este apresenta. A desfibrilhação eficaz é determinante na sobrevivência de uma PCR. Também este elo da cadeia deve ser o mais precoce possível. A probabilidade de conseguir tratar a FV com sucesso depende do fator tempo. A desfibrilhação logo no 1º 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.

### **SAV precoce**

Nem sempre a desfibrilhação é eficaz, por si só, para recuperar a vítima. Outras vezes a desfibrilhação pode não ser sequer indicada. O SAV permite conseguir uma ventilação mais eficaz (através da entubação endotraqueal) e uma circulação também mais eficaz (através da administração de fármacos). Idealmente, 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.

A Cadeia de Sobrevivência representa, simbolicamente, o conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de paragem cardiorrespiratória. 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 força. Todos os elos da cadeia são igualmente importantes: de nada serve ter o melhor SAV se quem presencia a PCR não souber ligar 112. O INEM refere que a Cadeia de Sobrevivência representa, simbolicamente, o conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de paragem cardiorrespiratória (INEM, 2015).

### **2.1.9. Fundamentação Legal sobre SBV em Portugal**

De acordo com o artigo 200º do Código Penal Português:

1. 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 um ano ou com pena de multa até 120 dias.
2. 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 dois anos ou com pena de multa até 240 dias.
3. 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.

A informação técnica de 03/2012 da DGS, confirma o interesse da formação em emergências e primeiros socorros no local de trabalho. A Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, estabelece o 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. Deste modo, o empregador deve disponibilizar o material adequado de primeiros socorros, bem como assegurar a formação adequada (n.º3 do Artigo 20º ) dos trabalhadores, especialmente na formação contínua dos trabalhadores responsáveis pelas medidas de primeiros socorros (n.º2 do Artigo 20º).

### 2.1.10. Autoeficácia Geral

A teoria da autoeficácia surgiu como uma forma de compreender e influenciar alterações comportamentais em todos os tipos de comportamentos, incluindo aqueles relacionados com promoção de saúde. É um construto integrado na designada Teoria da Aprendizagem Social, que foi desenvolvido por Albert Bandura durante a sua vida de investigador em Psicologia Social e Cognitiva em universidades norte-americanas (Haggbloom, 2002).

A autoeficácia, segundo Bandura, é a perceção do indivíduo de que pode executar comportamentos específicos necessários para atingir os seus objetivos. As pessoas com elevada autoeficácia sentem que podem lidar com as situações satisfatoriamente, confiam nas suas capacidades, não desistem facilmente das suas tarefas – mesmo das mais complexas – e vêm frequentemente as dificuldades como desafios e não como obstáculos difíceis de ultrapassar (Bandura, 2003).

O processo de construção da perceção de autoeficácia é contínuo e pode apresentar alterações ao longo da vida da pessoa. A informação usada na construção da perceção pode ter diferentes origens: experiência direta, experiência vicariante, persuasão social (verbal) e estado físico e emocional (Bandura, 1986). Na *experiência direta*, a aquisição do desempenho depende do sucesso de experiências anteriores sobre o nível de competência para executar determinada tarefa. Essas experiências, por sua vez, podem ter um impacto positivo na autoeficácia, por terem correspondido a resultados, ou negativo, pois o fracasso prévio tende a enfraquecer a perceção na autoeficácia. A *experiência vicariante* corresponde à aprendizagem por observação de outrem, que funciona como modelo. A pessoa observa um comportamento de outra, e observa um resultado positivo. Na tentativa de obter o mesmo resultado, imita esse comportamento (Nunes, 2008). Este tipo de aprendizagem é muito importante quando o modelo em questão é semelhante ao observador, o que nos remete para a importância desta via de aprendizagem entre pares – como turmas de alunos, grupos profissionais ou grupos de doentes com a mesma patologia. Com a *persuasão social (verbal)* aquilo que é feito é, através do discurso, reforçar junto da pessoa a sua capacidade para alcançar os seus objetivos. É uma das técnicas muito usadas por educadores, professores e treinadores para aumentar a perceção de autoeficácia dos educandos, estudantes e atletas, respetivamente. Uma preocupação que é habitualmente associada a esta fonte de informação para a autoeficácia é a importância da persuasão ser realista, evitando fazer a pessoa envolvida crer que é mais capaz do que aquilo

que realmente é, pois ao aumentar a probabilidade de fracasso, aumenta também a probabilidade de redução na percepção da autoeficácia pela via das experiências prévias fracassadas. Por último, o *estado físico e emocional (satisfação emocional)* determina também como se coloca a autoeficácia da pessoa. Esta questão está essencialmente relacionada com o modo como enfrenta novas experiências, particularmente no que se refere à gestão do medo, ansiedade e stresse, que quase sempre têm como consequência reduzir a autoeficácia. Em síntese, para melhorar a autoeficácia devem cumprir-se as seguintes condições (Bandura, 1981):

- Expor as pessoas a experiências bem-sucedidas, estabelecendo objetivos alcançáveis;
- Expor as pessoas a modelos adequados e bem-sucedidos, para maximizar a experiência vicariante;
- Disponibilizar persuasão social;
- Estimulação física e emocional, nomeadamente através da atividade física, alimentação saudável e utilização de estratégias de redução do stresse.

Há três comportamentos básicos influenciados pela percepção na autoeficácia: (1) abordagem ou evitamento, (2) execução/desempenho, (3) persistência. Um indivíduo com uma elevada autoeficácia para um comportamento em particular aborda-o sem dificuldade, executa-o bem e persiste nesse comportamento. Por outro lado, um indivíduo com reduzida autoeficácia para determinado comportamento é mais provável que o tente evitar, que o não o execute corretamente e que desista dele (Bandura 1977, 1997). Na Figura 6 apresenta-se uma esquematização das interações entre as fontes e os resultados das percepções de autoeficácia. A autoeficácia é um constructo que enquadra a experiência direta, experiências vicariantes; a persuasão social e o estado físico e emocional que resulta em comportamentos de abordagem ou evitamento, de execução e desempenho e de persistência.

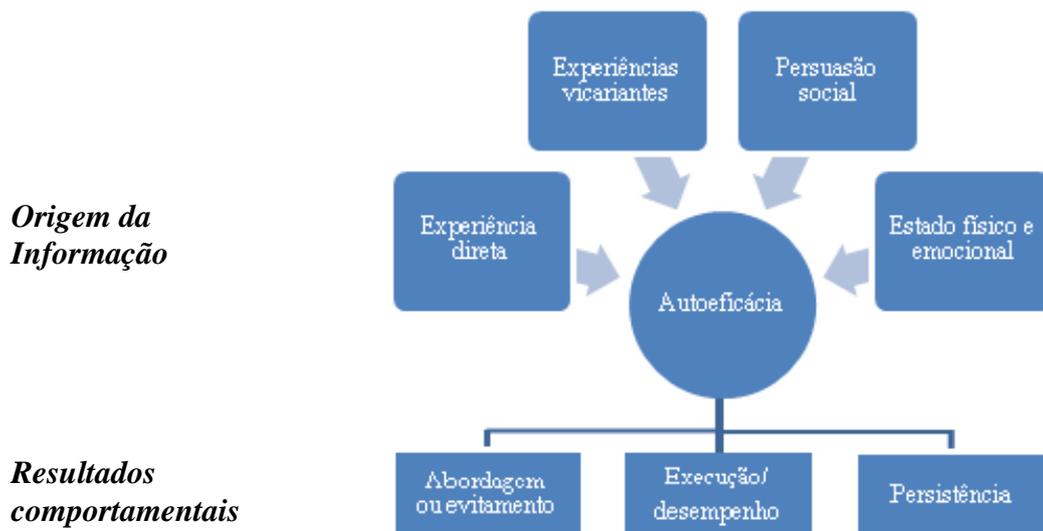


Figura 6. Representação esquemática das interações entre as fontes e os resultados das percepções de autoeficácia (adaptado de Witz, 2004)

Desde os anos setenta do século passado, quando o autor publicou as orientações gerais deste constructo, que vários investigadores do domínio psicologia, sociologia, pedagogia e saúde o têm utilizado para compreender comportamentos em muito diversas áreas do saber. No contexto do presente trabalho, em que os dois vetores orientadores são aprendizagem/aquisição de competências e SBV, encontram-se variadas referências ao conceito de autoeficácia, ora em trabalhos orientados para questões do domínio pedagógico, ora para aquelas mais relacionadas com o desenvolvimento de competências técnicas em saúde (Aguilar-Serrano et al., 2008, Medina & Medina, 2007, Roh et al., 2016, Silva et al., 2010).

Polydoro e Guerreiro-Casanova (2010), estudando os processos de sucesso escolar no ensino superior, definem a autoeficácia como as percepções de um estudante em sua capacidade de organizar e executar uma série de ações requeridas para atingir determinadas metas, ou realizar determinadas ações, referentes aos aspetos compreendidos pelas tarefas académicas pertinentes ao ensino superior. No contexto da aprendizagem, a autoeficácia tem uma influência paradigmática. Se por um lado as pessoas com uma autoeficácia mais elevada têm, à priori, uma maior capacidade de aprender, pela sua natureza mais perseverante e maior facilidade em ultrapassar as dificuldades que lhe são colocadas. Por outro, aquelas pessoas com melhores resultados na aprendizagem, que se configuram - de acordo com a Teoria da Aprendizagem Social – como *experiências prévias de sucesso*, tendem a fortalecer a sua autoeficácia (Lively, 1994).

