

Vanessa Campos Rodrigues

Conhecimentos da População do Concelho de Monção

Sobre Suporte Básico de Vida



Ponte de Lima, 2009

Vanessa Campos Rodrigues

Conhecimentos da População do Concelho de Monção

Sobre Suporte Básico de Vida



Ponte de Lima, 2009

Vanessa Campos Rodrigues

Conhecimentos da População do Concelho de Monção

Sobre Suporte Básico de Vida

Atesto a Originalidade:

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Resumo

A paragem cardio-respiratória é uma das principais causas de mortalidade na Europa, podendo ocorrer no domicílio da vítima, no local de trabalho, na rua ou num espaço comercial, sendo a cadeia de sobrevivência a base para o socorro. É importante que o indivíduo que assiste a esta situação consiga compreender a necessidade de chamar ajuda imediata e, no caso de possuir conhecimentos, iniciar precocemente manobras de Suporte Básico de Vida.

Neste sentido, surge a investigação intitulada “Conhecimento da população de Monção sobre Suporte Básico de Vida”, com o intuito de dar resposta aos seguintes objectivos específicos: averiguar se os indivíduos possuem curso de socorrismo; avaliar o nível de conhecimentos da população face a situações de paragem cardio-respiratória; verificar se os indivíduos se sentem preparados para actuar em situações de paragem cardio-respiratória; investigar se a população consegue identificar qual o número Europeu de Emergência Médica; analisar se os indivíduos conseguem identificar qual a ordem básica de actuação numa situação de emergência; verificar se os indivíduos inquiridos identificam quanto tempo levam as reservas de energia e oxigénio do cérebro a esgotar-se, numa pessoa em paragem cardio-respiratória; identificar a reacção dos indivíduos que tenham assistido a uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória e investigar se os indivíduos terão conhecimento relativamente ao algoritmo de Suporte Básico de Vida, nomeadamente à regra de compressões e insuflações instituída.

Para o caminhar da investigação, procedeu-se à elaboração do trabalho através de um estudo descritivo simples com apoio numa abordagem quantitativa. Utilizou-se como instrumento de colheita de dados o questionário, constituído maioritariamente por perguntas fechadas, tendo apenas duas de resposta aberta.

Após confirmação nos critérios de inclusão (residir no concelho de Monção, ser adulto e alfabetizado) a amostra total resultou em cinquenta e sete indivíduos. Posteriormente a esta colheita de dados, estes foram tratados no programa informático Microsoft Office Excel, apresentados depois em forma de quadros e gráficos para melhor análise e

discussão.

Os principais resultados desta investigação mostram que a população apresenta carências ao nível dos conhecimentos sobre Suporte Básico de Vida, pelo que é necessário investir em formação nesta temática.

De forma a salvaguardar os direitos dos participantes na investigação, teve-se em conta os cinco princípios determinados pelos códigos de ética, nomeadamente, o direito à auto-determinação, o direito à intimidade; o direito ao anonimato e confidencialidade; o direito da protecção contra o desconforto e o prejuízo e finalmente o direito a um tratamento justo e equitativo.

Palavras-chave: Conhecimento; População; Paragem cardio-respiratória e Suporte Básico de Vida.

Abstract

The cardio-respiratory stopping is one of the main causes of mortality in the Europe, being able to occur in the domicile of the victim, in the workstation, the street or in another space, being the survival chain the base for the aid. It is important that the individual attends this situation obtains to understand the necessity to call immediate aid and, in the case to possess knowledge, precociously to initiate Basic Support of Life.

In this direction, the inquiry untitled the “Knowledge of the population of Monção on Basic Support of Life”, with intention to give reply to the following specific objectives: to inquire if the individuals they possess Basic Support of Life course; to evaluate the level of knowledge of the population face the situations of cardio-respiratory stopping; to verify if the individuals feel prepared to situations of cardio-respiratory stopping; to investigate if the population identify the European number of Medical Emergency; to analyze if the individuals they obtain to identify the basic order of actuation in an emergency situation; to verify if the inquired individuals they identify how much time takes the reserves of energy and oxygen of the brain to be depleted, in a person in cardio-respiratory stopping; to identify the reaction of the individuals that have attended a situation with victim of cardio-respiratory stopping; and to investigate if the individuals they will relatively have knowledge to the algorithm of Basic Support of Life, nominated to the rule of compressions and insufflations instituted.

To walk it of the inquiry, it was proceeded the elaboration from the work through simple a descriptive study with support in a quantitative boarding. The questionnaire, consisting of closed questions, having only two of open reply, was used as instrument of harvest of data.

After confirmation in the inclusion criteria (to reside in Monção, being adult and to be alphabetized) the total sample resulted in fifty-seven individuals. Later to this collect of information, these had been treated in the program Microsoft Office Excel, presented later in form of pictures and tables for better analysis and discussion.

The main results of this inquiry show that the population presents lacks to the level of the knowledge on Basic Support of Life, for what are necessary to invest in formation in this thematic one.

Of form to safeguard the rights of the participants in the inquiry, one had in account the five principles determined for the ethics codes, nominated, the right to the self-determination, the right to the privacy; the right to the anonymity and confidentiality; the right of the protection against the discomfort and the damage and finally the right to and a just equitable treatment.

Keyword: Knowledge; Population; Cardio-respiratory stopping and Basic Support of Life.

Dedicatória

Dedico cada página desta investigação e cada dia de êxito desta Licenciatura aos meus PAIS, que foram e são a razão pelo qual eu cheguei até aqui.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, Maria José e Paulo, pelo sacrifício e apoio infindável.

Agradeço à minha irmã, Cláudia, o simples facto de existir.

Agradeço ao meu namorado, Cândido, o ter estado sempre ao meu lado, a sua paciência e apoio.

Agradeço aos meus avós, Virgínia e Luís, o seu contributo para a minha formação.

Agradeço ao Enfermeiro orientador, José Coelho, por me ter acompanhado na elaboração deste trabalho.

Agradeço finalmente aos meus amigos, aos que já cá estavam e aos que passaram a estar ao meu lado nesta longa caminhada.

A todos, o meu OBRIGADA.

Siglas e Abreviaturas

CODU – Centro de Orientação Doentes Urgentes

CODU-MAR - Centro de Orientação Doentes Urgentes no Mar

CIAV – Centro de Informações Anti-Veneno

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

Fa – Frequência absoluta

Fr – Frequência relativa

FV – Fibrilhação ventricular

GEM – Gabinete de Emergência Médica

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

pp. – páginas

PSO – Polícia de Segurança Pública

PCR – Paragem Córdio-Respiratória

RCR – Ressuscitação cardio-respiratória

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

TV – Taquicardia ventricular

Índice

Introdução pág. 15

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Formulação do problema de investigação..... pág. 20

1.1. Justificação e delimitação do tema de investigação..... pág. 20

1.2. Pergunta de partida..... pág. 21

1.3. Questões de investigação..... pág. 21

1.4. Objectivos da investigação.....pág. 22

2.Contextualização teórica..... pág. 25

2.1. Breve história da Reanimação cardio-respiratória..... pág. 26

2.2. Reanimação cardio-respiratória em Portugal..... pág. 27

2.3.Cadeia de sobrevivência.....pág. 29

2.3.1. Acesso precoce aos Serviços de Emergência..... pág. 30

2.3.2. Suporte Básico de Vida precoce..... pág. 30

2.3.3. Desfibrilhação precoce..... pág. 31

2.3.4. Suporte Avançado de Vida precoce..... pág. 32

2.4. Paragem Cárdio-respiratória..... pág. 32

2.4.1. Causas de Paragem Córdio-respiratória.....	pág. 33
2.4.1.1. Obstrução da via aérea.....	pág. 33
2.4.1.2. Falência respiratória.....	pág. 34
2.4.1.3. Patologia cardíaca.....	pág. 35
2.5. Suporte Básico de Vida.....	pág. 35
2.5.1. Etapas e procedimentos de Suporte Básico de Vida.....	pág. 36
2.5.2. Consequências de Suporte Básico de Vida.....	pág. 40

PARTE II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2. Metodologia.....	pág. 43
2.1. Tipo de estudo.....	pág. 43
2.2. População e amostra.....	pág. 44
2.3. Definição de variáveis.....	pág. 46
2.4. Instrumento de colheita de dados.....	pág. 46
2.4.1 Pré-teste.....	pág. 47
2.5. Previsão de tratamento de dados.....	pág. 48
2.6. Considerações éticas.....	pág. 48

PARTE III- ENQUADRAMENTO EMPIRICO

3. Apresentação e análise de dados	pág. 52
3.1.Caracterização da amostra.....	pág. 52
3.1.1. Caracterização da amostra relativamente ao género.....	pág. 52
3.1.2. Caracterização da amostra relativamente à idade.....	pág. 53
3.1.3. Caracterização da amostra relativamente às habilitações Literárias.....	pág. 54
3.1.4.Caracterização da amostra relativamente à profissão.....	pág. 55
3.2. Caracterização do conhecimento da população sobre SBV.....	pág. 56
4. Discussão de dados	pág. 67
Conclusões	pág. 71
Sugestões	pág. 73
Bibliografia	pág. 74
Anexos	pág. 78
Anexo I – Mapa do Concelho de Monção	
Anexo II – Algoritmo de Suporte Básico de Vida	
Apêndices	pág. 83
Apêndice I – Instrumento de colheita de dados	
Apêndice II – Cronograma de actividades	

Índice de Gráficos

Gráfico A – Distribuição percentual da amostra por género.....	pág. 52
Gráfico B – Distribuição percentual da amostra por idade.....	pág. 53
Gráfico C – Distribuição percentual da amostra por habilitações literárias.....	pág. 54
Gráfico D – Distribuição percentual dos dados relativos à realização de curso de socorrismo.....	pág. 57
Gráfico E – Distribuição percentual dos dados relativos ao número Europeu de Emergência Médica.....	pág. 59
Gráfico F – Distribuição percentual dos dados relativos à sequência de actuação numa situação de emergência.....	pág. 60
Gráfico G - Distribuição percentual dos dados relativos ao cessar das reservas de energia e oxigénio no cérebro de um indivíduo em PCR.....	pág. 61
Gráfico H - Distribuição percentual dos dados relativos à presença dos inquiridos numa situação com vítima de PCR	pág. 62
Gráfico I - Distribuição percentual dos dados relativos à capacidade de actuar face a uma vítima de PCR.....	pág. 64
Gráfico J - Distribuição percentual dos dados relativos aos passos de reanimação cardio-respiratória.....	pág. 65
Gráfico K - Distribuição percentual dos dados relativos às regras de execução de compressões e insuflações.....	pág. 66

Índice de Quadros

Quadro A – Distribuição percentual da amostra por profissão..... pág. 55

Quadro B – Distribuição percentual dos dados relativos ao motivo pelo qual os inquiridos não possuem curso de socorrismo.....pág. 58

Quadro C – Distribuição percentual dos dados relativos à actuação dos inquiridos numa situação com vítima de paragem cardio-respiratória.....pág. 63

Introdução

O profissional de Saúde necessita de uma base de conhecimentos que lhe permita saber ser, saber estar e saber fazer, para que desta forma possa desempenhar dignamente a sua profissão. A investigação conquista assim um papel importante pois engrandece a prática de Enfermagem, favorecendo o seu desenvolvimento como ciência.

Este Projecto Monográfico surge no âmbito do plano curricular do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima, no ano lectivo 2008/2009, com a finalidade de obter-se o grau de Licenciatura.

A investigação em Enfermagem é parte essencial para alargar o campo de conhecimentos e facultar o seu crescimento. Dando cumprimento a uma exigência académica, o contributo da realização deste trabalho alargou-se pela aquisição de competências científicas, humanas e relacionais, bem como de uma melhor compreensão do processo de investigação.

“O acesso à investigação assinala, ao que parece, uma etapa importante no desenvolvimento da uma profissão. Se nos reportarmos à profissão de Enfermagem em França, a palavra investigação era completamente insólita até aos últimos dez anos. Foi a partir da difusão do 5º Relatório Organização Mundial de Saúde, da Comissão de peritos dos cuidados de Enfermagem que se começou a abrir caminho para uma investigação, não só como algo possível e desejável, mas também recomendado para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e da própria profissão.” (Collière, 2003,p.403)

A prestação de cuidados em contexto de urgência e pré-hospitalar, áreas desenvolvidas em contexto académico, são temáticas de eleição para o investigador. Devido ao facto da paragem cardíaca ser “(...) uma das principais causas de mortalidade na Europa, afectando cerca de 700 000 indivíduos por ano”, (Handley et al, 2005, p.1), a temática envolvida despertou interesse para a realização da investigação.

Relativamente a questões sociais, e devido ao facto do investigador trabalhar como bombeiro em regime de voluntariado, a percepção das lacunas relativamente ao acesso

aos serviços de emergência e execução de Suporte Básico de Vida, motivaram o investigador para averiguar os conhecimentos da população sobre esta área.

Assim, a escolha do tema a desenvolver surge devido à existência de motivações pessoais, académicas e sociais do investigador. Decidiu-se averiguar qual o **“Conhecimento da população do concelho de Monção sobre Suporte Básico de Vida”**, sendo esta a pergunta de partida para o desenvolvimento do problema de investigação.

A cadeia de sobrevivência é a base para o socorro no pré-hospitalar, sendo que os quatro elos que a compõem são todos de igual importância, não sendo nenhum substituível ou ultrapassável. Assim, devido à necessidade dos indivíduos terem uma base de conhecimentos sobre este assunto para poder aplicá-los eficazmente, este estudo tem como objectivos específicos: averiguar se os indivíduos possuem curso de socorrismo; avaliar o nível de conhecimentos da população face a situações de paragem cardio-respiratória; verificar se os indivíduos se sentem preparados para actuar em situações de paragem cardio-respiratória; investigar se a população consegue identificar qual o número Europeu de Emergência Médica; analisar se os indivíduos conseguem identificar qual a ordem básica de actuação numa situação de emergência; verificar se os indivíduos inquiridos identificam quanto tempo levam as reservas de energia e oxigénio do cérebro a esgotar-se, numa pessoa em paragem cardio-respiratória; identificar a reacção dos indivíduos que tenham assistido a uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória e investigar se os indivíduos terão conhecimento relativamente ao algoritmo de Suporte Básico de Vida, nomeadamente à regra de compressões e insuflações instituída.

Com o intuito de levar a cabo a conclusão dos objectivos supracitados, decidiu-se utilizar metodologia científica fazendo-se uma abordagem quantitativa, através de um estudo descritivo simples, sendo que este têm como principal finalidade a explicação de um fenómeno.

O instrumento de colheita de dados realizado foi um questionário, constituído por duas partes, uma de caracterização sócio-demográfica da população e outra de aplicação de

questões sobre a temática a investigar. O questionário foi aplicado a uma amostra total de 57 indivíduos, sendo que optou-se por um processo de amostragem não aleatório, acidental e intencional. Após a colheita de dados, procedeu-se ao tratamento dos mesmos através de suporte informático, com o programa Microsoft Office Excel.

Devido a limitações geográficas do investigador, o estudo foi desenvolvido em local territorial favorável para as deslocações, nomeadamente o Concelho de Monção. A amostra utilizada constituiu-se por 57 indivíduos, tal como referido, o que se revelou inferior às expectativas do investigador, no entanto, devido a limitações temporais não foi possível prosseguir-se com um alargamento dos dias de colheita de dados.

