

Capacitação de leigos em Suporte Básico de Vida

Laura Lorenzo Vázquez

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Orientação Científica:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Bragança, maio de 2019

Capacitação de leigos em Suporte Básico de Vida

Laura Lorenzo Vázquez

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Orientação Científica:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Bragança, maio de 2019

Resumo

A maioria das situações que provocam paragem cardiorrespiratória (PCR) ocorrem fora dos hospitais, e muitas vezes longe de profissionais de saúde, o que implica que o cidadão seja o primeiro interveniente nestas situações, assim, quando as manobras de suporte básico de vida (SBV) são iniciadas por alguém que presenciou a PCR, em contexto extra-hospitalar, a taxa de sobrevivência das vítimas pode aumentar para o dobro ou o triplo.

A formação em suporte básico de vida na comunidade, constitui-se uma ferramenta primordial para a prestação inicial de cuidados de saúde em situação de emergência, tornando-se importante a implementação de projetos de intervenção comunitária com programas de formação e informação em SBV para a população leiga.

Compete às Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), através dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, a prestação de cuidados de saúde no seio da comunidade, bem como a realização de educação para a saúde no sentido da capacitação e empowerment de indivíduos, grupos e comunidades.

Este trabalho tem como objetivo principal planear, implementar e avaliar um programa de formação em suporte básico de vida (SBV) dirigido a pessoas leigas da comunidade. Utilizou-se uma metodologia quantitativa e desenhou-se um estudo analítico, quase-experimental, com delineamento intragrupos, com a participação de 130 indivíduos.

Os resultados do estudo mostram que o sexo e a idade não interferem na aquisição de conhecimentos em SBV, existindo diferenças estatisticamente significativas no que às habilitações literárias diz respeito. A média de conhecimentos global após a formação foi superior à média que os participantes detinham antes da formação, também com diferenças estatisticamente significativas.

Assim, concluiu-se que a população leiga tem poucos conhecimentos em SBV, existindo necessidade de formar leigos em SBV, com o objetivo de os capacitar para atuarem corretamente nestas situações e poderem contribuir para a redução das taxas de morbilidade e mortalidade de vítimas em PCR extra-hospitalar.

Palavras chave: Suporte básico de vida, leigos, capacitação.

Abstract

Most of the situations that cause cardiopulmonary arrest (CPA) happen out of hospitals and often, far away from health professionals, implying that normal citizens are the first to act and, thus, when basic life support (BLS) manoeuvres are begun by someone who witnessed the situation in extra hospital contexts, survival rates may double or triple.

Training in basic life support in the community, is coated as a primary tool for the initial provision of emergent health care, and so it is important to implement community intervention projects with training and information programs in BLS to lay population.

It is the responsibility of the Community Care Units (CCU), through specialist nurses in community nursing, to provide health care within the community, as well as health education to enable and empowerment of individuals, groups and communities.

This research has as main objective to plan, implement and evaluate a training program in basic life support to lay people. It was used a quantitative methodology and a quasi-experimental study with intra groups delineaton was designed, with a sample of 130 individuals.

Results show that sex and age do not interfere in the acquisition of knowledge in BLS, but there are significant differences to what scholarship concerns. The average of knowleges after the training was higher than before it. Global average after training was also higher than before with statistical significance.

Thus, it is concluded that since the lay population has little knowledge on BLS, there is the need to train them in BLS, in order to enable them to act and thus, contribute to reduce the morbidity and mortality rates of victims in extra-hospital CPA.

Key- words: Basic Life support; lay people; enabling

SIGLAS E ABREVIATURAS

AHA - American Heart Association.
CLDS - Contrato Local de Desenvolvimento Social
CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CPR - Conselho Português de Ressuscitação
DAE - Desfibrilhador Automático Externo
DEFM - Departamento de Formação em Emergência Médica
DGS - Direção Geral da Saúde
ERC - European Resuscitation Council
ERPI - Estrutura Residencial Para Idosos
GNR - Guarda Nacional Republicana
INE - Instituto Nacional de Estatística
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
n. ° - Número
NLI - Núcleo Local de Inserção
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não Governamental
OVA - Obstrução da Via Aérea
PCR - Paragem Cardiorrespiratória
PLS - Posição Lateral de Segurança
PNS - Plano Nacional de Saúde
PSP - Policia de Segurança Pública
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSI - Rendimento Social de Inserção
SAV - Suporte Avançado de Vida
SBV - Suporte Básico de Vida
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SPSS - Statitical Package Social Science
TV - Taquicardia Ventricular
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS-NE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VOS - Ver-Ouvir-Sentir

WHO - World Health Organization

Quem estará nas trincheiras ao seu lado?

- E isso importa?

-Mais do que a própria guerra.

Ernest Hemingway in Adeus às Armas.

AGRADECIMENTOS

Nesta fase final não posso deixar de agradecer a todos aqueles que estiveram comigo nas “trincheiras” ao longo de este percurso...

À minha orientadora de mestrado, Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata, pela sua incondicional disponibilidade, muito para além das suas responsabilidades e pelas suas palavras de alento nos momentos mais difíceis.

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Pires Magalhães, pela sua ajuda na orientação deste trabalho, especialmente em todo o referente ao suporte básico de vida.

Aos responsáveis das IPSS, Coordenadora do NLI de Torre de Moncorvo e a todos aqueles que colaboraram incondicionalmente para que este trabalho pudesse ser desenvolvido.

À minha colega de trabalho Patrícia Videira por estar sempre disponível para me ajudar.

Ao meu filho e ao meu marido, pelo afeto demonstrado e pela paciência que manifestaram ter nos momentos em que me faltou mais.

A todos o meu muito obrigada!

ÍNDICE

Introdução	15
PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	19
1. Literacia em saúde	20
1.1 Educação para a saúde e promoção da saúde	24
2. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária como agente de capacitação da comunidade.	30
2.1 Empowerment dos indivíduos/comunidades através da intervenção comunitária	31
3. Suporte básico de vida	35
3.1 Paragem cardiorrespiratória	35
3.2 Cadeia de sobrevivência	37
3.3 Formação ministrada em suporte básico de vida em adultos.	41
3.3.1. Posição lateral de segurança (PLS)	42
3.3.2 Manobras de SBV	47
3.3.3 Obstrução da via aérea por corpo estranho.	49
PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO	53
4. Metodologia de investigação	54
4.1 Contextualização e objetivos do estudo.	54
4.2 Desenho do estudo	55
4.3 Variáveis de investigação	56
4.4 Hipóteses de investigação	56
4.5 População e amostra	57
4.6 Considerações éticas	58
4.7 Instrumento de colheita de dados	59
4.8 Tratamento de dados	59
4.9 Projeto de intervenção da UCC	60

4.9.1	Introdução	60
4.8.2	Plano da ação	61
4.8.3	Avaliação	63
4.8.4	Conteúdos a ministrar na formação em SBV	63
5.	Apresentação e análise dos resultados	68
5.1	Caracterização sociodemográfica	68
5.2	Indicadores de estrutura	69
5.3	Indicadores de processo	69
5.4	Indicadores de resultado	70
5.4.1.	Conhecimentos em SBV antes e após a formação	70
5.4.2.	Análise Inferencial	75
6.	Discussão dos resultados	77
	Conclusão	84
	Referências Bibliográficas	87
	Anexos	95
	Anexo I - Instrumento de colheita de dados	96
	Anexo II - Formação ministrada	100
	Anexo III - Correspondência das respostas corretas e falsas do questionário de avaliação dos conhecimentos em SBV	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Vantagens da literacia em saúde para os utentes	22
Figura 2. Níveis de literacia em saúde e papel do individuo	23
Figura 3. Dimensões do empowerment	33
Figura 4. Cadeia de sobrevivência	38
Figura 5. Adaptação do algoritmo de SBV	42
Figura 6. Avaliação do estado de consciência	43
Figura 7. Permeabilização da via aérea	44
Figura 8. Ver, Ouvir, Sentir	44
Figura 9. Estender as pernas da vítima	45
Figura 10. Colocar o braço da vítima em ângulo reto com o corpo	45
Figura 11. Colocar o dorso da mão da vítima no lado da face mais próxima do reanimador	46
Figura 12. Levantar a perna da vítima dobrando-a	46
Figura 13. Rodar a vítima para o lado do reanimador	46
Figura 14. Posição final da vítima em PLS	47
Figura 15. Compressões torácicas	48
Figura 16. Insuflações boca-a-boca	49
Figura 17. Insuflações boca-máscara	49
Figura 18. Algoritmo da OVA	50
Figura 19. Pancadas interescapulares	51
Figura 20. Compressões abdominais	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo o sexo, grupo etário, habilitações literárias e situação profissional_____	67
Tabela 2. Indicadores de processo_____	69
Tabela 3. Distribuição da amostra segundo os conhecimentos em SBV pré e pós formação_____	70
Tabela 4. Distribuição da amostra segundo os conhecimentos em SBV pré e pós formação (continuação)_____	71
Tabela 5. Distribuição da amostra segundo os conhecimentos em SBV pré e pós formação (conclusão)_____	73
Tabela 6. Comparação de médias de conhecimentos segundo o grupo etário, sexo e habilitações literárias no pré e pós formação_____	75
Tabela 7. Comparação de medias globais de conhecimentos pré e pós formação_____	75

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Plano da ação_____	61
Quadro 2. Plano da sessão_____	67

Introdução

O Conselho Português de Ressuscitação (CPR, 2010) refere que a morte súbita de causa cardíaca é frequente em Portugal, refere ainda que a doença cardiovascular representa cerca de 40% de todas as mortes antes dos 75 anos, com a morte súbita por doença coronária a representar mais de 60%. Esta informação é corroborada pelas estatísticas da saúde que mostram que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório constitui a principal causa de morte em Portugal. Dentro deste conjunto de doenças, a mortalidade é encimada pelas doenças isquémicas do coração e outras doenças cardíacas (INE, 2019).

Roppolo e Pepe (2009) afirmam que, quanto maior for o número de cidadãos a apresentar formação em suporte básico de vida (SBV), maior será a probabilidade de se ter realizado eficientemente, aumentando a sobrevivência das vítimas em contexto pré-hospitalar, opinião corroborada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2011) que afirma que a capacidade de avaliar rapidamente a urgência da situação e a aplicação imediata dos conhecimentos adquiridos por leigos no âmbito do SBV são determinantes para a recuperação das vítimas. Ainda o INEM (2011) refere que quando surge uma paragem cardíaca e/ou respiratória (PCR), as hipóteses de sobrevivência para a vítima variam em função do tempo de intervenção, pois a chegada de um meio de socorro pode demorar mais de 6 minutos, assim, as taxas de sobrevivência das vítimas podem cair de 98% para 11% se as pessoas que presenciaram a PCR não iniciam as manobras de SBV, motivo pelo qual todo cidadão deveria estar capacitado para as iniciar, afirmação defendida por Messa, Hernandez, Vela, Latorre e Ansola (2011), que referem que o ideal seria que todos os cidadãos tivessem conhecimento em SBV, tanto os leigos como os profissionais de saúde.

O European Resuscitation Council (ERC, 2015) vai de encontro às afirmações dos autores anteriormente mencionados, pois alerta que implementar e difundir programas de SBV junto das populações ganha cada vez mais notoriedade, uma vez que, quantas mais pessoas possuírem conhecimentos de SBV e estiverem preparadas para intervir, maior será a sobrevivência em contexto pré-hospitalar.

O INEM (2011) define o suporte básico de vida como um conjunto de procedimentos que tem como objetivos reconhecer situações de perigo de vida, saber como, e quando, pedir ajuda e saber iniciar manobras que ajudem a manter a ventilação e circulação cardíaca da vítima sem recurso a qualquer dispositivo. O objetivo final do SBV será permitir ganhar tempo até a chegada de ajuda mais diferenciada, opinião também defendida pelo ERC (2015), que afirmava que ensinar SBV ao maior número de pessoas possível é um dos processos mais eficazes para salvar pessoas pois, o início precoce das manobras de SBV por leigos é um fator primordial para aumentar as possibilidades de recuperação de vítimas de paragem cardiorrespiratória com diminuição das sequelas.

O envolvimento e a participação da comunidade na promoção da saúde são hoje considerados um processo estratégico pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Muitos estudos demonstram que a melhoria da saúde e qualidade de vida de uma população, dependem, em larga medida, da oferta de canais e formas de participação ativa dos cidadãos para resolver os seus problemas e necessidades.

O Plano Nacional de Saúde (PNS, 2016) fala da importância de capacitar os cidadãos, através de ações que visem o incremento da literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment). A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços.

O decreto lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro define os Centros de Saúde, como assumindo importantes funções na promoção da saúde e agrupa-os nas denominadas unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

A UCC é responsável, entre outros, pelos cuidados de saúde no âmbito comunitário e atua ainda na educação para a saúde. O seu coordenador é um enfermeiro especialista com experiência efetiva na respetiva área profissional.

O regulamento e organização das UCC estão definidos no despacho n.º10143/2009, e estão-lhe destinadas, entre outras, as intervenções em programas no âmbito da proteção e

promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade; promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar; educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais; projetos de promoção de estilos de vida saudáveis com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou a implementar e desenvolver em parceria com outras instituições.

A Ordem dos Enfermeiros, no regulamento n.º 428/2018, define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, onde podem ser enquadradas as responsabilidades que os enfermeiros têm para a capacitação de leigos em SBV, nomeadamente nos Cuidados de Saúde Primários, devido à proximidade com as populações.

No Conselho Internacional de Enfermagem (Kendall, 2008), é referido que os enfermeiros ao trabalharem junto das populações assumem um papel crucial na ação e participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, poderemos questionar qual o papel dos enfermeiros, a exercer funções nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente nas Unidades de Cuidados na Comunidade, para aumentar a literacia em SBV na população leiga para os capacitar a iniciar manobras de SBV até à chegada de ajuda diferenciada.

Este trabalho tem como objetivo geral planear, implementar e avaliar um programa de formação em suporte básico de vida dirigido a pessoas leigas da comunidade.

Esta formação é ministrada por uma enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, responsável pelos programas da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde onde exerce funções e com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV).

Como objetivos específicos pretende-se estabelecer a caracterização sociodemográfica dos participantes no que à idade, sexo e habilitações literárias diz respeito; avaliar os conhecimentos dos participantes em SBV; ministrar a formação teórico-prática para a competência em SBV e determinar a efetividade da formação em SBV ministrada no decorrer do projeto.

Conceptualizou-se assim, um estudo quase experimental e quantitativo relativamente ao tratamento de dados, em que foram definidas as seguintes hipóteses: os conhecimentos

em SBV são diferentes segundo a idade, o sexo e o ano de escolaridade dos participantes (antes e após a formação) e existem diferenças nas médias de conhecimento dos participantes antes e após a formação em SBV.

Na Parte I deste trabalho é realizada a contextualização teórica sobre a importância da literacia em saúde e promoção da saúde dos cidadãos, para facilitar o empowerment e a tomada de decisão perante problemas relacionados com a saúde, necessários para que a população leiga possa atuar perante uma vítima em PCR. Também é contextualizada a importância que o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária tem na promoção da saúde e no empowerment dos indivíduos, grupos e comunidades. Nesta parte também é abordada a fundamentação teórica sobre o algoritmo do SBV que preconizam o INEM e o ERC, assim como a posição lateral de segurança e a desobstrução da via aérea.

Na parte II encontra-se o estudo empírico. É constituído pela metodologia, onde é feita a abordagem à contextualização e objetivos do estudo, definidas as hipóteses de investigação, apresentada a forma de constituição da população e amostra, identificado o instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos necessários, o método de tratamento de dados e o projeto de intervenção comunitária. Segue-se depois o capítulo onde é feita a apresentação dos resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados, em função dos objetivos definidos. No capítulo seguinte é apresentada a discussão dos resultados e a avaliação das hipóteses de investigação que foram delineadas. Por fim é apresentada a conclusão, que apresenta uma síntese dos resultados obtidos, assim como as recomendações, sugestões e limitações do presente trabalho.

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1. Literacia em saúde

O termo “literacia em saúde” tem vindo a adquirir importância crescente desde a sua primeira utilização na década de 70 do século XX, que se referia então à necessidade de Educação para a Saúde em contexto escolar (Loureiro et al., 2012). Os mesmos autores (p.158) afirmam que a literacia em saúde é entendida “... enquanto constelação de competências cognitivas, sociais e capacidades que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar informação no domínio da saúde”, e atualmente é o resultado chave da promoção da saúde e pressuposto fundamental para o efetivo uso da cidadania em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Loureiro et al., 2012).

Nielsen-Bohlman, Panzer e Kinding (2004) definem a literacia como a medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, assimilar e compreender a informação básica sobre saúde e serviços necessários para tomar decisões apropriadas para a saúde. Ser instruído em saúde significa ter conhecimentos básicos sobre a saúde; ser capaz de ler, compreender e avaliar as informações sobre a saúde; ser capaz de analisar riscos e fazer opções; e ser capaz de comunicar verbalmente e interagir com os profissionais de saúde.

Para Sørensen et al. (2013), a literacia em saúde define-se como sendo o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter, compreender, avaliar e aplicar a informação de forma a fazer juízos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde. Assim, a literacia em saúde promove a autonomia dos indivíduos no controlo da sua saúde e determina a forma como os sistemas de saúde são utilizados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986) considera que a saúde constitui um recurso para a vida todos os dias e uma dimensão da qualidade de vida pelo que, já em 1978 na Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) apelava para a autodeterminação e autorresponsabilização dos indivíduos famílias e comunidades no que à sua saúde diz respeito. Assim, é da competência do indivíduo zelar pela sua saúde e pela dos que o rodeiam, seja através de medidas simples como a alimentação cuidada e prática de exercício físico, seja também pelo cumprimento das indicações e terapêuticas médicas de

forma a manter, e se possível promover a sua saúde. Esta promoção é mediada pelo seu nível de literacia em saúde que desempenha um papel preponderante na capacidade de compreender a informação em saúde, atuar criticamente com base nos seus conhecimentos e capacidades, influenciando desta forma os *outcomes* (resultados) em saúde.

A Direção Geral da Saúde (DGS), no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2016), refere que se devem capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do sistema de saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment). A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela correta utilização dos seus serviços. Os cidadãos devem ser assim o centro do sistema de saúde, e devem poder ser, de igual forma, o centro de gestão das suas próprias vidas.

É do conhecimento global que indivíduos com reduzida literacia da saúde possuem menor conhecimento das suas doenças e dos regimes de tratamento, menos capacidade de autogestão e também menor capacidade na adoção de medidas preventivas, tais como vacinação e exames médicos. A fraca literacia está também relacionada com custos de saúde mais elevados, com a maior utilização dos serviços de saúde e a maior frequência de internamentos (McCray, 2005). No entanto, mesmo indivíduos com uma elevada literacia podem apresentar dificuldade em obter e compreender informações acerca da saúde. As pessoas podem sentir-se diminuídas por não compreenderem as informações, mesmo quando interagem com profissionais de saúde e, em consequência, poderão esconder as suas dificuldades e raramente pedir ajuda (McCray, 2005).

As organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde, e os governos nacionais em todo o mundo estão a dar cada vez mais prioridade à participação dos cidadãos na elaboração das políticas de saúde (OMS, 2012), com o objetivo de conferir à sociedade iniciativa e responsabilidade pela sua própria saúde (Salmon & Hall 2004).

O relatório da OMS sobre Governação para a Saúde no Século XXI sublinha que a governação bem-sucedida para a saúde exige coprodução, bem como participação e cooperação dos cidadãos, consumidores e doentes. À medida que a governação se torna

mais difundida na sociedade, trabalhar diretamente com os cidadãos poderá reforçar a transparência e a responsabilização (OMS, 2002).

Na figura 1, e tendo por base o modelo defendido por Kickbusch (2004), estão representados os níveis de literacia em saúde, bem como o papel do indivíduo em cada um. Assim, os indivíduos, famílias, grupos e comunidades assumirão diferentes papéis que variam de um papel passivo, se possuírem níveis básicos de literacia (literacia funcional), passando para um papel mais ativo e comunicativo, se possuírem um nível de literacia interativa, até um papel mais proativo quando, através da capacitação e consequente empowerment, consigam alcançar o nível de literacia crítica.

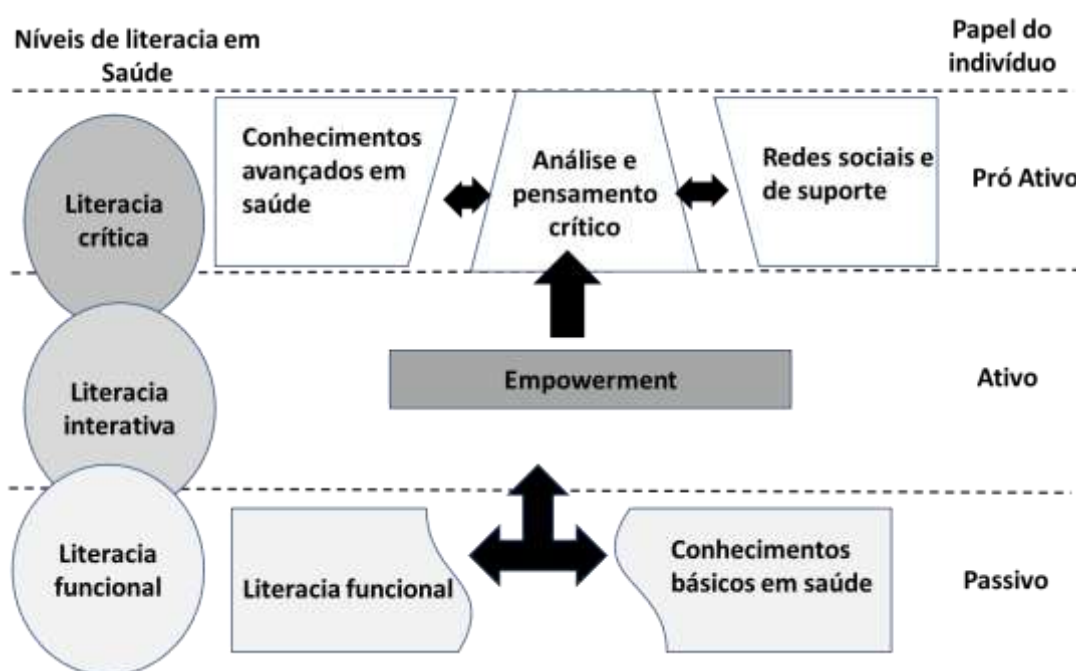


Figura 1. Níveis de literacia em saúde e papel do indivíduo.

Fonte: Kickbusch (2004).

Assim, de acordo com Kickbusch, Maag e Saan (2005) a literacia em saúde engloba:

- Conhecimentos básicos de saúde, conhecimento e aplicação da promoção da saúde, comportamentos de proteção e prevenção de doenças, bem como cuidados pessoais e familiares e primeiros socorros;
- Competências para se mobilizar nos sistemas de saúde e atuar como um parceiro adequado dos profissionais;

- Competências para a tomada de decisões em saúde na seleção e uso de bens e serviços e agir, se necessário, sobre os direitos do consumidor;
- Comportamento informado na área política, conhecimento dos direitos de saúde, advocacia para as questões de saúde e participação em organizações de pacientes.

Na figura 2, evidenciam-se as vantagens da literacia em saúde para os indivíduos, grupos e comunidades segundo Doyle et al. (2012).

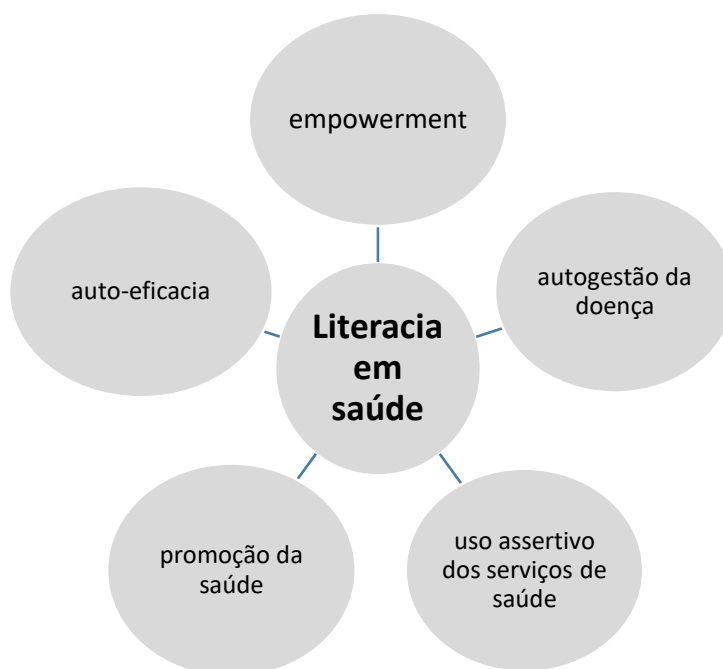


Figura 2. Vantagens da Literacia em Saúde para os utentes.

Fonte: Doyle et al. (2012).

A razão pela qual a literacia em saúde é importante, é porque mesmo a mais básica capacidade de literacia funcional possibilita as pessoas para o desenvolvimento do seu conhecimento e melhorar o seu potencial para atingir objetivos pessoais e, assim, apresentarem uma participação mais ativa, tanto económica como social na sociedade, (Nutbean, 2009).

O grande número de pessoas afetadas por um baixo nível de literacia em saúde, os fracos resultados em saúde, o aumento das doenças crónicas não transmissíveis, o aumento dos custos dos cuidados, o aumento da procura de informação e a equidade em termos de condições de saúde individual, são os fatores identificados que justificam a importância desta literacia em saúde, em iniciativas de saúde individuais e populacionais (Frawcett, 2010).

Aumentar o nível de literacia em saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, deve constituir objetivo de todos os intervenientes na área da saúde, os quais, através de uma efetiva comunicação e educação em saúde e investindo na promoção da saúde, conseguirão capacitar a população para que esta adquira o empowerment que lhes permita uma atitude crítica e proactiva em saúde, concretizando o afirmado pela OMS (2008) ao referir que “A acelerada revolução tecnológica está a multiplicar o potencial para melhorar a saúde e transformar a literacia em saúde numa sociedade global, bem-educada e modernista”.

1.1 Educação para a saúde e promoção da saúde

Em Portugal, a DGS já referia no Plano Nacional de Saúde de 2004 (DGS, 2004) que a educação para a saúde é uma ferramenta estratégica para a promoção da saúde, sendo as escolas o local preferencial para a passagem dos conhecimentos em saúde. Apesar deste facto e havendo alguma consciência política sobre a importância do aumento da literacia em saúde como ferramenta para a promoção de saúde, a verdade é que existem poucos estudos que deem uma perspetiva global sobre o conhecimento que a população portuguesa tem acerca da saúde. A maior parte dos estudos feitos em Portugal sobre este tema são locais/regionais ou demasiado específicos na área da saúde sobre a qual investigam (Santos, 2010).

Em Portugal, a organização do sistema de saúde seguiu a orientação da OMS através da Declaração de Alma Ata que aconselhava já em 1978 (OMS, 1978) que os cuidados de saúde primários devem localizar-se o mais próximo possível do local de residência ou de trabalho dos cidadãos, constituem a base do sistema de saúde e a porta de entrada dos indivíduos, famílias e comunidades para esse mesmo sistema.

“A Declaração de Alma Ata foi clara sobre os valores a seguir: justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade” (OMS, 2008), havendo então o sentimento de que o caminho para estes valores exigia mudanças fundamentais na forma como os sistemas de saúde estavam organizados (OMS, 2008).

Na verdade, alguns anos antes da Reunião em Alma Ata, já existia em Portugal esta consciência, uma vez que, pela mão de Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Rebelo de Sousa, foram organizados os primeiros centros de saúde no ano de 1971 – os Centros

de Saúde de 1.^a geração – enfatizando a saúde positiva, preventiva e comunitária (Ramos & Barbosa, 2014).

A Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), atrás referida, recomendava também a autorresponsabilização e autodeterminação do indivíduo, famílias e comunidades em relação à saúde, reconhecendo que a saúde é um objetivo social, no qual os governos devem investir, sendo a participação um direito e um dever de cada indivíduo, e os Cuidados de Saúde Primários o meio de acesso generalizado aos cuidados.

No entanto, para concretizar essa autorresponsabilização, é imprescindível que todos os indivíduos possuam uma consciência crítica no que à saúde diz respeito, pelo que, a educação para a saúde assume um papel essencial nessa consciencialização para que, como referido posteriormente pela OMS (1986) através da Carta de Ottawa, as pessoas assumam um papel primordial na promoção da sua saúde, nomeadamente através da intervenção nos determinantes da saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa, a promoção da saúde constitui o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem” (OMS, 1986, p. 1). A saúde é, assim, entendida como um recurso para a vida de todos os dias e uma dimensão da qualidade de vida, sendo que os recursos pessoais e sociais constituem os instrumentos necessários à sua concretização.

Na mesma carta de Ottawa são definidas cinco áreas prioritárias de intervenção, de entre as quais se realça o desenvolvimento de competências pessoais, “...no pressuposto de que informação adequada e pertinente, a educação para a saúde e o treino de habilidades e competências contribuem para opções saudáveis.” (Graça, 2015; p. 10). As aprendizagens ocorrem ao longo da vida e em diferentes contextos, para que as pessoas consigam satisfazer as suas necessidades.

A promoção da saúde é um resultado franco dos avanços da investigação científica, das conquistas sociais assim como da evolução do conceito de saúde, podendo ser encarada como qualquer ou toda a atividade que melhora a saúde dos indivíduos e das comunidades, sublinhando a importância de intervenções de prevenção da doença e promoção do bem-estar (Laverack, 2004).

Laverack (2004) define três importantes funções dos promotores de saúde, e que constituem o eixo central da promoção da saúde, como preconizado na Carta de Ottawa: advogar, capacitar e mediar.

Advogar para que fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos sejam modulados de forma favorável à saúde.

Procurar a equidade em saúde no sentido de capacitar, com o objetivo de redução de diferenças no estado de saúde da população, assegurando oportunidade e recursos iguais, a fim de a capacitar para o seu potencial de saúde.

Mediar, uma vez que se verifica primordial a ação coordenada entre governo, setor saúde, setores económicos e sociais, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e comunicação social. É igualmente reforçada a importância dos profissionais de saúde neste processo de articulação, bem como a importância do envolvimento dos indivíduos, famílias e comunidades no mesmo processo (OMS, 1986).

A comissão em Macroeconomia e Saúde (World Health Organization. [WHO], 2001) defende a necessidade de posicionar o setor da saúde num contexto mais vasto de promoção da saúde. Uma política efetiva requer a compreensão detalhada de que as condições locais – ecológicas, sociais, demográficas, económicas e políticas – afetam a saúde e precisam de ser abordadas segundo uma estratégia de saúde pública. O modelo de desenvolvimento da saúde integra os valores da democracia e do empowerment dos cidadãos e das comunidades.

A promoção da saúde pode ainda ser entendida como um conjunto de esforços realizados coletiva e individualmente para que se concretize o potencial máximo de saúde a que podemos aspirar (Loureiro & Natércia, 2010). Apesar da sua abordagem parecer simples, ainda são necessários elevados esforços individuais e coletivos urgentes. Todos são chamados a participar: o cidadão em geral, os profissionais de saúde, os políticos, os autarcas, os professores nas escolas e as famílias, para que se consiga a necessária capacitação individual e coletiva necessária ao empowerment em saúde. Para que tal seja conseguido, a educação para a saúde assume papel primordial (Loureiro & Natércia, 2010).

Ao abordar a promoção da saúde, é imprescindível abordar, de igual forma, a educação para a saúde, sendo que o debate sobre a sobreposição destes conceitos tem sido uma constante ao longo do tempo (Correia, 2016).

O processo educativo é visto como um processo condutor de saúde, integrado no projeto de vida do ser humano, apresentando-se por isso a educação como um fator base do melhoramento dos indivíduos, das comunidades e do seu nível de saúde. Desta forma, “Só através do processo de educação recíproca e pessoalmente autodirigida, poderemos atingir os objetivos marcados à educação de adultos: a plenitude da realização pessoal e a participação plena na vida da comunidade.” (Carvalho & Carvalho, 2006, p.17). Evidencia-se assim a preponderante participação comunitária para alcançar ganhos em saúde, sendo que a saúde comunitária não se torna viável nem com a ausência do envolvimento da comunidade, nem com a ausência deste processo educativo.

Educação para a saúde representa o conjunto de aprendizagens decorrentes de atividade intencional relacionadas com a saúde e doença, com o intuito de provocar alterações no conhecimento e na compreensão, assim como na forma de agir. Pode ser considerada um veículo para influenciar ou clarificar valores, pode reformar convicções e atitudes, pode ser elemento facilitador de aquisição de competências, podendo ainda conduzir a mudanças comportamentais e de estilo de vida (Carvalho & Carvalho, 2006).

Um bom nível de educação e de saúde tem valor próprio para o bem-estar das pessoas. Os dois conceitos estão intrinsecamente ligados. A educação ajuda a melhorar a saúde e uma boa saúde contribui para uma melhor educação. Além disso, a educação favorece o crescimento económico e o aumento do rendimento de pessoas pobres. As melhorias na saúde geram retornos significativos (Loureiro & Natércia, 2010).

A educação para a saúde, representa na sociedade atual, um aspeto crucial, no sentido em que nenhuma sociedade será globalmente saudável, se não estiver esclarecida dos fatores de risco passíveis de influenciarem o aparecimento de doenças e conseqüente perda de saúde e bem-estar. Nesta linha de pensamento, a educação para a saúde reflete o seu objetivo através da transmissão adequada de informação ao indivíduo, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção da doença, visando que os cidadãos melhorem a sua qualidade de vida e lhes seja possível tomar decisões conscientes e autónomas (Branco, 2013).

Se a saúde pode ser concebida como:

...um processo de construção e luta pelo próprio projeto de vida e a educação como um processo que visa desenvolver as capacidades cognitivas, afetivas, psicomotoras e sensoriais e as competências sociais dos indivíduos por forma a que estes se possam relacionar positivamente com o meio, modificando-o quando necessário (Nerici, 1996, p. 23 citado por Calvinho & Amorim, 2015, p.15),

torna-se então prioritário compreender o conceito de educação para a saúde que a OMS (1982) definiu como sendo um conjunto de atividades que estimulam a população para a saúde, a saber como a manter e promover, a saber atuar tanto individual como coletivamente e a procurar ajuda quando necessário, então, “a educação para a saúde deve ser encarada como uma atividade interativa e com intervenções globais e globalizantes, em que os serviços de saúde e da educação se conjuguem com outros recursos comunitários e partilhem destes princípios” (Calvinho & Amorim, 2015, p.15).

É assim inquestionável que a educação para a saúde é um instrumento essencial para promover a saúde. Enquanto a educação para a saúde tem o intuito de informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas, a promoção da saúde tem como objetivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, permitindo que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade exaltem a saúde (Laverack, 2004).

Educar em saúde, no sentido da sua promoção, revela-se nos dias de hoje uma questão de cidadania, sendo emergente o investimento e envolvimento de toda a sociedade nesta área, sobretudo daqueles que assumem responsabilidade, competência e capacidade, tomando como dever a promoção da saúde, prevenção da doença e bem-estar do indivíduo/comunidade. Refira-se que tal intervenção é pautada e influenciada pela dimensão social, cultural, espiritual e económica, tornando-se o conhecimento do contexto onde se insere a população, bem como o conhecimento da sua realidade experimentada de suma importância (Branco, 2013).

Em Portugal, a promoção da saúde tem sido uma preocupação constante, como consta no Plano Nacional de Saúde da DGS (2016) que propõe:

- a) a promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo a que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende;
- b) a realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco;
- c) a promoção da participação ativa das organizações representativas dos interesses dos cidadãos;
- d) o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de cidadania em saúde;
- e) o desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença;
- f) o desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde;
- h) a promoção de atividades de voluntariado na saúde.

Assim, a promoção da saúde, revela-se cada vez mais um vetor essencial para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais nomeadamente através da educação para a saúde visando o incremento de poder das comunidades, (empowerment comunitário), (Gala, 2014).

2. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária como agente de capacitação da comunidade.

O decreto-lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, define os centros de saúde como assumindo importantes funções na promoção da saúde, nomeadamente através das UCC. Estas são responsáveis pelos cuidados de saúde no âmbito comunitário, na educação e promoção para a saúde a indivíduos e comunidades e são coordenadas por um enfermeiro especialista.

Neste contexto e de acordo com as competências do enfermeiro de cuidados gerais definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012), cabe a este profissional de saúde contribuir para a promoção da saúde. O enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro, no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde. O enfermeiro possui as seguintes competências: demonstra compreender as políticas de saúde e sociais, trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades, vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta os múltiplos determinantes da saúde, participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação, aplica conhecimentos sobre necessidades existentes de educação e promoção da saúde, para que indivíduos, famílias e comunidades adquiram o poder, para adotarem estilos de vida saudáveis, fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação, demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades, proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente, reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem, aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades, avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde (OE, 2012).

No Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018) estão definidas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública pela Ordem dos Enfermeiros. Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são atribuídas aos enfermeiros as seguintes competências:

- a) estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Face às competências preconizadas, a enfermagem comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de promoção da saúde à pessoa, família e comunidade. A promoção da saúde, concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária (OE, 2018).

Os enfermeiros possuem competências em educação para a saúde e conseqüente aumento da literacia em saúde que permitem aos cidadãos serem muito mais ativos em relação à saúde, facilitando o empowerment individual e comunitário que facilite uma intervenção ativa e crítica no que à promoção da saúde diz respeito.