A relação da autoeficácia com aspetos técnicos de competências em saúde, particularmente com aqueles relacionados com ressuscitação cardiopulmonar tem sido bastante estudado, particularmente em profissionais de enfermagem. Uma vez que se trata do grupo de profissionais de maior proximidade com o doente, é expectável se estejam preparados para as executar, ou pelo menos dar início, a manobras de SBV (Hernandez-Padilla et al., 2016). Porém, vários autores (Bukiran et al., 2014; Roh et al., 2013) têm detetado que mesmo em profissionais de saúde, como os enfermeiros, as competências para executar algumas manobras de ressuscitação cardiopulmonar deveriam ser melhoradas. As dificuldades frequentemente apresentadas por esses profissionais são justificadas ora com lacunas ao nível da formação inicial, ora com a falta de treino regular e atualização. As formações de atualização configuram-se como determinantes na aquisição e manutenção das competências para realizar manobras de ressuscitação cardiopulmonar porque, para a maioria dos profissionais de enfermagem, essas competências só são mobilizadas em situações de emergência, quase sempre excecionais e sem carácter regular. Neste contexto Roh et al. (2013) relacionaram a autoeficácia de profissionais de enfermagem com a sua aprendizagem de técnicas de ressuscitação cardiopulmonar usando dois métodos diferentes de formação com simulação, um com manequim e outro em computador. Os autores aplicaram uma escala constituída por uma única pergunta “*Quão confiante se sente em relação à sua capacidade para organizar e executar uma sequência de ações relacionadas com situações de paragem cardiopulmonar*”<sup>1</sup>, tendo concluído que a uma maior autoeficácia correspondia uma melhor aquisição de conhecimento e competências. Estes achados vão de encontro ao revisto por Bong e Slaalvik (2003), que indicam que a perceção de autoeficácia está profundamente relacionada com a escolha de tarefas, persistência, desempenho e objetivos de aprendizagem, de entre outros aspetos. Akhu-Zaheya et al. (2013) observaram que a autoeficácia de um grupo de profissionais de enfermagem para realizar manobras de suporte básico de vida foi maior num grupo que fez uma formação com um modelo simulador de paciente humano de alta fidelidade, do que aqueles que fizeram uma formação mais tradicional baseado em sessões expositivas e prática num manequim estático. Ainda que, esta maior autoeficácia se possa justificar pela via das *experiências prévias* de Bandura (1977, 1997), pois ao ser mais próximo do ser humano, o manequim de alta-fidelidade pode representar uma experiência vivenciada pelos formandos como mais gratificante. Os autores observaram ainda que os conhecimentos entre os estudantes que fizeram formação com os dois métodos

---

<sup>1</sup> Tradução livre pela autora

não eram muito diferentes, sugerindo que neste caso, o tipo de formação teve influência fundamentalmente nas suas competências futuras, pois há uma maior predisposição para encetar a ação. Noutra sentença, Shinnik e Woo (2014) não encontraram qualquer relação entre a autoeficácia geral de estudantes de enfermagem e os conhecimentos para prestar cuidados em caso de falha cardíaca, avaliado com manequins.

Um dos problemas que é comumente abordado na relação entre a percepção de autoeficácia e a execução de manobras de SBV é o tempo. Nas suas obras sobre autoeficácia, Bandura (1981) refere que a construção da percepção de autoeficácia é um processo contínuo e pode apresentar alterações com o tempo. Nesse sentido, vários trabalhos têm demonstrado, não só com enfermeiros, mas também com outros profissionais de saúde e com leigos, que a autoeficácia vai sendo reduzida à medida que existe um afastamento entre o momento de formação/aquisição de competências. Partiprajak e Thongpo (2016) observaram que, um grupo de 30 estudantes de enfermagem tailandeses tiveram um aumento muito significativo de conhecimentos em SBV e autoeficácia imediatamente a seguir a uma intervenção composta por várias atividades de aprendizagem. Porém, após três meses houve uma redução significativa do conhecimento e da autoeficácia.

Ainda que os vários trabalhos publicados sobre a questão da autoeficácia utilizem diferentes instrumentos para avaliar esse constructo, a Escala de Autoeficácia Geral - *General Self-Efficacy Scale (GSE)* de Bandura (2003) é um instrumento de autopreenchimento que avalia a autoeficácia geral para lidar eficazmente perante situações de stress, constituído por dez itens numa escala com quatro opções de resposta (1- De modo nenhum é verdade; 2- Dificilmente é verdade; 3- Moderadamente verdade e 4- Exatamente verdade), podendo ser obtida uma pontuação total entre os dez e os quarenta pontos.. Todos os itens estão formulados no sentido positivo, assim sendo os valores elevados na escala GSE indicam uma elevada autoeficácia geral. Esta escala tem sido validada em várias línguas e para diferentes contextos sociológicos. Em Portugal, a Escala de Autoeficácia Geral foi validada por Araújo (2011) com professores.



## **2.2. METODOLOGIA**

A metodologia é a etapa onde se planifica todo o processo de investigação. A metodologia de investigação é um processo racional e um conjunto de técnicas que permitem realizar a investigação, (Fortin, 2009).

### **2.2.1. Justificação do tema da investigação**

A motivação para investigar a temática “*Capacitação dos colaboradores da Câmara Municipal de Vila Real sobre Suporte Básico de Vida: relação com a autoeficácia*” deve-se ao facto de considerar que o atendimento de emergência prestado no local de trabalho em situação de lesão ou de doença súbita (OSHA, 2006) antes de chegar o atendimento especializado de emergência, é da responsabilidade de todos os que estão presentes. O que permite assegurar as funções vitais e consequentemente salvar vidas. Logo justifica-se capacitar os trabalhadores para salvar vidas.

O desenvolvimento do presente projeto também se justifica, pois cerca de 70% das PCR ocorrem em ambiente extra-hospitalar sobretudo no domicílio, locais de trabalho, locais recreativos e na rua (Cáceres, Céspedes, Campos & Gompertz, 2006). Dai a importância da formação em SBV para leigos.

Importa reforçar que as principais causas de mortalidade e morbilidade em Portugal são as doenças cerebrovasculares e Cardiopatia isquémica (CID, 2011.), de acordo com dados mais recentes fornecidos pela DGS as doenças cardiocirculatorias são a principal causa de mortalidade e morbilidade na população portuguesa, cerca de 30.4%. (DGS, 2014) sendo que a problemática deste estudo também contribuirá para a diminuição de consequências para a saúde relacionadas com estas situações que frequentemente exigem a implementação de procedimentos simples, protocolados e eficazes, designados por SBV.

Num estudo realizado pelo ACP e pela CVP 71, 3% dos entrevistados não sabem todo o procedimento a fazer quando a vítima está inconsciente e não respira. Em caso de paragem cardíaca, 75,1% dos entrevistados sabem que o SBV é necessário, mas somente 19,7% são capazes de realizá-lo corretamente.

Para a ILCOR (2018) (*International Liaison Committee on Resuscitation*) instruir os leigos para o SBV aumenta a probabilidade de sobrevivência das vítimas de paragem cardiorrespiratória, indo de encontro aquilo que é o primeiro elo da cadeia de sobrevivência.

Assim, parece-me importante o desenvolvimento desta investigação com o tema: Capacitação dos Colaboradores da CMVR em SBV: relação com a autoeficácia.

### **2.2.2. Definição do problema do estudo**

O problema de investigação é a linha orientadora do processo, por isso deverá traduzir a questão ou questões dos investigadores. A formulação do problema é determinante no processo de investigação. “Formular um problema de investigação, é definir o fenómeno a estudar...” (Fortin, 2009, p.157).

Formularam-se as seguintes questões de investigação: “Quais os 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.” e “Qual a relação entre autoeficácia e os conhecimentos e competências sobre SBV dos colaboradores da CMVR, antes e três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar””.

### **2.2.3. Objetivos do estudo**

Os objetivos da investigação são a operacionalização da pergunta de investigação. Segundo Fortin et al (2009) o objetivo de investigação deve apontar de forma clara e nítida qual o fim que o investigador ambiciona e determina a forma como o investigador obterá respostas às questões de investigação.

Foram delineados os seguintes objetivos:

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

#### **2.2.4. Desenho de investigação**

O desenho de investigação “é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro” (Fortin et al, 2009).

Seguidamente descreve-se o desenho do presente estudo “Capacitação dos colaboradores da CMVR sobre SBV: relação com a autoeficácia”.

#### **2.2.5. Tipo de estudo**

Tendo em conta os objetivos definidos realizou-se um estudo quase-experimental longitudinal de natureza quantitativa, do tipo pré e pós teste. Neste tipo de estudo foram analisadas as

variáveis associadas ao fenómeno em estudo, verificaram-se as diferenças entre os dois momentos de recolha de dados, no mesmo grupo, no sentido de observar a evolução dos conhecimentos e competências de SBV, dos colaboradores da CMVR, três meses após a participação no projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

É um estudo longitudinal e prospetivo, porque tem como objetivo analisar mudanças na amostra em estudo ao longo de um tempo determinado (3 meses), sendo que os dados foram recolhidos em dois momentos diferenciados (antes e após projeto de intervenção) e em que os sujeitos são os mesmos, envolvendo a comparação dos resultados entre os dois momentos.

Segundo Fortin,. (2009) “o estudo longitudinal começa no presente e termina no futuro... o investigador pode avaliar as mudanças que ocorrem no tempo e estabelecer relações e diferenças entre as variáveis” (p. 252).

Optou-se por uma abordagem quantitativa, uma vez que os resultados se apresentam sob a forma de dados numéricos e analisados através de técnicas estatísticas. Para Fortin, (2009) “o método de investigação quantitativo... caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos (...)” (p. 27).

#### **2.2.6. População e Amostra**

Fortin, (2009) define população como “um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns... que é limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar...” (ps.69,70). Definimos como população alvo do presente estudo os colaboradores da CMVR.

Não podendo estudar toda a população alvo, os investigadores optam pela constituição de amostras, definida por Fortin, (2009) como “a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo(...)” (p.312).

Dado que aos participantes num estudo lhes assiste o direito de não participar, foi definido que para integrem a amostra teriam que manifestar o seu consentimento livre e esclarecido e assinar o mesmo. Por outro lado, foi considerada a disponibilidade dos colaboradores da instituição para participar no estudo. Sendo que a amostra ficou constituída por 97 colaboradores

### 2.2.7. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão segundo Fortin, (2009, p.311) “correspondem às características essenciais dos elementos da população”. Permitem obter uma amostra homogênea neste estudo definimos como critérios de inclusão:

- Colaboradores da CMVR que assinaram o consentimento informado.
- Colaboradores da CMVR que não tenham realizado formação sobre SBV, há menos de dois anos.

### 2.2.8. Instrumento de recolha de dados

O investigador deve definir o instrumento de recolha de dados que melhor se adequa aos objetivos do estudo ou às hipóteses. (Fortin, 2009).

Quanto ao instrumento de colheita de dados optou-se por um questionário autoaplicado Marconi & Lakatos, (2003) afirmam que questionário “é um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito, e sem a presença do entrevistador”, (p.201).