Através da análise dos dados pôde-se concluir que relativamente à realização de curso de socorrismo, 63% do total da amostra nunca o realizou, e que destes indivíduos, 59% referiram não terem tido oportunidade de o fazer. O Numero Europeu de Emergência Médica foi identificado correctamente por 84% da amostra. Apenas 23% dos indivíduos inquiridos identificam a ordem básica de actuação numa situação de emergência e um total de 44% da população questionada nesta investigação identificou correctamente o tempo que demoram as reservas de energia e oxigénio a esgotar-se no cérebro de um indivíduo em paragem cardio-respiratória (P.C.R.). Um total de 75% dos indivíduos referiram nunca terem assistido a uma situação de paragem cardio-respiratória, e dos 23% que referiram ter assistido, 46% refere que a sua actuação baseou-se em pedir ajuda e aproximar-se da vítima a fim de prestar auxílio. No entanto, 40% dos indivíduos da amostra referem não se sentirem preparados para actuar face a uma situação de P.C.R. Da população questionada nesta investigação, um total de 53% colocou os passos da sequência de reanimação cardio-respiratória (R.C.R.) de forma incorrecta e 44% dos inquiridos respondeu acertadamente à regra de compressões cardíacas/ventilações do algoritmo de Suporte Básico de Vida.

Nesta etapa de realização deste primeiro trabalho de investigação, é de salientar que foram sentidas dificuldades na realização do mesmo por parte do investigador, e para o colmatar das dificuldades sentidas, este recorreu ao apoio do Enfermeiro orientador, José Coelho, à realização de pesquisa bibliografia contínua e ao esclarecimento de

dúvidas com docentes da Universidade.

Considera-se pertinente referir que como principal finalidade pretende-se que este estudo possa contribuir para o início de novos estudos, bem como aumentar a sensibilidade das pessoas relativamente à necessidade de todos adquirirem conhecimentos sobre Suporte Básico de Vida.

De forma a simplificar a leitura do projecto monográfico, este está dividido em seis partes, sendo que se inicia com a Introdução e se segue o desenvolvimento do trabalho. Optou-se por dividir o desenvolvimento em três partes, nomeadamente Enquadramento Conceptual, Enquadramento Metodológico e Enquadramento Empírico. Na primeira parte, designada Enquadramento Conceptual, são abordados os temas relativos à formulação do problema de investigação e posteriormente desenvolve-se a contextualização teórica; na segunda parte, que tem como título Enquadramento Metodológico, são desenvolvidas as temáticas relacionadas com a metodologia aplicada ao longo da investigação; na terceira parte, designada Enquadramento Empírico, apresentam-se, analisam-se e posteriormente realiza-se a discussão dos resultados obtidos com a investigação. Depois de expressas as Conclusões obtidas, apresentam-se as Sugestões do investigador, a Bibliografia utilizada e por fim, apresentam-se os Anexos e os Apêndices do trabalho.

PARTE I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A fase conceptual é definida como a primeira etapa de uma pesquisa. Esta actividade incluem o pensar, a leitura, o repensar, o teorizar e o rever as ideias de forma a orientar a concretização do estudo. (Polit e Hungler, 2004, p.34)

1. Formulação do problema de investigação

Toda a investigação que se pretende elaborar tem como ponto de partida uma situação considerada ambígua, uma situação que careça de uma melhor explicação e compreensão do fenómeno que se pretende analisar.

Assim, a investigação “(...) tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática (...)”. O problema de investigação “(...) surge quando é constatado um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e a situação desejável (...)” (Fortin, 2003, p. 48).

1.1 Justificação e delimitação do tema de investigação

A investigação surge da necessidade de obter respostas acerca de determinado assunto, sendo que este vai de encontro com as motivações do investigador. Torna-se assim necessário delimitar um campo de interesse, ou seja, estabelecer limites para a investigação. (Lakatos e Marconi, 2003, p. 162)

O conhecimento adquirido previamente, quer na Universidade, quer devido ao facto de ser bombeiro voluntário, moveram o investigador a debruçar-se sobre a temática. Após pesquisa bibliográfica ficou claro que o tema era pertinente e actual, o que permitiu o caminhar da investigação.

“Há alguns casos em que é útil ter conhecimento de como prestar primeiros socorros, e alguns em que é mesmo indispensável. Dos ferimentos de importância secundária às grandes emergências, uma familiaridade de ordem prática com a prestação de primeiros socorros pode reduzir os problemas sofridos pela vítima e, em alguns casos, pode mesmo salvar uma vida”. (Collins, 1996, p.3)

A identificação da situação que permite o acesso precoce aos serviços de urgência e inclusivamente o início de manobras de Suporte Básico de Vida pode salvar uma vida.

“É um acto de solidariedade, de responsabilidade social e de consciência cívica que se inscreve nos direitos e deveres de cidadania” (Guedlines of Resuscitation, 2005, p. 3)
Por este motivo, acredita-se que é necessário passar a mensagem aos cidadãos de que é fundamental adquirir conhecimentos básicos de actuação nestas situações.

1.2. Pergunta de partida

Uma vez definido o domínio da investigação, é imprescindível que o investigador se interrogue sobre a questão a colocar-se. A pergunta de partida “(...) é a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população, realizando aferições nos sujeitos do estudo.” (Hulley et al, 2008, p. 35)

De acordo com Fortin (2003, p.51) que afirma que a pergunta de partida “ (...) é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações”, a questão definida para este estudo é “qual o conhecimento da população do Concelho de Monção sobre Suporte Básico de Vida”.

1.3. Questões de investigação

As questões de investigação são premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação, tem por finalidade proporcionar novos conhecimentos, ao encontrar respostas válidas para questões que tenham sido levantadas ou soluções para problemas que tenham sido identificados (Sheehy, 2001, p.101).

Segundo Hulley et al (2006, p.22), as questões de investigação são os alvos que o investigador pretende decifrar, e sendo assim, para dar resposta ao tema de investigação, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Será que os indivíduos possuem curso de socorrismo?

- Possuíram os indivíduos conhecimentos face a situações de paragem cardio-respiratória?
- Será que os indivíduos se sentem preparados para actuar em situações de paragem cardio-respiratória?
- Os inquiridos conseguiram identificar qual o número Europeu de Emergência Médica?
- Conseguiram os indivíduos identificar qual a ordem básica de actuação numa situação de emergência?
- Será que os inquiridos identificam quanto tempo levam as reservas de energia e oxigénio do cérebro a esgotar-se, numa pessoa em paragem cardio-respiratória?
- Qual terá sido a reacção dos indivíduos que tenham assistido a uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória?
- Os inquiridos terão conhecimento relativamente ao algoritmo de Suporte Básico de Vida, nomeadamente à regra de compressões e insuflações instituída?

1.4. Objectivos da investigação

Delimitar os objectivos de uma investigação é um passo fulcral para que todo o processo se encaminhe de forma a atingir os fins.

Para Lakatos e Marconi (2007, p. 29) delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação e assim, “o objectivo torna explícito o problema, aumentando conhecimentos sobre determinado assunto”. (Lakatos e Marconi. 2007, p.24)

O objectivo geral do estudo equivale à visão global e abrangente do tema em estudo, relacionando-se directamente com o conteúdo do trabalho proposto pelo investigador (Lakatos e Marconi, 2003, p. 219).

“Na condução de uma investigação, o investigador é orientado por determinados objectivos operacionais, estes vão depender da natureza dos fenómenos e das variáveis em presença, bem como das condições de maior ou menor controlo em que a investigação vai ocorrer.” (Almeida e Freire, 2007, p.24)

Como objectivo geral para este estudo tem-se: ”Identificar o conhecimento da população do Concelho de Monção sobre Suporte Básico de Vida”.

Tem-se também definidos objectivos específicos, que são mais concretos e permitem atingir o objectivo geral, sendo aplicados em situações particulares (Lakatos e Marconi, 2003, p. 219). Desta forma, definiu-se como objectivos específicos:

- Averiguar se os indivíduos possuem curso de socorrismo;
- Avaliar o nível de conhecimentos da população face a situações de paragem cardio-respiratória;
- Verificar se os indivíduos se sentem preparados para actuar em situações de paragem cardio-respiratória;
- Investigar se a população consegue identificar qual o número Europeu de Emergência Médica;
- Analisar se os indivíduos conseguem identificar qual a ordem básica de actuação numa situação de emergência;
- Verificar se os indivíduos inquiridos identificam quanto tempo levam as reservas de energia e oxigénio do cérebro a esgotar-se, numa pessoa em paragem cardio-respiratória;

- Identificar a reacção dos indivíduos que tenham assistido a uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória;
- Investigar se os indivíduos terão conhecimento relativamente ao algoritmo de Suporte Básico de Vida, nomeadamente à regra de compressões e insuflações instituída.

2. Contextualização teórica

O conhecimento sobre determinado assunto é tido, segundo Rey (1999, p.176) como o “conjunto de informações, ideias e conceitos acumulados na memória de um indivíduo, de um grupo ou de uma sociedade”.

Para Doran e Parot (2001, p 160) conhecimento consiste no “processo que coloca o sujeito em relação com o mundo e o resultado desse processo”. Os autores supracitados citam ainda Piaget que se referia ao conhecimento como a passagem progressiva do exógeno para o endógeno, ou seja, o mundo não é totalmente conhecido, só o é caso tenha sido construído pelo próprio sujeito.

Assim, estudar o conhecimento tornou-se o objectivo primordial nesta investigação, bem como analisar-se o conjunto de ideias e informações que a população possui sobre o tema que envolve todo o estudo.

“Cuidar, tomar conta da vida está na origem de todas as culturas. (...) É à volta desta imperiosa necessidade de tomar conta da vida, ou seja, de fazer o indispensável para que a vida continue, que nasceram e se desenvolveram todas as maneiras da fazer que geraram crenças e modos de organização social.” (Collière, 2003,p.58)

Diariamente ocorrem situações inesperadas e todos os indivíduos são passíveis de serem socorristas ou de serem socorridos, portanto prestar auxílio implica compreender a necessidade de chamar ajuda qualificada e prestar socorro até à chegada dos meios de ajuda diferenciada.

“(...) Nesta partilha de responsabilidades cada cidadão deve ser um participante activo da sua segurança e da segurança colectiva. (...) Cada um de nós tem o dever cívico de desenvolver uma verdadeira apetência de preparação face ao perigo.” (Martins, 2004, p.33)

Qualquer que seja o ambiente, quer social, quer profissional, os indivíduos têm a responsabilidade de prestar toda a assistência de que forem capazes e estejam preparados. No entanto, actualmente as emergências ocorrem em todo o lado e é imprescindível que os cidadãos sejam capazes para agir em consonância.

“Se nada for feito a probabilidade de salvar uma vítima em paragem cardio-respiratória (PCR) diminui 7 a 10% por cada minuto que passa sem a vítima ser ajudada. Pelo contrário, se a testemunha iniciar imediatamente respiração cardíaca e pulmonar (RCP) o declínio da probabilidade de sobreviver é mais gradual, cerca de 3-4% por cada minuto que passa. No indivíduo em PCR as reservas de energia e oxigénio do cérebro esgotam-se ao fim de cinco minutos.” (Guidelines of Resuscitation, 2005, p.1)

A American Heart Association estima a incidência deste evento em 1,5 milhões de vítimas por ano, e destas, cerca de 1/3 morre. Do total destas mortes, 350 000 ocorrem fora do hospital e geralmente duas horas depois do início dos sintomas. (Cáceres et al, 2005/2006, p. 70)

2.1. Breve história da reanimação cardio-respiratória

No antigo Egipto, há cerca de 3 500 anos, nasceu a mais primitiva técnica de reanimação cardio-respiratória, conhecida como método de inversão. Esta técnica consistia em pendurar as vítimas pelos pés e aplicar pressão no tórax, com o objectivo de assistir o indivíduo na expiração, existindo um período de relaxação que ia ao encontro do tempo de inspiração da vítima. (Cáceres et al, 2005/2006, p. 68)

Vários séculos antes, Andreas Vesalius y Phillipus Aureolus Paracelsus sugeriram o uso de um tubo em vítimas da paragem cardio-respiratória (PCR), com o objectivo de proporcionar assistência respiratória, o que mais tarde veio a dar origem às bolsas de ventilação, que actualmente correspondem ao ambu. (Cáceres et al, 2005/2006, p. 68)

Em 1767 a Dutch Humane Society propõe um esquema para o manuseamento de vítimas em paragem cardio-respiratória, no qual as linhas mais importantes incluíam: conservar a temperatura corporal do indivíduo, remover substâncias deglutidas ou a água aspirada, ventilar boca a boca e insuflar fumo/ tabaco ardente dentro do recto da vítima. (Cáceres et al, 2005/2006, p. 69)

Em 1783 De Haen descreve a actual técnica de RCR, cuja influência sobre a pressão arterial estimulou a investigação e a sua rápida e extensa difusão anos mais tarde.

A partir de 1950, Kouwenhoven e Knickerbocke descreveram a técnica de compressão cardíaca externa em conjunto com a técnica de ventilação artificial, depois aperfeiçoadas pelo anestesista Peter Saffar. (Cáceres et al, 2005/2006, p. 69)

Em 1966, a Academia Nacional de Ciências do National Research Council recomenda para a década de setenta, a formação de profissionais de saúde, segundo as normas impostas pela American Heart Association (AHA), organismo que no ano 1974, promoveu a educação em RCR básica para o público em geral.

A academia manifestou inclusivamente a necessidade de expandir a formação a jovens em idade escolar nos inícios da década de 90. Em base dos resultados obtidos, nasceu em 1992, o conceito de cadeia de sobrevivência que engloba a generalização dos processos de RCR no pré-hospitalar. (Cáceres et al, 2005/2006, p. 69)

2.2. Reanimação cardio-respiratória em Portugal

Em 1965 iniciou-se em Lisboa o socorro às vítimas de acidente na via pública através do número 115. Este serviço era prestado numa ambulância tripulada por elementos da PSP que realizava o transporte para o hospital. Nos anos seguintes, este serviço foi alargado a outras cidades, nomeadamente Porto, Coimbra Aveiro, Setúbal e Faro. (INEM, 2000, p.20)

Em 1971 criou-se o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), com o objectivo de assegurar a orientação, coordenação e eficiência de actividades relacionadas com primeiros socorros a doentes e sinistrados e o seu transporte até ao hospital.

O SNA criou os “Postos de Ambulância SNA”, dotados de veículos medicalizáveis, equipamento sanitário e de telecomunicações, entregues às corporações da PSP de Lisboa, Porto, Coimbra, Setúbal e de corpos de bombeiros nas restantes cidades, constituindo uma rede que abarcou todo o país. (INEM, 2000, p.20)

Em 1980 criou-se o Gabinete de Emergência Médica (GEM) que, entre outros objectivos, cabia-lhe a realização de um projecto de organismo que viesse a desenvolver e coordenar um Sistema Integrado de Emergência Médica.

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) define-se como sendo o responsável pelo

“conjunto de acções coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalares, que resultam da intervenção cívica e dinâmica dos vários componentes do Sistema de Saúde Nacional, de modo a possibilitar uma acção rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a actividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a recepção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente. (Diário da Republica, 2007, p.3514)

A organização do SIEM exige um conjunto de programas perfeitamente definidos que determinem a actuação dos diferentes intervenientes em cada fase. Em 1981, criou-se o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que

“tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e adequada prestação de cuidados de saúde”. (Diário da republica, 1997, p.3513)

Desde a sua criação, que o INEM tem vindo a alargar a sua rede de actuação através da criação de subsistemas para a prestação de socorros com características específicas, como são os cuidados de saúde aos recém-nascidos de alto risco, socorro das vítimas de doença súbita no domicílio ou na rua e o socorro a vítimas a bordo de navios e o centro médico de informações anti-venenos. (INEM, 2000, p.18)

De entre os diferentes subsistemas, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), foi criado em 1987 e competem-se funções de orientação e apoio médico necessário para o eficiente socorro de doentes em situação de urgência, na sua área de responsabilidade e em tempo útil. (INEM, 2000, p.19)

O Centro de Orientação de Doentes Urgentes – Mar (CODU-MAR) criado dois anos mais tarde, visa assegurar o atendimento, orientação médica e encaminhamento de pedidos de socorro que sejam provenientes de navios ou embarcações, independentemente do local ou nacionalidade, de acordo com as regras nacionais e internacionais sobre a matéria. (INEM, 2000, p.19)

2.3. Cadeia de sobrevivência

De acordo com INEM (2006, pp. 4/5) cadeia de sobrevivência é constituída por quatro elos, todos eles com a mesma importância. Para que o resultado final seja uma vida salva, é necessário o seu correcto funcionamento e articulação eficaz. Este conceito de cadeia de sobrevivência deriva da necessidade de sequenciar atitudes para que cada elo articule com o procedimento anterior e assim sendo, não se pode desrespeitar a sequência dos procedimentos.