2.1 Empowerment dos indivíduos/comunidades através da intervenção comunitária

O empowerment pode ser definido como um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual os indivíduos e os grupos sociais estão aptos para expressar as suas necessidades, expor as suas preocupações, projetar estratégias para o envolvimento nas tomadas de decisão e executar ações políticas, sociais e culturais para alcançar essas necessidades. Através de tal processo, as pessoas vêm uma próxima correspondência entre as suas metas de vida e a forma de as concretizar, e uma relação entre os seus esforços e resultados subsequentes (Nutbean, 1998).

Habitualmente, faz-se a distinção entre o empowerment individual e coletivo. O individual diz respeito às habilidades que a própria pessoa possui para tomar decisões e controlar a sua vida, enquanto que o empowerment comunitário envolve indivíduos atuando em grupo para obter maior influência e controlo dos determinantes de saúde e da qualidade de vida da comunidade, o que é uma importante meta nas ações comunitárias para a saúde (Nutbean, 1998).

O termo “empowerment” é designado pela Organização Mundial da saúde como um processo contínuo, no qual os indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, seguros que essas ações são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente, ganharem controlo nas suas vidas (WHO, 2002).

A intervenção comunitária é uma metodologia de desenvolvimento social cuja finalidade se define essencialmente pela capacidade de promover a ação participativa da comunidade, suas organizações, grupos e pessoas. A participação é o expoente máximo das ações de desenvolvimento comunitário que se distinguem daquelas que introduzem mudança e melhoria nas comunidades, mas sem intervenção da população (Silva, 2002).

Em desenvolvimento comunitário, a participação constitui um objetivo em si mesmo, como veículo de desenvolvimento pessoal e coletivo que se visa institucionalizar, sendo que é mediante essa participação que o desenvolvimento humano e social progride. Essencialmente no que concerne à saúde, indivíduos, famílias e comunidades dilatam os seus conhecimentos, refletem sobre necessidades e problemas da comunidade onde se encontram inseridos, integram-se na procura de soluções, tornando-se mais conscientes da complexidade social, económica e política dos problemas. A intervenção comunitária visa a participação esclarecida e responsável, encorajando o domínio de conhecimentos e técnicas partindo das necessidades sentidas com o objetivo da resolução dos problemas concretos (Silva, 2002).

De uma forma geral, o empowerment refere-se à expansão da liberdade de escolha e de ação. É a expansão das capacidades dos indivíduos para participarem, negociarem, influenciarem, controlarem tudo o que diz respeito às suas vidas (Rayan, 2002).

Funnel et al., citados por Ouschan, Sweeney e Jhonson (2000) referem que as pessoas obtêm o empowerment quando tem saberes, atitudes, capacidades e autoconhecimento necessários à melhoria da qualidade de vida.

Os mesmos autores apresentam o empowerment como um processo que inclui três dimensões (figura 3):

- Percepção de controlo sobre a situação de saúde, por parte da pessoa/cliente;
- Participação no processo de decisão;
- Percepção de educação por parte da pessoa/cliente.

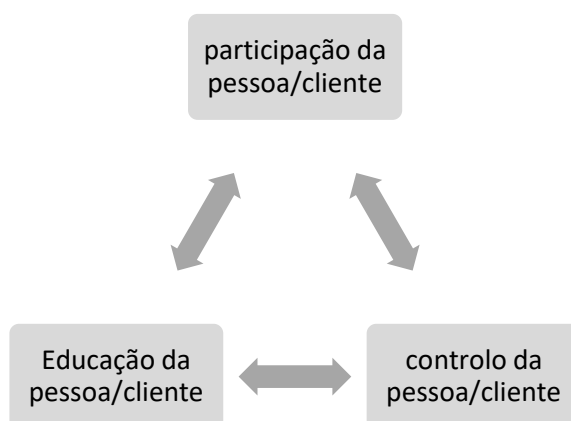


Figura 3. Dimensões do empowerment.
Fonte: Ouschan et al. (2000).

As dimensões indicam, assim, a necessidade de os profissionais de saúde promoverem uma eficaz e assertiva comunicação com as pessoas, no sentido de encorajá-las à participação, aprendizagem e desenvolvimento, no sentido de controlo da sua doença/problema de saúde.

Este esquema pretende mostrar que não só as atitudes das pessoas são importantes, como também são importantes as ações desempenhadas pelos profissionais de saúde, como a educação e a promoção da saúde. Este fato está evidenciado, entre outros, no estudo que Furthermore et al., citado por Ouschan et al. (2000), onde os autores definem o empowerment como um processo educacional que visa auxiliar as pessoas a desenvolverem saberes, competências e grau de autoconhecimento necessário para assumirem, de forma efetiva, responsabilidades nas decisões relacionadas com elas próprias. Subsequentemente, as pessoas, mais do que o profissional de saúde são os solucionadores do problema.

É nesta sequência, e no seguimento de tal concetualização, que é referido como pertença dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, a gestão do próprio potencial de saúde, reforçando o conceito de empowerment (Stanhope & Lancaster, 2008).

Os enfermeiros, através dos seus conhecimentos, competências e habilidades, podem desenvolver várias estratégias para capacitar os indivíduos e a comunidade nas múltiplas vertentes da saúde, nomeadamente para uma resposta adequada em suporte básico de vida (SBV) perante uma situação de paragem cardiorrespiratória (PCR), até a chegada de ajuda especializada (Ferreira, 2017).

3. Suporte básico de vida

A formação em SBV ministrada aos leigos é a que preconiza o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que em Portugal é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir, aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. A prestação de cuidados de emergência médica no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM, assim o INEM é a entidade responsável pela emergência pré-hospitalar. Esta formação foi adaptada ao público alvo e faz parte, do manual de suporte avançado de vida (INEM, 2011), das orientações da ERC (2015) e do manual de suporte básico de vida (INEM, 2017).

Primeiramente e antes de abordar o SBV, será feita uma pequena descrição/definição do termo paragem cardiorrespiratória, assim como da cadeia de sobrevivência, que interliga os diferentes elos para que a reanimação da vítima seja o mais eficaz possível.

3.1 Paragem cardiorrespiratória

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é a situação mais grave dentro das emergências atendidas pelos serviços pré-hospitalares e hospitalares. Pode ser definida pela ocorrência súbita de interrupção sanguínea, culminando em perda da consciência, sendo responsável por morbidade e mortalidade elevadas, mesmo em situações de atendimento ideais (Canova, Cyrillo, Hayashida, Pompeo & Dalri, 2015; Luciano, Matsuno, Moreira, Pazin-Filho & Schmidt, 2010; Timerman, et al. 2010).

A PCR é muitas vezes descrita como morte iminente, pois apenas cerca de 1 a 2% das vítimas sobrevivem. No entanto, o desenvolvimento do conhecimento científico no que diz respeito à capacidade de reanimação do ser humano, assim como o avanço da tecnologia disponível, tem permitido aumentar a probabilidade de sobrevivência das pessoas vítimas de PCR, bem como melhorar a condição de vida a todos aqueles que sobrevivem a estes eventos (ERC, 2015; INEM, 2017). Admite-se que podem ser

alcançados 70% de sobrevivência quando o socorro é adequado, rápido e eficaz, e aplicado por socorristas capacitados, sejam eles leigos ou profissionais de saúde (Menezes & Rocha, 2013).

As paragens cardiorrespiratórias fora do contexto hospitalar afetam globalmente 55 pessoas em cada 100000 por ano, com uma taxa de sobrevivência de 7%. Entre os principais fatores associados ao aumento da taxa de sobrevivência em relação às PCR pré-hospitalares, temos o suporte básico de vida precoce e a desfibrilhação pré-hospitalar. O SBV precoce atrasa a evolução de fibrilhação ventricular em assistolia, é administrado, em média, 4 minutos mais cedo que o SBV prestado pelas equipas que chegam ao local (Petric, Malicki, & Mestrovic, 2016).

Nestes casos de emergência pré-hospitalar e dada a necessidade de intervenção rápida e adequada, considera-se fundamental a capacitação leiga. Considerando que a maioria dos casos de PCR ocorrem na presença de leigos e que o tempo até a vítima ser socorrida é uma variável decisiva, a formação da população para intervir de forma adequada, iniciando o mais precocemente possível as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP), afigura-se como um elemento estratégico incontornável (Hazinski & Field, 2010; Moretti, & Ferreira, 2010; Silva et al., 2017).

Para o efeito, neste estudo de investigação foi avaliado o nível de conhecimentos de leigos em SBV, antes e depois de ministrados conteúdos teórico-práticos para a competência em SBV, com vista a determinar a relação entre uma formação e a aquisição de conhecimentos em SBV.

Devido à importância de capacitar a população em SBV, foi recomendado ao governo a introdução no 3.º ciclo de ensino básico das escolas nacionais uma formação, de frequência obrigatória, em suporte básico de vida. Assim consta na Resolução da Assembleia da República, n.º 33/2013, de 22 de fevereiro. A Assembleia da República resolve, nos termos do número 5º do artigo 166º da Constituição, recomendar ao Governo que introduza a formação e que seja denominada de Suporte Básico de Vida.

O suporte básico de vida é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologia padronizada, que tem por objetivo reconhecer situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber de imediato, sem recurso qualquer utensílio, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação, de modo a manter a vítima viável até que possa ser instituído o tratamento médico

adequado e, eventualmente, se restabeleça o normal funcionamento respiratório e cardíaco (INEM, 2012).

Para a vítima de PCR o tempo que decorre desde a instalação do evento até ao início das manobras de RCP é decisivo. Neste quadro, estima-se que por cada minuto que passe sem assistência, as probabilidades de sobrevivência decresçam em 10%, motivo pelo qual a maior parte das vítimas morre fora do hospital, sem intervenção da equipa de saúde (CPR, 2010; ERC, 2015).

Por outro lado, e em sentido positivo, quando as manobras de SBV são iniciadas por alguém que presenciou a PCR, a taxa de sobrevivência aumenta o dobro ou o triplo (Bohn et al., 2012; CPR, 2010).

Estas manobras de RCP permitem um fluxo de sangue pequeno, mas essencial, para que o coração e cérebro possam receber alguma perfusão e assim aumentar a possibilidade de reverter o quadro (Timerman et al., 2010). Segundo o ERC (2015), o objetivo principal do SBV é permitir ganhar tempo até à chegada de socorro diferenciado, munido de material, equipamento e conhecimento para poder instituir procedimentos de suporte avançado de vida na estabilização da vítima.

3.2 Cadeia de sobrevivência

Para que a abordagem a uma vítima neste cenário possa ter o melhor socorro, no sentido de procurar a máxima probabilidade de sobrevivência, foi desenvolvido o conceito de “Cadeia de Sobrevivência”. A Cadeia de Sobrevivência, resume as etapas vitais para uma reanimação bem-sucedida, está composta por quatro elos, em que o funcionamento adequado de cada elo e articulação eficaz entre eles é vital para que o resultado final possa ser uma vida (INEM, 2012, 2017).

Os quatro elos da Cadeia de Sobrevivência são:

- 1- Reconhecimento precoce e pedido de ajuda (Ligar 112);
- 2- Início precoce de SBV - (Reanimar);
- 3- Desfibrilhação precoce - (Desfibrilhar);
- 4- Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce e cuidados pós reanimação - (Estabilizar).

Os dois primeiros elos são os elementos a realçar na formação de leigos e onde deve ser dado maior ênfase, embora os dois últimos também foram abordados na formação

de uma maneira mais superficial, pois o conjunto dos 4 elos da cadeia de sobrevivência representa, simbolicamente, o conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de PCR. 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, pois de nada serve ter o melhor SAV se quem presencia não sabe ligar 112 (INEM, 2011).



Figura 4. Cadeia de sobrevivência.
Fonte: INEM (2017, p.5).

1.º Elo: Ligar 112.

Para que este elo da cadeia possa funcionar adequadamente é fundamental que quem presencia uma determinada ocorrência seja capaz de reconhecer a gravidade da situação e saiba ativar o sistema integrado de emergência médica (SIEM) ligando adequadamente 112 para poder informar o quê, onde, como e quem (INEM 2011).

Aquando da ativação do 112, a chamada é encaminhada para as centrais de emergência da Polícia de Segurança Pública (PSP) e Guarda Nacional Republicana (GNR).

Nas situações em que o motivo da chamada é uma urgência ou emergência médica, as mesmas são direcionadas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

A informação a transmitir deve ser o mais completa e fidedigna possível, pois dela depende o envio do meio de socorro mais adequado para auxiliar a(s) vítima (s), (ambulância, suporte imediato de vida (SIV), motas de emergência, viaturas de emergência e reanimação (VMER), helicóptero...).

Quando se ativa o 112, as pessoas já devem estar preparadas para saber responder o que aconteceu, onde, quando, como, número de vítimas, sexo e idade aparente das mesmas. Transmitir as queixas referidas e as doenças das vítimas caso sejam conhecidas é de suma importância. Devem ter disponível um número de contato para facultar, caso seja necessário o CODU ligar.

Para além destas respostas, devem responder a todas as questões que lhe possam ser colocadas pelos operadores e nunca deve ser desligada a chamada sem indicação do operador.

Cumprindo estas normas estamos a contribuir para que o meio de socorro ativado seja o mais adequado à situação da vítima (INEM, 2011).

A consciência de que estes procedimentos podem salvar vidas humanas deve ser incorporada o mais cedo possível na vida de cada cidadão, constituindo-se assim uma forma de promover o *empowerment* da população, pois o fato de não realizar estas atitudes significa falta de formação e informação por parte da mesma (Gala, 2014).

2.º Elo: Reanimar (manobras de SBV).

Após a ativação do SIEM devem ser iniciadas de imediato, no local onde ocorreu a PCR, as manobras de SBV, estas manobras consistem essencialmente na realização das compressões torácicas e das insuflações até a chegada da ajuda diferenciada. A importância do reconhecimento de uma situação de PCR e o início imediato de SBV permitem realmente algum ganho no que diz respeito à circulação e ventilação, uma vez que é pelas manobras que é possível continuar a oxigenar os órgãos nobres que se encontram privados de circulação (INEM, 2011).

3.º Elo: Desfibrilação precoce.

A maioria das PCR no adulto, têm nos primeiros momentos, um ritmo desfibrilhável: taquicardia ventricular (TV) sem pulso ou fibrilação ventricular (FV). O SBV e a desfibrilação precoce, nos primeiros 3 a 5 minutos após o colapso cardíaco, podem resultar em taxas de sobrevivência elevadas, motivo pelo qual se preconiza cada vez

mais a existência e utilização do Desfibrilhador Automático Externo (DAE) em ambiente pré-hospitalar. A rapidez da desfibrilhação é decisiva para o desfecho da PCR, pois quando aplicada no primeiro minuto, no caso de TV sem pulso ou FV, pode ter uma taxa de sucesso de 100%, caso contrário, ao fim de 8 a 10 minutos essa probabilidade de sucesso é quase nula (INEM 2011; ERC, 2015).

O sucesso do 3.º elo vai depender diretamente dos dois elos anteriores, a ativação 112 para fazer chegar a ajuda necessária em tempo útil e o suporte básico de vida para manter a vítima “viável” até à chegada do DAE, por isso é tão importante a formação de leigos em SBV, focando-se, essencialmente nos dois primeiros elos da cadeia (INEM 2011; INEM, 2017).

4.º Elo: Suporte avançado de vida.

O quarto elo da cadeia de sobrevivência depende exclusivamente da chegada das equipas de emergência, dotadas de meios necessários para assumir a situação. Decorre a partir daqui a continuidade da recuperação da vítima, estabilização e transporte para o local indicado no que diz respeito à continuidade de cuidados pós-PCR (INEM 2011; Barata, 2017).

A eficácia deste elo, da mesma forma que acontecia com o 3.º elo, depende diretamente da correta realização dos dois primeiros elos da cadeia de sobrevivência. Uma PCR na qual não foram executadas manobras de SBV, desde o seu reconhecimento até à chegada de uma equipa diferenciada, será dificilmente recuperado; ou, ainda que recuperado, poderá ter graves consequências isquémicas para a vítima (INEM, 2011; Gala, 2014).

A cadeia de sobrevivência representa assim, simbolicamente, este conjunto de procedimentos sequenciais, para os quais todos os envolvidos têm de contribuir. Para que o resultado final possa ser, efetivamente, uma vida salva. Cada um dos elos da cadeia é vital e a possível recuperação da vítima depende de todos eles, tendo todos a mesma importância (INEM, 2011).

No entanto, o início de todo este processo é determinante, motivo pelo qual, cada vez mais é dada relevância aos conhecimentos de SBV e à atuação do socorrista leigo, que presencia a PCR (INEM, 2011; ERC, 2015).

O INEM (2017, p.5) define o leigo como “...o individuo que presencia uma PCR e não tem formação em SBV”.

O papel que desempenha um leigo no SBV desde que o 112 é ativado até a chegada dos serviços de emergência é essencial, sendo necessário realizar as manobras de ressuscitação por quem presenciou a PCR.

Se a pessoa/leigo que está a assistir à vítima não tem formação em SBV, deve sempre efetuar a chamada ao 112 e realizar as compressões torácicas contínuas seguindo as instruções dadas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). (INEM, 2017).

3.3 Formação ministrada em suporte básico de vida em adultos.

O SBV é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas, que tem por objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer utensílio, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação, de modo a manter a vítima viável até que possa ser instituído o tratamento médico adequado e, eventualmente, se restabeleça o normal funcionamento respiratório e circulatório (INEM, 2011, 2017).

Pergola e Izilda (2009), citados por Gala (2014) referem que é fundamental o esclarecimento e a capacitação da população no atendimento à PCR, facilitando a memorização das etapas do SBV de forma a poder massificar o processo, tornando-o mecânico e compreensível para evitar as perdas de tempo e saber como agir atempadamente perante esta situação de emergência.

A figura 5 mostra que o suporte básico de vida inclui a avaliação inicial da vítima, a manutenção da via aérea permeável, a ventilação com ar expirado e as compressões torácicas. Os 3 elementos do SBV, após a avaliação inicial, são designados classicamente por “ABC”. “A” de “Airway” para manutenção da via aérea permeável, “B” de “Breathing” para a ventilação e “C” de “Circulation” para a manutenção da circulação (INEM 2011, 2017).

As manobras de PLS e a desobstrução da via aérea foram outras duas componentes associadas ao SBV que foram ministradas aos leigos na formação. Tratam-se de simples manobras que podem ser executadas por leigos e estão diretamente ligadas, ou à prevenção de um evento PCR, ou na recuperação imediata, à manutenção da vítima

numa posição confortável, quer para pedir ajuda quer para aguardar a chegada de ajuda de equipas de emergência ao local (INEM,2011).