O questionário aplicado no presente estudo (apêndice 1), compreende uma primeira parte, constituída por questões relativas às características sociodemográficas e profissionais, que visam a caracterização dos colaboradores da CMVR; uma segunda parte com questões de resposta múltipla, que contêm afirmações relativas a SBV, com as quais se pretende identificar os conhecimentos dos colaboradores da CMVR no que respeita a: i) princípios gerais e objetivos sobre SBV; ii) abordagem de uma vítima adulta; iii) início das manobras de reanimação; iv) relação entre compressões/ventilações; v) modo de realização das compressões; vi) posição lateral de segurança; vii) avaliação da respiração espontânea; viii) manutenção de SBV; ix) ventilação boca-a-boca. Cada questão é constituída por 4 ou 5 afirmações em relação às quais cada colaborador deverá assinalar a afirmação que melhor traduz a seu conhecimento sobre SBV; uma terceira parte incluiu uma grelha de avaliação de competências 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 tátil 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.

O questionário incluiu ainda uma escala geral de autoeficácia de Bandura, *General Self-Efficacy Scale (GSE)*, adaptada por Araújo (2011) para professores portugueses, É uma escala de autopreenchimento que avalia a autoeficácia geral dos colaboradores da CMVR, perante situações de stress. É constituída por dez itens com quatro opções de resposta: (1 - de modo nenhum é verdade; 2 - dificilmente é verdade; 3 - moderadamente verdade e 4 - exatamente verdade). A pontuação total pode variar entre dez e quarenta pontos; neste estudo a pontuação total foi determinada através da média ponderada relativa à pontuação de cada item, variando entre um e quatro pontos. Todos os itens estão formulados no sentido positivo, logo valores mais elevados na escala GSE indicam uma elevada autoeficácia geral.

### **2.2.9. Pré-teste**

Segundo Fortin, (2009) “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 entidade da cidade de Vila Real, não se detetou a necessidade de proceder a qualquer ajustamento do instrumento de recolha de dados.

### **2.2.10. Operacionalização de variáveis**

A operacionalização das variáveis segundo Gil (2006, p.89) pode definir-se como” o processo que sofre uma variável (ou um conceito) a fim de se encontrar os correlatos empíricos que possibilitem sua mensuração ou classificação.”

Segundo Fortin, (2009) “as variáveis são qualidades ou características às quais se atribuem valores” (p.171). “As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados.” (p.171). As variáveis podem ser classificadas como independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas (Fortin, 2009).

O estudo integra variáveis atributo e de investigação que Fortin, (2009) define como “características pré-existentes dos participantes num estudo.” (p.172). Assim sendo as características dos participantes consideradas como variáveis atributo são: 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. As variáveis de investigação (Apêndice H) deste estudo são: Conhecimentos sobre SBV; Competências sobre SBV; Auto- eficácia.

Apresentadas as variáveis do nosso estudo, estas deverão ser operacionalizadas.

”Uma definição operacional enuncia as atividades necessárias para medir as variáveis.” (Fortin, 2009, p.173). A definição operacional estabelece-se para que a variável possa ser medida ou manipulada durante a investigação. (Fortin, 2009).

A operacionalização das variáveis consta da Tabela 1:

**Tabela 1.** Operacionalização de variáveis

<b>Variáveis</b>	<b>Operacionalização</b>	<b>Categorização</b>
Sexo	Conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o macho da fêmea (Dicionário de Língua Portuguesa, 2013)	Masculino e Feminino
Idade	Intervalo de tempo que decorre entre a data de nascimento (dia, mês e ano) a as zero horas da data de referência, expressa em anos completos (INE, 2012)	Resposta aberta
Estado civil	Situação real em que o indivíduo vive em termos de relacionamento conjugal e perante o registo civil (INE, 2012)	Casado; União de Facto; Solteiro; Viúvo, Divorciado
Instrução	Grau de ensino mais elevado completo pelo indivíduo (INE, 2012)	Sabe ler e escrever; 1º ciclo do ensino básico; 2º ciclo do ensino básico; 3º ciclo do ensino básico; Ensino secundário; Ensino superior; Outro
Tempo de trabalho	Período durante o qual o trabalhador exerce a atividade ou permanece adstrito à realização da prestação do mesmo (Código do Trabalho, 2009)	Em anos
Profissão	Ofício ou modalidade de trabalho remunerado ou não de um indivíduo (INE, 2012)	Classificação Portuguesa das Profissões 2ºINE
Tipo de contrato	Aquele pelo qual uma pessoa se obriga, mediante retribuição, a prestar a sua atividade intelectual ou manual a outra pessoa, sob a autoridade e direção desta	Definitivo e não definitivo
Residência	Local, onde os indivíduos habitam a maior parte do ano (INE, 2012)	Urbano e Rural
Conhecimento	Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação (CIPE, 2010)	Correto e incorreto
Competências	Saber realizar, eficazmente, uma tarefa ou uma ação com determinado fim (Rey, Carette, De France & Kahn, 2005)	Demonstrado e Não Demonstrado
Autoeficácia	A autoeficácia segundo Bandura, A., 2003 é a perceção do indivíduo de que pode executar comportamentos específicos necessários para atingir os seus objetivos.	Pontuação total da escala de autoeficácia de Bandura

### 2.2.11. Projeto de intervenção “Capacitar para salvar”

A implementação do estudo de natureza quantitativa foi desenvolvida como seguidamente se descreve:

- i) a primeira fase compreendeu a avaliação inicial sobre o nível de conhecimentos em SBV dos colaboradores da CMVR através do preenchimento de um questionário que decorreu entre março e abril de 2016;

- ii) a segunda fase diz respeito à implementação de um projeto de intervenção “**Capacitar para Salvar**”, com quatro sessões que integraram conteúdos sobre SBV. Cada sessão teve a duração de duas horas, com ênfase na tipologia teórico-prática, tendo sido a parte teórica de uma hora e a parte prática simulada também uma hora, que decorreu durante o mês de abril de 2016;
- iii) a terceira fase, três meses após a implementação do projeto de intervenção, na qual se realizou a segunda recolha de dados, para avaliação de conhecimentos através da aplicação do mesmo questionário e também a avaliação de competências, através de uma grelha de observação e decorreu entre junho e julho de 2016.

Todas as fases que integram o projeto de intervenção foram implementadas, não tendo sido necessário proceder a qualquer alteração.

### **2.2.12. Hipóteses de investigação**

Neste ponto, pretende-se apresentar as hipóteses que antecipam possíveis relações entre as variáveis em estudo.

A formulação das hipóteses é uma etapa fundamental em qualquer trabalho de investigação antes de se iniciar o estudo. As hipóteses 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, 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, 1990).

“A hipótese é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica” (Fortin,2009,p.165).

Assim, definimos as seguintes hipóteses:

H1 - Os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR aumentaram significativamente após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”;

H2 - Existe relação entre autoeficácia e os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR, antes e após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”;

H3 - Existe relação entre os conhecimentos sobre SBV e as variáveis sociodemográficas dos colaboradores da CMVR, após a implementação do projeto de intervenção” Capacitar para Salvar”;

H4 - Existe relação entre as competências demonstradas em SBV e as variáveis sociodemográficas dos colaboradores da CMVR, após a implementação do projeto de intervenção” Capacitar para Salvar”;

H5 - Existe relação entre a autoeficácia e as variáveis sociodemográficas dos colaboradores da CMVR, após a implementação do projeto de intervenção” Capacitar para Salvar”;

H6 – A Autoeficácia dos colaboradores da CMVR aumentou significativamente após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

### **2.2.13. Procedimentos éticos**

Para dar início à recolha de dados temos de ter em consideração a proteção dos direitos da pessoa. Segundo Fortin, (2009) “as decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência” (p.180). Tendo em vista a regulamentação da investigação com seres humanos, foram progressivamente sendo instituídos códigos à escala nacional e internacional (Fortin, 2009), no sentido de proteger a moral e ética dos sujeitos de estudo. Os princípios éticos que regulam a investigação com seres humanos são: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; o respeito pela justiça e pela equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e otimização das vantagens (Fortin, 2009). É importante do ponto de vista ético que os participantes consintam esclarecidamente a sua participação no estudo. Deste modo, deverão ser informados de forma a puderem ponderar as vantagens e inconvenientes da sua participação. “O consentimento é considerado como livre e voluntário se a pessoa, que dá a sua concordância, usufrui de todas as suas faculdades mentais e não foi sujeita a nenhuma forma de manipulação, coerção ou pressão.” (Fortin, 2009, p. 193) De acordo com os pressupostos apresentados foi mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, tendo sido a participação dos intervenientes no estudo feita de forma voluntária e devidamente consentida.

Foi solicitado parecer à comissão de ética da UTAD (apêndice F). que emitiu parecer favorável, recomendando alteração de algumas questões relativas à caracterização sociodemográfica, que foram tidas em conta na redação final do instrumento de recolha de dados. Relativamente à informação recolhida foi sempre mantido o anonimato e confidencialidade.



## **2.3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

### **Características sociodemográficas e profissionais dos participantes**

O presente estudo foi realizado com colaboradores da CMVR. Após o convite inicial dirigido à autarquia, foi apontada por esta uma lista de potenciais participantes. Desses, 97 reuniam os critérios de inclusão (não terem realizado recentemente formação sobre SBV) e assinaram o consentimento informado para participar no estudo. As características gerais do grupo de participantes são ilustradas na figura 7. Cerca de três quartos dos participantes (74,2%) da amostra era do sexo feminino. O escalão etário dos 40 aos 50 anos foi aquele onde se observou uma maior frequência (40,2%). Os colaboradores da CMVR com 50 anos ou mais representavam 29,9%. O local de residência dos participantes era maioritariamente (64,9%) urbano. A maioria dos participantes tinha concluído o ensino secundário (55,6%), sendo que somente 14,5% tinha o 9º ano de escolaridade ou menos. A função desempenhada pelos colaboradores na CMVR era muito diversa, pelo que se procedeu ao seu agrupamento, usando como orientação a Classificação Portuguesa das Profissões 2010 (INE, 2011), em Técnico superior, Administrativo ou equivalente e em Operário, com frequências de 22,7%, 26,6% e 50,5%, respetivamente. Quanto ao tempo de serviço observou-se que os participantes estavam distribuídos de forma sensivelmente semelhante por três categorias, 33,9% trabalhavam na CMVR há menos de 10 anos, 38,2% entre 10 e 20 anos e 28,9% há mais de 20 anos. Só cerca de metade dos colaboradores (54,6%) tem um contrato por tempo indeterminado com a autarquia.