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2006 p.4) considera-se que existem três atitudes a ter no socorro às vítimas de paragem cardiorespiratória:

- Pedir ajuda, accionando o sistema de emergência médica de imediato;
- Iniciar manobras de Suporte Básico de Vida imediatamente;
- Aceder à desfibrilhação (quando necessário) e a Suporte Avançado de Vida tão precocemente quanto possível.

Assim sendo, segundo o mesmo autor, a cadeia de sobrevivência está dividida em quatro elos, sendo eles:

- 1.º - Acesso precoce aos serviços de emergência;
- 2.º - Suporte Básico de Vida precoce (SBV);

3.º - Desfibrilhação precoce;

4.º - Suporte Avançado de Vida precoce (SAV)

2.3.1. Acesso precoce aos Serviços de Emergência

A paragem cardio-respiratória caracteriza-se pela cessação da respiração e da circulação num indivíduo, o que resulta num estado de morte clínica. (Phipps, 2003, p.776) Em contexto pré-hospitalar é essencial que exista acesso precoce aos serviços de emergência, para mais rapidamente se iniciar a cadeia de sobrevivência. Assim, será essencial que o indivíduo que presencia a situação de emergência, seja capaz de reconhecer a sua gravidade e consiga iniciar a cadeia de sobrevivência, activando o sistema de emergência através do telefone. (INEM, 2006, p.4)

“O 112 representa, em Portugal, o número de emergência a activar sem demora e de quem se espera uma resposta imediata. Por isso a organização eficaz para acorrer com prontidão aos pedidos de ajuda é essencial. (...) Durante este tempo a sobrevivência da vítima e a qualidade da sua vida futura está totalmente dependente da iniciação precoce dos três primeiros elos da Cadeia de Sobrevivência pelo cidadão que reconhece a vítima de colapso.” (Guidelines of Resuscitation, 2005, p. 3)

2.3.2. Suporte Básico de Vida precoce

Suporte Básico de Vida define-se como sendo o conjunto de manobras que têm como objectivo reconhecer situações onde pode existir perigo de vida, pedir ajuda e iniciar os procedimentos que mantêm a via aérea permeável, a respiração e a circulação até a chegada de ajuda especializada. (Guidelines of Resuscitation, 2005, p.1)

Assim, o indivíduo que presencia uma situação com vítima em PCR, após avaliar a situação e contactar os serviços de emergência (primeiro elo da cadeia), deve ser capaz de continuar com a sequência da mesma, passando assim para o segundo elo e iniciando precocemente Suporte Básico de Vida.

De acordo com o INEM (2006, p.4), as manobras que constituem o Suporte Básico de Vida, compressão torácica externa e ventilação, têm como objectivo manter a circulação com sangue minimamente oxigenado para preservação da viabilidade do coração e cérebro.

2.3.3. Desfibrilhação precoce

Em meio extra-hospitalar, o objectivo da Desfibrilhação (quando estiver indicado) é conseguir aplicá-la em menos de 3 minutos após activação dos serviços de emergência. O acesso a esta prática por elementos não médicos (por exemplo bombeiros, enfermeiros e outros profissionais de saúde) permite o acesso a este elo mais rapidamente e de forma eficaz. (INEM, 2006, p.5)

A Desfibrilhação é a passagem de corrente eléctrica, através do miocárdio, de magnitude suficiente para poder restaurar a actividade eléctrica do coração. Assim, define-se como o término da fibrilhação, ou de uma forma mais precisa, a ausência de fibrilhação ventricular /taquicardia ventricular (FV / TV) cinco segundos depois de se produzir a descarga eléctrica. No entanto, o objectivo da desfibrilhação é restaurar a circulação espontânea do indivíduo. (Deakin e Nolan, 2005, p.1)

No momento em que se realiza a primeira análise do ritmo cardíaco aproximadamente 40% das vítimas de paragem cardio-respiratória apresentam fibrilhação ventricular (FV), contudo é provável que existam muitas mais vítimas com fibrilhação ventricular ou taquicardia ventricular rápida (TV) no momento em que ocorre a paragem. (Handley et al, 2005, p1)

Handley et al (2005, p.25) defende que a desfibrilhação imediata, logo que se dispõe de um desfibrilhador, sempre foi um elemento chave, considerando-se de grande importância para sobreviver à paragem cardio-respiratória pois o coração perde a capacidade de coordenar e deixa de ser eficaz a bombear o sangue para o organismo.

A vítima pode sobreviver se os que a rodeiam actuam de maneira imediata, enquanto esta está com fibrilhação ventricular, mas é pouco provável que a vítima seja reanimada quando o ritmo se deteriora e ocorre assistolia. O tratamento óptimo para a P.C.R. em ritmo de fibrilhação ventricular é a prática de massagem cardíaca combinada com ventilação artificial, seguida por desfibrilhação eléctrica. (Handley et al, 2005, p1)

Segundo o INEM (2006, p.5), a maioria dos casos são implementados programas de desfibrilhação usando Desfibrilhadores Automáticos Externos (DAEs). Estes Desfibrilhadores, guiam o utilizador com instruções de voz, analisam o ritmo cardíaco da vítima e informam o socorrista da necessidade de executar tratamento com descarga eléctrica. Estes aparelhos têm uma altíssima precisão e só realizam a descarga eléctrica quando ocorra fibrilhação articular ou taquicardia ventricular rápida. (Handley et al, 2005, p.3)

2.3.4. Suporte Avançado de Vida

Existem diversas situações em que o SBV e a desfibrilhação não são suficientes, sendo necessárias manobras adicionais que permitam otimizar a função cardiorespiratória do indivíduo. É fundamental preservar a integridade dos órgãos nobres (coração e cérebro), aumentando a possibilidade de sobrevivência.

2.4. Paragem Córdio-respiratória

A Paragem cardio-respiratória (PCR) pode ocorrer devido a problemas primários da via aérea, respiratórios ou associada a patologia cardiovascular. Os sistemas respiratório e cardiovascular estão estreitamente ligados, pelo que a falência de um dos sistemas pode levar à insuficiência do outro, e assim, saber quais são os primeiros passos a ter face a uma situação de paragem cardio-respiratória é um compromisso civil que salva vidas.

“ A situação extrema de risco de vida é a paragem cardíaca e respiratória. Neste caso a vítima está integralmente dependente da ajuda das testemunhas e da sua capacidade de adoptarem, a tempo, as decisões e atitudes correctas.” (Guedlines of Ressuscitation, 2005, p. 1)

Devido ao facto da mortalidade em indivíduos pós-PCR ser elevada, estes devem ser identificados como doentes de risco de forma a serem tomadas medidas preventivas de PCR.

“Os actuais recursos da Medicina permitem salvar vítimas de paragem cardíaca e respiratória (...) A probabilidade de assistir a um episódio destes é maior se ele ocorrer com familiares, colegas de trabalho, amigos ou pessoas com quem conviva frequentemente, facilmente se compreende que o problema tem a ver com todos nós. Por isso, em caso de necessidade é importante saber o que fazer.” (Guidelines of Resuscitation, 2005, p. 1)

Segundo Instituto Nacional de Emergência Médica (2006, p. 10), algum tempo antes de sofrer a PCR, o indivíduo pode apresentar sinais e sintomas que incluem: dificuldade respiratória, elevação da frequência cardíaca, diminuição do débito cardíaco, hipotensão, prostração, letargia e estado confusional.

Conseguir identificar estes indivíduos, alertar os meios indicados e estar preparado para actuar são factores importantes para salvar vidas.

2.4.1. Causas de Paragem Córdio-respiratória

Como referido, a paragem cardio-respiratória pode acontecer devido a patologias que envolvem o compromisso da função respiratória ou cardíaca. Assim sendo, tem-se como causas de PCR, a obstrução da via aérea, a falência respiratória e a patologia cardíaca. (INEM, 2006, p.7)

2.4.1.1. Obstrução da via aérea

A obstrução da via aérea define-se como sendo parcial ou total e as causas podem incluir a presença de corpos estranhos (dentes, alimentos), a presença de sangue, aspiração de conteúdo gástrico, traumatismos (da face ou do pescoço), presença de secreções brônquicas, inflamação da epiglote, edema da laringe, espasmo laríngeo e broncoespasmo. (INEM, 2006, p.7)

Segundo o INEM (2000, p.74), no caso de se tratar de obstrução parcial, existe algum ruído respiratório (tal como sibilância ou estridor), pode ocorrer tosse (mecanismo de defesa do organismo) e cianose, no entanto se a obstrução for total ocorre silêncio respiratório.

De acordo com Deakin e Nolan (2005, p. 27), quando a obstrução da via aérea é parcial, a entrada de ar fica diminuída e é geralmente ruidosa. O estridor inspiratório é causado por uma obstrução a nível da laringe ou por cima desta. A sibilância expiratória implica uma obstrução da via aérea inferior, que tende a colapsar e obstruir-se durante a expiração. Outros sons característicos incluem o gorgolejar causado por líquidos ou substâncias semi-sólidas alojadas na via aérea principal.

Se a vítima ainda possuir esforço respiratório, apresenta sinais de grande angústia e exaustão, fazendo recurso a músculos acessórios da respiração, apresentando assim adejo nasal, tiragem intercostal e supraclavicular. O padrão dos movimentos abdominais é descrito como “barco”, quando a vítima tenta inspirar o tórax contrai-se e o abdómen expande-se, devido ao esforço inspiratório com a via aérea obstruída, sendo um padrão contrário ao da respiração normal. (INEM, 2006, p.11)

No indivíduo inconsciente ocorre o relaxamento dos músculos da língua, pelo que se associado a posição de deitado (decúbito dorsal), existe o perigo de queda da língua para a orofaringe que impede ou dificulta a entrada e saída de ar dos pulmões, portanto contribui para a obstrução da via aérea. (INEM, 2000, p.28)

2.4.1.2. Falência respiratória

Outro mecanismo que pode ser suficientemente grave e provocar PCR é a falência respiratória. Esta pode ser classificada de aguda ou crónica, contínua ou intermitente, podendo ser suficientemente grave para provocar PCR. Em indivíduos com reserva respiratória diminuída, basta uma pequena alteração para precipitar complicações graves. (INEM, 2006, p.8)

Podem classificar-se as causas de falência respiratória a três níveis: Centro Respiratório, quando ocorre uma afecção grave do Sistema Nervoso Central que pode significar depressão ou abolição dos movimentos respiratórios; Esforço Ventilatório, quando os músculos mais importantes na ventilação são afectados, nomeadamente o diafragma e os músculos intercostais, seja por lesão medular ou devido a patologias; Doenças pulmonares pois a ventilação pode ser afectada pela presença de pneumotorax, derrame pleural, pneumonias, DPOC agudizada, asma, embolia pulmonar, entre outras. (INEM, 2006, p.8/9)

2.4.1.3. Patologia cardíaca

Na Europa, as doenças cardiovasculares contribuem em 40% da mortalidade, em indivíduos com menos de 75 anos de idade. A patologia cardíaca, que envolve o compromisso deste sistema, pode agravar-se e provocar paragem cardio-respiratória. (INEM, 2006, p.4)

As lesões cardíacas podem classificar-se em primárias ou secundárias e a paragem cardio-respiratória pode surgir de forma súbita ou ser precedida por um estado de baixo débito. Nalgumas situações não é possível determinar a etiologia da PCR, nem são encontradas alterações estruturais. (INEM, 2006, p.9)

São causas da paragem cardíaca primária: isquémia, EAM, cardiopatia hipertensiva, valvulopatias, acidose, fármacos, desequilíbrios electrolítico, hipotermia e electrocussão. As causas da paragem cardíaca secundária implicam a existência de um problema extra-cardíaco que secundariamente afecte o coração de forma aguda ou crónica, é o que acontece a uma vítima de asfixia por obstrução da via aérea, apneia, pneumotórax hipertensivo ou hemorragia aguda. (INEM, 2006, p.9/10)

2.5. Suporte Básico de Vida

De acordo com Instituto Nacional de Emergência Médica (2006, p.18) as manobras de Suporte Básico de Vida tem como objectivo manter a permeabilidade da via aérea, a respiração e a circulação de modo a manter a vítima viável, sem recurso a qualquer

equipamento, até se poder instituir o tratamento médico adequado.

Guedlines of Ressuscitation (2005, p. 2) definem Suporte Básico de Vida como um conjunto de procedimentos e atitudes que têm por objectivo reconhecer situações em que há perigo de vida, pedir ajuda quando esta se justifique e iniciar de imediato as intervenções que permitem manter a circulação sanguínea e a oxigenação dos órgãos nobres até que chegue a ajuda especializada.

Segundo Phipps (2003, p.776) trata-se um procedimento de emergência que consiste no reconhecimento de uma paragem cardio-respiratória (PCR) e no início de técnicas de reanimação, até a vítima recuperar ou ser transportada para uma instituição capaz de prestar cuidados adequados.

“As vítimas de paragem cardíaca necessitam de reanimação cardio-respiratória imediata, porque esta lhes proporciona algum fluxo sanguíneo para o cérebro e coração, que apesar de ser pequeno é decisivo.” (Guedlines of Ressuscitation, 2005, p. 2)

Na maior parte das situações de PCR é imprescindível a ajuda de meios para executar-se Desfibrilhação e Suporte Avançado de Vida e profissionais com treino específico, pelo que, a seguir ao reconhecimento da situação é imprescindível activar os serviços de emergência médica para continuar o tratamento.

2.5.1. Etapas e procedimentos de Suporte Básico de Vida

As manobras de Suporte Básico de Vida devem ser executadas com a vítima em decúbito dorsal, no chão, ou sobre um plano duro. O reanimador deve posicionar-se junto da vítima para que, no caso de ser necessário, possa fazer ventilações e compressões sem ter que fazer grandes deslocações.

De acordo com Phipps (2003, p. 777), o ABC da reanimação consiste na via aérea, respiração e circulação, mnemónica que deriva de “*airway, breathing e circulation*”.

De acordo com INEM (2003, p.19), as quatro etapas de SBV são avaliação inicial, manutenção da via aérea, ventilação com ar expirado e compressões cardíacas, tal como se pode observar no algoritmo em Anexo II e se descreve a seguir:

Etapa I - Avaliação inicial

A avaliação inicial consiste em avaliar se existem condições de segurança no local, a fim de poder-se aproximar e avaliar a situação da vítima, verificando o seu estado de consciência.

Qualquer reanimador que se preste a realizar Suporte Básico de Vida, deve ter em atenção o espaço físico onde se encontra a vítima. Assim sendo, não deve submeter-se a mais perigos do que aqueles às quais a vítima já está sujeita. É essencial assegurar-se que não existem riscos que prejudiquem a sua actuação. (INEM, 2006, pp. 16/20)

“No contexto de socorro pré-hospitalar, antes de se aproximar de uma vítima aparentemente inconsciente, é fundamental assegurar que não existem riscos ambientais como fogo, matérias perigosas, explosão, electrocussão, derrocadas, tráfego automóvel, etc.” (INEM, 2006, p. 16)

Depois de garantidas as condições de segurança, deve-se aproximar-se da vítima, questiona-la acerca do seu estado ou acerca do sucedido, enquanto se estimula suavemente os seus ombros a fim de verificar a sua reactividade.