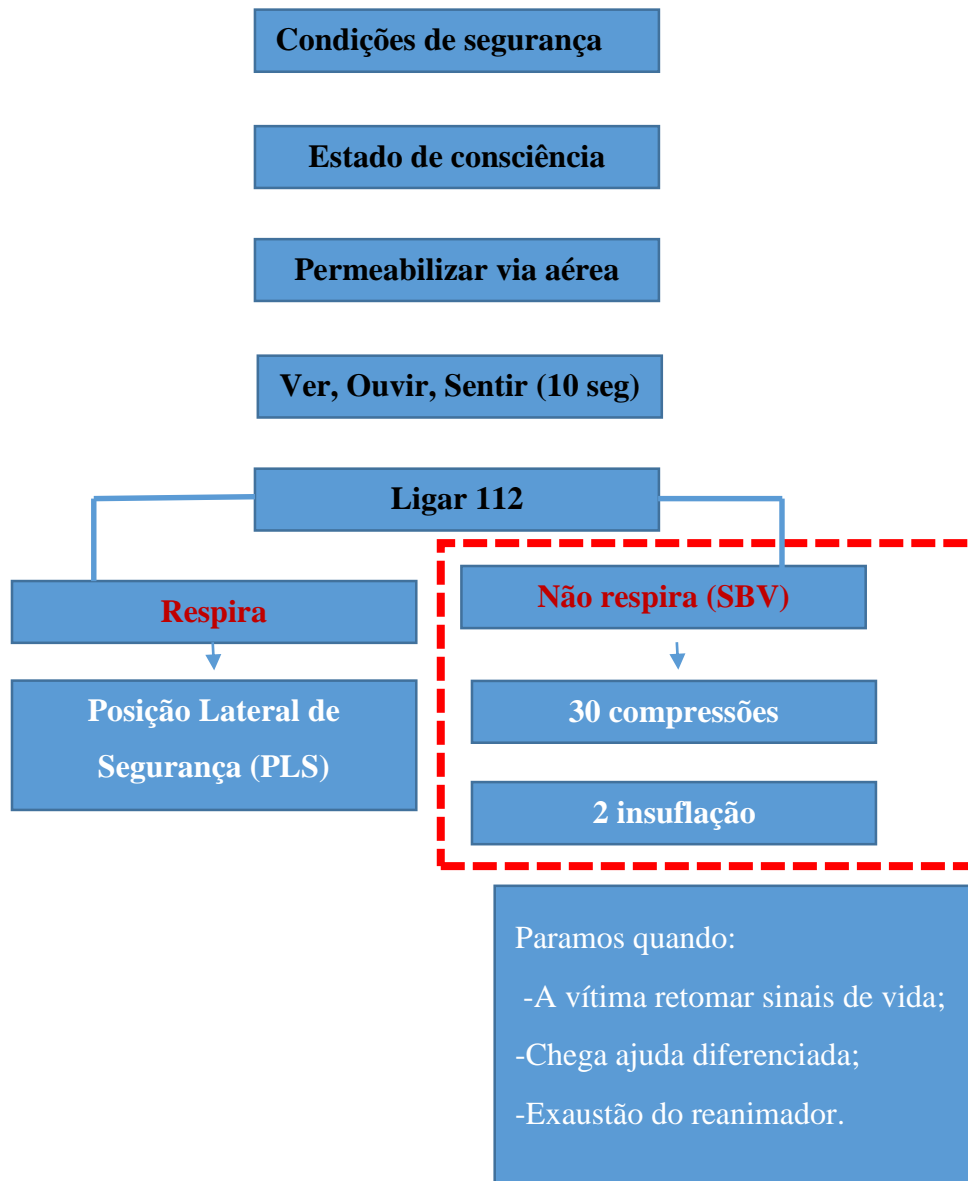


Figura: 5. Adaptação do algoritmo do SBV.
Fonte: INEM (2017).

3.3.1. Posição lateral de segurança (PLS)

Antes de iniciar a abordagem a uma vítima, o primeiro que deve ser realizado é garantir as condições de segurança para o reanimador e para terceiros, a mesma deve ser garantida ao longo de todo o processo, pois o reanimador nunca deve expor-se a si nem a terceiros

a riscos que possam comprometer a sua integridade física como reanimador (INEM, 2011; ERC, 2015).

Depois de ter certeza que estão salvas as condições de segurança (evitar choques elétricos, carros, exposição de gás, derrocadas...), procede-se a avaliar o estado de consciência da vítima como se ilustra na imagem, estimulando verbal e taticamente à vítima em ambos os ombros (INEM, 2011; ERC, 2015).



Figura 6: Avaliação do estado de consciência.
Fonte: INEM (2017, p.7).

Após avaliar o estado de consciência e se a vítima responde aos estímulos, devemos deixá-la na posição em que se encontra (se não existe perigo), deve-se tentar perceber junto da vítima o que poderá ter acontecido e se necessário ligar ao 112 (INEM, 2011; ERC, 2015).

Caso a vítima não responda, deve-se seguir com o algoritmo permeabilizando a via aérea: coloca-se a vítima em decúbito dorsal, realiza-se a extensão da cabeça e a elevação do maxilar inferior, com estas manobras projeta-se a língua para a frente evitando a queda da língua o que provocaria a obstrução da via aérea. (Se existe suspeita de algum trauma na coluna cervical não deve ser realizada a extensão da cabeça) (INEM, 2011; ERC, 2015).



Figura 7. Permeabilização da via aérea.
Fonte: INEM (2017, p.7).

Depois de ter a vítima com a via aérea permeável, realiza-se a avaliação da respiração através do VOS (Ver, Ouvir e Sentir) ao longo de 10 segundos. O VOS consiste em ver os movimentos torácicos, ouvir os sons respiratórios saídos pela boca /nariz e sentir o ar expirado pela vítima na face do reanimador (INEM, 2011; ERC, 2015).



Figura 8. Ver, Ouvir e Sentir.
Fonte: INEM (2017, p.8).

Chegados a este ponto, a vítima pode ou não estar a respirar, caso a vítima esteja a respirar deve ser colocada em PLS, caso não exista suspeita de traumatismo, ligar ao 112 e ir vigiando a vítima até a chegada de ajuda (INEM, 2011; ERC, 2015).

A PLS assegura a permeabilidade da via aérea numa vítima inconsciente e que respira normalmente. Previne que a queda das estruturas moles obstrua a via aérea e permite a

drenagem de fluidos pela boca, por exemplo na presença de vômito, em que a vítima não tem reflexos para evitar a aspiração do mesmo. (ERC, 2015; INEM, 2017).

Tal como nos refere o INEM (2017), a sequência para colocar uma vítima em PLS deve seguir os seguintes passos: ajoelhar-se ao seu lado, remover corpos estranhos como a carteira, chaves, óculos... que podem provocar danos na vítima e verificar que as pernas da vítima estão estendidas.



Figura 9. Estender as pernas a vítima.
Fonte: INEM (2017, p.13).

A continuação o braço da vítima que está mais perto do reanimador deve ficar em ângulo reto, com a palma da mão virada para cima.



Figura 10. Colocar o braço da vítima em angulo reto com o corpo.
Fonte: INEM (2017, p. 13)

De seguida, segura-se no outro braço da vítima, e cruzando o tórax da vítima, coloca-se o dorso da mão na face da vítima que fica do lado do reanimador.



Figura 11. Colocar o dorso da mão da vítima no lado da face mais próxima do reanimador.
Fonte: INEM (2017, p.14).

Com a outra mão, o reanimador levanta a perna que lhe fica mais afastada, dobrando o joelho da vítima, mas deixando o pé em contato com o chão.



Figura 12. Levantar a perna da vítima dobrando-a.
Fonte: INEM (2017, p.14).

Finalmente o reanimador roda a vítima para o seu lado.



Figura 13. Rodar a vítima para o lado do reanimador.
Fonte: Adaptado do INEM (2017).

Após a vítima ter sido rodada, é estabilizada a perna que fica por cima, de forma a que a anca e o joelho formem ângulos retos, inclina-se a cabeça da vítima para trás, assegurando a permeabilidade da via aérea e ajusta-se a mão debaixo do queixo para manter a extensão.



Figura 14. Posição final da vítima em PLS.
Fonte: INEM (2017, p.14).

Se há suspeita de trauma não se deve colocar a vítima em PLS e a cada 30 minutos, se a ajuda não chegar, deve-se desfazer a PLS e colocar a vítima de novo em PLS mas do lado oposto ao que estava, com o fim de minimizar possíveis danos ocasionados pela compressão sobre o ombro (INEM, 2017).

3.3.2 Manobras de SBV

Voltando ao algoritmo inicial e depois ter efetuado o VOS, quando em vez de ter uma vítima inconsciente que respira que é colocada em PLS, como vimos anteriormente, temos uma vítima inconsciente que não respira, nesta situação, ativa-se o serviço de emergência ligando ao 112 antes de iniciar as manobras de SBV, caso haja dois reanimadores, um pode ativar o 112 e o outro inicia de imediato as manobras de SBV.

As manobras de SBV iniciam-se sempre pelas compressões torácicas, seguidas das ventilações a um ritmo de 30:2 respetivamente (INEM, 2011; ERC, 2015).

Numa PCR o sangue que está nos pulmões e no sistema arterial permanece oxigenado por alguns minutos, as compressões fazem com que o fluxo de sangue seja enviado para o coração, o cérebro e outros órgãos vitais, este é o motivo pelo qual as manobras de SBV são iniciadas pelas compressões torácicas e não pelas ventilações (ERC, 2015).

Segundo as orientações do INEM (2011) e ERC (2015), para que as compressões sejam o mais eficazes possíveis, é preciso ter em atenção os seguintes aspetos: a vítima deve estar deitada de costas numa superfície dura, o reanimador posiciona-se verticalmente acima do tórax da vítima, colocar a base de uma mão no centro do tórax da vítima e a outra mão sobre a primeira entrelaçando-as, os braços e os cotovelos devem estar esticados, a seguir podem se iniciar as compressões sobre o esterno deprimindo o 5-6 cm a cada compressão, no final de cada compressão deve ser garantida a descompressão do tórax, mas sem retirar as mãos do tórax. Estas compressões devem ser realizadas de forma rítmica com uma frequência de 100 a 120 por minuto. As compressões nunca devem ser

interrompidas por mais de 10 segundos, pois quando há uma interrupção o sangue deixa de circular.



Figura 15. Compressões torácicas.
Fonte: INEM (2017, p.18).

Após as 30 compressões, seguem-se 2 ventilações.

Para realizar as ventilações, o reanimador coloca-se ao lado da vítima, permeabiliza a via aérea da vítima, coloca-se uma mão na testa da vítima e empurra-se com a palma da mão, inclinado a cabeça para trás e tapando com a mesma mão as narinas da vítima, colocam-se os dedos da outra mão por baixo da parte óssea da mandíbula, perto do queixo elevando o queixo da vítima, deve-se ter cuidado para não fechar a boca. O reanimador inspira e sela os lábios ao redor da boca da vítima para evitar fugas de ar, aplicando a ventilação (sopra continuamente por um segundo, observando se há extensão do tórax da vítima), são efetuadas 2 ventilações. Caso as ventilações não sejam eficazes não devem ser repetidas e voltam a ser efetuadas mais 30 compressões (INEM, 2011; ERC, 2015).

Caso o reanimador não se sinta capaz de fazer as ventilações boca-a-boca, pode utilizar um adjuvante da via aérea (máscara de bolso), realizando a ventilação boca-máscara.

A máscara de bolso pode ser utilizada por leigos que tenham recebido formação. Este dispositivo adapta-se à face da vítima, tapando a nariz e a boca. Possui uma válvula unidirecional pela qual o reanimador sopra, esta válvula desvia o ar expirado da vítima do reanimador (INEM, 2011; ERC, 2015).



Figura 16. Insuflações boca-boca.

Fonte: INEM, (2017, p.10)



Figura 17. Insuflações boca-máscara.

Fonte: INEM, (2017, p.10)

Caso o reanimador não disponha de máscara de bolso e tenha relutância em fazer as ventilações boca a boca, pode fazer só as 30 compressões torácicas, mas não existem períodos de pausa, são realizadas de forma contínua (INEM, 2017).

As manobras do SBV só devem ser interrompidas em três pressupostos:

- Se a vítima retoma sinais de vida;
- Quando chegar ajuda diferenciada;
- Em caso de exaustão do reanimador. Este pressuposto fica minimizado no caso de existirem várias pessoas com conhecimento em SBV, assim, é importante a formação ao maior numero possível de leigos em SBV (INEM, 2011; ERC, 2015).

Não é fácil recuperar uma vítima (aparecerem sinais de circulação) apenas com as manobras de SBV, com tudo, saber por em prática, por parte de leigos, o 1.º e o 2.º elo da cadeia de sobrevivência é essencial para um melhor desempenho dos restantes elos da cadeia de sobrevivência, e para minimizar as consequências isquêmicas devidas à PCR caso a vítima venha recuperar (INEM, 2011; ERC, 2015).

3.3.3 *Obstrução da via aérea por corpo estranho.*

A obstrução da via aérea (OVA) por corpo estranho é pouco frequente, mas pode desencadear uma PCR. Em regra, está associada a alimentos e costuma ser presenciada, o que facilita uma intervenção precoce e maior possibilidade de reverter a PCR se esta se instaurar. O risco de OVA é mais frequente em pessoas com diminuição do nível de consciência, intoxicação por drogas ou álcool, dificuldade de deglutição, demência, pouca dentição, alterações mentais, tendo os idosos alguns destes riscos em simultâneo (INEM, 2017).

A resolução da OVA é um conjunto de procedimentos descritos no seguinte algoritmo (INEM, 2017).



Figura 18. Algoritmo da OVA.
Fonte: INEM (2017, p.17).

O ERC (2015) e o INEM (2017) classificam a OVA segundo a sua gravidade em ligeira e grave.

Na OVA ligeira a vítima está consciente, consegue falar tossir e respirar, pode apresentar algum ruído respiratório, mas consegue ter um reflexo da tosse eficaz e só deve ser encorajada a tossir.

Na OVA grave a vítima não consegue falar, a tosse é fraca ou inexistente. Pode existir um ruído agudo alto aquando a inspiração ou pode haver ausência total de ruído, devido a ausência de movimentos de ar, pode aparecer cianoses (coloração azulada ou violácea da pele) e a vítima agarra o pescoço com as mãos, que é o sinal universal de asfixia.

Perante uma vítima com tosse ineficaz devemos iniciar sempre pela pancadas inter-escapulares (INEM, 2011; ERC, 2015) e seguir os passos que se detalham a seguir.



Figura 19. Pancadas inter-escapulares.
Fonte: INEM (2017, p.16).

A pessoa coloca-se ao lado e ligeiramente por trás da vítima, encostando uma das pernas para ter apoio. A vítima deve estar ligeiramente inclinada para a frente (para facilitar a possível saída de algum corpo estranho). A vítima deve ser assegurada por um braço do reanimador a nível do tórax e com a outra mão, o reanimador deve aplicar as pancadas com a palma da mão na região inter-escapular, isto é, no meio dos ombros. As pancadas deveram ser aplicadas com a força suficiente para resolver a obstrução, a seguir a cada pancada deve-se verificar se a situação ficou resolvida, caso contrario continua-se até o máximo de 5 pancadas. No caso das 5 pancadas inter-escapulares não terem resolvido a OVA, aplicam-se as compressões abdominais (manobra de Heimlich).



Figura 20. Compressões abdominais.
Fonte: INEM (2017, p.16).

O reanimador fica por trás da vítima para circundar o abdómen da mesma com os seus braços, a vítima mantém-se inclinada para a frente, localiza-se a cicatriz umbilical e coloca-se o punho fechado por cima, com o polegar em contato com o abdómen da vítima, coloca-se a outra mão por cima do punho e aplica-se uma compressão rápida para dentro e para cima, verifica-se se o corpo estranho foi expelido da via área, caso contrario continuam-se com as compressões abdominais até o máximo de 5, verificando a seguir a cada uma se houve ou não saída do corpo estranho.

O sucesso de desobstruir a via área com estas manobras é muito superior ao de recuperar uma vítima em PCR, com tudo, podem ser causadas lesões internas assim, as vítimas submetidas a estas manobras devem ser observadas por um médico (INEM, 2011).

Caso as pancadas inter-escapulares e as compressões abdominais não resolvam a OVA, a vítima vai entrar em PCR. Deve-se amparar a vítima colocando-a no chão e iniciando o procedimento do SBV (30 compressões / 2 ventilações), prévio contacto ao 112 (INEM, 2011).

Existem duas exceções à aplicação das manobras de Heimlich nos adultos, são estas as grávidas em fim de gravidez e vítimas muito obesas. Nestas situações as manobras de Heimlich são substituídas pela técnica das compressões torácicas (INEM, 2011; ERC, 2015).

PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO

4. Metodologia de investigação

A metodologia utilizada caracteriza-se por uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. Deste modo, a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação, (Fortin et al., 2009).

É nesta fase que se indica o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, coerência entre as definições conceptuais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de seleção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, bem como se indicam e justificam as técnicas e medidas estatísticas utilizadas, (Fortin et al., 2009).

Nesta linha de pensamento, delimitámos o problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetuámos uma revisão bibliográfica, de modo a permitir uma sustentação teórica do problema, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual para fazer face ao objetivo do estudo.

4.1 Contextualização e objetivos do estudo.

Conforme descrito anteriormente, compete às UCC a prestação de cuidados de saúde no seio da comunidade, bem como a realização de educação para a saúde no sentido da capacitação e empowerment de indivíduos, grupos e comunidades.

Face ao referido, a eleição da problemática em estudo prendeu-se com a atividade profissional da investigadora nesta área, o seu interesse e o gosto pelo tema e a possibilidade de contribuir para o aumento da literacia em saúde no que ao SBV concerne através da ministração e treino de um conjunto de conhecimentos que possam ser úteis para dar início a uma assistência mais rápida, segura e organizada face a situações de paragens cardiorrespiratórias presenciadas por leigos na comunidade.

Assim, perante a falta de conhecimento da população em SBV, compete ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, ajudar a difundir e aumentar esse conhecimento, dado que a falta do mesmo, causa preocupação e tem sido objeto de discussão e estudo. Esta condição, suportado pelo que está descrito na literatura, bem como a atividade profissional desenvolvida num centro de saúde sediado num concelho do interior de Portugal, conduziram à definição do tema para o presente estudo, para o qual foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Planear, implementar e avaliar um programa de formação em suporte básico de vida dirigido a pessoas leigas da comunidade.

Objetivos específicos:

- Estabelecer a caracterização sociodemográfica dos participantes no que à idade, sexo e habilitações literárias diz respeito;
- Avaliar os conhecimentos dos participantes em SBV;
- Ministrara formação teórico-prática para a competência em SBV;
- Determinar a efetividade da formação em SBV ministrada no decorrer do projeto.