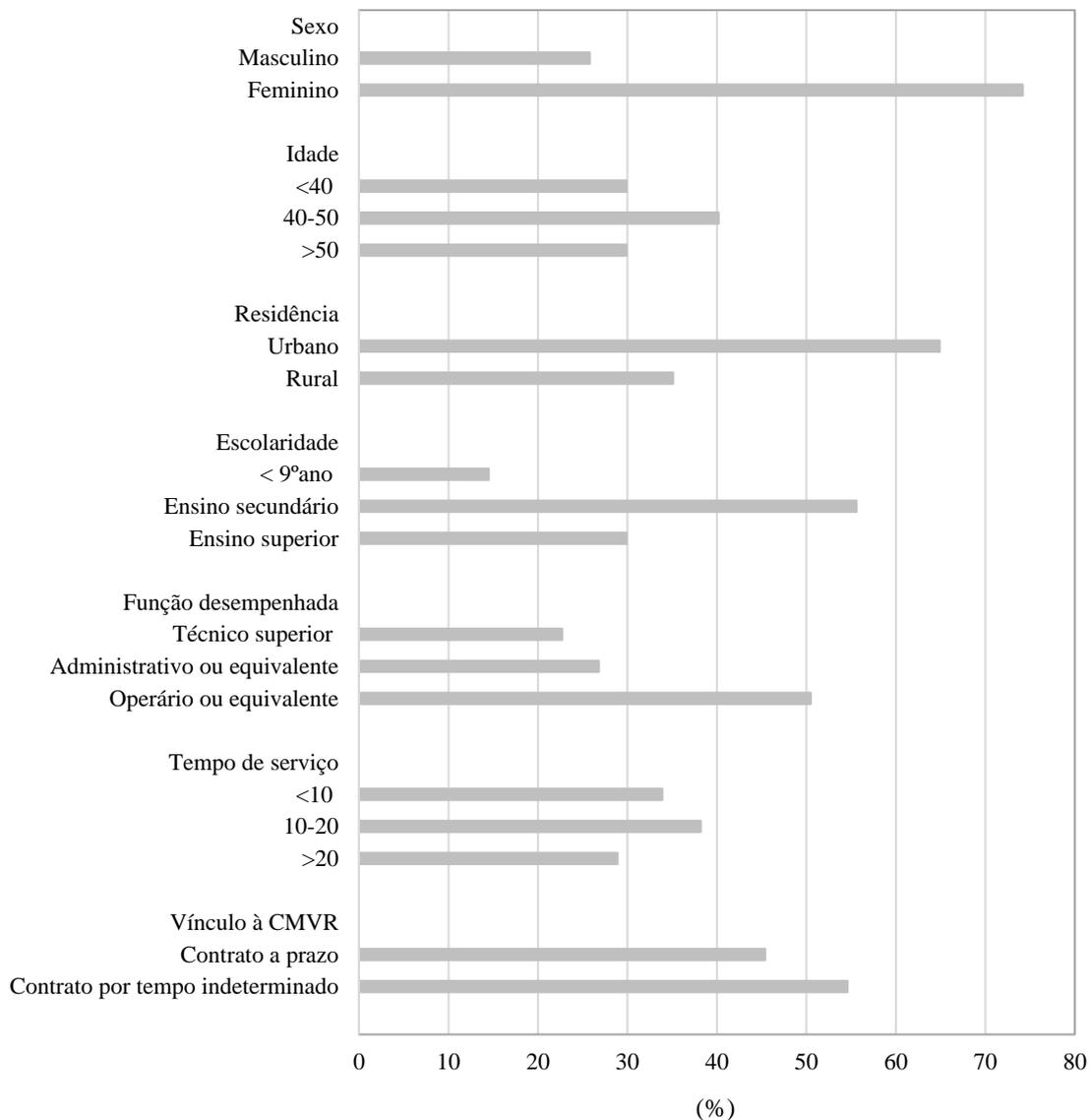


Figura 7. Características sociodemográficas e socioprofissionais dos colaboradores da CMVR participantes no estudo (n=97)

### Conhecimentos dos colaboradores da CMVR sobre SBV

Os resultados relativos aos conhecimentos dos colaboradores da CMVR sobre SBV antes e depois da intervenção efetuada no âmbito do presente projeto são apresentados na tabela 2, sob a forma de proporção de colaboradores que responderam corretamente a cada uma das questões. Apresenta-se também a significância estatística da comparação feita pelo teste de McNemar. Os resultados constam na tabela 2.

Relativamente à hipótese 1 - Os conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR aumentaram significativamente após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, constam da Tabela 2.

**Tabela 2.** Proporção de respostas corretas às questões sobre conhecimento em SBV antes e após implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”. (n=97).

<b>Questões sobre conhecimento em SBV</b>	<b>Antes do projeto de intervenção</b>	<b>Após o projeto de intervenção</b>	<b>p</b>
<i>1. Os princípios gerais do SBV são</i>	(37) 38,1%	(23) 23,71%	p=0,022
<i>2. O suporte básico de Vida tem por objetivo</i>	(42) 43,30%	(66) 68,05%	p=0,001
<i>3 Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta</i>	(32) 32,99%	(80) 82,48%	p=0,000
<i>4 Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por</i>	(11) 11,34%	(69) 71,14%	p=0,000
<i>5 Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é</i>	(14) 14,43%	(88) 90,72%	p=0,000
<i>6 As compressões no tórax devem ser feitas</i>	(8) 8,25%	(30) 30,93%	p=0,000
<i>7 Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança</i>	(39) 40,21%	(76) 78,35%	p=0,000
<i>8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante</i>	(16) 16,49%	(78) 80,41%	p=0,000
<i>9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos)</i>	(7) 7,22%	(24) 24,74%	p=0,01
<i>10. Indique qual o numero europeu de emergência</i>	(92) 94,85%	(95) 97,94%	p=0,375
<i>11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima</i>	(33) 34,02%	(67) 69,07%	p=0,000
<i>12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até</i>	(25) 25,77%	(61) 62,88%	p=0,000
<i>13. Durante a ventilação boca a boca deve</i>	(23) 23,71%	(65) 67,01%	p=0,000

Após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” os colaboradores da CMVR revelaram conhecimentos sobre SBV, com aumento significativo de respostas corretamente assinaladas, com exceção para indicação do número europeu de emergência (Q10), em virtude de este número ser amplamente conhecido pela população em geral, assim na recolha de dados antes do projeto de intervenção, quase a totalidade (94,85%) dos participantes responderam corretamente

As questões com menor proporção de respostas corretamente assinaladas antes da intervenção foram: Q4 “*Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por... 30 compressões no tórax*”, Q6 “*As compressões no tórax devem ser feitas...com os braços fletidos*” e Q9 “*Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho (alimentos ou objetos) ... incentivar o adulto a tossir*”, respetivamente 11,34%, 8,25% e 7,22%. As questões relativamente às quais os participantes se observou maior proporção de respostas corretamente assinaladas antes da intervenção foram: Q10 “*Indique qual o numero europeu de emergência*”, Q2 “*O suporte básico de Vida tem por objetivo... saber quando iniciar as manobras para manter as necessidades vitais*” e Q7 “*Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança... quando se encontra inconsciente, mas respira*”, respetivamente 43,30%, 40,21% e 94,85%.

Após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”, verificou-se um aumento significativo do número de participantes que responderam corretamente a 11 das 13 questões relativas aos conhecimentos sobre SBV. Assim salientemos que este projeto de intervenção efetuado com os colaboradores da CMVR revelou-se eficaz, pois para a maioria das questões, os resultados mostram que mais de cinquenta por cento dos colaboradores responderam acertadamente. Comparando a proporção de respostas corretas antes e após a implementação do projeto, as questões em que se observou um aumento superior na proporção de respostas corretamente assinaladas foram Q5 “*Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações na vítima adulta, inconsciente em paragem cardiorrespiratória é...trinta compressões torácicas para 2 ventilações*”, Q8 “*A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante...10 segundos*”, Q4 “*Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por...trinta compressões no tórax*” e a Q3 “*Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta... abanar e chamar a vítima*”.

## Competências dos colaboradores da CMVR sobre SBV

As competências dos colaboradores da CMVR para prestar SBV foram avaliadas três meses após a aplicação do projeto de intervenção “Capacitar para salvar”. A observação de competências foi realizada através de uma grelha de observação para classificação da competência em demonstrada e não demonstrada. Como se pode observar nas Figuras 8, 9 e 10, a maioria dos colaboradores da CMVR demonstrou competência para avaliar as condições de segurança, quer na informação que transmitia ao formador, quer na avaliação da resposta da vítima (dirigindo-se ao manequim com estímulos verbais e tácteis) e no pedido de ajuda (ligando ou pedindo para ligar 112, transmitindo os dados corretamente).



Figura 8. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “1. Avaliação de condições de segurança” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

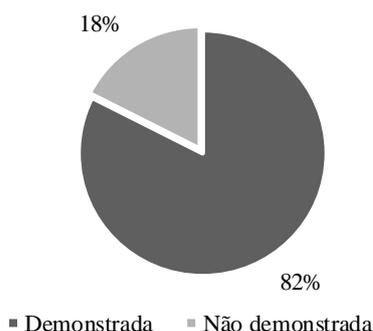


Figura 9. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “2. Avaliar resposta de a vítima” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

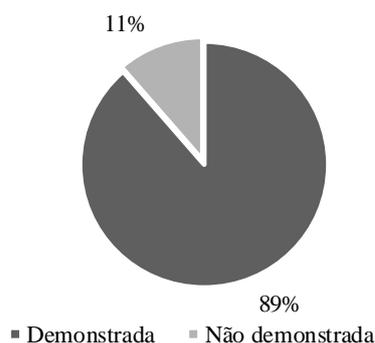


Figura 10. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “3. Pedido de ajuda” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

Quanto à competência “*permeabilização da via aérea*” foi demonstrada por 58% dos participantes após a implementação do projeto de intervenção, com simulação correta da extensão da cabeça, para evitar a queda da língua, tendo sido esta competência em que os colaboradores da CMVR revelaram maior dificuldade na sua execução (Figura 11).

A competência “*Avaliação da respiração*” foi corretamente demonstrada por 71% (Figura 12) dos participantes que verificaram a existência ou não de movimentos da caixa torácica, ouviram ou não sons respiratórios e sentiram ou não a saída de ar.