Se a vítima responder, deve-se deixá-la na posição em que se encontrou e averiguar o que se passou, como se sente, se tem ferimentos e se é necessário pedir ajuda. Se a vítima não responder, deve-se pedir ajuda gritando em voz alta, sem nunca abandonar a vítima e posteriormente prosseguir com a avaliação. (INEM, 2006, p. 20)

Etapa II - Manutenção da via aérea;

Se a vítima se encontrar inconsciente, existem estruturas que perdem o seu tónus habitual e podem causar obstrução da via aérea. Actualmente reconhece-se que não apenas a queda da língua pode provocar obstrução, mas fundamentalmente a epiglote e

o palato mole. Como referido, também sangue, vômito, objectos estranhos podem causar obstrução, pelo que se deve proceder à permeabilização da via aérea. (INEM, 2006, p. 21)

É aconselhável desapertar a roupa da vítima em redor do pescoço expondo o tórax verificando a presença de corpos estranhos na cavidade oral. A abertura da via aérea pode ser executada de duas formas, fazendo inclinação da cabeça para trás, elevando o maxilar inferior, ou elevando apenas o maxilar inferior, fundamentalmente se existe suspeita de lesão da cervical. (INEM, 2000, p. 62)

Devem-se usar 10 segundos para *ver*, *ouvir* e *sentir* a respiração espontânea, colocando o ouvido sobre o nariz e a boca da vítima enquanto se observa a existência de expansão torácica. Assim, deve-se procurar ver se o peito se move com a respiração, se é escutada a saída de ar e se se sente o movimento de ar contra o rosto. (INEM, 2000, p. 63)

Se a vítima respira espontaneamente deverá ser colocada em posição lateral de segurança, posteriormente deve-se pedir ajuda e reavaliar a vítima periodicamente.

Se a vítima não respira mas possui sinais de circulação deve ser feito o pedido de ajuda e iniciar suporte ventilatório, a um ritmo de 10 ventilações por minuto, fazendo reavaliação da função cardíaca a cada minuto.

Se por outro lado, a vítima não respira nem possui circulação, deve ser feito o pedido de ajuda e iniciar de imediato compressões cardíacas. Este pedido de ajuda é essencial para que a vítima tenha acesso ao terceiro e quarto elo da cadeia de sobrevivência, desfibrilhação e SAV respectivamente. (INEM, 2006, p. 23)

Etapa III - Ventilação com ar expirado;

A ventilação artificial pode realizar-se boca-a-boca, boca-a-nariz, boca-a-estoma e boca-a-barreira.

Na respiração boca-a-boca, mantém-se a cabeça da vítima inclinada e o queixo levantado. Posteriormente aperta-se as narinas da vítima, inspira-se

profundamente, e coloca-se a boca em volta do exterior da boca da vítima. Sopra-se para o interior da boca, sem que escape ar. Se a ventilação for feita correctamente, o peito da vítima sobe e desce, ouve-se e sente-se a saída de ar enquanto a vítima expira passivamente e sente-se a resistência dos pulmões da vítima a expandirem-se. (Phipps, 2003, p. 777)

A respiração boca-a-nariz está recomendada quando a boca tem traumatismo grave ou quando é impossível fazer vedação estanque à volta dela. Neste caso, coloca-se uma mão na testa da vítima para inclinar a cabeça para traz e outra no queixo de modo levantar o maxilar inferior e também fechar a boca. Depois de inspirar profundamente, coloca-se a boca em volta do nariz da vítima e sopra-se o ar até os pulmões se expandirem. (Phipps, 2003, p. 777)

A respiração artificial directa boca-a-estoma é efectuada num indivíduo laringectomizado. Se este possuir um tubo de traqueostomia temporário, deverá iniciar-se a respiração boca-a-tubo depois de insuflado o cuff. (Phipps, 2003, p. 777)

A respiração boca-a-barreira é uma alternativa da respiração boca-a-boca pois é utilizado um dispositivo que serve de barreira, como um protector de rosto ou uma máscara. Este dispositivo é colocado sobre a boca e nariz da vítima assegurando uma vedação perfeita. A maioria das máscaras possui uma válvula de uma via que impede a passagem do ar expirado de novo para a boca do socorrista. (Phipps, 2003, p.777)

Etapa IV - Compressões cardíacas

Para a determinação da necessidade de compressões cardíacas, deve palpar-se o pulso carotídeo a fim de avaliar-se a pulsação. Escolhe-se palpar o pulso carotídeo pois localiza-se numa zona acessível e trata-se de um pulso em posição central que por vezes persiste enquanto outros pulsos periféricos já não são palpáveis.

Este pulso encontra-se deslizando os dedos lateralmente pela laringe, entre a traqueia e o músculo esternocleidomastóideo. Se após 10 segundos o pulso estiver ausente devem

iniciar-se as compressões cardíacas. (Phipps, 2003, p. 777)

Quem executa compressões cardíacas deve colocar-se junto à vítima de joelhos. Coloca-se a base de uma das mãos no centro do tórax e a outra mão é colocada sobre a primeira. Entrelaçam-se os dedos e levantam-se por forma a não fazer qualquer pressão ao nível das costelas. Deve ter-se em atenção o posicionamento correcto dos ombros, perpendiculares ao esterno da vítima, mantendo os braços esticados e sem flectir os cotovelos. (INEM, 2006, p. 24)

As compressões devem ser regulares, suaves e ininterruptas. A pressão exercida sobre o esterno deve fazer com que este baixe 4 a 5 cm. Depois de cada compressão, a pressão deve ser aliviada por completo para permitir a descompressão do tórax e o reenchimento do coração. (Phipps, 2003, p. 780)

A pressão intermitente comprime o coração, faz subir a pressão intratorácica e produz circulação pulsátil artificial. Compressões cardíacas realizadas correctamente podem provocar pressão sistólica de 100 mmHg. (Phipps, 2003, p. 778) O ritmo de execução de compressões é de 100 por minuto, sendo que sincronizadas com ventilações, a regra do algoritmo defende 30 compressões e 2 ventilações, que deverão demorar 1 segundo cada uma. (INEM, 2006, p. 24)

2.5.2. Consequências do Suporte Básico de Vida

Uma vez iniciadas as manobras de Suporte Básico de Vida, estas devem ser contínuas e ininterruptas até que a vítima ressuscite, ocorra chegada de ajuda diferenciada que se responsabilize pela ocorrência ou quem reanime se encontre exausto.

Assim, e segundo Phipps, (2003, p. 780) a consequência mais vulgar da realização de SBV, nomeadamente da compressão cardíaca externa é a fractura de costelas, a qual pode ocorrer apesar de se executar correctamente a técnica.

Outras eventuais complicações que podem surgir são a fractura do esterno, fractura de articulação condro-costal e consequentemente lesão de órgãos internos, tais como: rotura de pulmão, coração ou fígado. (INEM, 2006, p.30)

Um dos problemas ligados à ventilação é a insuflação de ar no estômago, o que provoca saída do conteúdo gástrico para a via aérea. Também acontece que o ar presente no estômago provoca elevação do diafragma, o que restringe os movimentos respiratórios, tornando a ventilação menos eficaz. (INEM, 2006, p.29)

Apenas com manobras de Suporte Básico de Vida, as hipóteses de uma vítima recuperar actividade cardíaca espontânea são muito reduzidas, pelo que qualquer das complicações se minimiza visto a única alternativa a este procedimento ser a morte da vítima.

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica diz respeito à determinação, por parte do investigador, dos métodos a utilizar ao longo da investigação bem como da escolha dos métodos de investigação adequados. (Fortin, 2003, p. 40)

2. Metodologia

Para a aquisição de conhecimentos a investigação científica é o método mais rigoroso e aceitável uma vez que assenta num processo racional. (Fortin, 2003, p. 18)

No seguinte capítulo, especificam-se as opções metodológicas utilizadas no decorrer do desenvolvimento da investigação.

2.1. Tipo de estudo

Relativamente ao método de investigação, após realizar-se pesquisa bibliográfica, optou-se por utilizar uma abordagem quantitativa acompanhada de num estudo de tipo descritivo simples.

Os estudos descritivos simples têm como principal finalidade a explicação de um fenómeno, tal como refere Collière (2003, p.407)

“a investigação do tipo descritivo, que propõe um estudo dos factos para evidenciar, de maneira fundamentada, verificável e verificada, o que se passa num determinado domínio ou lugar. (...) Este tipo de investigação pode não se limitar a dar conta dos factos, mas iniciar certas tentativas de explicações de fenómenos”.

Para Fortin (2003, p. 164) este estudo baseia-se, principalmente, na descrição de fenómenos ou de um conceito respeitante a uma determinada população, com o objectivo de deliberar as características dessa mesma população ou através de uma amostra significativa desta.

Torna-se necessário o apoio de uma abordagem quantitativa, para o tratamento de dados pois permite expressar-se os dados recolhidos através de números (Ribeiro, 2007, p. 79).

2.2. População e Amostra

Para executar a investigação planeou-se rigorosamente o processo de colheita dos dados, quer em relação aos sujeitos inquiridos, quer em relação ao espaço e aos momentos escolhidos para realização do mesmo.

“Dois aspectos são fundamentais para o rigor do procedimento da investigação: o processo de selecção dos sujeitos que vão fazer parte da investigação, isto é, quem vai ser alvo da intervenção e/ou da avaliação, e os momentos em que ocorre a recolha de dados.” (Almeida e Freire, 2007, p.83)

Tal como refere Ribeiro (1999, p.52), quando se pretende colher dados acerca de uma população, podem seguir-se duas estratégias, ou se recolhe a informação de toda a população ou se recolhe a informação de uma amostra representativa.

Lobiondo-Wood (2001, p.141) considera que uma população é um conjunto bem definido que tem certas propriedades específicas. Uma população pode ser composta por pessoas, animais, objectos ou acontecimentos.

A população pode ser definida como compreendendo todas aquelas pessoas que possuem as características que interessam ao investigador, é o conjunto dos indivíduos onde se pretende estudar o fenómeno. (Hicks, 2006, p. 25) Assim, a população deste estudo são todos os indivíduos adultos residentes no concelho de Monção.

População, tal como referem Almeida e Freire (2007, p. 113) é o “ (...) conjunto dos indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno”, enquanto a amostra definiu-se como “ (...) o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraído de uma população”.

Este estudo é passível de ser aplicado a toda a população que se encontre entre as características definidas e reúna as condições exigidas, portanto surge a necessidade de seleccionar uma amostra de forma a diminuir o tamanho dos estudados.

“Acontece que, muitas vezes, o investigador não tem tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar dados para cada um dos casos do Universo pelo que, nessa situação, só é possível considerar uma parte dos casos que constituem o Universo. Esta parte designa-se por amostra do Universo.” (Hill, 2002, p.42)

A amostra, segundo Almeida e Freire (2007, p. 114), é definida através de um processo de amostragem, que deve garantir a validade dos dados e permitir a sua generalização.

Para este estudo definiu-se o tipo de amostragem não aleatória, acidental e intencional. Trata-se de uma amostra não aleatória quando os sujeitos não possuem todos a mesma probabilidade de serem seleccionados e acidental quando são incluídos no estudo à medida que casualmente se apresentam no local de recolha de dados.

Um processo de amostragem intencional, segundo Polit et al. (2004, p. 229) baseia-se no pressuposto de que o conhecimento do investigador sobre a população pode ser utilizado para seleccionar a amostra. Assim sendo, os indivíduos são seleccionados sempre que se incluam dentro dos critérios definidos.

De acordo com a temática deste estudo, optou-se por estabelecer os critérios de inclusão direccionando a investigação pelo caminho pretendido pelo investigador. Por este motivo, os critérios de inclusão determinados vão de encontro à necessidade dos indivíduos pertencerem à classe adulta (dos 18 aos 65 anos de idade), residirem no concelho de Monção e serem alfabetizados, característica indispensável para darem resposta à metodologia escolhida para a colheita de dados.

Segundo Silva (2007, p.4) ser alfabetizado significa que uma pessoa é capaz de reconhecer e compreender símbolos, sendo capaz de com eles produzir mensagens compreensíveis para outros alfabetizados.

Realizou-se a colheita de dados no Concelho referido por ser geograficamente acessível para as deslocações do investigador. Escolheu-se o meio natural, na praça central do município, nos dias 18 e 19 de Dezembro de 2008, devido a uma maior densidade populacional nesta zona do Concelho, nesta época do ano.

O Concelho de Monção situa-se no limite norte de Portugal, inserindo-se na região do Alto Minho, enquadrando-se na sub-região do Minho-Lima, compreendendo 33 freguesias ao longo de uma superfície territorial de cerca de 211 km², como se pode verificar no mapa do Concelho (em Anexo I). Está localizado a sensivelmente 120 Km do Porto, 70 Km de Viana do Castelo e Braga, 35 Km de Vigo e 32 Km da fronteira de S. Gregório.

De acordo com dados dos Censos de 2001, a população residente no Concelho, no ano referido estimou-se em 19957, sendo que 9080 pertenciam ao género masculino e 10877 ao género feminino. (INE, 2001)

Sendo assim, a amostra deste estudo constituiu-se por todos os indivíduos adultos, alfabetizados e residentes no concelho de Monção, que circulavam no local de colheita de dados e concordaram em participar no estudo, nomeadamente cinquenta e sete indivíduos.

2.3. Definição de Variáveis

Uma variável é toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume um valor diferente. Assim, e indo ao encontro das características do estudo, optou-se por contemplar apenas variáveis de atributo. (Polit, 2004, p.26)

De forma a caracterizar a amostra em estudo, as variáveis seleccionadas foram: o género a que pertenciam os indivíduos, a sua idade, as habilitações literárias que possuíam e a profissão desempenhada.

2.4. Instrumento de colheita de dados

O instrumento para a colheita de dados tem de dar resposta às perguntas de partida e aos objectivos do estudo. Segundo Hicks (2006, p.23), os questionários “ (...) são uma forma muito útil de recolha de dados no campo dos cuidados da saúde”.

Trata-se de “ (...) um instrumento de colecta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.” (Lakatos e Marconi, 2007, p. 98)

Assim, o instrumento seleccionado para a colheita de dados foi um questionário, sendo composto predominantemente por questões fechadas pois estas permitem ao investigador direccionar o tema a abordar na investigação e excluir o máximo de desvios de assunto. No entanto, o questionário possui duas questões de resposta aberta, sendo uma relativa a características da amostra e outra de resposta única.

“A forma como estão estruturadas as opções de resposta, é importante na concepção do questionário, uma vez que isso pode ditar o nível de honestidade com que o inquirido responde, bem como a importância e a quantidade de informação que pode ser obtida com a pergunta” (Hicks, 2006, p.22)

Optou-se pela aplicação directa do questionário, entregue em mãos pelo investigador, após consentimento verbal de participação por parte dos indivíduos e confirmação de inclusão nos critérios pré-estabelecidos. Depois de respondidos, colocaram-se os questionários numa caixa fechada com ranhura, reservada exclusivamente para o efeito.

2.4.1. Pré-teste

Antes da recolha de dados definitiva efectuou-se um pré-teste numa amostra populacional semelhante, de modo a testar a pertinência das questões e detectar possíveis falhas relativamente à semântica e ambiguidade das perguntas.

O pré-teste tem como finalidade verificar a validade do instrumento de colheita de dados, devendo ser aplicado anteriormente à colheita de dados, numa população semelhante à da verdadeira colheita de dados. (Lakatos e Marconi, 2003, p. 165). Realizou-se o pré-teste no concelho de Valença, em meio natural, no dia 12 de Dezembro de 2008, das 15 às 16 horas, tendo-se obtido um total de treze questionários.