4.2 Desenho do estudo

O presente estudo assenta na metodologia quantitativa de investigação, pois expressa-se em números obtidos através das escalas, variáveis e índices aplicados à amostra. Desenhou-se assim um estudo analítico e quase-experimental com delineamento intragrupos de series temporais. Isto deve-se ao facto do estudo ter uma fase de diagnóstico (pré teste), intervenção (formação em SBV) e avaliação dos conhecimentos (pós teste), onde se efetua a comparação entre os dados iniciais e finais obtidos no mesmo grupo. O termo quase (que se entende como possuir alguns, mas não a totalidade) precedendo o termo experimental, indica-nos que estamos perante um projeto semelhante a uma experiência, embora não o seja na realidade. O que distingue o estudo quasi-experimental de um estudo experimental é a ausência de qualquer grupo de controlo ou grupo de comparação, ou seja, apenas um só grupo é tratado estatisticamente (Jackson, 2011). Também o estudo por delineamentos intragrupos é possível nesta análise. Num delineamento de séries temporais são realizadas aferições antes e após a intervenção em

cada participante, o que proporciona que cada participante seja controle de si próprio (Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2008).

4.3 Variáveis de investigação

As variáveis são indispensáveis em qualquer tipo de estudo, estão inseridas nas hipóteses e é necessário o seu «isolamento» para posterior operacionalização. Estas podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. Assim, Fortin (2006) classifica as variáveis em dependentes e independentes, variáveis atributos e variáveis estranhas. No presente estudo são apenas consideradas as variáveis dependentes e independentes.

A variável dependente de acordo com Fortin (2006), é aquela que sofre o efeito das variáveis independentes. Definiu-se então para este estudo como variável dependente o conhecimento em suporte básico de vida.

A variável independente é a que o investigador manipula no estudo e é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente. Esta relação forma a base da predição e exprime-se pela formulação de hipóteses (Fortin, 2006). Para este estudo, foram selecionadas as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, habilitações literárias e a formação em suporte básico de vida.

4.4 Hipóteses de investigação

As hipóteses pressupõem a existência de relação simples entre os termos e conceitos técnicos do investigador, as operações de investigação, as descobertas e as conclusões da investigação (Coutinho, 2014).

As hipóteses formuladas neste estudo procuram predizer a relação de associação ou causalidade entre as variáveis em estudo. Assim sendo, elaborámos as hipóteses, relacionando as variáveis de modo a avaliar de que forma as variáveis independentes interferem na variável dependente.

Assim, de acordo com o problema e objetivos de investigação anteriormente definidos, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

- H1 - Os conhecimentos em SBV são diferentes segundo a idade, o sexo e o ano de escolaridade dos participantes (antes e após a formação);

- H2 - Existem diferenças nas médias de conhecimentos dos participantes antes e após formação em SBV.

4.5 População e amostra

Segundo Fortin et al. (2009, p.202), uma população é “...uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”. Para a mesma autora, a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

Relativamente à amostra, esta corresponde à fração da população sobre a qual se desenvolve o estudo, devendo ser fielmente representativa da população alvo do estudo (Fortin et al., 2009).

Face ao exposto, para o presente estudo definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Participar voluntariamente no estudo;
- Ter mais de 18 anos;
- Saber ler e escrever;
- Não ter tido formação em SBV nos últimos 12 meses;
- Trabalhar e/ou residir no concelho de Torre de Moncorvo.

Uma vez que o estudo tenta formar o maior número possível de leigos na comunidade em SBV, iniciou-se o mesmo em instituições onde os conhecimentos em SBV não tem apenas interesse para os funcionários como cidadãos normais, mas também como profissionais a cuidar de idosos. Seguiram-se assim as orientações do ERC (2015), que aconselha que os leigos que desempenham funções a cuidar de cidadãos devem receber formação em SBV e devem aprender a fazer compressões torácicas e ventilações. Começou-se o programa com funcionários de instituições que desempenham funções com pessoas idosas, nomeadamente instituições particulares de solidariedade social (IPSS): Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI), centros de dia, centros de apoios domiciliários e instituições de Cuidados Continuados, estes últimos estão integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Ficou excluída uma instituição do concelho por ter tido formação em SBV há menos de 12 meses.

O programa não estava apenas destinado aos funcionários que prestavam cuidados diretos aos idosos, mas a todos os funcionários que exercessem funções nas instituições, como

os diretores técnicos, membros da direção, cozinheiros, pessoal de limpeza... uma vez que o objetivo do estudo é formar pessoas leigas na comunidade e não só a quem trabalha diretamente com pessoas idosas.

O facto da investigadora ser a responsável pelos programas da UCC do centro de saúde onde exerce funções, e trabalhar diretamente em alguns dos referidos programas da UCC, permite-lhe ter um contato mais próximo e direto com as diferentes instituições da comunidade, nomeadamente com o Núcleo Local de Inserção (NLI). O NLI está sob alçada da Segurança Social, e o núcleo executivo é constituído por diferentes profissionais de várias instituições concelhias. A saúde é uma das áreas que deve estar representada no núcleo executivo do NLI, no concelho de Torre de Moncorvo, esse profissional é representado pela investigadora.

É um dos objetivos do NLI dar formação aos beneficiários do rendimento social de inserção (RSI), pelo que, no ano 2018 ficou definido pelo núcleo executivo que seria de todo interessante ministrar formação em SBV para leigos aos beneficiários do RSI.

A investigadora colabora também diretamente com o Centro Local de Desenvolvimento Social (CLDS) 3G de Torre de Moncorvo, pertencendo este programa à Santa Casa da Misericórdia de Torre de Moncorvo. Um dos eixos de atuação dos CLDS 3G é o emprego, formação e qualificação (portaria n.º 396/2007). Assim, foi realizada também uma formação em SBV para leigos em parceria com este programa.

Chegado a este ponto, e com base numa amostragem não probabilística, conseguiu-se uma amostra por conveniência de 130 pessoas que apresentavam todos os critérios de inclusão.

4.6 Considerações éticas

Apesar do presente projeto estar inserido no programa de atividades do centro de saúde na área da comunidade, esteve sempre presente a necessidade do cumprimento das questões éticas subjacentes à Declaração de Helsínquia e legislação nacional, nomeadamente o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005).

Assim, foi garantido a cada um dos participantes o anonimato e confidencialidade dos dados, garantindo ainda a possibilidade de acederem aos resultados do estudo, ou à possibilidade de abandono em qualquer etapa da investigação.

4.7 Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin et al. (2009), o investigador deve determinar o instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

A colheita de dados para este estudo foi realizada através da aplicação de um questionário, entregue pela investigadora antes da formação (pré teste) e depois de cada formação em SBV para avaliar os conhecimentos adquiridos pelos formandos (pós teste).

O referido questionário, foi elaborado para o efeito, consultando a literatura atual, sendo avaliado por profissionais do INEM que acharam ser apropriado para o tipo de estudo e população alvo.

O questionário era composto por duas partes. Na primeira incluía questões para a obtenção de dados para a caracterização sociodemográfica da amostra, nomeadamente idade, sexo e habilitações literárias. A segunda parte do questionário era constituída por 10 perguntas relacionadas com o SBV. Cada pergunta tinha 3 possíveis respostas, sendo apenas uma delas a correta.

Às respostas certas era atribuída a classificação de um ponto, e às erradas, uma classificação de zero, fazendo com que a classificação obtida pudesse oscilar entre zero e dez. Assim, quanto maior fosse a pontuação, melhores eram os conhecimentos em SBV.

A colheita de dados decorreu entre setembro de 2018 e janeiro de 2019, período durante o qual se implementou o programa de formação planeado.

4.8 Tratamento de dados

Após a colheita de dados os mesmos foram registados em suporte informático e analisados utilizando o programa Statistical Package Social Science 23 (SPSS 23), com recurso à seguinte metodologia estatística:

- Estatística descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas bem como medidas de tendência central e de dispersão, nomeadamente a média e desvio padrão, particularmente no que à caracterização dos participantes diz respeito.

- Para a comparação de médias de conhecimentos segundo as variáveis de caracterização, recorreu-se ao teste t de Student para amostras independentes ou, no caso de mais que duas amostras ao teste One Way ANOVA, utilizando o teste de Scheffe para a análise Post Hoc.

- A comparação das médias dos conhecimentos antes e após a formação foi estabelecida com o uso do teste t de Student para amostras emparelhadas.

O uso de testes paramétricos para a análise de dados pressupõe que as variáveis obedeçam a determinados requisitos como, por exemplo, a sua distribuição normal. No entanto, o Teorema do Limite Central permite que essa utilização possa ser efetuada já que, quanto maior for a amostra, mais próximo da normalidade estarão as variáveis (Marôco, 2011).

4.9 Projeto de intervenção da UCC

Como referido anteriormente, o presente estudo constitui a última parte da implementação de um projeto de intervenção comunitária que faz parte das atividades programadas do centro de saúde de Torre de Moncorvo no âmbito das atividades da comunidade (UCC).

4.9.1 Introdução

As estatísticas da saúde mostram que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório constitui a principal causa de morte em Portugal. Dentro deste conjunto de doenças, a mortalidade é encimada pelas doenças isquémicas do coração e outras doenças cardíacas (INE, 2019). Também para o Conselho Português de Ressuscitação, a morte súbita de causa cardíaca é frequente em Portugal (CPR, 2010), sendo que, a doença cardiovascular representa cerca de 40% de todas as mortes antes dos 75 anos, com a morte súbita por doença coronária a representar mais de 60% (CPR, 2010).

A maioria das situações que provocam paragem cardiorrespiratória (PCR) ocorrem fora dos hospitais e muitas vezes longe de profissionais de saúde, pelo que é essencial que o cidadão seja o primeiro interveniente nestas situações.

Para Oliveira e Martins (2013) é importante a promoção de programas de formação e informação em SBV dirigidos à população, para tornar mais viável o trabalho das equipas de suporte imediato e avançado de vida, pois a chegada de um meio de socorro pode demorar 6 minutos (INEM, 2011).

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de promoção da saúde à pessoa, à família e à comunidade. Deste modo, a promoção da saúde, concetualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais, é o alicerce da estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária. Neste sentido, é importante a promoção da saúde no sentido de poder capacitar leigos em suporte básico de vida.

O projeto de capacitação em SBV, visa poder capacitar pessoas leigas para que saibam identificar pessoas em paragem cardiorrespiratória e, poder assim, iniciar atempadamente as manobras de suporte básico de vida. É através de uma formação neste âmbito que se pretende poder aumentar o nível de literacia em SBV na população leiga.

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde primários, com especial enfoque na Intervenção Comunitária, Saúde Pública e Familiar.

Deve articular-se com outros programas/projetos desenvolvidos nas UCC dos centros de saúde.

4.8.2. Plano da ação

Inicia-se este ponto com a organização e parcerias do projeto:

Gestor do projeto: Centro de Saúde de Torre de Moncorvo-ULSNE.

Responsável pelo projeto: Enf.^a Laura Lorenzo.

Responsável pela execução: Enf.^a Laura Lorenzo.

Entidades Intervenientes: Instituições públicas/privadas do concelho de Torre de Moncorvo.

Quadro 1. Plano da ação.

Capacitação de Leigos em Suporte Básico de Vida (SBV)					
População Alvo: Pessoas sem formação em SBV com idade \geq 18 anos.					
Objetivo geral: Planear, implementar e avaliar um programa de formação em suporte básico de vida dirigido a pessoas leigas da comunidade.					
Objetivos específicos:					
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os conhecimentos dos participantes em SBV; - Ministrar a formação teórico-prática para a competência em SBV; - Determinar a efetividade da formação em SBV ministrada no decorrer do projeto. 					
Atividades	Quem	Como	Onde	Quando	Duração
Contactar às diferentes instituições (públicas e/ou privadas) do Concelho para saber do interesse/disponibilidade em receber formação em SBV	Responsável pela execução	Marcação de reunião com a finalidade de explicar o projeto.	Instituições interessadas	Início do projeto	1 hora/instituição
Planeamento das sessões de formação em SBV	Responsável pela execução	Pesquisa bibliográfica e elaboração de documentos de suporte para a ação de formação	Centro de Saúde/U.C.C.	Início do projeto	50 horas
Avaliação diagnóstica	Responsável pela execução	Antes de iniciar a ministração dos conteúdos	Instituições	Antes do início da formação	30 min./instituição
Implementação do programa de formação em SBV	Responsável pela execução	Sessões formativas teórico/práticas para os participantes	Instituições	Ao longo do ano	3 – 4 horas/formação
Avaliação da aprendizagem aos participantes	Responsável pela execução	Aplicação de questionários no pós ação de formação	Instituições	Fim da formação	30 min/formação

4.8.3. Avaliação

A avaliação será realizada pela entidade gestora do projeto e pelo coordenador do mesmo, tendo como base indicadores de estrutura, processo e resultado.

Indicadores de estrutura: indicam as características dos contextos em que ocorrem as atividades. A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo, nomeadamente a disponibilidade de:

- Recursos humanos: profissionais de saúde, parceiros, participantes;
- Recursos materiais (instalações, equipamentos, mobiliário, material didático).

Para ministrar a formação serão necessários um computador portátil, um projetor multimédia, uma sala ampla com cadeiras e um espaço onde possa ser dinamizada a componente prática com os formandos.

Indicadores de processo: refere-se ao que é realmente feito durante o planeamento e implementação de cada atividade, nomeadamente a formação a ser ministrada. A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo.

- Tempo para planeamento de cada atividade;
- Tempo para realização de cada atividade;
- Percentagem de ações desenvolvidas;
- Percentagem de participação da população-alvo nas ações.

Como indicadores de processo, temos os seguintes indicadores de desempenho, que vão auxiliar ao longo do projeto e nos permite controlar a evolução do mesmo. São estes, o cumprimento das ações de formação previstas, 18 no total e a participação da população alvo convidada para a ação da formação, constituída por 148 indivíduos.

Indicadores de resultado: a avaliar através da realização de um estudo de investigação, nomeadamente pela demonstração da aquisição de conhecimentos por parte dos participantes.

4.8.4. Conteúdos a ministrar na formação em SBV

O ERC (2010) aconselha que a formação seja ajustada às necessidades dos formandos e ao modelo de formação, para assegurar a melhor aquisição e retenção de conhecimentos

e competências, assim, a formação e a linguagem utilizada serão adaptadas ao grupo alvo, dando ênfase aos dois primeiros elos da cadeia de sobrevivência para melhorar a atuação rápida e eficaz perante uma vítima em PCR.

Decorrente do resultado da pesquisa bibliográfica dos últimos manuais publicados sobre suporte avançado de vida (INEM, 2011), suporte básico de vida (INEM, 2017), assim como as orientações do ERC (2010, 2015), a formação a ser ministrada será dividida em quatro partes:

- 1- Posição lateral de segurança (PLS);
- 2- Manobras de suporte básico de vida (SBV);
- 3- Obstrução da via aérea por corpo estranho: ligeira e grave;
- 4- Cadeia de sobrevivência (a ser abordada ao longo de toda a formação, sendo esquematizada no fim).

Iniciar-se-á pela PLS, pois considera-se que será mais fácil iniciar as manobras com uma vítima inconsciente que respira, em detrimento da vítima inconsciente que não respira.

Uma vez que a quase totalidade das pessoas que irão frequentar esta formação trabalham com idosos, é de suma importância abordar a OVA por corpo estranho junto com o SBV, dado ser uma urgência frequente também na população idosa.

As três primeiras partes da formação serão abordadas de uma forma teórico-prática, onde todos os formandos terão a oportunidade de colocar em prática os conteúdos ministrados. A parte teórica será sempre acompanhada de imagens para uma melhor assimilação dos conceitos, simulação por parte da investigadora seguida de uma componente prática final individual por parte dos participantes.

Na parte prática do SBV será utilizado um manequim destinado para esse fim (gentilmente facultado pelos Bombeiros Voluntários de Torre de Moncorvo), uma vez que o ERC (2010) aconselha que a formação em SBV seja sempre acompanhada de simulações práticas para uma melhor aquisição de conhecimento/competências.

A este respeito, Dixe e Gomes (2015) referiram que a formação em SBV deverá ser ministrada nos locais de trabalho, pelo que, o presente projeto irá decorrer nas instalações das diferentes instituições que voluntariamente aceitem participar, por forma a facilitar a frequência da formação por parte dos formandos.

Os dias, horários e número de formandos para cada formação serão combinados previamente com as Diretoras Técnicas de cada instituição, com o intuito de interferir o menos possível com as rotinas diárias das instituições. Devido à componente prática da formação, serão criados grupos com menos de 10 formandos.

As formações ministradas em parceria com o NLI e o CLDS 3G serão ministradas nas instalações que a Santa da Misericórdia tem cedidas ao CLDS 3G.

Não há consenso na duração das formações em SBV para leigos, embora a Assembleia da República através da Resolução n.º 33/2013 de 22 de fevereiro, recomende ao Governo que a formação em SBV deve ser incluída nos alunos do 3.º ciclo de ensino básico com uma duração total de seis a oito horas. Tavares, Pedro e Urbano (2016) citando a Maconochie et al. (2007) referem que a formação deve ter uma duração mínima de 3 horas seguidas por ano letivo e que, de acordo com Hill et al. (2009) a mesma pode ter 2 horas na escola. O INEM credita formação em SBV com uma duração de 4 horas, enquanto Branquinho e Gaspar (2017) referem que não há consenso na duração das horas, afirmando que pode existir uma variação entre 4 e 6 horas de formação.

Neste projeto, cada formação terá uma duração total de 3 a 4 horas, dependendo do número de formandos, pois como já foi referido, os formandos terão individualmente uma sessão prática em SBV, com a oportunidade de observar, praticar e corrigir as diferentes técnicas utilizadas não só nas manobras de SBV, como na colocação da vítima em posição lateral de segurança e as técnicas utilizadas perante uma vítima com obstrução da via aérea por corpo estranho.

Prevê-se que as ações de formação decorram de setembro de 2018 a janeiro de 2019 pelas diferentes instituições do Concelho, e foi desenvolvido o seguinte plano sessão para as mesmas.

Plano da sessão

Formação: “Suporte Básico de Vida”

População alvo: Pessoas com idade \geq 18 anos, sem formação prévia em suporte básico de vida.

Duração de cada sessão: 4 horas.

Formadora: Laura Lorenzo Vázquez (Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária).

Competência: O formando deverá ser capaz de desenvolver conhecimentos no âmbito do suporte básico de vida, promovendo competências para intervir no sentido da prestação de cuidados nas diferentes situações preconizadas no suporte básico de vida.

Objetivo geral: Capacitar leigos em suporte básico de vida.

Objetivos específicos: No final da formação, os formandos devem ser capazes de:

- Conhecer de forma sistematizada o algoritmo de SBV;
- Identificar quando e como colocar uma vítima em posição lateral de segurança (PLS);
- Identificar e saber atuar em situações em que é preciso iniciar as manobras cardiorrespiratórias (manobras de SBV);
- Identificar e saber atuar perante uma vítima com obstrução da via aérea por corpo estranho;
- Conhecer a importância cadeia de sobrevivência.

Quadro 2. Pano da sessão.