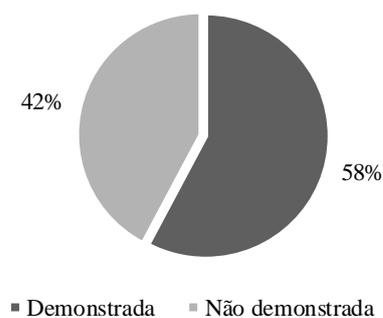


Figura 11. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “4. Permeabilização da via aérea” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

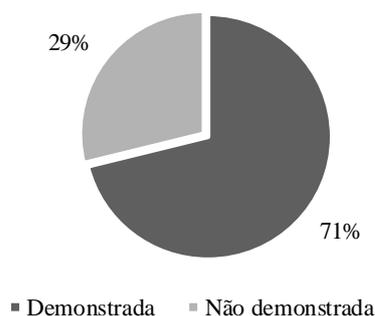


Figura 12. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “5. Avaliação de respiração” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

Quanto à competência relativa às manobras de SBV, especificamente a execução de duas ventilações, a oclusão das narinas e a extensão da cabeça foram corretamente executadas por 68% participantes (Figura 14); em relação à execução de compressões torácicas foi observado maior dificuldade por parte dos colaboradores da CMVR, pois apenas 34% demonstraram conseguir executar esse procedimento (Figura 13). Os procedimentos executados de forma incorreta relacionaram-se com: colocação membros superiores e especificamente das mãos; a realização das compressões torácicas fora da região central do tórax, e o posicionamento não perpendicular ao tórax da vítima.

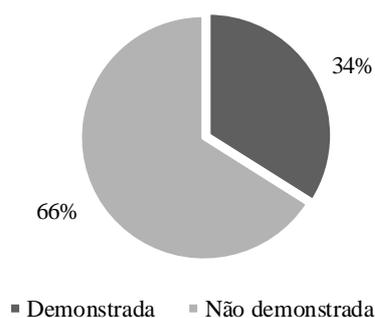


Figura 13. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “6. Execução de compressões torácicas” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

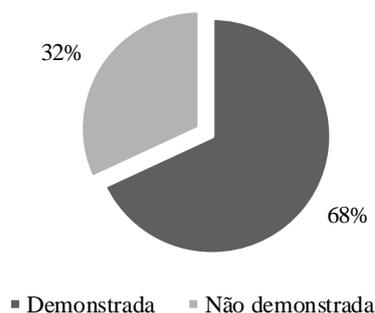


Figura 14. Proporção de colaboradores da CMVR que demonstraram ter ou não a competência em SBV “7. Execução de ventilações” após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

No presente trabalho, executou-se um projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” com os colaboradores da CMVR, no sentido de melhorar os seus conhecimentos sobre SBV, sendo que o conhecimento é o pilar que sustenta a atitude que determina a execução de qualquer tarefa. Para que o atendimento da vítima possa decorrer de acordo com as melhores práticas, é crucial que a pessoa que presta socorro saiba como executar as manobras necessárias (Everett-Thomas et al., 2018). Os resultados do presente estudo evidenciam um aumento significativo dos conhecimentos sobre SBV, como também numa elevada proporção de participantes demonstrou deter competências de SBV. Também em diferentes estudos se tem verificado incremento de conhecimento sobre SBV, nos quais participaram crianças e jovens em contexto escolar (Paton et al, 2018; Alismail et al., 2018), leigos ou profissionais de áreas não relacionadas com a saúde (Oliveira et al, 2018) profissionais de saúde (Toubasi et al, 2015, Binkhorst et al 2018), assim como enfermeiros (Boscu et al., 2018; Callahan & Fuchs, 2018; Akhu-Zaheya et al., 2013).

Estudos têm apontado para a ligação entre conhecimento e as manobras de SBV, sendo que o conhecimento deve ser o ponto de partida para melhorar ou estimular qualquer estratégia relacionada com a aprendizagem (Spooner et al., 2006, Kleinman et al., 2018). A população em geral tem conhecimentos limitados sobre manobras de SBV (Dixe e Gomes, 2015), pois há muito poucas oportunidades para a sua aprendizagem, quando muito limitadas a alguns contextos de algumas disciplinas do ensino secundário ou de formações esporádicas associadas a atividades lúdicas ou profissionais. Assim este estudo assume particular relevância na medida em que constituiu uma oportunidade para, através do projeto de intervenção “Capacitar para salvar”, o incremento dos conhecimentos em SBV dos colaboradores da CMVR.

A competência para realizar manobras de SBV a uma vítima de PCR é determinada por vários fatores dependentes do contexto e da pessoa que socorre a vítima. É importante salientar que a aquisição de conhecimentos nesta área é também condicionada pela literacia em saúde, nomeadamente em aspetos relacionados com o conhecimento da anatomia humana ou noções básicas de saúde, quer na população leiga, mas também em profissionais (Enizi et al, 2016; Hernandez-Padilla, 2015; Partiprajak & Thongpo, 2016; Castillo et al., 2018). Por outro lado, a aprendizagem de manobras de SBV é condicionada pela escassa oportunidade para as colocar em prática (Alves & Cogo, 2006; Cason & Baxley, 2011; Cossote, Silva & Miranda, 2014). A formação, habitualmente numa modalidade de exposição teórica e prática, envolvendo manequins que podem utilizar tecnologia mais ou menos avançada para simular o corpo humano em situação de paragem cardiorrespiratória, não é suficiente, pois a transposição para situações reais permite a manutenção de competências adquiridas. Alguns autores apontam para perdas assinaláveis logo após três meses, e ao fim de seis meses, perdas graves de conhecimento (Isbye et al., 2006, Yeung et al., 2011). Assim, qualquer estratégia que vise a aptidão para a execução de manobras de SBV deve ter em consideração a atualização periódica, quer de leigos quer de profissionais (Hernandez-Padilla, 2015). Dada a necessidade de manter atual e mobilizável esse conhecimento, têm sido defendidos vários métodos de autoaprendizagem com recurso a formações em vídeo, de carácter mais expositivo, programas informáticos, com carácter mais interativo (Roh, et al., 2013; Everett-Thomas, 2016; Pedersen et al., 2018).

### **Escala de autoeficácia**

No sentido de avaliar a autoeficácia geral dos colaboradores da CMVR aplicou-se a escala de autoeficácia geral de Bandura adaptada por Araújo (2011) antes e após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”. Na tabela 3 apresentam-se os resultados para a autoeficácia geral, podemos observar que os participantes deste estudo tinham uma perceção de autoeficácia elevada, se considerarmos que a pontuação média da escala é 2,5 os resultados mostram que os participantes apresentam média superior a 3. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação de autoeficácia geral (Tabela 3).

**Tabela 3.** Avaliação da autoeficácia dos colaboradores da CMVR antes e após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar ara Salvar”.

Itens da escala de autoeficácia	Antes do projeto de intervenção		Após o projeto de intervenção		p (t student – amostras emparelhadas)
	Média	D.P.	Média	D.P.	
<i>Autoeficácia total</i>	3,15	±0,33	3,24	±0,29	0,003

### Relação entre os conhecimentos sobre SBV e autoeficácia

Na Tabela 4 são apresentados os resultados relativos à relação entre a autoeficácia dos colaboradores da CMVR e os conhecimentos sobre SBV, antes da implementação do projeto “Capacitar para salvar”. Não se observaram diferenças significativas, exceto para a Q12 “O suporte básico de vida deve ser mantido sem interrupção até”, sendo que os colaboradores que responderam corretamente, foram os que apresentavam uma média mais elevada de autoeficácia geral (3,26±0,30; p=0,04).

**Tabela 4.** Relação entre os conhecimentos sobre SBV e autoeficácia antes da implementação do projeto “Capacitar para salvar”.

Questões sobre conhecimento em SBV	Autoeficácia (Média ± ;DP)				p(t-Student)
	Demonstrado		Não demonstrado		
	Média	D.P.	Média	D.P.	
<i>1. Os princípios gerais do suporte básico de vida são</i>	3,22	0,33	3,11	0,33	0,107
<i>2. O suporte básico de vida tem por objetivo</i>	3,16	0,28	3,14	0,36	0,708
<i>3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta</i>	3,15	0,38	3,14	0,30	0,906
<i>4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por:</i>	3,12	0,19	3,15	0,34	0,757
<i>5. Nas manobras de reanimação, a relação de compressões/ventilações na vítima adulta inconsciente e em paragem cardiorrespiratória</i>	3,11	0,24	3,15	0,34	0,687
<i>6. As compressões no tórax devem ser feitas</i>	3,10	0,32	3,15	0,33	0,674
<i>7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança</i>	3,18	0,27	3,12	0,36	0,400
<i>8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante</i>	3,03	0,19	3,17	0,35	0,105

<b>9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho</b>	3,34	0,42	3,13	0,32	0,104
<b>10. Indique qual o número Europeu de Emergência Médica</b>	3,13	0,33	3,42	0,42	0,058
<b>11. Os procedimentos de socorro á vítima, sucedem-se de forma encadeadas constituem uma cadeia de atitudes(cadeia de sobrevivência)</b>	3,18	0,28	3,13	0,36	0,464
<b>12. O suporte básico de vida deve ser mantido sem interrupção até</b>	3,26	0,30	3,11	0,33	0,004
<b>13. Durante a ventilação boca a boca deve</b>	3,20	0,25	3,13	0,35	0,425

Na Tabela 5 são apresentados os resultados relativos à relação entre a autoeficácia dos colaboradores da CMVR e os conhecimentos sobre SBV, após a implementação do projeto “Capacitar para salvar”. Não se observaram diferenças significativas, exceto para a Q8 “A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante ...”, sendo que os colaboradores que responderam corretamente, foram os que apresentavam uma média mais elevada de autoeficácia geral (3,360,33; p=0,049).

**Tabela 5.** Relação entre os conhecimentos sobre SBV e autoeficácia após a implementação do projeto “Capacitar para Salvar”.