“O preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, verificar a redacção e ordem das questões”. (Fortin, 2003, p.253)

A metodologia utilizada foi a mesma definida para o estudo, sendo que a recolha de dados implicou um processo amostral não aleatório, acidental e intencional. Os indivíduos que participaram no estudo encontravam-se casualmente a circular no local de colheita de dados e foram seleccionados porque obedeciam aos critérios de inclusão (ser adulto, alfabetizado e residir no concelho de Valença).

Após avaliarem-se os resultados obtidos através da realização do pré-teste, não foram efectuadas alterações no questionário pois concluiu-se que a população sujeita à investigação compreendeu, quer as questões do instrumento de colheita da dados, quer os critérios de resposta inerentes a estas.

2.5. Previsão de tratamento de dados

Após realização da colheita de dados procedeu-se ao tratamento dos mesmos, uma vez que o estudo quantitativo se centra na colheita de dados possíveis de se expressarem através de números (Ribeiro, 2007, p. 79).

A estatística descritiva “ (...) permite descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis”. (Fortin 2003, p. 277). Assim sendo, optou-se por fazer o tratamento de dados estatisticamente de forma informatizada, por ser mais rápida e por haver menos probabilidade de erro. Os dados foram tratados recorrendo ao programa Microsoft Office Excel.

2.6 Considerações éticas

Para a realização da investigação acreditou-se ser crucial ter em conta as normas éticas em trabalho científico. Como se verifica em Ribeiro (1999, p. 67), o investigador necessita de seguir um código de ética que lhe permita orientar a investigação definindo

os seus limites, pois de outra forma toda a investigação ficaria comprometida.

De acordo com Fortin (2003, p.113) a investigação aplicada em seres humanos pode vir a causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, e por este motivo o investigador teve em atenção os seguintes cinco princípios determinados pelos códigos de ética:

- Direito à autodeterminação;
- Direito à intimidade;
- Direito ao anonimato e à confidencialidade;
- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo;
- Direito a um tratamento justo e equitativo.

Segundo Fortin (2003, pp.116-119), relativamente ao direito à autodeterminação, que se baseia no princípio do respeito pela pessoa, o investigador tem de permitir ao inquirido decidir por si e tomar conta do seu próprio destino e deste modo decidir sobre a sua participação no estudo e igualmente sobre o seu abandono.

Relativamente ao direito à intimidade, o investigador teve em conta que o investigado tem direito a decidir sobre a extensão das informações que quer dar e a determinar em que medida aceita partilhar assuntos íntimos e privados. (Fortin, 2003, pp.116-119)

O direito ao anonimato é respeitado se a identidade do indivíduo não puder ser associada às respostas. O direito à confidencialidade diz respeito ao tratamento dos dados colhidos de forma íntima e privada, não podendo haver partilha dos dados pessoais sem autorização expressa do sujeito. (Fortin, 2003, pp.116-119)

No que diz respeito ao direito contra o desconforto e o prejuízo, o investigador tem de garantir regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe causarem mal ou de a prejudicarem. Este direito baseia-se no princípio do

benefício, segundo o qual os cidadãos desempenham um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo, na promoção do maior conforto da pessoa e das que a rodeiam. (Fortin, 2003, pp.116-119)

O direito a um tratamento justo e equitativo implica que os sujeitos sejam informados sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, bem como dos métodos utilizados. Este fornecimento da informação é importante para a decisão da pessoa quanto ao consentimento ou recusa esclarecida da participação na investigação. Todos os sujeitos devem ser tratados equitativamente e a sua escolha deve estar ligada com o problema de investigação e não baseada com factores de conveniência ou disponibilidade. (Fortin, 2003, pp.116-119)

“Um consentimento para ser legal, deve ser obtido de forma livre e esclarecida. (...) O consentimento é livre se é dado sem nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esteja na plena posse das suas faculdades mentais. Para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação.” (Fortin, 2003, p.120)

Neste trabalho de investigação, o consentimento informado foi obtido de forma verbal, de todos os participantes na investigação, aquando da proposta de participação no estudo. Os sujeitos tiveram acesso ao esclarecimento sobre o objecto de estudo da investigação, bem como dos fins a que se destinavam as informações prestadas.

PARTE III

ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

A fase empírica corresponde ao tratamento dos dados através de técnicas estatísticas, seguindo-se da sua apresentação, análise e discussão. (Fortin, 2003, p. 41)

3. Apresentação e Análise de Dados

A apresentação dos dados encontra-se dividida em dois subcapítulos, sendo que o primeiro é referente à caracterização da amostra e o segundo vai ao encontro dos resultados da investigação realizada através do questionário.

“Os dados representados em gráficos e tabelas são mais fáceis de interpretar e de comparar com questões de investigação, ou hipóteses, e com enquadramento teórico” (Sheehy’s, 2001, p.108)

3.1 Caracterização da amostra

Apresentou-se os dados recolhidos de forma simples e esquemática, através de quadros ou gráficos. Relativamente à caracterização da amostra, esta foi representada segundo as seguintes categorias: género, idade, habilitações literárias e profissão.

3.1.1. Caracterização da amostra relativamente ao Género

Considerou-se para esta categoria o género “feminino” e o género ”masculino”, assim o gráfico seguinte representa a distribuição da amostra relativamente a esta característica.

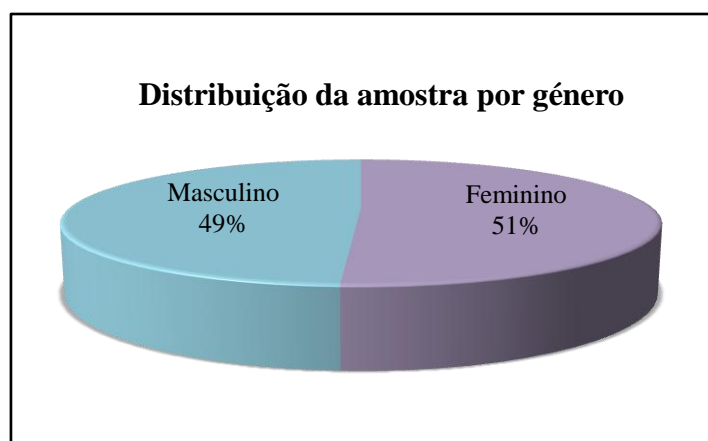


Gráfico A: Distribuição percentual da amostra por género

Como pôde verificar-se através da análise do gráfico A, relativa ao género da população, verificou-se tratar-se de uma amostra homogénea, sendo que não existe prevalência de nenhum dos géneros. Obteve-se um total de 29 questionários respondidos por mulheres (51%) e 28 respondidos por homens (49%).

3.1.2. Características da amostra relativamente à Idade

Para a análise desta categoria, optou-se pela agregação das idades da amostra em quatro categorias, sendo a idade mínima de selecção 18 e a idade máxima 65 anos.

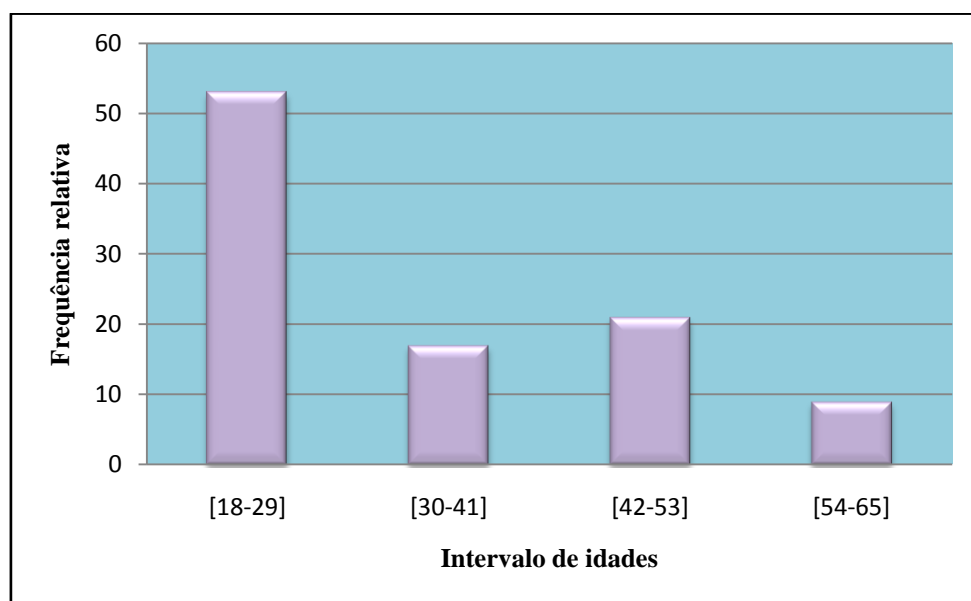


Gráfico B: Distribuição percentual da amostra por idades

Como se verificou no Gráfico B, relativo a distribuição da amostra por idades, existiu uma maior adesão de indivíduos pertencentes à faixa etária entre os 18 e os 29 anos, sendo que constitui 53% do total da amostra, ou seja, 30 inquiridos. Na faixa etária entre os 30 e os 41 anos obteve-se 10 questionários, o que corresponde a 17% da amostra.

Na faixa etária dos 42 aos 53 anos, o número de indivíduos foi de 12, sendo que constituiu 21% do total da amostra. Finalmente, na faixa etária entre os 54 e os 65 anos a percentagem da amostra foi de 9%, o que corresponde a um total de 5 indivíduos.

3.1.3. Características da amostra relativamente às Habilitações Literárias

O gráfico que se segue diz respeito à distribuição da amostra segundo o seu nível de habilitações literárias.

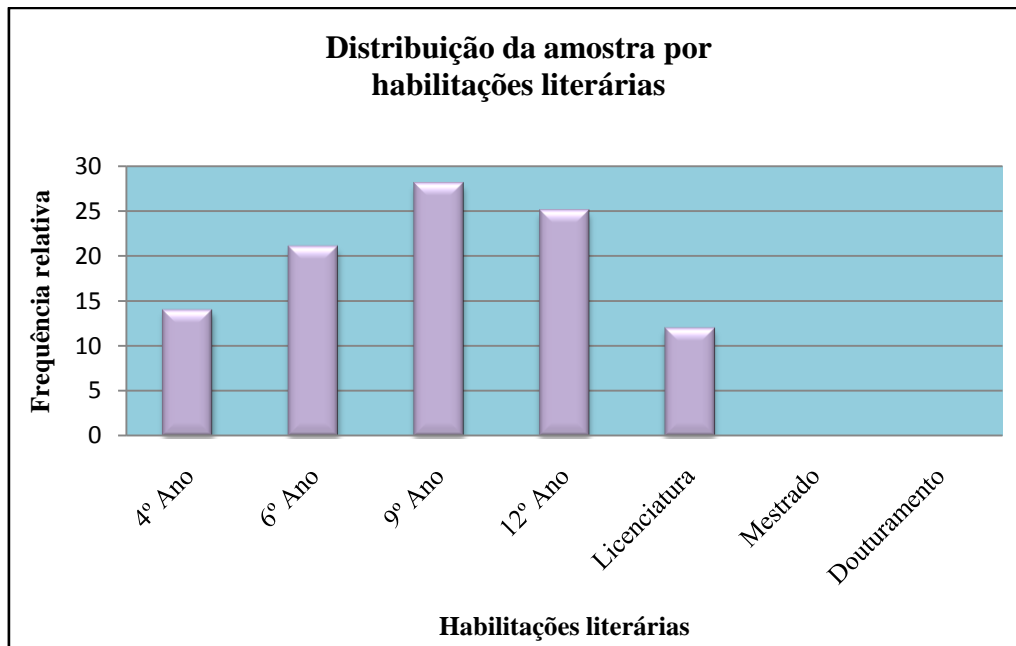


Gráfico C: Distribuição percentual da amostra por habilitações literárias

Relativamente às habilitações literárias, revelou-se que o grupo que tem formação até ao 9ºano, constituiu 28% da amostra, nomeadamente 16 indivíduos. A este resultado seguiu-se a percentagem de indivíduos com formação até ao 12ºano, sendo que constitui 25% do total da amostra, um total de 14 indivíduos.

Com formação até ao 6ºano os resultados apontaram para 12 indivíduos, o que constitui 21% da amostra. Relativamente aos indivíduos com formação até ao 4ºano, estes constituem 14% da amostra (8 indivíduos), percentagem semelhante relativa aos indivíduos com licenciatura que constituíram 12% da amostra, um total de 7 indivíduos. De acordo com os resultados, nenhum indivíduo participante na investigação possuía mestrado ou doutoramento.

3.1.4. Características da amostra relativamente à Profissão

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, agrupou-se as várias profissões em 9 grupos, sendo que, para este estudo, foram acrescentadas mais duas possibilidades, ser estudante ou estar desempregado, tal como se verifica no quadro seguinte.

PROFISSÃO		Fa	Fr
Grupo 1	Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes, e Quadros Superiores Empresa	0	0
Grupo 2	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	6	11
Grupo 3	Técnicos e Profissionais de nível Intermédio	4	7
Grupo 4	Pessoal Administrativo e Similares	3	5
Grupo 5	Pessoal dos Serviços e Vendedores	5	9
Grupo 6	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	0	0
Grupo 7	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	7	12
Grupo 8	Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem	7	12
Grupo 9	Trabalhadores não Qualificados	3	5
Estudante		17	30
Desempregado		5	9
TOTAL		57	100

Quadro A: Distribuição percentual da amostra relativamente à profissão

Fonte: Instituto Nacional de Estatística

Como pôde verificar-se através da análise do quadro A, a percentagem mais significativa pertenceu ao grupo dos estudantes com 30% do total da amostra, nomeadamente 17 indivíduos.

Seguiu-se a adesão pelos grupos 7 (constituído por operários, artífices e trabalhadores Similares) e grupo 8 (operadores de instalações/máquinas e trabalhadores de montagem) com 12% do total da amostra, o que equivale a 7 indivíduos.

Da análise destes dados, verificou-se que seguidamente a percentagem mais elevada corresponde ao grupo 2 (especialistas das profissões intelectuais e científicas) com 11% da amostra (6 indivíduos), seguindo-se do grupo 5 (pessoal dos serviços e vendedores) e do grupo de indivíduos desempregados, perfazendo respectivamente 9% da amostra, com apenas 5 indivíduos cada grupo.

Seguiu-se o grupo 3 (de técnicos e profissionais de nível intermédio) com 4 indivíduos, correspondendo a 7% da amostra. Finalmente, com um total de 3 indivíduos, correspondendo a 5% da amostra, seguiram-se os grupos 4 (pessoal administrativo e similares) e 9 (trabalhadores não qualificados) respectivamente.

Do grupo 1 (quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa) e grupo 6 (agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas) não foi identificado nenhum indivíduo.

3. 2. Caracterização dos conhecimentos sobre Suporte Básico de Vida

Nesta fase de análise das informações um dos objectivos é interpretar os factos para que nas conclusões, o investigador esteja em condições de sugerir aperfeiçoamentos no trabalho ou propor sugestões para trabalhos futuros. (Quivy e Campenhoudt, 2008, p.221)

Após análise e interpretação dos dados colhidos, considerou-se valiosa a discussão dos mesmos numa etapa final deste trabalho, pois deste modo tenta-se explicar os resultados do fenómeno em estudo.

É de salientar que os dados colhidos foram resultado do conhecimento da amostra sobre Suporte Básico de Vida.

Relativamente à primeira questão “ao longo da sua vida fez algum curso de socorrismo”, representou-se os resultados obtidos através do gráfico seguinte.