Etapas	Conteúdos	Método/ Técnica pedagógica	Recursos didáticos	Atividades didáticas	Avaliação	Duração
Introdução	Apresentação da formadora; Apresentação dos formandos; Apresentação da formação;	Método: expositivo/ativo Técnica: lição/brainstorming	Computador; Projeter Multimédia;	Exposição oral Diapositivos:1-3	Não se aplica	30 min.
	Avaliação dos conhecimentos prévios dos formandos.	Método: Interrogativo Técnica: Formulação de questões	Questionário (pré teste).	Não se aplica	Diagnóstica	
Desenvolvimento	Algoritmo do suporte básico de vida:	Método: expositivo Técnica: lição	Computador; Projeter Multimédia;	Exposição oral Diapositivo:4-10	Formativa	3 horas
	Posição lateral de segurança (PLS)	Método: expositivo Técnica: lição	Computador; Projeter Multimédia;	Exposição oral Diapositivos:11-17.		
	Componente prática da PLS	Método: ativo/demostrativo Técnica: interativa/role playing	Cobertor; Formandos.	Demonstração prática pelo formador e formandos		
	Algoritmo do suporte básico de vida:	Método: expositivo Técnica: lição	Computador; Projeter Multimédia.	Exposição oral Diapositivos:18-19		
	Manobras cardiorrespiratórias	Método: expositivo Técnica: lição	Computador; Projeter Multimédia.	Exposição oral Diapositivos:20-23		
	Componente prática das manobras cardiorrespiratórias	Método: ativo/demostrativo Técnica: interativa/role playing	Computador; Projeter Multimédia; Manequim de SBV.	Demonstração prática pelo formador e formandos		
	Obstrução da via aérea	Método: expositivo Técnica: lição	Computador; Projeter Multimédia;	Exposição oral Diapositivos:24-28		
	Componente prática da obstrução da via aérea	Método: ativo/demostrativo Técnica: interativa/role playing	Formandos	Demonstração prática pelo formador e formandos		
	Cadeia de sobrevivência	Método: expositivo Técnica: lição	Computador	Exposição oral Diapositivos:29		
	Avaliação dos conhecimentos adquiridos na formação	Método: interrogativo Técnica: Formulação de questões	Questionário (pós teste).	Não se aplica		
Conclusão	Resumo da formação Esclarecimento de dúvidas	Método: ativo Técnica. brainstorming	Não se aplica	Não se aplica	Sumativa	30 min.

5. Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados obtidos começando pela caracterização da amostra.

5.1 Caracterização sociodemográfica

A maioria dos participantes da amostra são de sexo feminino (92,3%), pertencem ao grupo etário ≥ 51 anos (43,1%). A média de idades é de $45,29 \pm 12,69$ anos (mínima de 19 e máxima de 67 anos). A maior parte dos participantes possui o ensino secundário (34,6%), seguido do 1.º ciclo do ensino básico (25,4%).

Dos 130 participantes da amostra, 107 eram funcionários de IPSS (82,3%) e 23 pessoas estavam desempregadas (17,7%).

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo o sexo, grupo etário, habilitações literárias e situação profissional.

Variável		N	%
Sexo	Masculino	10	7,7%
	Feminino	120	92,3%
Grupo etário	≤ 40 anos	45	34,6%
	41-50 anos	29	22,3%
	≥ 51 anos	56	43,1%
Habilitações literárias	1º ciclo	33	25,4%
	2º ciclo	23	17,7%
	3º ciclo	17	13,1
	Secundário	45	34,6%
	superior	12	9,2%
Situação profissional	Empregado	107	82,3%
	Desempregado	23	17,7%

Depois de estabelecida a caracterização da amostra, passa-se seguidamente à apresentação dos resultados para os indicadores preconizados no projeto previamente elaborado.

5.2 Indicadores de estrutura

No que aos indicadores de estrutura diz respeito pode afirmar-se que todos eles foram concretizados, nomeadamente no que concerne aos profissionais de saúde e parceiros envolvidos no projeto. Da mesma forma, também os equipamentos programados foram disponibilizados e utilizados completamente no decorrer do período de formação, podendo eventualmente, ter havido a necessidade de efetuar pequenos ajustes no que à disposição das salas diz respeito.

5.3 Indicadores de processo

Incluiu-se neste indicador tudo a referente a formação ministrada. Constatou-se que foram corretamente desenvolvidas as atividades propostas, nomeadamente o tempo para planeamento de cada ação de formação, assim como o tempo para a realização das mesmas (através da elaboração e concretização do plano da sessão), assim como as percentagens das ações desenvolvidas e participação da população-alvo.

Na tabela 2 estão expressos os indicadores de processo concretizados. Como se pode observar todas as formações previstas foram efetuadas pelo que se obteve um resultado de 100%.

Tinha sido previsto um total de 148 participantes. No entanto, vários houveram que não frequentaram, apresentando diversas justificações (folgas, férias, licença por doença...). Assim, participaram 130 indivíduos, obtendo um indicador de 87,8%.

Tabela 2. Indicadores de processo

Indicador	Descrição	Resultado
Percentagem de formações ministradas	(número de formação ministradas/número de formações previstas) x 100	$(18/18) \times 100 = 100\%$
Percentagem de participantes nas ações de formação	(número de participantes nas formações/número de participantes previstos) x 100	$(130/148) \times 100 = 87,8\%$

5.4 Indicadores de resultado

Neste capítulo apresentam-se os indicadores de resultado obtidos através das respostas às questões formuladas no instrumento de colheita de dados. Para uma melhor visualização dos mesmos, os resultados obtidos tanto antes como após a frequência da formação, são apresentados na mesma tabela, permitindo desta forma uma melhor visualização dos resultados obtidos. Acresce que se optou por apresentar os resultados relativos aos conhecimentos em SBV em 3 tabelas, evitando assim, que uma mesma tabela ocupasse mais que uma página.

5.4.1. Conhecimentos em SBV antes e após a formação

A análise da tabela 3 permite estabelecer a análise a cada uma das respostas apresentadas às questões antes e após o fim da formação realizada. Como se pode observar, nos pós formação, houve um aumento do percentual de respostas corretas em todas as questões.

Assim, antes de efetuada a formação, 41,5% sabiam como atuar perante uma pessoa aparentemente inconsciente. No final verificou-se que esse percentual aumentou para 77,7%. Como indicador de resultado obteve-se um aumento de 36,2%.

O que fazer quando se liga o 112 era conhecido inicialmente por 45,4% antes da formação, aumentando no final para 48,5%. Como indicador de resultado obteve-se um aumento de 3,1% dos conhecimentos.

Saber quando desligar o telefone era conhecido previamente por 71,5% dos participantes, percentual que aumentou para 80,8%, tendo-se obtido um indicador de resultado positivo de 9,3%.

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo os conhecimentos em SBV pré e pós formação

Questão		N	%	Certas pré (%)	Certas pós (%)	
1- Perante uma pessoa aparentemente inconsciente, o primeiro que devemos fazer é:						
Verificar as condições de segurança	Antes da formação	54	41,5	41,5%	77,7%	
	Após a formação	101	77,7			
Ligar 112	Antes da formação	68	52,3			
	Após a formação	18	13,8			
Esperar que acorde sozinho	Antes da formação	0	0			Aumento: 36,2%
	Após a formação	0	0			
Não sabe/Não responde	Antes da formação	8	6,2			
	Após a formação	11	8,5			
2- Quando ligamos o 112, devemos:						
Saber responder, o Quê? Onde? Como? Quem?	Antes da formação	44	33,8	45,4%	48,5%	
	Após a formação	45	34,6			
Responder a outras perguntas que possam ser feitas	Antes da formação	20	15,4			
	Após a formação	15	11,5			
Ambas as respostas estão corretas	Antes da formação	59	45,4			Aumento: 3,1%
	Após a formação	63	48,5			
Não sabe/Não responde	Antes da formação	7	5,4			
	Após a formação	7	5,4			
3- Quando devemos desligar o telefone?						
Quando nos apeteecer	Antes da formação	2	1,5	71,5%	80,8%	
	Após a formação	2	1,5			
Quando tenhamos fornecido todos os dados	Antes da formação	31	23,8			
	Após a formação	17	13,1			
Quando o operador do 112 assim o solicitar	Antes da formação	93	71,5			Aumento: 9,3%
	Após a formação	105	80,8			
Não sabe/Não responde	Antes da formação	4	3,1			
	Após a formação	6	4,6			

Na continuação da análise aos conhecimentos em SBV no pré e pós formação recebida, a análise da tabela 4 permite verificar que os indicadores de resultado mantêm a tendência positiva verificada na análise da tabela anterior.

Assim, 79,2% dos formandos conheciam previamente o que fazer perante uma vítima inconsciente, percentual que aumentou para 88,5% depois de terem recebido a formação - Indicador de resultado de +9,3%.

Como atuar se a vítima está inconsciente, mas respira, era conhecido por 33,8%, percentual que aumentou para 51,5% no pós formação. Obteve-se, assim, um indicador de resultado positivo de 17,7%.

O que fazer se, após solicitar ajuda, a vítima se mantém inconsciente e não respira era conhecido por 56,2% dos participantes, verificando-se que no final da formação se obteve um indicador de resultado positivo de 24,6%, passando o percentual de pessoas a saberem com atuar para 80,8%.

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo os conhecimentos em SBV pré e pós formação (continuação).

Questão		N	%	Certas pré (%)	Certas pós (%)	
4- Quando uma vítima está inconsciente:						
Devemos dar-lhe água com açúcar	Antes da formação	15	11,5	79,2%	88,5%	
	Após a formação	9	6,9			
Devemos dar-lhe só água	Antes da formação	8	6,2			
	Após a formação	4	3,1			
Não devemos dar nada a beber	Antes da formação	103	79,2			Aumento: 9,3%
	Após a formação	115	88,5			
Não sabe/Não responde	Antes da formação	4	3,1			
	Após a formação	2	1,5			
5- Se a vítima está inconsciente e respira:						
Devemos colocá-la sempre de lado	Antes da formação	48	36,9	33,8%	51,5%	
	Após a formação	40	30,8			
Devemos coloca-la de lado, caso não exista traumatismo	Antes da formação	44	33,8			
	Após a formação	67	51,5			
Ambas as respostas estão corretas	Antes da formação	31	23,8			Aumento: 17,7%
	Após a formação	20	15,4			
Não sabe/Não responde	Antes da formação	7	5,4			
	Após a formação	3	2,3			
6- Quando verifica que a vítima está inconsciente e não respira, após pedir ajuda:						
Não deve fazer nada e esperar que chegue o INEM	Antes da formação	35	26,9	56,2%	80,8%	
	Após a formação	9	6,9			
Deve iniciar SBV (se tiver formação/conhecimento)	Antes da formação	73	56,2			
	Após a formação	105	80,8			
Colocar a vítima em PLS, caso não exista traumatismo	Antes da formação	17	13,1			Aumento: 24,6%
	Após a formação	12	9,2			
Não sabe/Não responde	Antes da formação	5	3,8			
	Após a formação	4	3,1			

Para terminar a análise dos indicadores de resultado relativos à aquisição de conhecimentos, apresenta-se a tabela 5.

Da sua análise pode verificar-se que 23,8% dos participantes tinham conhecimentos anteriores de como realizar reanimação cardiorrespiratória, percentual que aumentou no final da formação para 36,2%, verificando-se, assim um indicador de resultado positivo de 12,4%.

Em presença de um engasgamento grave, verificou-se que 59,2% dos formandos tinham prévio conhecimento de como atuar. Depois da formação esse percentual aumentou para 84,6%. Como indicador de resultado obteve-se +25,4%.

Uma percentagem de 60,8% sabia identificar previamente o primeiro elo da cadeia de sobrevivência. No final da formação ministrada obteve-se um indicador de resultado positivo de +16,1%, já que 76,9% dos participantes conheciam então o primeiro elo da cadeia de sobrevivência.

A importância que cada um dos elos de sobrevivência possui era conhecida inicialmente por 59,2% dos participantes. No final da formação esse percentual aumentou para 80,0%, tendo-se, assim, obtido um indicador de resultado de +20,8%.

Tabela 5. Distribuição da amostra segundo os conhecimentos em SBV pré e pós formação (conclusão).

Questão		N	%	Certas pré (%)	Certas pós (%)		
7- Ao realizar a reanimação cardiopulmonar:							
Deve iniciar com 30 compressões torácicas, com duas insuflações	Antes da formação	74	56,9	23,8%	36,2%		
	Após a formação	68	52,3				
Só realizar compressões, porque não se sente à vontade para fazer insuflações	Antes da formação	18	13,8				
	Após a formação	10	7,7				
Ambas as respostas estão corretas	Antes da formação	31	23,8			Aumento: 12,4%	
	Após a formação	47	36,2				
Não sabe/Não responde	Antes da formação	7	5,4				
	Após a formação	4	3,1				
8- No engasgamento grave							
Devemos iniciar sempre pelas pancadas interescapulares	Antes da formação	77	59,2	59,2%	84,6%		
	Após a formação	110	84,6				
Devemos iniciar sempre pela manobra de Heimlich	Antes da formação	23	17,7				
	Após a formação	6	4,6				
Tanto faz começar pelas pancadas ou pela manobra de Heimlich	Antes da formação	22	16,9			Aumento: 25,4%	
	Após a formação	11	8,5				
Não sabe/Não responde	Antes da formação	8	6,2				
	Após a formação	3	2,3				
9- O primeiro elo da cadeia de sobrevivência é?:							
O desfibrilhador	Antes da formação	15	11,5	60,8%	76,9%		
	Após a formação	8	6,2				
Ligar 112	Antes da formação	79	60,8				
	Após a formação	100	76,9				
O SBV	Antes da formação	31	23,8			Aumento: 16,1%	
	Após a formação	19	14,6				
Não sabe/Não responde	Antes da formação	5	3,8				
	Após a formação	3	2,3				
10- Nos elos da cadeia de sobrevivência:							
Uns têm mais importância que outros	Antes da formação	24	18,5	59,2%	80,0%		
	Após a formação	8	6,2				
Todos têm a mesma importância	Antes da formação	77	59,2				
	Após a formação	104	80				
O mais importante é o desfibrilhador	Antes da formação	23	17,7			Aumento: 20,8%	
	Após a formação	14	10,8				
Não sabe/Não responde	Antes da formação	6	4,6				
	Após a formação	4	3,1				

5.4.2. Análise Inferencial

Apresenta-se seguidamente os resultados mediante os testes de hipóteses.

H1- Os conhecimentos em SBV são diferentes segundo a idade, o sexo e a escolaridade dos participantes (antes e após a formação);

A análise da tabela 6 permite verificar que após a formação em SBV se verificou um aumento das médias de conhecimentos. Verifica-se ainda que as médias mais elevadas tanto antes como após a formação frequentada foram obtidas pelas pessoas do grupo etário mais baixo. Apesar disso, a aplicação do teste One Way ANOVA não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de conhecimentos segundo o grupo etário, nem antes nem depois da formação recebida.

A análise das médias de conhecimentos segundo o sexo permitiu verificar que os elementos do sexo feminino apresentavam médias de conhecimentos mais elevadas que os do sexo masculino em ambos os momentos de avaliação. A aplicação do teste t de Student para amostras independentes confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos na avaliação efetuada antes da formação. No final da formação, o mesmo teste não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de participantes.

No que concerne aos conhecimentos segundo as habilitações literárias, é possível observar que as pessoas com habilitações literárias mais elevadas apresentam concomitantemente médias de conhecimentos mais altas tanto antes como depois da formação recebida. A aplicação do teste One Way ANOVA confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre essas médias ($p < 0,001$). A análise à posteriori, avaliada através do teste de Sheffe indicou que as diferenças são devidas às médias obtidas pelos elementos com o 1.º ciclo, por oposição às obtidas pelos que possuem o ensino secundário e superior.

Assim, a hipótese 1 foi confirmada totalmente no que às habilitações literárias diz respeito, parcialmente confirmada relativamente ao sexo e não foi confirmada no que diz respeito ao grupo etário.

Tabela 6. Comparação de médias de conhecimentos segundo o grupo etário, sexo e habilitações literárias no pré e pós formação.

Variável		Media antes	Estatística do teste	p	Media após	Estatística do teste	p
Grupo etário	≤ 40 anos	5,53	0,656	0,521	7,77	2,79	0,065
	41-50 anos	5,34			7,00		
	≥ 51 anos	5,12			6,76		
Sexo	masculino	4,10	- 2,280	0,024	6,90	0,400	0,690
	feminino	5,41			7,19		
Habilitações Literárias	1º ciclo	4,24	7,722	< 0,001	5,93	7,406	<0,001
	2º ciclo	4,69			6,34		
	3º ciclo	5,76			7,41		
	Secundário	6,04			8,11		
	Superior	6,08			8,25		

H2- Existem diferenças nas médias de conhecimentos dos participantes antes e após a formação em SBV.

Finalmente, compararam-se as médias globais de conhecimentos antes e após a formação. Os dados da tabela 7 permitem verificar que as médias dos participantes obtiveram pontuações mais elevadas no final da formação efetuada. A aplicação do teste t de Student para amostras emparelhadas confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias pré e pós formação ($p < 0,001$).

Face aos resultados obtidos a Hipótese 2 foi confirmada na sua globalidade.

Tabela 7. Comparação de medias globais de conhecimentos pré e pós formação.

Variável	media	t	p
Total pré	5,31	-11,02	< 0,001
Total pós	7,16		

6. Discussão dos resultados

Após a análise e a apresentação dos resultados no capítulo anterior, segue-se a discussão dos mesmos que, segundo Fortin et al. (2009) essa etapa constitui a parte de um relatório de investigação que apresenta uma apreciação dos resultados.

A amostra do estudo foi constituída por 130 participantes, a maioria (92,3%), eram de sexo feminino, resultados concordantes com outros estudos publicados na mesma área, como o de Monteiro et al. (2018) num estudo desenvolvido numa Câmara Municipal do Norte do país, para capacitar trabalhadores em SBV, tendo observado uma percentagem de 74,2% de participantes de sexo feminino. No presente estudo era espectável obter uma percentagem elevada de participantes de sexo feminino, dado que 82,3% da amostra era constituída por profissionais que trabalham direta ou indiretamente em IPSS com idosos, confirmando que o “cuidar” estar associado ao sexo feminino. Resultados semelhantes foram obtidos por Ferreira (2017), no seu trabalho sobre capacitar a comunidade para salvar, desenvolvido com ajudantes da ação direta que trabalhavam com idosos, e, no qual a amostra estudada era constituída por 98% de participantes do sexo feminino. Os resultados do presente estudo são ainda concordantes com os do estudo desenvolvido por Miraveti (2016) em alunos de enfermagem numa escola do Brasil, onde o 82,69% dos alunos eram do sexo feminino.

No que diz respeito à idade, 43,1% da amostra pertenciam ao grupo etário ≥ 51 anos. A média de idades era de $45,29 \pm 12,69$ anos (mínima de 19 e máxima de 67 anos). Esta média é muito próxima a verificada por Barata (2017) no seu estudo sobre a formação em SBV a familiares de doentes com patologia cardíaca de alto risco, onde as idades da amostra variavam entre os 20 e 67 anos, com uma média de 41 anos. Também o estudo de Monteiro et al. (2018) verificou uma média de 44,2 anos, sendo muito próxima à obtida no nosso estudo.