Questões sobre conhecimento em SBV	Autoeficácia (Média ;DP)				p(t-Student)
	Demonstrado		Não demonstrado		
	Média	D.P.	Média	D.P.	
<b>1. Os princípios gerais do suporte básico de vida são</b>	3,25	0,28	3,24	0,29	0,901
<b>2. O suporte básico de vida tem por objetivo</b>	3,20	0,26	3,32	0,33	0,094
<b>3. Como deve proceder antes de abordar uma vítima adulta</b>	3,23	0,27	3,29	0,36	0,408
<b>4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por:</b>	3,23	0,28	3,28	0,31	0,465
<b>5. Nas manobras de reanimação, a relação de compressões/ventilações na vítima adulta inconsciente e em paragem cardiorrespiratória</b>	3,23	0,27	3,39	0,41	0,107
<b>6. As compressões no tórax devem ser feitas</b>	3,23	0,27	3,24	0,30	0,799
<b>7. Em que situação se deve colocar a vítima em posição lateral de segurança</b>	3,22	0,25	3,32	0,39	0,251

<b>8. A avaliação da respiração espontânea e eficaz deve ser efetuada durante</b>	3,21	0,27	3,36	0,33	0,049
<b>9. Como proceder perante um adulto consciente com obstrução grave da via aérea (asfixia) por corpo estranho</b>	3,15	0,28	3,27	0,29	0,088
<b>10. Indique qual o número Europeu de Emergência Médica</b>	3,23	0,28	3,60	0,57	0,075
<b>11. Os procedimentos de socorro á vítima, sucedem-se de forma encadeadas constituem uma cadeia de atitudes(cadeia de sobrevivência)</b>	3,21	0,26	3,30	0,34	0,227
<b>12. O suporte básico de vida deve ser mantido sem interrupção até</b>	3,21	0,27	3,29	0,31	0,164
<b>13. Durante a ventilação boca a boca deve</b>	3,23	0,26	3,27	0,33	0,465

No domínio teórico sabe-se que as pessoas com uma autoeficácia mais elevada apresentam uma maior capacidade de aprender, pela sua natureza mais perseverante e maior facilidade em ultrapassar as dificuldades que lhe são colocadas. Também melhores resultados na aprendizagem e de acordo com a Teoria da Aprendizagem Social as experiências prévias de sucesso, tendem a fortalecer a autoeficácia (Lively, 1994; Polydoro e Guerreiro-Casanova (2010). Vários têm sido os trabalhos em que esta relação bidirecional tem sido estudada, ora em trabalhos orientados para questões do domínio pedagógico, ora para aquelas mais relacionadas com o desenvolvimento de competências técnicas em saúde (Aguilar-Serrano et al., 2008, Medina & Medina, 2007, Roh et al., 2018, Silva et al., 2010; Hernandez-Padilla et al., 2016). Bong e Slaalvik (2003) indicam que a perceção de autoeficácia está profundamente relacionada com a escolha de tarefas, persistência, desempenho e objetivos de aprendizagem, de entre outros aspetos. Noutro sentido, Shinnik e Woo (2014) não encontraram qualquer relação entre a autoeficácia geral de estudantes de enfermagem e os conhecimentos para prestar cuidados em caso de falha cardíaca, avaliado com manequins e no estudo de Cason et al. (2017), entre a perceção de autoeficácia de estudantes de enfermagem e a competência psicomotora para realizar determinadas tarefas.

Um dos problemas que é comumente abordado na relação entre a perceção de autoeficácia e a execução de manobras de SBV é o tempo. Nas suas obras sobre autoeficácia, Bandura (1981) refere que a construção da perceção de autoeficácia é um processo contínuo e pode apresentar alterações com o tempo. Nesse sentido, vários trabalhos têm demonstrado, não só com enfermeiros, mas também com outros profissionais de saúde e com leigos, que a autoeficácia

vai sendo reduzida à medida que existe um afastamento entre o momento de formação/aquisição de competências. Partiprajak e Thongpo (2016) observaram que, um grupo de 30 estudantes de enfermagem tailandeses tiveram um aumento muito significativo de conhecimentos em SBV e autoeficácia imediatamente a seguir a uma intervenção composta por várias atividades de aprendizagem. Porém, após três meses houve uma redução significativa do conhecimento e da autoeficácia. Tendo em consideração que no presente trabalho a avaliação de conhecimentos pós-intervenção e a avaliação de competências foi realizada cerca de três meses depois da sessão de formação, é aceitável acreditar que os colaboradores da CMVR tivessem já num processo de redução de conhecimento e de competência por afastamento do momento da intervenção. Este problema do esquecimento e da perda de capacidades psicomotoras para realizar manobras por não haver aplicação frequente desse conhecimento coloca a necessidade de realização de processos formativos que visem a manutenção e atualização de conhecimentos e competências.

### **Relação entre as características sociodemográficas e conhecimentos e competência em Suporte Básico de Vida**

Na Tabela 6 são apresentados os resultados da relação entre a idade, área de residência, escolaridade e tempo de serviço dos colaboradores da CMVR com os conhecimentos sobre SBV, respetivamente. Apresentam-se somente os resultados onde a variável sociodemográfica mostrou diferenças significativas relativamente aos conhecimentos sobre SBV.

Podemos constatar que das variáveis sociodemográficas, mostraram diferenças significativas a idade, a área de residência, a escolaridade e o tempo de serviço. A idade mostrou uma relação estatisticamente significativa nas questões : Q2 “*O suporte básico de vida tem por objetivo... saber quando iniciar as manobras para manter as necessidades vitais*” ( $p=0,039$ ), Q5 “*Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações ...30 compressões torácicas para 2 ventilações*” ( $p=0,034$ ) e Q12 “*O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até... chegar ajuda diferenciada, exaustão do reanimador, recuperação da vítima*” ( $p=0,006$ ), tendo sido o grupo etário entre os 40 e 50 anos de idade o que tinha maior proporção de respostas corretas. Para a variável área de residência, apenas se verificou diferenças estatisticamente significativas na Q11 “*Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima... pronto reconhecimento e chamar ajuda; início precoce de SBV; desfibrilhação*”

*precoce e SAV precoce*” (p=0,021). Relativamente à escolaridade observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas questões: Q1 “*Os princípios gerais do SBV são... parara, alertar, socorrer*” (p=0,008), Q11 “*Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima... pronto reconhecimento e chamar ajuda; inicio precoce de SBV; desfibrilhação precoce e SAV precoce*” (p=0,042) e Q12 “*O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até... chegar ajuda diferenciada, exaustão do reanimador, recuperação da vítima*” (p=0,004).

Quanto à variável tempo de serviço (Tabela 6), quando relacionada os conhecimentos sobre SBV, mostrou diferenças significativas nas questões: Q2 “*O suporte básico de vida tem por objetivo... saber quando iniciar as manobras para manter as necessidades vitais*” (p=0,009); Q4 “*Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por 30 compressões no tórax*” (p=0,048); Q5 “*Nas manobras de reanimação a relação de compressões/ventilações... 30 compressões torácicas para 2 ventilações*” (p=0,011) e Q12 “*O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até... chegar ajuda diferenciada, exaustão do reanimador, recuperação da vítima*” (p=0,020).

**Tabela 6.** Relação entre variáveis sociodemográficas e os conhecimentos sobre SBV, após projeto de intervenção

<i>Variável sociodemográfica</i>	<i>Conhecimentos SBV</i>		<i>p(χ<sup>2</sup>)</i>
	Demonstrado	Não Demonstrado	
<b><i>Idade</i></b>	2. O suporte básico de vida tem por objetivo		
< 40 anos (n=29)	24,7	5,2	
40-50 anos (n=39)	27,8	12,4	0,039
> 50 anos (n=29)	15,5	14,4	
	5. Nas manobras de reanimação, a relação de compressões/ventilações na vítima adulta inconsciente e em paragem cardiopulmonar		
< 40 anos (n=29)	27,8	2,1	
40-50 anos (n=39)	39,2	1,0	0,034
> 50 anos (n=29)	23,7	6,2	
	12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até		
< 40 anos (n=29)	25,8	4,1	
40-50 anos (n=39)	22,7	17,5	0,006
> 50 anos (n=29)	14,4	15,5	
	Demonstrado	Não Demonstrado	

<i>Variável sociodemográfica</i>	<i>Conhecimentos SBV</i>		<i>p(χ<sup>2</sup>)</i>
	Demonstrado	Não Demonstrado	
	11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima		
Urbano (n=63)	39,2	25,8	0,021
Rural (n=34)	29,9	5,2	
<b><i>Escolaridade</i></b>	1. Os princípios gerais do SBV são		
≤ 9º ano de escolaridade (n=15)	4,1	11,3	
Ensino Secundário (n=53)	18,6	36,1	0,008
Superior (n=29)	1,0	28,9	
	11. Encadeamento dos procedimentos de socorro à vítima		
≤ 9º ano de escolaridade (n=15)	8,2	7,2	
Ensino Secundário (n=53)	35,1	19,6	0,042
Ensino Superior (n=29)	25,8	4,1	
	12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até		
≤ 9º ano de escolaridade (n=15)	6,2	9,3	
Ensino Secundário (n=53)	30,9	23,7	0,004
Ensino Superior (n=29)	25,8	4,1	
	12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até		
Operário (n=49)	25,8	24,7	
Administrativo (n=26)	17,5	9,3	0,016
Técnico Superior (n=22)	19,6	3,1	
<b><i>Tempo de serviço</i></b>	2. O suporte básico de vida tem por objetivo		
< 10 anos (n=26)	18,6	8,2	
10-20 anos (n=37)	32,0	6,2	0,009
> 20 anos (n=34)	17,5	17,5	
	4. Perante um adulto que não respira, deve iniciar as manobras de reanimação por		
< 10 anos (n=26)	20,6	6,2	
10-20 anos (n=37)	30,9	7,2	0,048
> 20 anos (n=34)	19,6	15,5	
	5. Nas manobras de reanimação, a relação de compressões/ventilações na vítima adulta inconsciente e em paragem cardiorrespiratória		
	24,7	2,1	

<i>Variável sociodemográfica</i>	<i>Conhecimentos SBV</i>		<i>p(χ<sup>2</sup>)</i>
	Demonstrado	Não Demonstrado	
< 10 anos (n=26)			
10-20 anos (n=37)	38,1	0	0,011
> 20 anos (n=34)	27,8	7,2	
	12. O Suporte Básico de Vida deve ser mantido sem interrupção até		
< 10 anos (n=26)	22,7	4,1	
10-20 anos (n=37)	22,7	15,5	0,020
> 20 anos (n=34)	17,5	17,5	

Na Tabela 7 são apresentados os resultados da relação entre as variáveis socio demográficas e as competências dos colaboradores da CMVR sobre SBV. Observamos que a idade se relaciona de forma significativa com as seguintes competências: “*Permeabilização da via aérea*” (p=0,005) e “*Execução de compressões torácicas*” (p=0,009). No que respeita à escolaridade verificou-se uma relação significativa com: “*Permeabilização da via aérea*” (p=0,002) e “*Avaliação da respiração*” (p=0,009). A função desempenhada na instituição relacionou-se de forma significativa com: “*Permeabilização da via aérea*” (p=0,001); “*Avaliação da respiração que se*” (p=0,037) e “*Execução de compressões torácicas*” (p=0,045). Quanto ao tempo de serviço apenas se relacionou de forma significativa com a “*Avaliação da respiração*” (p=0,013).