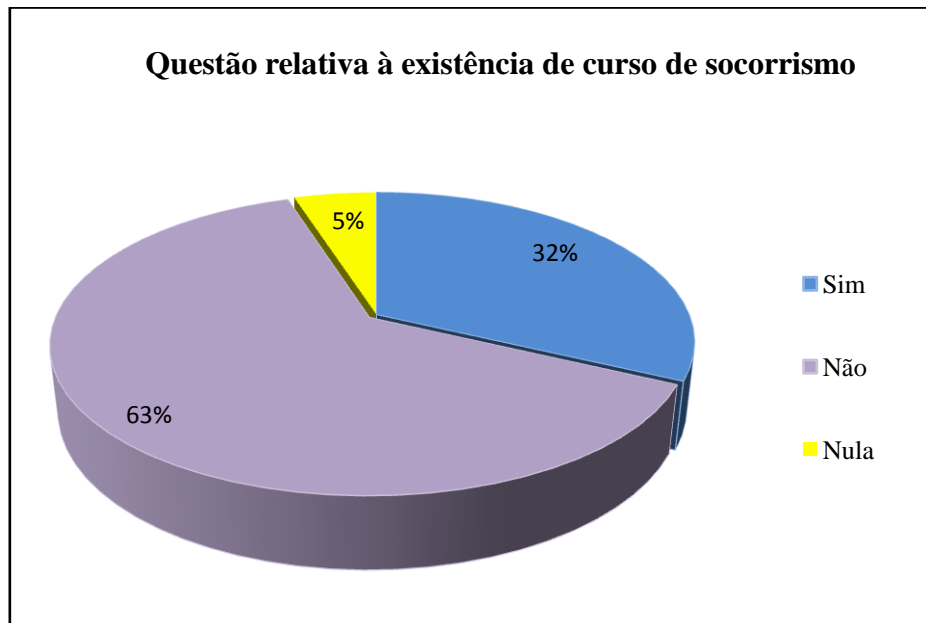


Gráfico D: Distribuição percentual dos dados relativos à realização de curso de socorrismo

Quando questionados os indivíduos relativamente à realização de um curso de socorrismo, da análise do gráfico D concluiu-se que 63% da amostra, o que corresponde a 36 indivíduos, não fizeram nenhum curso de socorrismo ao longo da sua vida. Assim, 32% da amostra, o que equivale a 18 indivíduos afirmaram ter realizado este curso.

As respostas consideradas nulas perfizeram um total de 5%, ou seja 3 indivíduos não seguiram correctamente as instruções de resposta ou não responderam à questão.

Tentou-se compreender quais os motivos pelos quais os indivíduos não possuíam curso de socorrismo, pelo que colocou-se a seguinte questão apenas aos indivíduos que na questão anterior responderam não possuir curso de socorrismo “Se não o fez, escolha a opção que mais se adequa ao seu caso”.

O quadro seguinte reflecte as opções escolhidas pelos 36 indivíduos sem curso de socorrismo.

Questão 1.1	Fa	Fr
Não teve oportunidade	21	59
Não tem tempo	8	22
Nunca lhe interessou	4	11
Não sabe onde o poderia fazer	3	8
Total	36	100

Quadro B: Distribuição percentual dos dados relativos ao motivo pelo qual os inquiridos não possuem curso de socorrismo

Através da análise do quadro B, concluiu-se que a principal opção seleccionada pelos participantes, que justificou a não realização de um curso de socorrismo foi a “falta de oportunidade”, referida por um total de 59% dos participantes, nomeadamente 21 indivíduos.

Oito inquiridos, ou seja, 22% do total da amostra referiu “não ter tempo” como motivo para não ter realizado este curso.

A opção “nunca lhe interessou” foi seleccionada por 11% da amostra, isto é 4 indivíduos, enquanto a resposta “não sabe onde o poderia fazer” foi escolhida por 8% da amostra, ou seja, apenas 3 indivíduos.

No que diz respeito à segunda questão, foram inquiridos os indivíduos sobre “qual o número Europeu de Emergência Médica para o qual se deve recorrer em caso de emergência”. O gráfico seguinte apresenta os resultados recolhidos.

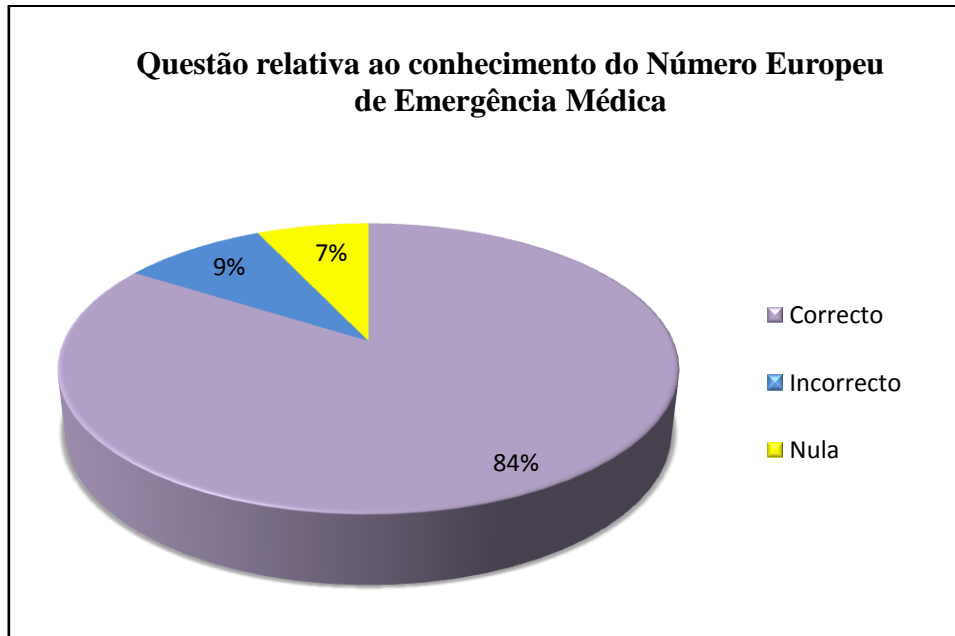


Gráfico E: Distribuição percentual dos dados relativos ao número Europeu de Emergência Médica

Considera-se como única resposta correcta a esta questão a resposta “número 112”.

Através da análise do gráfico E, verificou-se que 84% da amostra respondeu correctamente à pergunta, ou seja, 48 indivíduos identificaram o 112 como o número Europeu para o qual se deve ligar em situação de Emergência.

Um total de 5 indivíduos, isto é, 9% da amostra não identificou o número correcto.

Quatro indivíduos, o que corresponde a 7% da amostra, não responderam à questão.

Na questão número três, questionou-se os indivíduos sobre a “ordem básica de actuação numa situação de emergência”, sendo que a resposta correcta seria: primeiro “avaliar a situação e o estado da vítima (observar os sinais e verificar os sintomas)”, segundo “pedir ajuda/alertar (ligar o número de Emergência Médica /Bombeiros)” e por ultimo “socorrer (prestar auxilio) “.

Os resultados obtidos expressam-se no gráfico seguinte.

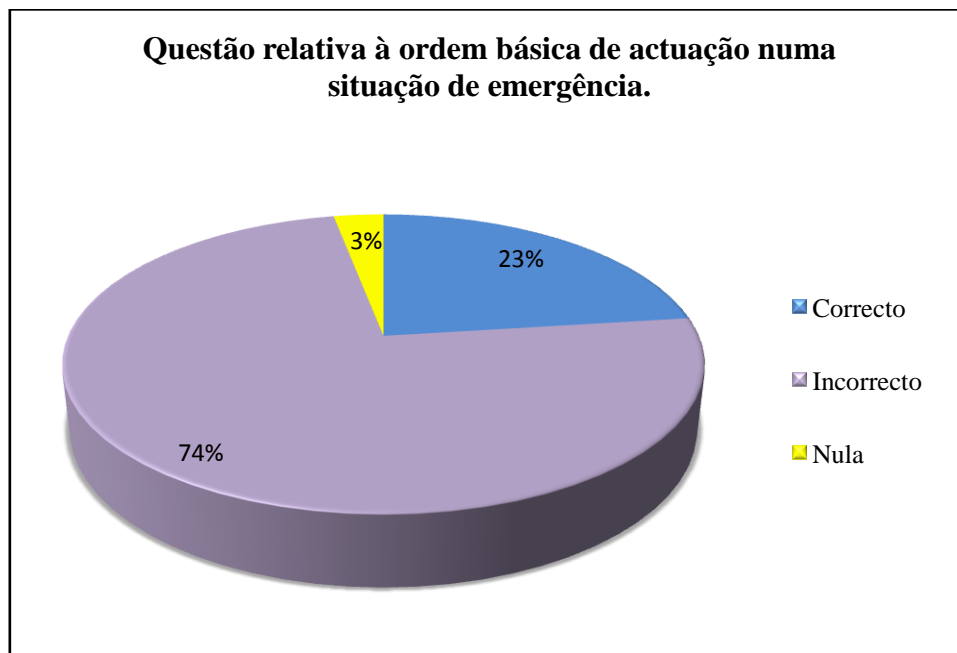


Gráfico F: Distribuição percentual dos dados relativos à ordem básica de actuação numa situação de emergência

Precisamente 42 indivíduos, o que corresponde a mais de metade da amostra, um total de 74%, colocou a sequência de actuação numa situação de emergência de forma incorrecta.

Apenas 23% (13 indivíduos) souberam identificar correctamente os passos de actuação numa situação de emergência e 2 indivíduos (3% da amostra) não responderam à questão.

Na questão número quatro, perguntou-se aos investigados “em quantos minutos se esgotavam as reservas de energia e oxigénio do cérebro de um indivíduo em PCR”.

Como resposta correcta considerou-se a opção “cinco minutos”. O gráfico seguinte expressa os resultados obtidos.

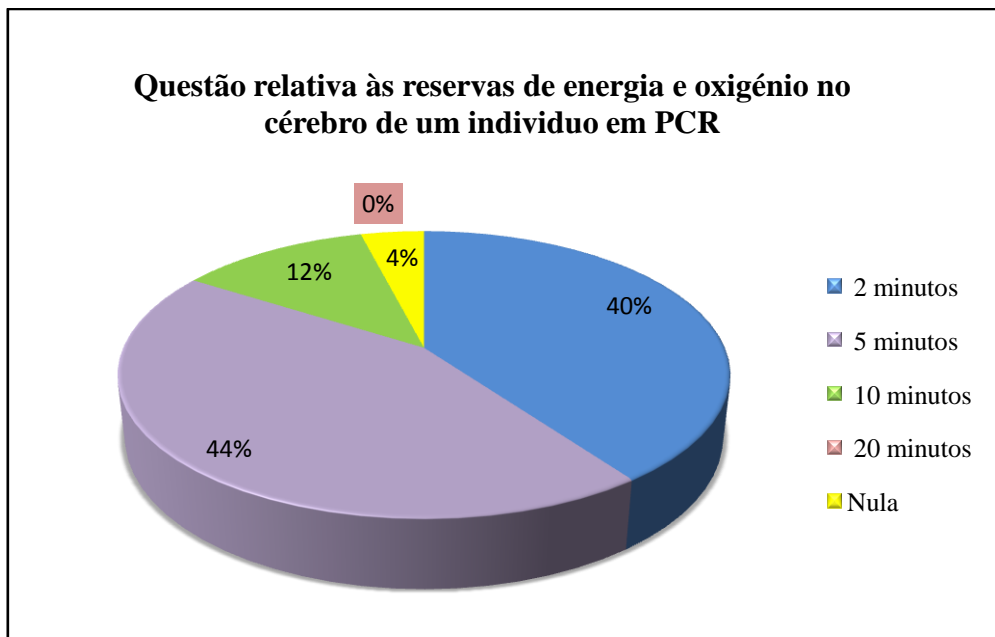


Gráfico G: Distribuição percentual dos dados relativos ao cessar das reservas de energia e oxigénio no cérebro de um indivíduo em PCR

Através da observação do gráfico apresentado, verificou-se que 44%, o que corresponde a 25 indivíduos assinalaram a resposta correcta “5 minutos” como o tempo limite de reservas de energia e oxigénio no cérebro de um indivíduo em PCR. Seguiu-se a resposta “2 minutos” com um total de 40% da amostra, o que envolveu a escolha de 23 investigados.

A opção “10 minutos” foi seleccionada por 12% da amostra, nomeadamente 7 indivíduos enquanto que 4 % da amostra, 2 indivíduos não responderam a esta questão. A opção “20 minutos” não foi seleccionada por nenhum dos investigados.

Relativamente à questão cinco do questionário perguntou-se se os indivíduos se “alguma vez haviam assistido a uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória”. Os dados são representados no gráfico seguinte.

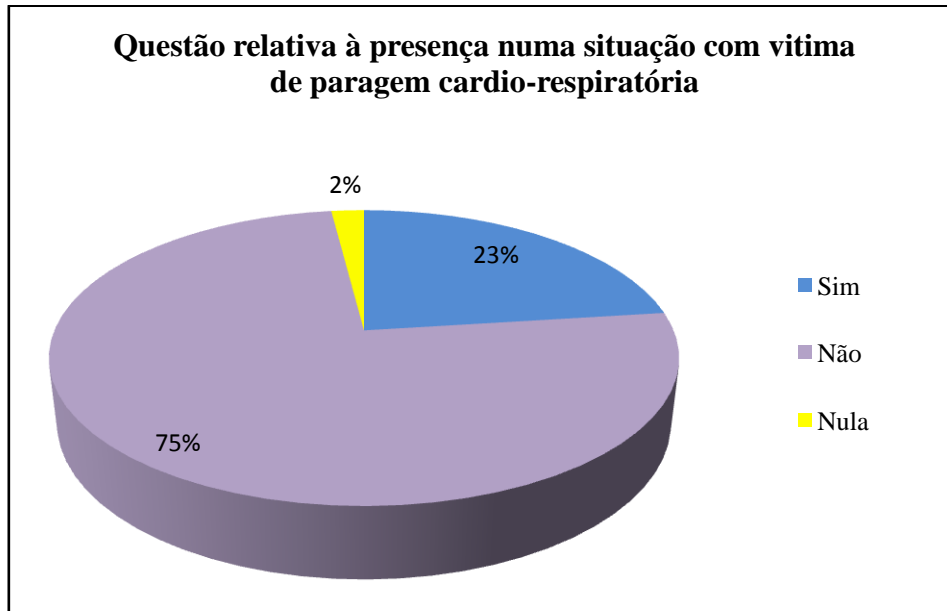


Gráfico H: Distribuição percentual dos dados relativos à presença dos inquiridos numa situação com vítima de PCR

Da análise do gráfico H verificou-se que a 75% dos indivíduos da amostra nunca presenciou uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória, o que corresponde a 43 indivíduos do total dos inquiridos.

A percentagem de investigados que referiu ter assistido a uma situação destas foi de 23%, ou seja, 13 indivíduos. Considerou-se apenas uma resposta nula, o que se apresentou no gráfico a cor amarela, compreendendo 2% da amostra.

De forma a aprofundar melhor que tipo de actuação foi prestada pelos indivíduos que presenciaram uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória, aos 23% que responderam “sim” na questão anterior (um total de 13 indivíduos), colocou-se a seguinte questão “o que fez perante a situação”.

Os resultados apresentam-se em forma de quadro, representados a seguir, conforme as opções de resposta.

“O que fez perante a situação?”	Fa	Fr
Nada, só ficou a ver	1	8
Abandonou o local	0	0
Ligou para o número de Emergência Médica Nacional/Bombeiros do local, mas sem intervir	2	15
Aproximou-se da vítima para perceber a gravidade da situação e poder pedir ajuda	4	31
Pediu ajuda e aproximou-se da vítima a fim de prestar auxílio	6	46
Total	13	100

Quadro C: Distribuição percentual dos dados relativos à actuação dos inquiridos numa situação com vítima de PCR

Da análise dos dados do quadro C, concluiu-se que 46% da amostra referida, ou seja 6 indivíduos, seleccionaram a opção ” Pediu ajuda e aproximou-se da vítima a fim de prestar auxílio”, tratando-se da única opção de escolha que implicava a prestação de cuidados.