Em relação às habilitações literárias, a maioria da amostra possuía o ensino secundário (34,6%), indo ao encontro do estudo desenvolvido por Dixe e Gomes (2015), acerca do conhecimento da população portuguesa em suporte básico de vida e disponibilidade para

realizar formação, que encontrou valores muito semelhantes, com 33,8% da amostra a possuir o ensino secundário.

A primeira hipótese (H1) do presente estudo de investigação visou testar se os conhecimentos em SBV eram diferentes segundo a idade, o sexo e a escolaridade dos participantes (antes e após a formação).

Verifica-se que as médias mais elevadas tanto antes como após a formação frequentada foram obtidas pelas pessoas do grupo etário mais baixo com uma média de conhecimentos de 5,53 antes da formação e 7,77 após a formação, no entanto, a aplicação do teste One Way ANOVA não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias de conhecimentos segundo o grupo etário, nem antes nem depois da formação recebida. Estes resultados vão ao encontro do referido por Messa, Hernández, Vela, Latorre e Ansola (2011), no trabalho que desenvolveram sobre novidades em métodos formativos de ressuscitação, e que afirmaram que não há limite máximo de idade para aprender SBV, sendo que, indivíduos entre os 50 e os 75 anos adquirem perfeitamente conhecimentos para a realização de SBV em caso de necessidade.

A análise das médias de conhecimentos segundo o sexo permitiu verificar que os elementos do sexo feminino apresentavam médias de conhecimentos mais elevadas que os do sexo masculino em ambos os momentos de avaliação. Assim, a média de conhecimentos do sexo feminino era de 5,41 antes da formação e 7,19 após a formação. Para o sexo masculino as médias de conhecimentos foram de 4,10 e de 6,90 antes e depois da formação, respetivamente. A aplicação do teste t de Student para amostras independentes confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os sexos na avaliação efetuada antes da formação. No final da formação, o mesmo teste não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de participantes, resultado semelhante ao obtido por Miraveti (2016), que referiu que o sexo não parece influenciar um papel relevante do desempenho dos leigos em SBV.

No que concerne aos conhecimentos segundo as habilitações literárias, é possível observar que as pessoas com habilitações literárias mais elevadas apresentaram concomitantemente médias de conhecimentos mais altas tanto antes como depois da formação recebida. Assim, os participantes com habilitações literárias até o secundário apresentaram uma média de 6,04 antes da formação e de 8,11 após a formação. Os participantes que possuem o ensino superior apresentaram médias de 6,08 antes da

formação e uma média de 8,25 após a formação, sendo o segundo grupo a apresentar médias mais elevadas de conhecimentos. A aplicação do teste One Way ANOVA confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre essas médias ($p < 0,001$). Este resultado é corroborado por autores, que afirmam que quanto maior o grau de escolaridade, melhor a assimilação de conhecimentos (Enami et al., 2011; Pergola, 2013; Papalexopoulou et al., 2014;).

No presente estudo, verificou-se que a hipótese 1 foi confirmada totalmente no que às habilitações literárias diz respeito, parcialmente confirmada relativamente ao sexo e não foi confirmada no que diz respeito ao grupo etário. Resultados semelhantes foram também encontrados no estudo desenvolvido por Gala (2014), que desenvolveu um estudo comparativo entre os conhecimentos de SBV em alunos do 9.º e 12.º ano de escolaridade. Os resultados deste estudo também confirmaram que havia diferenças estatisticamente significativas na média de conhecimentos adquiridos pelos alunos com habilitações literárias superiores, não tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas na média de conhecimentos segundo o grupo etário nem o sexo.

Verificar as condições de segurança é o primeiro item a ser considerado no algoritmo de SBV (INEM, 2011; ERC, 2015), no nosso trabalho verificou-se que 41,5% dos participantes sabiam que perante uma vítima inconsciente, a primeira atitude que deviam ter era assegurar as condições de segurança. Após a formação os conhecimentos neste item aumentaram para 77,7%. Este resultado é inferior ao encontrado noutros estudos, Dixe e Gomes (2015) verificaram uma percentagem de respostas corretas a esta questão de 79,0%. No estudo realizado por Monteiro et al. (2018), a percentagem de respostas corretas foi de 82,5%. Também Barata (2017) obteve um resultado de 94,3% de respostas corretas antes da formação. A diferença deste valor pode estar relacionada com o facto da amostra do estudo do Barata (2017) estar constituída por familiares de pessoas com doença cardíaca de alto risco, onde o aumento de conhecimento prévio em SBV pode ter sido assimilado pelos familiares devido à proximidade, ao acompanhamento e ao conhecimento que tem de doentes com patologia cardíaca de alto risco (Barata, 2017). Também Khan, Shafquat e Kundi (2010) no seu estudo sobre formação e avaliação de SBV a familiares de pessoas com doença coronária, obtiveram uma percentagem de respostas elevadas antes da formação em SBV. Para além destes factos é de salientar que no nosso estudo, o ter frequentado formação em SBV há menos de 12 meses, constituía um critério de exclusão para integrar a amostra.

Em estado de inconsciência, as vítimas perdem o reflexo da deglutição, assim não lhes devem ser oferecidos líquidos para beber, pois corre-se o risco de obstruir a via aérea por aspiração (INEM, 2011). No item 4 do questionário, quando questionado se a uma vítima inconsciente lhe devem ser ministrados líquidos (água, água com açúcar), 79,2% responderam corretamente, aumentando esse percentual para 88,5% após a formação. Valores semelhantes foram encontrados no estudo do Barata (2017), onde 88,6% da amostra tinha conhecimento em como não devem administrar água com açúcar a pessoas inconscientes. Também no trabalho de Dixe e Gomes (2015) foi verificado que 59,0% não dariam água com açúcar a uma vítima inconsciente.

Quando estamos perante uma vítima inconsciente que respira, a mesma deve ser colocada em PLS caso não exista traumatismo, pelo que, o conhecimento específico sobre a posição lateral de segurança é fundamental para manter a permeabilidade da via aérea, e a sua execução deve ser efetuada de forma correta para evitar lesões à vítima (INEM, 2011; ERC, 2015). No nosso estudo verificou-se que a resposta com maior percentagem por parte dos participantes foi colocar a vítima em PLS sempre, sem ter a preocupação de saber se poderia existir traumatismo. Antes da formação somente 33,8% da amostra sabia que só poderia colocar a vítima em PLS caso não existisse suspeita de trauma, percentagem que aumentou para 51,5% após a formação. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo da Cruz Vermelha Portuguesa (2013), com um valor de 30,8% de respostas corretas. Em estudos mais recentes foram encontrados valores superiores aos da presente investigação. Tal é o caso de Dixe e Gomes (2015) que obtiveram uma percentagem de respostas acertadas de 51,4% e Monteiro et al. (2018) que encontraram um resultado de 40,2%. Já Barata (2017) encontrou uma percentagem de respostas corretas de 85,7% nesta questão. No nosso trabalho, no final da formação, este valor aumentou para 51,5%.

Continuando com o algoritmo do SBV, após detetar que uma vítima está inconsciente e não respira e depois de ligar para o 112, devem ser iniciadas de imediato as manobras de SBV (INEM, 2011; ERC, 2015). No presente estudo, antes da formação, 56,2% da amostra identificou que perante uma vítima inconsciente que não respira e depois de ligar o 112 devem ser iniciadas as manobras de SBV, valor que aumentou para 80,8% após a formação. Valores inferiores foram encontrados em outros estudos como o de Dixe e Gomes (2015) que obtiveram uma percentagem de respostas certas de 38,6% e valores

superiores foram encontrados no estudo do Barata (2017), onde 82,3% da amostra sabia que deviam iniciar de imediato o SBV.

O ERC (2010) define que o início das manobras de SBV não podem ser demoradas por causa da relutância que o socorrista possa ter para efetuar as ventilações boca-a-boca. Nestes casos as manobras de SBV podem ser realizadas com apenas compressões torácicas, pois aplicar compressões torácicas e insuflações a um ritmo de 30:2 ou só aplicar compressões torácicas não tem mostrado diferenças estatisticamente significativas nas vítimas (AHA, 2015; Kleinman et al. 2015) citados por Miraveti (2016). Na questão 7 desta investigação tentou-se perceber quantos participantes tinham conhecimento desta possibilidade, e pode-se constatar que uma pequena percentagem de 23,8% da amostra respondeu corretamente antes da formação, aumentando o valor para 36,2% após a formação. Resultados semelhantes foram encontrados no trabalho de Monteiro et al. (2018), onde 11,3% dos participantes sabiam como deviam iniciar as manobras de reanimação antes da formação e 20,2% sabiam como efetuar as manobras de SBV perante uma vítima inconsciente que não respira. De salientar que as questões de estes dois últimos estudos não referem que podem iniciar as manobras de SBV só com compressões.

A obstrução da via área, normalmente como resultado da presença de um corpo estranho, é uma emergência que exige uma ação rápida e eficaz para evitar a evolução para uma PCR. Assim, é de suma importância saber como se deve atuar perante uma vítima com OVA por corpo estranho (INEM, 2017). A este respeito, 59,2% da amostra respondeu corretamente que as manobras a iniciar numa OVA grave são as pancadas interescapulares, valor que aumentou para 84,6% depois de ministrada a formação. Os valores encontrados noutros estudos como o de Dixe e Gome (2015) mostram um valor ligeiramente inferior de 46,7%, Monteiro et al. (2018) obtiveram respostas corretas no valor de 7,2% antes da formação e 24% após a formação na questão sobre como proceder perante um adulto consciente com obstrução de via área por corpo estranho. Os valores obtidos no nosso estudo após a formação vão de encontro à literatura, acerca desta temática, onde as manobras de desobstrução da via aérea são manobras simples de executar por leigos após formação (INEM, 2017).

O INEM (2017), define a cadeia de sobrevivência, constituída por 4 elos, como 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 têm a mesma importância. As questões 9 e 10 do estudo estão diretamente relacionadas com os conhecimentos que a amostra indica em relação à cadeia de sobrevivência. Antes da formação, 60,8% dos participantes já identificava como o primeiro elo da cadeia de sobrevivência ligar o 112, enquanto 59,2% sabiam que todos os elos da cadeia de sobrevivência têm o mesmo valor. Estes valores aumentaram para 76,9% e 80,0% respetivamente no fim da formação. É essencial que os leigos percebam que os dois primeiros elos da cadeia de sobrevivência não dependem exclusivamente de profissionais da saúde, e que os conhecimentos que a população leiga adquire em SBV, acerca dos mesmos, são tão importantes quanto os 3.º e 4.º elos da referida cadeia, realizados por profissionais de saúde (INEM, 2011).

Embora 60,8% da amostra soubesse identificar, antes da formação, que o primeiro elo da cadeia de sobrevivência era ligar o 112, só 45,4% da amostra sabia quais eram as questões que deviam saber responder aquando a ativação do mesmo e o que deveria ser transmitido aos operadores do CODU. No entanto o 71,5% dos participantes sabiam quando deviam desligar corretamente a chamada do 112. Estes valores aumentaram para 48,5% e 80,0% respetivamente depois da formação recebida. Comparando estes resultados com os obtidos por Gala (2014), verifica-se que na amostra estudada pelo autor, 96,2% tinham o conhecimento que só devem desligar a chamada do 112 quando o operador assim o solicitar. Também os resultados do estudo de Monteiro et al., (2018) mostraram que os quatro elos da cadeia de sobrevivência eram conhecidos por 34% dos participantes antes da formação e por 67% após a formação ministrada.

O nível de conhecimentos em suporte básico de vida, nomeadamente conhecer a cadeia de sobrevivência e o algoritmo de suporte básico de vida é fundamental para poder reconhecer e atuar perante uma vítima numa situação de PCR (INEM,2011; ERC 2015). Partindo desta afirmação delineamos a hipótese 2 (H2) do presente trabalho onde se pretendeu analisar se existem diferenças nas médias de conhecimentos dos participantes antes e após a formação em SBV. Os resultados obtidos antes e após da formação ministrada em SBV permitiu-nos verificar que os participantes obtiveram pontuações mais elevadas no final da formação efetuada. Assim, antes da formação a média de conhecimentos era de 5,31; tendo aumentado para 7,16 após a formação em SBV, existindo diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados vão de encontro a outros estudos realizados, que referem que a formação em SBV aumenta a média de conhecimentos dos participantes (Gala, 2014; Dixe & Gomes, 2015; Miraveti, 2016;

Barata 2017, Monteiro et al. 2018) assim como às orientações do INEM (2011) e ERC (2015), que referem que formar leigos em SBV é essencial para uma correta e atempada resposta perante vítimas em PCR até a chegada de ajuda diferenciada.

Conclusão

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é um acontecimento súbito, e, como referido anteriormente, é considerada uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América.

Considerando que a maioria dos casos de PCR ocorrem em ambiente extra-hospitalar, na presença de leigos e que o tempo até a vítima ser socorrida é uma variável decisiva, para a melhor resolução da mesma, afigura-se como um elemento estratégico incontornável a formação de leigos em SBV, enquadrando a temática no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, nas quais se integra a capacitação de grupos para uma correta intervenção e gestão da sua saúde.

Indo de encontro ao preconizado nas referidas funções específicas, foi desenvolvido o presente projeto de intervenção comunitária para capacitar leigos em suporte básico de vida, através de uma formação estruturada. Este projeto pretendeu constituir um guião para a intervenção comunitária que contempla, a proteção e promoção da saúde e a capacitação de grupos e comunidades.

Como é do conhecimento global, as atividades em saúde devem ser alvo de um correto planeamento e, uma vez desenvolvidas devem ser objeto de uma avaliação efetiva. Tal como foi o caso desta formação em suporte básico de vida dirigida a pessoas leigas da comunidade, centrada no processo de enfermagem.

Considerando o desenvolvimento do presente trabalho de investigação e os resultados obtidos, considera-se que os objetivos previamente definidos foram totalmente concretizados, nomeadamente:

Na primeira hipótese do estudo (H1), pretendeu-se analisar, se os conhecimentos em SBV eram diferentes segundo a idade, o sexo e o ano de escolaridade dos participantes (antes e após a formação); conclui-se que esta hipóteses foi confirmada totalmente no

que às habilitações literárias diz respeito, parcialmente confirmada relativamente ao sexo e não foi confirmada no que diz respeito ao grupo etário.

Em relação à H2, pretendia-se analisar se existiam diferenças nas médias de conhecimentos dos participantes antes e após formação em SBV, verificando-se que esta hipótese foi confirmada na sua totalidade, pois a média de conhecimentos após a formação foi superior à média que os participantes detinham antes da formação, com diferenças estatisticamente significativas.

A reflexão sobre estes resultados indica que há necessidade de formar leigos em SBV, com o objetivo de os capacitar no que ao SBV diz respeito, e poder contribuir para a redução das taxas de morbidade e mortalidade de vítimas em PCR extra-hospitalar. A importância de difundir conhecimentos de SBV, independente da estratégia, idade dos formandos ou entidade formadora, a melhoria dos conhecimentos da população em SBV é um dos processos mais eficazes para salvar vidas.

Verificou-se que os conhecimentos em SBV são ainda insuficientes na população leiga, e que através de uma formação estruturada se conseguem transmitir os conhecimentos necessários, aumentando os níveis de literacia nesta área, para que a população consiga perceber qual o papel que desempenham na cadeia de sobrevivência, assim como conhecer e colocar em prática o algoritmo do SBV.

Encoraja-se a replicação deste tipo de estudos com a finalidade de capacitar o maior número possível de leigos em SBV, assim como também seria interessante desenvolver análises documentais para verificar a mortalidade e morbidade de vítimas em PCR socorridas, ou não, por leigos com ou sem formação em SBV.

Apesar da satisfação nesta fase final do estudo, não podem deixar de ser referidas algumas limitações identificadas no presente estudo. Entende-se que o mesmo possui limitações aos seguintes níveis:

- O primeiro diz respeito à falta da avaliação formal da componente prática desenvolvida pelos formandos ao longo da formação, pois foi apenas avaliada formalmente a aquisição de conhecimentos teóricos, através da aplicação de um questionário, embora todos os formandos tivessem realizado a prática individual do algoritmo do SBV com um manequim destinado para o efeito. No entanto, essa formação prática não foi objeto de

avaliação no presente projeto, embora, aquando da execução das práticas, aquelas que estavam a ser desenvolvidas de forma incorreta foram corrigidas verbalmente pela formadora/investigadora.

Outro aspeto que não foi incluído no projeto e que seria pertinente desenvolver em estudos posteriores, é a aplicação do questionário de avaliação algum tempo (meses) após a realização da formação para verificar se os conhecimentos adquiridos se mantinham com o decorrer do tempo.

É de extrema importância, que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, desenvolvam projetos de intervenção no que ao SBV diz respeito, pois, este trabalho de investigação veio mostrar que, através da ministração de uma formação em SBV, consegue-se aumentar os níveis de literacia da população, com o conseguinte aumento do empowerment, refletindo-se em efetivos ganhos em saúde.

Referências Bibliográficas

- Barata, V. (2017). *Efetividade de um programa de formação em suporte básico de vida dirigido a familiares de pessoas com patologia cardíaca de alto risco* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria). disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2988/1/Tese%20Vitor%20Barata.pdf>
- Bohn, A., Van Aken, H. K., Möllhoff, T., Wienzek, H., Kimmeyer, P., Wild, E., ... Weber, T. P. (2012). Teaching resuscitation in schools: Annual tuition by trained teachers is effective starting at age 10. A four-year prospective cohort study. *Resuscitation*, 83(5), 619-625.
- Branco, I.M. (2013). *Educação para a Saúde: Contributos para a Prevenção do Cancro. Modelo cancro do Colo de útero* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade de Porto). Disponível em <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16156/2/EdSaudeContributosPrevenoCancroModeloCancroColotero.pdf>
- Branquinho, C. & Gaspar, P.J. (2017). *Competência em suporte básico da vida nas comunidades escolares: Uma perspetiva de cidadania*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Calvinho, M. & Amorim, C. (2015). (Re)pensar a educação para a saúde: Educação para a Saúde ou para a vida? In Santos, L.; Parente, C.; Ribeiro, J. & Pontes, A. (Coord). *Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática*. Lisboa; ISPA: pp. 15-17.
- Canova, J. D. C. M., Cyrillo, R. M. Z., Hayashida, M., Pompeu, D. A., & Dalri, M. C. B. (2015). Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar: Vivências da equipe de enfermagem sob o olhar da técnica do incidente crítico. *Revista de enfermagem UFPE On Line*, 9(3), 7095-7103.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.

- Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010- Versão Portuguesa*. Coimbra: Associação de Saúde Infantil de Coimbra.
- Correia, S. (2016). *Da comunidade para a comunidade: Agir para prevenir* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21893/1/Tese%20Final%20%281%29.pdf>
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. (2ª ed). Coimbra: Almedina
- Cruz Vermelha Portuguesa. (2013). *Portugal lidera falta de formação dos condutores em primeiros socorros*. Lisboa: Cruz Vermelha Portuguesa.
- Decreto Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República n.º 38/2008 ,I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho nº 10143/2009 de 16 de abril. *Diário da República n.º 74/2009, II Série*. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Plano Nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: DGS.
- Dixe, M.A., & Gomes, J. C. (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.
- Doyle, G., Cafferkey, K., & Fullam, J. (2012). *The European Health Literacy Survey: Results from Ireland*: Dublin, Ireland: University College Dublin.
- Enami, M., Takei, Y., Inaba, H., Yachida, T., Ohta, K., Maeda, T., & Goto, Y. (2011). Differential effects of ageing and BLS training experience on attitude towards basic life support. *Resuscitation*, 82 (5), 577-583.
- European Resuscitation Council. (2015). *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015*. Disponível em <https://cprguidelines.eu/>

- Fawcett, S., Abeykoon, P., Arora, M., Dobe, M., Galloway-Gilliam, L., Liburd, L., & Munodawafa, D. (2010). Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global health promotion, 17* (4), 52-56.
- Ferreira, D. (2017). *Intervenção Comunitária: capacitar a comunidade para salvar* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém). Disponível em <https://repositorio.ipsantarem.pt>
- Fortin, M. F. (2006). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociencia
- Fortin, M. F., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gala, C. (2014). *Competência dos alunos em SBV: Estudo comparativo entre o 9º ano e o 12º ano de escolaridade* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu).Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2550/1/GALA%2C%20Clifton%20Rodrigues%20-%20DissertMestrado.pdf>.
- Graça, L. (2015). Promoção da Saúde:Uma abordagem positiva da saúde. In Santos, L.; Parente, C.; Ribeiro, J. & Pontes, A. (Coord). *Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática*. Lisboa; ISPA: pp. 8-14.
- Hazinski, M. F., & Field, J. M. (2010). 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science. *Circulation, 122*(Suppl), S639-S946.
- Hill K., Mohan C., Stevenson M., McCluskey D. (2009). Objective assessment of cardiopulmonary resuscitation skills of 10-11-year-old schoolchildren using two different external chest compression to ventilation ratios. *Resuscitation, 80* (1), 96-99.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T.B. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica:Uma abordagem epidemiológica* (3ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: INEM.

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida*. Lisboa: INEM.
- INE. (2019). *Boletim oficial de estatística: março*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jackson, S. L. (2011). *Research Methods and Statistics: A critical thinking approach* (4^a ed). Wadsworth: Cengage Learning.
- Kendall S. (2008) *Nursing Perspectives and contribution to Primary Health Care*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Khan, J. A., Shafquat, A., & Kundi, A. (2010). Basic life support skills: assessment and education of spouse and first degree relatives of patients with coronary disease. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan: JCPSP*, 20(5), 299-302.
- Kickbusch, I. (2004). *Improving Health literacy – A key priority for enabling good health in Europe. Background paper on Improving Health Literacy in the European Union: towards a Europe of informed and active health citizen*. European Health Forum Gastein– Special Interest Session, 8th October, Austria.
- Kickbusch, I.; Maag, D.; Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies. Background paper for Parallel Forum F6*. European Health Forum Badgastein, 6th and 7th October, Austria.
- Laverack, G. (2004). *Promoção de Saúde Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Loureiro, I., & Natércia, M. (2010). *Promover a Saúde - Dos Fundamentos à Acção*. Coimbra: Almedina.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R., & Ferreira, T. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: Conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6, 157-166.
- Luciano, P. M., Matsuno, A. K., Moreira, R. S. L., Pazin-Filho, A., & Schmidt, A. (2010). Suporte básico de vida. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 20(2), 230-238.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5a). Report Number.

- Menezes, R., & Rocha, A. (2016). Dificuldades enfrentadas pela equipa de enfermagem no atendimento à parada cardiopulmonar. *Interscientia* 1(3), 2-15. Disponível em <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/43>
- Messa, J., Hernandez, H., Vela, J., Latorre, R., & Ansola, P. (2011). Novidades en métodos formativos en resucitación. *Medicina Intensiva*, 35 (7), 433-441.
- Miraveti, J. (2016). *Suporte básico de vida para leigos: um estudo quase experimental* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo). Disponível em <http://www.teses.usp.br>
- Monteiro, M.J., Pereira, M.C., Carvalho, R.M., Carril, E.S., Carril, M.F. & Rodrigues, V.M. (2018). Capacitação de trabalhadores em suporte básico de vida. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2117-2126. Disponível em <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/505>
- Moretti, M. A., & Ferreira, J. F. M. (2010). Um novo conceito: Ressuscitação cardiocerebral. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 20(2), 224-229.
- Nielsen-Bohman, L., Panzer, A. M. & Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25009856>
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 113-127.
- Nutbeam, D. (2009) Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54, 303-305.
- McCray, A. T. (2005). Promoting Health Literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association* 12 (2), 152-163.
- Oliveira, A. & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 115-124.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro. Dos comentários á análises dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de Julho. *Diário da República n.º 135/2018, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde. (1978). *Declaração de alma-ata. Conferencia Internacional de Cuidados Primarios*, Disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Relatório Mundial da Saúde: Cuidados de Saúde Primários: Agora mais do que nunca (versão portuguesa)*. Lisboa; Alto Comissariado da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Empowering patients*. Disponível em euro.who.int
- Ouschan R., Sweeney J.C., Johnson L.W. (2000). Dimensions of patient Empowerment: Implications for Professional Services Marketing. *Health Marketing Quarterly*, 18 (1-2): 99-114.
- Papalexopoulou, K., Chalkias, A., Dontas, I., Paraskevi, 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*. 43 (1), 66-71.
- Pergola, A.M. (2013). *Curso de primeiros socorros para candidatos à carteira nacional de habilitação* (Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Biomédicas da Universidade Estadual de Campinas). Disponível em <http://repositorio.unicamp.br>
- Petric, J., Malicki, M., & Mestrovic, J. (2013). Student and Parents attitudes toward Basic Life Support training in primary schools. *Croatian medical journal*, 54(4), 376-380. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760662/>

- Portaria 396/2007 de 2 de abril. *Diário da República n.º65/2007-I Serie A*. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Lisboa.
- Ramos, V.; Barbosa, P. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa; DGS.
- Rayan, D. (2002). *Empowerment and Poverty Reduction: a Sourcebook*. The World Bank. Disponível em <https://doi.org/10.1596/0-8213-5166-4>.
- Resolução n.º33/2013 de 22 de Fevereiro. *Diário da República n.º 53/2013 ,I Série*. Assembleia da República. Lisboa.
- Roppolo, L.P., & Pepe, P. (2009). Retention, retention, retention: targeting the young in CPR skills straining! *Critical Care*, 13, 185. Disponível em <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc7997>
- Salmon, P. & Hall, G. M. (2004). Patient empowerment or the emperor's new clothes? *Jornal of the Royal Society of Medicina*, 97(2), 53-56.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: Capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4,127-134.
- Silva, K. R., Araújo, S. A. S. T., de Almeida, W. S., Pereira, I. V. D. S., de Carvalho, E. A. P., & Abreu, M. N. S. (2017). Parada cardiorrespiratória e o suporte básico de vida no ambiente pré-hospitalar: O saber académico. *Saúde (Santa Maria)*, 43(1), 1-6.
- Silva, L. (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sørensen, K., Brouke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonka, Z.,Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 948.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2008). *Enfermagem de saúde Pública- Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*, (7ª ed). Loures: Lusodidactica.

- Tavares, A., Pedro, N., & Urbano, J. (2016). Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 101-104.
- Timerman, S., Nadkarni, V., Lopes, R. D., Quilici, A. P., Abrão, K. C., Gonzalez, M. M. C., & Ramires, J. A. F. (2010a). Ressuscitação no Brasil e no mundo e o ILCOR (Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação): história e consenso 2010 de ressuscitação cardiopulmonar e emergências cardiovasculares. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 20(2), 207-223.
- Timerman, S., Gonzalez, M. M. C., Ramires, J. A. F., Quilici, A. P., Lopes, R. D., & Lopes, A. C. (2010b). Rumo ao consenso internacional de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. *Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo*, 8(3), 228-237
- World Health Organization. (2001). *Commission on macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2002). Community participation in local health and sustainable development. European sustainable Development and Health Series:4, disponível em apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107341/E78652.pdf?sequence=1&isAllowed=1

Anexos

Anexo I - Instrumento de colheita de dados

Exmo.(a):

Sou aluna do mestrado em Enfermagem Comunitária do IPB e estou a desenvolver um estudo intitulado “Capacitação de leigos em SBV”.

O estudo tem como objetivo principal planejar, implementar e avaliar um programa de formação em Suporte Básico de Vida dirigido a pessoas leigas da comunidade.

Para que o objetivo do estudo possa ser alcançado a sua colaboração é fundamental. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através do preenchimento do presente questionário e de outro igual que será entregue ao final da formação. Estas informações são anónimas e confidenciais, não serão reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente. A sua participação neste estudo é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Se aceita participar, por favor, preencha as seguintes questões:

Pré test nº _____
Local _____
A Preencher pela investigadora

Idade: _____

Sexo: Feminino [] Masculino []

Habilitações Literárias: 1º Ciclo [] 2º Ciclo [] 3º Ciclo []

Ensino Secundário [] Ensino Superior []

Nota: Escolha apenas uma resposta.

1- Perante uma pessoa aparentemente inconsciente, o primeiro que devemos fazer é:

- Verificar as condições de segurança. []
- Ligar 112. []
- Esperar que acorde sozinho. []

2- Quando ligamos 112, devemos:

- Saber responder, o Quê? Onde? Como? Quem? []
- Responder a outras perguntas que possam ser feitas. []
- Ambas as respostas estão corretas. []

3- Quando devemos desligar o telefone:

- Quando nos apeteecer []
- Quando tenhamos fornecido todos os dados []
- Quando o operador do 112 assim solicitar []

4- Quando uma vítima está inconsciente:

- Devemos, dar-lhe água com açúcar. []
- Devemos dar-lhe só água. []
- Não devemos dar nada a beber. []

5- Se a vítima está inconsciente e respira:

- Devemos colocá-la sempre de lado. []
- Devemos colocá-la de lado, caso não exista traumatismo. []
- Ambas as respostas estão corretas. []

6- Quando verifica que a vítima está inconsciente e não respira, após pedir ajuda:

- Não deve fazer nada e esperar que chegue o INEM. []
- Deve iniciar SBV (se tiver formação/conhecimento). []
- Colocar a vítima em PLS, caso não exista traumatismo. []

7- Ao realizar a reanimação cardiorrespiratória:

- Deve iniciar 30 compressões torácicas, com 2 insuflações eficazes. []
- Só realizar compressões, porque não se sente à vontade de fazer insuflações. []
- Ambas as respostas estão corretas. []

8- No engasgamento grave:

- Devemos iniciar sempre pelas pancadas interescapulares. []
- Devemos iniciar sempre pelas manobras de Heimlich. []
- Tanto faz começar pelas pancadas interescapulares ou pelas manobras de Heimlich. []

9- O primeiro elo da cadeia de sobrevivência é:

- O desfibrilhador. []
- Ligar 112. []
- O SBV. []

10- Nos elos da cadeia de sobrevivência:

- Uns tem mais importância que outros. []
- Todos têm a mesma importância. []
- O mais importante é o desfibrilhador. []

Obrigada pela sua participação!

Anexo II - Formação ministrada

Suporte Básico de Vida



Enfª Laura Lorenzo Vázquez

Objetivos da Formação

- Geral: Capacitar leigos em Suporte Básico de Vida.
- Específicos:
 - Conhecer de forma sistematizada o algoritmo de SBV;
 - Identificar quando e como colocar uma vítima em posição lateral de segurança (PLS);
 - Identificar e saber atuar em situações em que é preciso iniciar as manobras cardiorrespiratórias (manobras de SBV);
 - Identificar e saber atuar perante uma vítima com obstrução da via aérea por corpo estranho;
 - Conhecer a importância da cadeia de sobrevivência.

Sumário:

- Posição Lateral de Segurança (PLS)
- Suporte Básico de Vida
 - Compressões
 - Insuflações
- Obstrução da via aérea
 - Pancadas interestapulares
 - Compressões abdominais (manobra de Heimlich)
- Cadeia de Sobrevivência

Algoritmo Suporte Básico de Vida



Avaliar Sempre Condições de Segurança

Avaliar o Estado de Consciência



Estimular tátil e auditivamente a vítima abanando os ombros com cuidado e perguntar em voz alta “sente-se bem?”

É importante estimular a vítima de ambos os lados

Permeabilizar Via Aérea



Numa vítima inconsciente a queda da língua pode levar a obstrução da via aérea

NUNCA FECHER A BOCA DA VÍTIMA!

Avaliar respiração (VOS)



Mantendo sempre a via aérea permeável verificar se a vítima respira , realizando o **VOS** 10 segundos:

Ver os movimentos torácicos

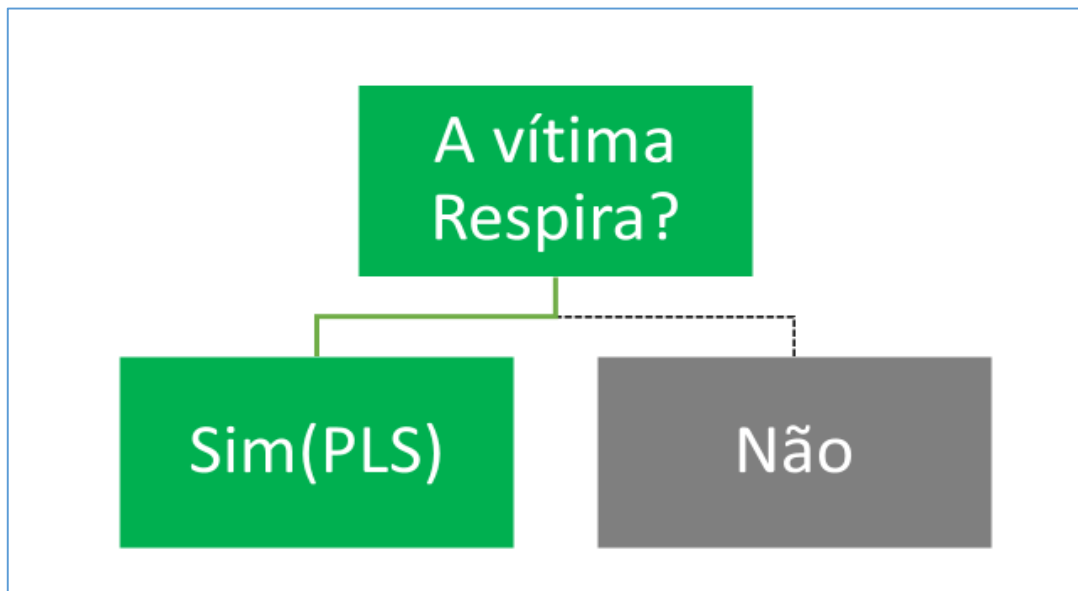
Ouvir os sons respiratórios saídos da boca/nariz

Sentir o ar expirado na face do reanimador

Ao ligar 112, esteja preparado para responder a: O Quê? Onde? Como? Quem?

- A localização exata da ocorrência e pontos de referência do local, para facilitar a chegada dos meios de socorro;
- O número de telefone de contacto;
- O que aconteceu;
- O número de pessoas que precisam de ajuda;
- Condição em que se encontra(m) a(s) vítima(s);
- Se já foi feita alguma coisa;
- Qualquer outro dado que lhe seja solicitado;
- Desligar a chamada apenas quando o operador do CODU assim solicitar.





Posição Lateral de Segurança (PLS)



Coloque o braço da vítima em ângulo reto com o corpo



Coloque o dorso da mão da vítima no lado da face mais próxima do reanimador



Levante a perna da vítima, dobrando-a



Rode a vítima para o lado o reanimador



Apresentação da vítima em PLS



A vítima
Respira?

Sim

Não (SBV)

Algoritmo Suporte Básico de Vida



Suporte Básico de Vida: Adulto

Existem 2 elementos essenciais para a sua realização:

30 Compressões

2 Insuflações

Compressões Torácicas



Realize 30 compressões deprimindo o esterno 5-6cm a uma frequência de 100-120 por minuto

Ventilação Boca-a-Boca



Se não se sentir capaz de realizar as insuflações, porque não se sente à vontade ou desconhece a vítima, faça apenas compressões torácicas

Ventilação boca-máscara



Obstrução da Via Aérea (OVA)



Obstrução da Via Aérea

PODEMOS CLASSIFICAR A OVA QUANTO À GRAVIDADE:

- LIGEIRA.
- GRAVE.

Obstrução de Via Aérea Ligeira

Condições de Segurança

TOSSE EFICAZ

Encorajar a tossir

Até resolver ou tosse ineficaz

TOSSE INEFICAZ

5 pancadas nas costas

5 compressões abdominais

Até resolver ou inconsciente

Se inconsciente, ligar 112

Iniciar SBV

Pancadas Interescapulares

Aplicar até um máximo
de 5 pancadas

Ajustando a força ao tamanho e idade da vítima este método pode ser usado em adultos e crianças com idade superior a 1 ano



Compressões Abdominais (Manobra de Heimlich)

Use como ponto de referência a cicatriz umbilical

Ajustando a força ao tamanho e idade da vítima este método pode ser usado em adultos e crianças com idade superior a 1 ano



Cadeia de Sobrevivência



Ligar 112

Chamar os serviços de emergência, previamente à eventual ocorrência de uma PCR, aumenta a probabilidade de sobrevivência da vítima.

Reanimar

No intervalo de tempo que decorre entre a ativação e a chegada dos serviços de emergência ao local da ocorrência, devem ser iniciadas de imediato manobras de Suporte Básico de Vida.

Desfibrilhar

O atraso na desfibrilação pode comprometer a vida de uma vítima em PCR.

Estabilizar

A qualidade dos cuidados pós-reanimação está diretamente relacionada com a qualidade de vida pós evento de PCR.

E se um coração parar de bater... Sabe o que deve fazer?



Anexo III - Correspondência das respostas corretas e falsas do questionário de avaliação dos conhecimentos em SBV

Questão	Resposta correta		
	1ª	2ª	3ª
Perante uma pessoas inconsciente, o primeiro que devemos fazer é	X		
Quando ligamos o 112, devemos			X
Quando devemos desligar o telefone			X
Quando uma vítima está inconsciente			X
Se a vítima está consciente e respira		X	
Quando verifica que a vítima está inconsciente e não respirar, após pedir ajuda		X	
Ao realizar reanimação cardiopulmonar			X
No engasgamento grave	X		
O primeiro elo da cadeia de sobrevivência é		X	
Nos elos da cadeia de sobrevivência		X	