**Tabela 7.** Relação entre as variáveis sociodemográficas e as competências sobre SBV

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>Competências SBV</i>		<i>p(χ<sup>2</sup>)</i>
	Demonstrada	Não Demonstrada	
<b><i>Idade</i></b>	4. Permeabilização da via aérea		
< 40 anos (n=29)	24,7	5,2	
40-50 anos (n=39)	19,6	20,6	0,005
> 50 anos (n=29)	13,4	16,5	
	6. Execução de compressões torácicas		
< 40 anos (n=29)	15,5	14,4	
40-50 anos (n=39)	14,4	25,8	0,009
> 50 anos (n=29)	4,1	25,8	

<i>Variáveis sociodemográficas</i>	<i>Competências SBV</i>		<i>p(χ<sup>2</sup>)</i>
	Demonstrada	Não Demonstrada	
<b><i>Escolaridade</i></b>			
4. Permeabilização da via aérea			
≤ 9º ano de escolaridade (n=15)	5,2	10,3	
Ensino Secundário (n=53)	27,8	26,8	0,002
Ensino Superior (n=29)	24,7	5,2	
5. Avaliação da respiração			
≤ 9º ano (n=15)	7,2	8,2	
Sec. (n=53)	37,1	17,5	0,009
Superior (n=29)	26,8	3,1	
<hr/>			
Demonstrada Não Demonstrada			
<b><i>Função desempenhada</i></b>			
4. Permeabilização da via aérea			
Operário (n=49)	20,6	29,9	
Administrativo (n=26)	17,5	9,3	0,001
Técnico Superior (n=22)	19,6	3,1	
5. Avaliação da respiração			
Operário (n=49)	30,9	19,6	
Administrativo (n=26)	19,6	7,2	0,037
Técnico Superior (n=22)	20,6	2,1	
6. Execução de compressões torácicas			
Operário. (n=49)	11,3	39,2	
Administrativo (n=26)	11,3	15,5	0,045
Técnico Superior (n=22)	11,3	11,3	
<hr/>			
Demonstrado Não Demonstrado			
<b><i>Tempo de serviço</i></b>			
5. Avaliação da respiração			
< 10 anos (n=26)	22,7	4,1	
10-20 anos (n=37)	29,9	8,2	0,013
> 20 anos (n=34)	18,6	16,5	

### **Relação entre as características sociodemográficas e percepção de autoeficácia**

Quanto à relação entre a autoeficácia geral e as variáveis sociodemográficas, antes da implementação do projeto de intervenção, não se observaram relações estatisticamente significativas (tabela 9). Após a implementação do projeto de intervenção constataram-se diferenças significativas na relação com a variável idade sendo o grupo etário com mais de 50 anos apresenta uma pontuação superior ( $p=0,024$ ).

**Tabela 8.** Relação entre a autoeficácia geral e as variáveis sociodemográficas dos colaboradores da CMVR, antes e após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para Salvar”.

Variáveis	Autoeficácia Geral - antes do projeto de intervenção		p	Autoeficácia Geral - após projeto de intervenção		p
	Média	D. P.		Média	D. P.	
<b>Sexo</b>						
Masculino	3,14	0,32	0,842	3,32	0,29	0,096
Feminino	3,15	0,34		3,29	0,21	
<b>Residência</b>						
Urbano	3,16	0,31	0,743	3,24	0,30	0,713
Rural	3,13	0,37		3,23	0,27	
<b>Idade</b>						
<40 anos	3,14	0,26	0,989	3,20	0,27	0,024
40-50 anos	3,14	0,34		3,18	0,28	
>50 anos	3,16	0,39		3,36	0,30	
<b>Escolaridade</b>						
<9º ano de escolaridade	3,17	0,51	0,244	3,38	0,32	0,089
Ensino secundário	3,10	0,27		3,20	0,26	
Ensino superior	3,22	0,31		3,25	0,30	
<b>Função desempenhada</b>						
Operário ou equivalente	3,15	0,33	0,335	3,24	0,27	0,969
Administrativo ou equivalente	3,08	0,38		3,23	0,28	
Técnico superior	3,22	0,27		3,25	0,34	
<b>Tempo de serviço (em anos)</b>						
<10 anos	3,15	0,25	0,947	3,15	0,24	0,087
10-20 anos	3,16	0,29		3,24	0,28	
>20 anos	3,13	0,42		3,31	0,31	

Constatou-se diferença estatisticamente significativa na relação entre idade e autoeficácia, após a intervenção, sendo que o grupo etário com idade superior a 50 anos apresenta um valor superior de autoeficácia. De acordo com Maurer (2001) é expectável que a autoeficácia em contextos profissionais vá diminuindo com a idade, o que não se observou no presente estudo.

No presente trabalho, a uma escolaridade mais longa correspondeu uma melhor aprendizagem, quer ao nível do conhecimento, quer das competências, tal como referido por Callahan & Fuchs (2018). Também segundo Papalexopoulou et al; (2014), os colaboradores que desempenham

tarefas de carácter intelectual são também aqueles que se esperava que venham a adquirir mais conhecimentos e competências.

Pelos resultados observados neste estudo a capacidade de aprender e adquirir competências por parte dos colaboradores da CMVR variou em função das características sociodemográficas. Como se observou, são os colaboradores menos qualificados, com tarefas mais indiferenciadas e os mais velhos que apresentaram um nível mais baixo de conhecimentos e competências. Deste modo a planificação de atividades no âmbito do SBV devem ter em conta variáveis de natureza sociodemográfica e profissional, como também é importante para delinear uma comunicação mais adequada para cada grupo de participantes (Yeung et al, 2011).



## 2.4. CONCLUSÕES

A capacidade de uma pessoa leiga em cuidados de saúde prestar manobras de SBV a uma vítima de PCR, pode fazer a diferença entre a sobrevivência, recuperação ou morte. Para além da execução de manobras técnicas, como a massagem cardiorrespiratória ou ventilações, a capacidade para manter a calma, organizar o local da vítima para lhe assegurar condições de segurança e pedir auxílio eficazmente, fazem parte das competências que se pretende desenvolver numa pessoa que está a ser treinada em SBV.

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 os restantes distribuídos equitativamente entre administrativos e técnicos superiores. A maioria trabalhava na instituição há pelo menos 10 anos.

O presente estudo iniciou-se com a avaliação dos conhecimentos sobre SBV dos colaboradores da CMVR, através de um questionário de resposta múltipla. Observou-se que relativamente aos conhecimentos sobre SBV as proporções de respostas corretamente assinaladas foram inferiores no que respeita a compressões, ventilações e permeabilização da via aérea. Após a implementação do projeto de intervenção “Capacitar para salvar”, verificou-se um aumento na proporção de respostas corretamente assinaladas, sendo que os as questões relacionadas com as compressões, ventilações e permeabilização da via aérea continuaram a apresentar menor proporção de respostas corretas.

A avaliação de competências em SBV foi realizada três meses após a implementação do projeto de intervenção, tendo-se verificado uma proporção mais elevada de colaboradores a demonstrar competências para assegurar condições de segurança e pedir auxílio. No entanto uma proporção significativa de colaboradores não demonstrou competências no que concerne à permeabilização da via aérea, avaliação de respiração e execução de compressões torácicas.

Relativamente à perceção de autoeficácia geral os colaboradores da CMVR apresentaram média superior ao ponto médio da escala, sendo significativamente superior após a implementação do o projeto de intervenção.

Quanto à relação entre a autoeficácia geral e as variáveis sociodemográficas, antes da implementação do projeto de intervenção, não se observaram relações estatisticamente

significativas e após a implementação do projeto de intervenção verifica-se que o grupo etário com mais de 50 anos apresenta uma pontuação significativamente superior.

Com o presente estudo consta-se que a capacitação da população leiga em SBV é uma mais-valia, na medida em que gestos simples podem salvar uma vida e minimizar as sequelas que podem resultar de eventos adversos. Salientamos o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária nos processos formativos que visam a capacitação da população leiga. Estes devem ser sistemáticos e realizados com regularidade no sentido de manter conhecimentos e competências, que mobilizados para situações reais concorrem para efetivos ganhos em saúde.

### 3. 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 matriz orientadora as competências do EEECS. Nesse sentido, tanto o empenho e rigor colocado nas diferentes atividades em que participamos, como a elaboração do presente relatório, permitem num olhar retrospectivo constatar que foram desenvolvidas as competências nesta área de especialização, de acordo com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho.

Neste percurso formativo consolidaram-se competências específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente na apropriação da metodologia do planeamento em saúde, estruturante para a tomada de decisão face às necessidades das comunidades e dos grupos. A realização do estágio constituiu uma oportunidade para constatar a importância da vigilância epidemiológica, da monitorização dos indicadores de saúde e do processo de capacitação de grupos e comunidades, por forma a que possam ter um papel mais ativo na saúde da comunidade.