Quatro indivíduos (31% da amostra) referiram ter-se “Aproximado da vítima para perceber a gravidade da situação e poder pedir ajuda” enquanto dois inquiridos (15% da amostra) revelaram “Ligar para o número de Emergência Médica Nacional/

Bombeiros do local, mas não intervir”. Apenas um indivíduo seleccionou a opção “Não fez nada, só ficou a ver”. Como se pode verificar, nenhum dos inquiridos seleccionou “abandonou o local” como resposta.

Relativamente à questão número seis “em que medida se sente capaz de actuar face a uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória”, apresentou-se os dados colhidos no seguinte gráfico.

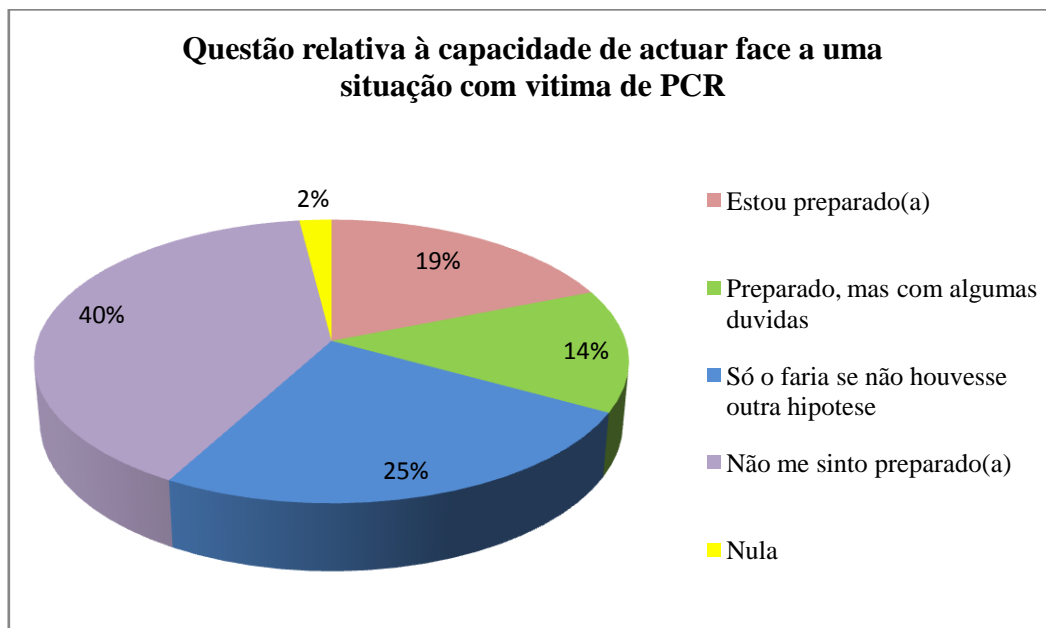


Gráfico I: Distribuição percentual dos dados relativos à capacidade de actuar face a uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória.

Verificou-se através da análise do gráfico, que 40% da amostra seleccionou a opção “não me sinto preparado”, o que corresponde a 23 indivíduos. “Estou preparado” foi seleccionada por 19% dos inquiridos, nomeadamente 11 indivíduos.

Um total de 25% inquiridos (14 indivíduos) referiram que “só o fariam se não houvesse outra hipótese” enquanto a opção “preparado, mas com algumas dúvidas” apenas foi seleccionada por 14% dos indivíduos, isto é 8 inquiridos.

Na questão numero sete, foram questionados os indivíduos sobre “os passos de reanimação cardio-respiratória”, sendo que considerou-se como resposta correcta, primeiro “A abertura das vias respiratórias (a fim de verificar se existe obstrução à respiração)”, seguidamente de “Ventilação artificial (boca-a-boca)” e finalmente “Circulação artificial (através de compressão torácica/ massagem cardíaca”. O gráfico seguinte revela os resultados obtidos nesta questão.

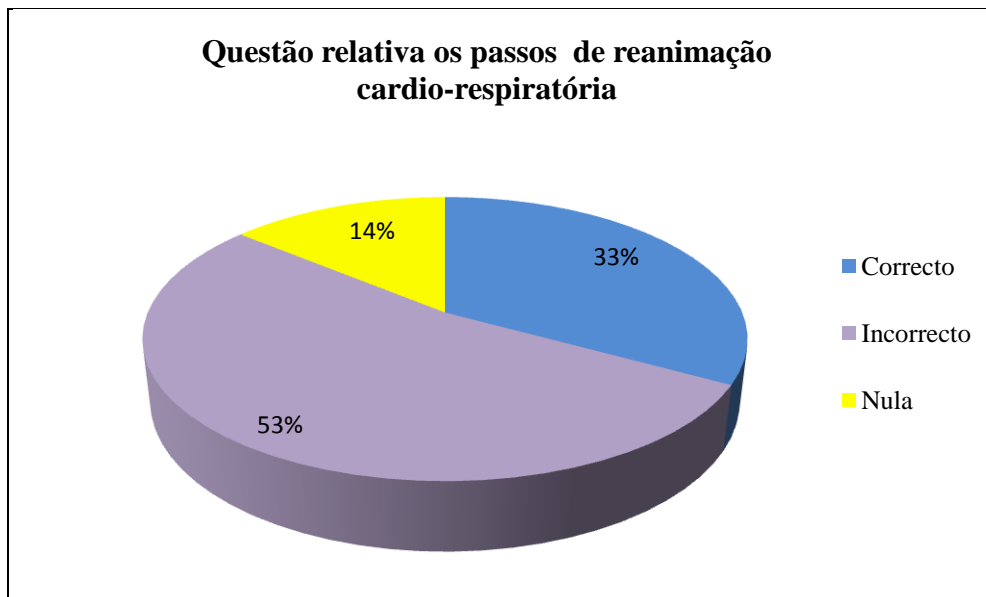


Gráfico J: Distribuição percentual dos dados relativos aos passos de reanimação cardio-respiratória

Tal como se pode verificar pelo estudo do gráfico, 53% da amostra respondeu de forma “incorrecta”, isto é, 30 indivíduos não colocaram os passos de reanimação cardio-respiratória pela ordem considerada correcta.

Do total dos inquiridos, 33%, o que corresponde a 19 indivíduos responderam correctamente à questão.

Consideraram-se nulas as questões não respondidas ou que não obedeceram aos critérios de resposta, traduzindo-se num total de 14% da amostra, isto é 8 indivíduos.

Na questão número oito questionaram-se os indivíduos relativamente “à regra de execução de compressões e insuflações instituída actualmente”. Considerou-se como resposta correcta “30 compressões/ 2 insuflações” e os resultados atingidos demonstram-se no gráfico seguinte.

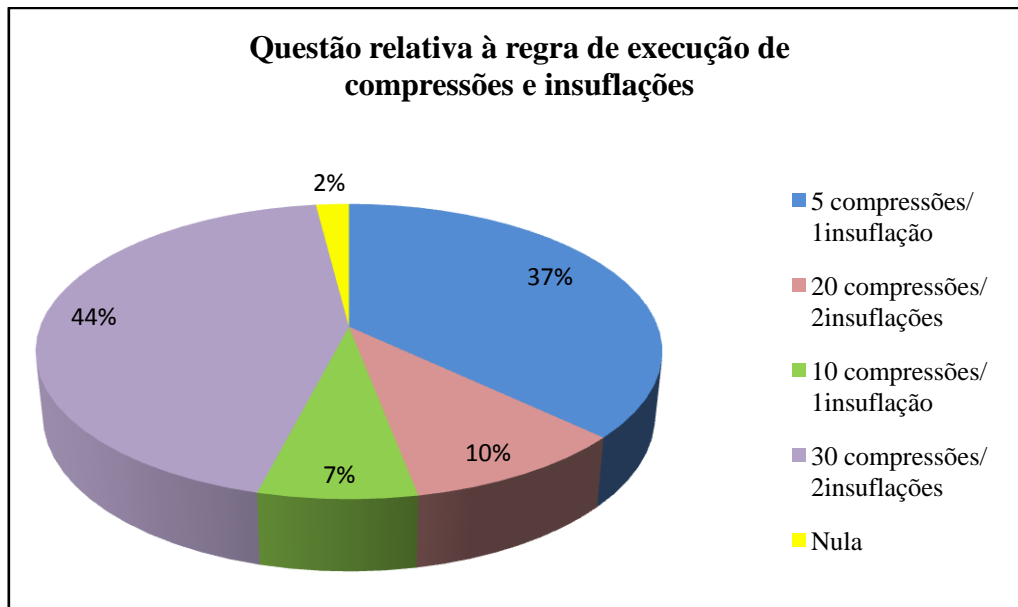


Gráfico K: Distribuição percentual dos dados relativos à regra de execução de compressões cardíacas e insuflações

Através da análise do gráfico K, verificou-se que 44% da amostra, nomeadamente 25 indivíduos seleccionaram correctamente a opção “30 compressões/ 2 insuflações”.

A opção “5 compressões/ 1 insuflação” foi seleccionada por 37% dos inquiridos, isto significa que 21 indivíduos acreditaram tratar-se da regra instituída actualmente. “20 compressões/ 2 insuflações” foi a opção de 10% da amostra, nomeadamente 6 indivíduos. Um total de 7% da amostra, o que equivale à opção de quatro indivíduos, seleccionou “10 compressões/ 1 insuflação” como resposta.

Obteve-se uma resposta nula, que se traduz em 2% da amostra. Esta nulidade resulta do não cumprimento dos critérios de resposta ou da não selecção de opção.

4. Discussão dos resultados

No decorrer deste trabalho, após apresentação e análise dos dados, é imprescindível proceder à discussão dos resultados.

No que diz respeito à caracterização sócio-demográfica da amostra, convém referir que relativamente à faixa etária, verificou-se uma maior adesão ao processo de investigação por parte dos indivíduos mais jovens, nomeadamente entre os 18 e os 29 anos, perfazendo um total de 53% da amostra.

A maior preocupação deste estudo prendeu-se com a existência ou não de conhecimentos por parte da população do concelho de Monção relativamente ao Suporte Básico de Vida. Seja este conhecimento transmitido à população através de cursos de socorrismo, a primeira pergunta do questionário inquiria os indivíduos sobre a realização deste curso. Um total de 63% da amostra referiu nunca o ter realizado.

De acordo com a American Heart Association (AHA), para que exista um aumento significativo da sobrevivência à PCR, numa área onde não se encontram ao alcance equipas de Suporte Avançado de Vida pré-hospitalar (SAV), deve existir pelo menos um 20% de população treinada em medidas de SBV. (Cáceres et al, 2005/2006, p. 73)

Dos indivíduos que referiram não possuir curso de socorrismo, foram questionados sobre os motivos que os levaram a nunca o ter realizado e 59% da amostra referiu “não ter tido oportunidade”.

Segundo Cáceres. (2005/2006, p. 72), num estudo realizado nos EUA, concluiu-se um total de 54% das pessoas inquiridas gostaria de assistir a um curso de RCR, e que um 80% dos indivíduos requeriam formação prática antes de deixar a escolaridade obrigatória.

De acordo com Almeida (2000, p.26) é necessário treinar a população, principalmente a mais jovem sobre Suporte Básico de Vida, para que em situação de emergência, esta

seja presenciada por pessoas formadas. O autor afirma ainda que “o direito a ser reanimado conquista-se assumindo o dever de reanimar”.

Em relação à questão sobre qual o número Europeu de Emergência Médica, a resposta considerada correcta seria 112, o que vai de encontro com o Diário da República que em 1997 publicou na página 1497 “(...) o número de telefone 112 é o numero nacional de emergência médica”.

Também as Guedlines of Resuscitation (2005, p. 3) referem “O 112 representa, em Portugal o número de emergência a activar sem demora e de quem se espera uma resposta imediata”.

Na questão referente à sequência básica numa situação de emergência obteve-se precisamente 42 indivíduos a responderem incorrectamente, o que corresponde a mais de metade da amostra, um total de 74%.

Numa situação de emergência, primeiro devem ser garantidas as condições de segurança e só posteriormente se deve proceder à reanimação, começando por avaliar o estado da vítima, seguidamente pedir ajuda e só depois iniciar manobras de socorro. (Guedlines of Resuscitation, 2005, p.5)

“No contexto do socorro pré-hospitalar, antes de se aproximar de uma vítima aparentemente inconsciente, é fundamental (...) adoptar medidas que garantam a segurança do reanimador durante o processo de salvamento”. (INEM, 2006, p. 16) “O Suporte Básico de Vida inclui as seguintes etapas: avaliação inicial, manutenção da via aérea, ventilação com ar expirado e compressões cardíacas”. (INEM, 2006, p. 19)

Na questão número quatro, perguntou-se à população quantos minutos levava a energia e o oxigénio a esgotar-se no cérebro de uma vítima de PCR, sendo que 44% da amostra respondeu 5 minutos, a resposta correcta.

Segundo Guedlines of Ressuscitation (2005, p.1), “no indivíduo em PCR as reservas de energia e oxigénio do cérebro esgotam-se ao fim de cinco minutos”. (...) “Se a reanimação for atrasada o cérebro sofre lesões irreparáveis mais rapidamente que o

próprio coração”.

Quando inquirida a população sobre se haviam presenciado uma situação com vítima de PCR, 75% da amostra referiu que não, enquanto 23% referiu que sim. A estes indivíduos que responderam ter presenciado esta situação, colocou-se nova questão acerca da sua actuação, sendo que 46% referiram ter pedido ajuda e aproximar-se da vítima a fim de prestar auxílio.

“A situação extrema de risco de vida é a paragem cardíaca e respiratória. Neste caso a vítima está integralmente dependente da ajuda das testemunhas e da sua capacidade de adoptarem, a tempo, as decisões e atitudes correctas”. (Guidelines of Resuscitation, 2005, p. 1),

Posteriormente, na questão número seis, inquiriram-se os indivíduos sobre a sua opinião relativamente à capacidade de actuarem frente a situação com vítima em PCR, tentando verificar-se a percepção dos indivíduos relativamente aos seus conhecimentos. Como resultado obteve-se 40% da amostra a referir não se sentir preparada.

De acordo com Almeida (2000, p.24), “o direito de ser reanimado conquista-se assumindo o dever de reanimar”.

“Quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, a integridade física ou a liberdade de outra pessoa, deixar de lhe prestar o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o socorro, é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias”. (Código Penal Português, 2003, artigo 200º)

Quando inquirida a população relativamente aos passos de reanimação cardio-respiratória, considerou-se a resposta correcta primeiro “abertura das vias respiratórias (a fim de verificar se existe obstrução à respiração)”, seguidamente de “ventilação artificial (boca-a-boca)” e finalmente “circulação artificial (através de compressão torácica/ massagem cardíaca”, sendo que 53% da população não identificou esta como ordem correcta.

Tal como se refere em Guedlines of Ressuscitation (2005, p. 5), Suporte Básico de Vida significa manter a permeabilidade da via aérea, a respiração e a circulação.

“O Suporte Básico de Vida inclui as seguintes etapas: avaliação inicial, manutenção da via aérea, ventilação com ar expirado e compressões cardíacas”. (INEM, 2006, p. 19)

No final do questionário, perguntou-se à população “qual a regra de compressões/insuflações instituída actualmente”, sendo que verificou-se que 44% da amostra, nomeadamente 25 indivíduos seleccionaram correctamente a opção 30compressões/2insuflações.

De acordo com INEM (2006, p.24), ao fim de 30 compressões, permeabiliza-se a via aérea (extensão da cabeça e elevação do maxilar inferior) e efectua-se 2 ventilações que deverão demorar cerca de 1 segundo cada uma.

“Não há evidência em experimentação humana que permita recomendar uma situação determinada para a relação compressões-insuflações. Contudo, os dados da experimentação animal sugerem que a relação 30/2 proporciona a melhor relação entre o fluxo sanguíneo e o fornecimento de oxigénio. Por isso recomenda-se que o reanimador leigo, quer um adulto quer uma criança, utilize a razão 30 compressões para 2 insuflações”. (Guedlines of Ressuscitation, 2005, p. 5),

Conclusões

Após a realização deste trabalho de investigação, tornou-se claro que a investigação é parte fulcral para que ocorra evolução em qualquer ciência, incluída a profissão de Enfermagem.

Optou-se pela escolha do tema na área do “conhecimento da população do concelho de Monção sobre Suporte Básico de Vida” uma vez que se tratou de uma temática de eleição para o investigador e se suporta a ideia de que o nível de interesse pelo processo de investigação está intimamente ligado com a importância que se reserva à área temática a investigar.

Para a realização deste trabalho, optou-se por um estudo descritivo simples, de modo a poder descrever os fenómenos a estudar, através de uma abordagem quantitativa, isto porque acreditou-se tratar de uma vertente mais adequada ao estudo do problema, tendo em conta os objectivos traçados.

Devido a limitações geográficas do investigador, o estudo foi desenvolvido no Concelho de Monção, tendo-se aplicado o instrumento de colheita de dados (questionário) a uma amostra constituída por 57 indivíduos.

Escolheu-se aplicar um questionário com o intuito que este fosse preenchido da forma mais real e sincera possível, sempre privilegiando os direitos éticos de cada inquirido.

A colheita de dados realizou-se em meio natural, aos indivíduos que circulavam no local estipulado para a recolha dos dados, nos dias e horas seleccionados pelo investigador, sempre que se incluíssem nos critérios definidos (ser adulto, alfabetizado e residir no concelho de Monção). Assim, tratou-se de um processo amostral não aleatório, acidental e intencional.

Desta forma, e depois de aplicados os questionários à população, procedeu-se ao tratamento dos mesmos através de suporte informático (Microsoft Office Excel), para posterior apresentação sobe forma de quadros e gráficos, o que facilita a sua

leitura e análise.

Através da análise dos dados pôde-se concluir que relativamente à realização de curso de socorrismo, 63% do total da amostra nunca o realizou, e que destes indivíduos, 59% referiram não terem tido oportunidade de o fazer. O Numero Europeu de Emergência Médica foi identificado correctamente por 84% da amostra. Apenas 23% dos indivíduos inquiridos identificam a ordem básica de actuação numa situação de emergência e um total de 44% da população questionada nesta investigação identificou correctamente o tempo que demoram as reservas de energia e oxigénio a esgotar-se no cérebro de um indivíduo em paragem cardio-respiratória (P.C.R.). Um total de 75% dos indivíduos referiram nunca terem assistido a uma situação de paragem cardio-respiratória, e dos 23% que referiram ter assistido, 46% refere que a sua actuação baseou-se em pedir ajuda e aproximar-se da vítima a fim de prestar auxilio. No entanto, 40% dos indivíduos da amostra referem não se sentirem preparados para actuar face a uma situação de P.C.R. Da população questionada nesta investigação, um total de 53% colocou os passos da sequência de reanimação cardio-respiratória (R.C.R.) de forma incorrecta e 44% dos inquiridos respondeu acertadamente à regra de compressões cardíacas/ventilações do algoritmo de Suporte Básico de Vida.

Após o estudo dos resultados obtidos, considera-se que todos os objectivos, pessoais e académicos a que o autor se tinha proposto foram atingidos, pois realizou-se investigação numa área de grande interesse e investimento pessoal retirando-se as respectivas conclusões.

Para além de permitir ao investigador aumentar os conhecimentos sobre a temática em estudo, esta investigação permitiu compreender a verdadeira importância de realizar investigação.

Para finalizar, é de salientar que com a realização deste trabalho se pretende abrir uma porta para novas investigações e afirmar a importância de formações à população sobre o tema estudado.

Sugestões

Em alguns países como a Suécia e o Canadá, a instrução de pessoas em manobras de reanimação, faz parte dos objectivos propostos. No Canadá, a instrução em manobras de reanimação constitui uma prioridade pois constatou-se uma diminuição considerável da mortalidade por causas de origem cardiovascular. Estima-se que um 70% das paragens cardio-respiratória são extra-hospitalares e ocorrem preferentemente no domicílio da vítima, em lugares de trabalho, na rua, em aeroportos, lojas comerciais, etc. (Cáceres R. M. e tal, 2005/2006, p. 70)

Foram identificadas muitas falhas de conhecimentos por parte da população do Concelho de Monção relativamente ao Suporte Básico de Vida, como este município se encontrar na periferia do distrito (a 120km do Porto e 70 km das cidades de Viana do Castelo e Braga) apresenta um Serviço de Urgência Básica e os únicos meios de socorro pré-hospitalar são apenas da responsabilidade dos Bombeiros Voluntários, acredita-se ser essencial reforçar o peso do dever cívico e moral dos cidadãos e investir em formações sobre a temática que abracem a população geral.

Como refere Sheehy's (2001, p.109), depois de analisados os dados da investigação e tiradas as respectivas conclusões, proclama-se o dever moral e profissional de os partilhar.

Assim, sugere-se a divulgação do estudo junto do responsável da área da Saúde, na Câmara Municipal, a fim de propagar os resultados obtidos e as conclusões retiradas. A divulgação do estudo na Associação Humanitária de Bombeiros Voluntários tem como objectivo a criação de uma equipa com qualificação na área, de modo a se elaborarem formações abertas ao público em geral.

Sugere-se também a realização de estudos posteriores de forma a poder-se alargar a amostra, pois nesta investigação estiveram inerentes limitações espaço-temporais, que não permitiram fazê-lo.

Bibliografia

Almeida, L., Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psquilíbrios;

Cáceres R. M., Céspedes L., Campos M. C., Gompertz M. G. (2005/2006). Educación en Soporte Vital Básico, *Clínica y Ciencia*, Volume 3, pp. 69-73

Código Penal Português (2003) *Questões legais* [em linha]. Disponível em <http://www.portolegal.com/CPENAL.htm> [Consultado em 9/12/08];

Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte na vida*. Loures, Lusociência;

Collins, H. (1996) *Primeiros Socorros*. Lisboa, Editora Replicação;

Decreto-Lei n.º 78/1997. Diário da Republica, I.ª Serie. [Em linha]. Disponível em www.inem.pt [Consultado em 09/07/09].

Decreto-Lei n.º 220/2007. Diário da Republica, I.ª Serie. [Em linha]. Disponível em www.inem.pt [Consultado em 09/07/09].

Deakin C. D., Nolan J. P. (2005). *Recomendaciones 2005 del European Resuscitation Council sobre Resucitación Cardiopulmonar - Soporte vital avanzado en adultos*. [Em linha]. Disponível em www.erc.pt [Consultado em 09/07/09].

Deakin C. D., Nolan J. P. (2005). *Recomendaciones 2005 del European Resuscitation Council sobre Resucitación Cardiopulmonar - Tratamientos eléctricos: desfibriladores externos automáticos, desfibrilación, cardioversión y marcapasos*. [Em linha]. Disponível em www.erc.pt [Consultado em 09/07/09].

Doran, R.; Parot, F.. (2001) *Dicionário de psicologia*, Lisboa, Climepsi editores;

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência;

Handley A. J., Koster R., Monsieurs K., Perkins G. D., Davies S., Bossaert L. (2005). *Recomendaciones 2005 del European Resuscitation Council sobre Resucitación Cardiopulmonar - Soporte vital básico en adultos y uso de desfibriladores automáticos externos*. [Em linha]. Disponível em www.erc.pt [Consultado em 09/07/09].

Hicks, C., (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos- Concepção de Projectos de Aplicação e Análise*. Loures, Lusociencia;

Hill, M., Hill, A., (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa, Edições Sílabo;

Hulley, S., et al., (2006). *Delineando a pesquisa clínica*. Brasil, Artmed Editora;

Hulley, S., et al., (2008). *Delineando a pesquisa Clínica – Uma abordagem epidemiológica*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artmed Editora;

Hungler, B., Polit, D. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Editora Artes Medicas;

Instituto Nacional de Emergência Medica (2000). *Curso Básico de Socorrismo (TAT)*. Sintra, Editado por Escola Nacional de Bombeiros;

Instituto Nacional de Emergência Medica (2006). *Suporte Avançado de Vida* [em linha]. Disponível em <http://www.inem.pt>. [Consultado em 9/12/08];

Instituto Nacional de Estatística (1994) *Classificação das profissões* [em linha]. Disponível em <http://metaweb.ine.pt> [Consultado em 10/12/08];

Instituto Nacional de Estatística (2001) [em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt> [Consultado em 13/07/09];

Lakatos, E.; Marconi, M., (2003). *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo, Editora Atlas;

Lakatos, E; Marconi, M. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo, Atlas S.A.;

Lo, B. In: Hulley, S.B. et al. (2006). *Delineando a Pesquisa Clínica – uma abordagem epidemiológica*. Brasil, Artmed Editora;

Lobiondo-Wood, G. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro, Edições Guanabara Koogan;

Mapas de Portugal – Concelho de Monção. [em linha]. Disponível em <http://www.mapadeportugal.net> [Consultado em 13/07/09];

Martins, G. (2004). Dinâmicas de Protecção Civil, *Revista Técnica e Formativa enB*, Número 32/ Ano 8/ Out/Dez. p.32;

Phipps, W., et al., (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica: conceitos da prática clínica*. Loures, Lusociência;

Polít, D., e tal., (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre, Artmed Editora;

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva editora;

Rey, L. (1999). *Dicionário de termos técnicos de Medicina e Saúde*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A.;

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa, Climpsi Editores;

Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto, Legis Editora;

Sheehy's, (2001). *Enfermagem de urgência, da teoria à prática - Associação Dos Enfermeiros de Urgência (ENA)*. Loures. Lusociência.

Silva, C. (2007). *A Literatura da Informação*. [Em linha] Disponível em <http://literaciadainformacao.web.simplesnet.pt> [consultado em 10/12/2008]

The European Resuscitation Council (2005). *Guidelines for Resuscitation*. [em linha]. Disponível em <http://www.cprportugal.pt>. [Consultado em 09/12/08];

The European Resuscitation Council (2005). *Basic Life Support & Automated External Defibrillation Course*. [em linha]. Disponível em <http://www.cprportugal.pt>. [Consultado em 10/07/09];

ANEXOS

ANEXO I

Mapa do Concelho de Monção

Mapa do Concelho de Monção



Imagem A: Mapa do Concelho de Monção

Fonte: Mapas de Portugal

ANEXO II

Algoritmo de Suporte Básico de Vida



**European
Resuscitation
Council**

www.erc.edu
info@erc.edu



Conselho Português de Ressuscitação

www.cprportugal.net

Suporte Básico de Vida



---> **Está bem? Sente-se bem?**

- Abane a vítima suavemente
- Grite por ajuda



---> **Se NÃO responde**

**Permeabilize a via aérea
A respiração é normal?**

- Incline a cabeça para trás e levante o queixo
- Ver
- Ouvir
- Sentir
- Não demore mais de 10 seg.



Se a vítima responde

- Observar regularmente
- Pedir ajuda, se necessário



---> **Se a respiração NÃO é normal**

**Ligar 112
30 compressões torácicas**

Coloque as mãos no centro do torax

**Permeabilize a via aérea
Fazer 2 insuflações**

- Selar os lábios com os da vítima
- Soprar em contínuo verificando se o tórax expande
- Insuflar de novo quando o torax voltar á posição normal



Se respira normalmente

- Colocar a vítima em Posição Lateral de Segurança (PLS)
- Pedir ajuda
- Voltar a verificar a respiração

---> **Manter 30 compressões /
2 ventilações até chegar ajuda
diferenciada**



APÊNDICES

APÊNDICE I

Instrumento de colheita de dados

Questionário

Chamo-me Vanessa Campos Rodrigues e frequento o 4ºano do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa -Unidade de Ponte de Lima. No âmbito deste curso estou a realizar uma monografia cujo tema é o “conhecimento da população sobre suporte básico de vida”.

Solicitamos-lhe a sua colaboração e pedimos-lhe rigor nas suas respostas. Procure não deixar nenhuma questão em branco e se tiver dúvidas reflecta e escolha a alternativa que lhe parecer melhor. Agradecemos antecipadamente, garantindo o anonimato e sigilo das informações prestadas.

Obrigada pela participação

A. Caracterização socio-demográfica

1. Sexo

Feminino Masculino

2. Idade _____

3. Habilitações literárias (coloque uma cruz em frente à sua opção)

4ºano _____ 6º ano _____ 9ºano _____ 12ºano _____

Licenciatura _____ Mestrado _____ Doutoramento _____

4. Profissão _____

B. Perguntas de Investigação

1. Ao longo da sua vida fez algum curso de socorrismo?

Sim Não

1.1 Se **não** o fez, escolha o motivo que mais se adequa ao seu caso:

Não teve oportunidade

Não tem tempo

Nunca lhe interessou

Não sabe onde o poderia fazer

2. Indique qual o número Europeu de Emergência Médica para o qual deve recorrer em caso de emergência.

3. Os passos seguintes dizem respeito à ordem básica de actuação numa situação de emergência. Coloque-os pela ordem que considera mais correcta, do número 1 ao 3.

_____ Socorrer (prestar auxílio)

_____ Avaliar a situação e o estado da vítima (observar os sinais e verificar os sintomas)

_____ Pedir ajuda/ Alertar (ligar o número de Emergência Médica / Bombeiros)

4. No indivíduo em paragem cardíaca e respiratória, as reservas de energia e de oxigénio do cérebro esgotam-se ao fim de quantos minutos? (selecione a opção que acha correcta)

Ao fim de 2 minutos

Ao fim de 5 minutos

Ao fim de 10 minutos

Ao fim de 20 minutos

5. Alguma vez assistiu a uma situação com vítima de paragem cardio-respiratória?

Sim

Não

5.1 No caso de ter respondido “**Sim**”, o que fez perante a situação?

Nada, só ficou a ver

Abandonou o local

Ligou para o número de emergência médica nacional/Bombeiros do local, mas sem intervir

Aproximou-se da vítima para perceber a gravidade da situação e poder pedir ajuda

Pediu ajuda e aproximou-se da vítima a fim de prestar auxílio

6. Em que medida se sente capaz de actuar face a uma vítima de paragem cardio-respiratória?

- Estou preparado(a)
- Preparado, mas com algumas duvidas
- Só o faria se não houvesse outra hipótese
- Não me sinto preparado

7. Coloque os passos seguintes de reanimação cárdio-pulmonar (R.C.P.) pela ordem que acha correcta: 1 para o primeiro passo, seguido do 2 e 3 para a ultima etapa.

___ Ventilação artificial (“boca-a-boca”)

___ Circulação artificial (através de compressão torácica/ massagem cardiaca)

___ Abertura das vias respiratórias (a fim de verificar se existe obstrução à respiração)

8. Após várias actualizações, hoje em dia está instituído que a regra de execução de compressões e insuflações é a seguinte: (seleccione a correcta)

- 5 compressões/ 1 insuflação
- 20 compressões/ 2 insuflações
- 10 compressões/ 1 insuflação
- 30 compressões/ 2 insuflações

Obrigada pela colaboração

APÊNDICE II

Cronograma de Actividades