O projeto de intervenção “Capacitar para Salvar” visou melhorar os conhecimentos e competências dos colaboradores da CMVR sobre manobras de SBV, para dessa forma, quer no âmbito da sua atividade profissional, quer no âmbito do exercício dos seus deveres de cidadania, poderem atuar em situações de emergência relacionadas com PCR. Deste modo podem ser agentes importantes através de cuidados de SBV que contribuem para melhorar o prognóstico da vítima de PCR até que sejam prestados cuidados por equipas profissionais.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguillar-Serrano, López-Valdez, Bernal-Becerril, M.L.; Ponce-Gómez, G.; Rivas-Espinosa, J.G. (2008). *Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación*. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2008; 16(1): 3-6.
- Alismail, A., Meyer, N. C., Almutairi, W., & Daher, N. S. (2018). CPR in medical TV shows: non-health care student perspective. *Advances in Medical Education and Practice, Volume 9*, 85–91. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S146149>.
- 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>.
- Akhu-Zaheya, L. M., Gharaibeh, M. K., & Alostaz, Z. M. (2013). Effectiveness of simulation on knowledge acquisition, knowledge retention, and self-efficacy of nursing students in Jordan. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(9), e335–e342. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2012.05.001>.
- Araújo, M. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Autoeficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, v 9, n 1. DOI: <https://doi.org/10.14417/lp.638>.
- Atwood, C., Eisenberg, M., Herlitz, J., Rea, T. (2005) Incidence of SEM-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe. *Resuscitation* 67:75-80.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy and health behaviour*. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 160-162.
- Bandura, A. (1981). *Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy*. Flavell & Ross (Ed). *Social cognitive development. Frontiers and possible futures*. Cambridge University Press. Cambridge. 200-239.
- Bandura, A. (1986). *The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory*. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 4, 359-373.
- Bandura, A. (2003). *On the psychosocial impact and mechanisms of spiritual modeling*. *International Journal of Psychology of Religion*, 13, 167-173.
- Bastos, J.R. (1999). *Código civil português: Anotado e actualizado* (12ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Becker, T., Zanchim, M. C., Becker, T., Compher, C., Chittams, J., Sammarco, T., ... Marcadenti, A. (2018). The Need for Extracorporeal Membrane Oxygenation in Adults Undergoing Congenital Heart Surgery: Impact and Trends of Utilization. *Clinical Nutrition*, 33(1), 28–33. <https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM>.

- Binkhorst, M., Coopmans, M., Draaisma, J. M. T., Bot, P., & Hogeveen, M. (2018). Retention of knowledge and skills in pediatric basic life support amongst pediatricians. *European Journal of Pediatrics*, 177(7), 1089–1099. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3161-7>.
- Bong, M.; Skaalvik, E. M.(2003). Academic Self-Concept and Self-Efficacy: How Different Are They Really? *Educational Psychology Review*, Vol. 15, No. 1
- Boscu, J.; Atuhaire, C.; Groves, S.; Cumber, S.N.(2018). Assessment of nurses knowledge and skills following cardiopulmonary resuscitation training at Mbarara Regional Referral Hospital, Uganda. *The Pan African Medical Journal*, v. 30. doi: [10.11604/pamj.2018.30.108.15398].
- Bossaert, L., & Chamberlain, D. (2013).The European Resuscitation Council: Its history and development. *Resuscitation*, 84, 1291-1294.
- Bukiran, A.; Erdur, B.; Ozen, M.; Bozcurt, A. I.82014). *Retention of Nurses' Knowledge After Basic Life Support and Advanced Cardiac Life Support Training at Immediate, 6-month, and 12-month Post-training Intervals: A Longitudinal Study of Nurses in Turkey*. Journal of Emergency Nursing. V. 40, n. 2, p146-152. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.08.011>.
- Cáceres, R.M., Céspedes, L., Campos, M.C., & Gompertz, M.G. (2006). Educación en Soporte Vital Básico. *Clínica y Ciencia*, 4, 69-73
- Callahan, J.M.; Fuchs, S.M. (2018). Advocating for Life Support Training of Children, Parents, Caregivers, School Personnel, and the Public. *American Academy of Pediatrics*, 114(6):1676. DOI:10.1542/peds.2018-0704.
- 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.
- Cason, M., Atz, T., & Horton, L. F. (2017). New Nursing Graduates' Self-Efficacy Ratings and Urinary Catheterization Skills in a High-Fidelity Simulation Scenario. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(2), 71–77. <https://doi.org/10.1021/acs.langmuir.7b03648>.
- Castillo, J.; Gallart, A.; Rodrigurz, E.; Castillo, J.; Gomar, C.(2018). Basic life support and external defibrillation competences after instruction and at 6 months comparing face-to-face and blended training. Randomised trial. *Nurse Education Today*, v. 65, p. 232-238. doi: 10.1016/j.nedt.2018.03.008
- 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.
- 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.º 65 - 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 Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2016). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015*. Lisboa: Autor.
- Direção-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.
- Direção-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.
- 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](http://www.reanima.pt/fotos/gca/recomenderc2010port_1287960338.pdf).
- Everett-Thomas, R., Turnbull-Horton, V., Valdes, B., Valdes, G. R., Rosen, L. F., & Birnbach, D. J. (2016). The influence of high fidelity simulation on first responders retention of CPR knowledge. *Applied Nursing Research*, 30, 94–97. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.005>.
- Fortin, M.F., Côté, J., & Fillion, 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.
- Haggbloom, S.J. (2002). The 100 most eminent psychologists of the 20th century, *Review of General Psychology*, 6 (2). 139–152.
- Hernández-Padilla, José Manuel and Suthers, Fiona e Fernández-Sola, Cayetano and Granero-Molina, José (2016). Development and psychometric assessment of the basic resuscitation skills self-efficacy scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15 (3). e10-e18. ISSN 1873-1953 <http://dx.doi.org/10.1177/1474515114562130>.
- 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.
- Lively, M.J.A.,(1994). Self-efficacy of teacher education students: A study based on Bandura's Social Cognitive Theory. *Retrospective Theses and Dissertations*. 11288. <https://lib.dr.iastate.edu/rtd/11288>.
- Marconi, M.A., & Lakatos, E.V. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Maurer, T. J., & Pierce, H. R. (1998). A comparison of Likert scale and traditional.
- Navarro-Patón, R.; Freire-Tellado, M.; Basanta-Camiño, S.; Barcala-Furelos, R.; Arufe-Giraldez, V.; Rodriguez-Fernandez, J. E. (2018). Effect of 3 basic support training programs in future primary school teachers. A quasi-experimental design. *Medicina Intensiva*, 42 (4):207-215.
- Nunes, M. (2008). Funcionamento e desenvolvimento das crenças de autoeficácia: uma revisão. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 9 (1), 29-42.
- Oliveira, K.S.M.; Justino, J.M.R.; Linhares, M.I.; Figueiredo, A.S.; Ferreira, L.A.; Queiroz, J.C. (2018). Suporte básico de vida: capacitação de agentes penitenciários federais para atuação em situações de urgência/emergência. *Cuidado é Fundamental, Revista Online de Pesquisa*, v.10, n. 2. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.295-298>.
- Ordem dos Enfermeiros, regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. Diário da República nº135-2.ª série. Ministério da Saúde. [Dre.pt/web/quest/home/-/dre/115698616](http://dre.pt/web/quest/home/-/dre/115698616)
- 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.
- Partiprajak, S.; Thongpo, P. (2016). Retention of basic life support knowledge, self-efficacy and chest compression performance in Thai undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*. 16(1), 235-41. DOI:10.1016/j.nepr.2015.08.012.
- Pedersen, T. H., Kasper, N., Roman, H., Egloff, M., Marx, D., Abegglen, S., & Greif, R. (2018). Self-learning basic life support: A randomised controlled trial on learning conditions. *Resuscitation*, 126 (September 2017), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.02.031>.

- 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.
- Polydoro, S.A.J., Guerreiro-Casanova, D.C. (2010). Escala de autoeficácia na formação superior: Construção e estudo de validação. *Avaliação Psicológica*, Itatiba, vol. 9, n 2, p.267-278.
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. (2014). *Portugal: Doenças cérebro-cardiovasculares em números 2014*. Lisboa: DGS.
- Roh, Y. S., Lee, W. S., Chung, H. S., & Park, Y. M. (2013). The effects of simulation-based resuscitation training on nurses' self-efficacy and satisfaction. *Nurse Education Today*, 33(2), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.008>.
- 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.
- Shinnick, M. A.; Woo, M. A.(2014). Does Nursing Student Self-efficacy Correlate With Knowledge When Using Human Patient Simulation?. *Clinical Simulation in Nursing*, 10 (2), e71-e79. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.07.006>.
- Silva, A.J.; Iaochite, R.T.; Azzi, R.G. (2010). *Crenças de autoeficácia de licenciandos em Educação Física*. Motriz, Rio Claro, v.16, n.4, p.942-949. Doi: <http://dx.doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p942>.
- 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.
- Toubasi, S., Alostha, M. R., Darawad, M. W., & Demeh, W. (2015). Impact of simulation training on Jordanian nurses' performance of basic life support skills: A pilot study. *Nurse Education Today*, 35(9), 999–1003. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.017>
- Valente, M., & Catarino, R. (2012). *Suporte básico de vida*. Lisboa: INEM. Retirado de: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108162319930581.pdf>.
- Witz, M.A. (2004). Exploring the relationship between self-efficacy beliefs and propose in life. *Dissertation to the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy in the Graduate School of the Ohio State University*.
- Yeung, J., Okamoto, D., Soar, J., & Perkins, G. D. (2011). AED training and its impact on skill acquisition, retention and performance- A systematic review of alternative training methods. *Resuscitation*, 657-664.



## **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 infeções 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:**

Márcia Filipa 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 Preceção da Autoeficácia Geral (Araújo 2011)

---



ESCALA DE PERCEÇÃO DE AUTOEFICACIA GERAL (Araújo, 2011)

	<b>De modo nenhum é verdade 1</b>	<b>Difícilmente é verdade 2</b>	<b>Moderadamente e verdade 3</b>	<b>Exatamente verdade 4</b>
1 – Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente.				
2 – Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.				
3 – Para mim é fácil agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.				
4 – Estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.				
5 – Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas.				
6 – Consigo resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.				
7 – Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades.				
8 – Quando confrontado com um problema, consigo geralmente encontrar várias soluções.				
9 – Se estiver com problemas, consigo geralmente pensar numa solução.				
10 – Consigo geralmente lidar com tudo aquilo que me surge pelo caminho.				



## APÊNDICE E

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)
<b>Avaliação de condições de segurança</b>	<i>“Referir em voz alta que estão a assegurar as condições de segurança”</i>		
<b>Avaliar se vítima responde</b>	<i>“Estimular verbalmente”</i>		
	<i>“Estimular tátil vigorosa”</i>		
<b>Pedido de ajuda</b>	<i>“Ligar 112 ou pedir para ligar, transmitindo a informação correta”</i>		
<b>Permeabilização da via aérea</b>	<i>“Executar a extensão da cabeça para evitar a queda da língua”</i>		
	<i>“Executar a elevação do mento”</i>		
<b>Avaliação da respiração</b>	<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>		
<b>Execução de compressões torácicas</b>	<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>		
<b>Execução de ventilações</b>	<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 F**

Parecer da Comissão de Ética

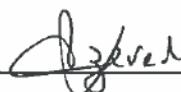
---



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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. da Conceição Azevedo', is written over a horizontal line.

Maria da Conceição Azevedo