

Paulo Ricardo Couto

**Conhecimentos dos alunos dos 2º, 3º e 4º anos de Enfermagem sobre SBV
Estudo numa amostra de estudantes da Universidade Fernando Pessoa.**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Paulo Ricardo Couto

Conhecimentos dos alunos dos 2º, 3º e 4º anos de Enfermagem sobre SBV

Estudo numa amostra de estudantes da Universidade Fernando Pessoa.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Paulo Ricardo Couto

Conhecimentos dos alunos dos 2º, 3º e 4º anos de Enfermagem sobre SBV

Estudo numa amostra de estudantes da Universidade Fernando Pessoa.

(Paulo Ricardo Couto)

“Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte
dos requisitos para obtenção do Grau de
Licenciatura em Enfermagem”

SUMÁRIO

A Paragem Cárdio-Respiratória por doença cardíaca isquémica é a principal causa de mortalidade no mundo; ocorre de forma imprevisível não escolhendo hora, local ou pessoa. A cadeia de sobrevivência é a base para a prestação do 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, com o presente estudo pretendeu-se determinar os “Conhecimentos dos alunos dos 2º, 3º e 4º anos enfermagem da U.F.P sobre SBV”, com o intuito de dar resposta a alguns objectivos, entre eles: saber se os alunos conhecem as manobras essenciais e suas sequências a ser realizado no âmbito do Suporte Básico de Vida em adultos; saber se alguns alunos tiveram que, em situações particulares ou de ensino clínico durante a frequência do curso de licenciatura em enfermagem, de colocar em prática os conhecimentos de Suporte Básico de Vida; e saber se há diferenças nos conhecimentos dos alunos de enfermagem sobre as medidas essenciais a ser realizadas no âmbito do Suporte Básico de Vida em adultos em função do ano do curso que frequentam. A metodologia utilizada teve um carácter descritivo-correlacional, inserido numa abordagem quantitativa e transversal. A amostra foi constituída por 60 alunos de enfermagem (20 de cada ano), tendo sido utilizado como instrumento de colheita de dados um questionário, constituído por questões fechadas. Conclui-se, entre outros aspectos, que os alunos dos 2º, 3º e 4º anos de enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto possuem conhecimentos teóricos suficientes de SBV em adultos.

ABSTRACT

A cardiac arrest is the leading cause of mortality worldwide, occur unpredictably not choosing time, place or person, the chain of survival is the basis for the provision of care. It is important that the person who watches this can understand the need to call for help immediately and in the case of having knowledge, start early maneuvers Basic Life Support.

In this sense, the present study aimed to determine the "knowledge of students in 2nd, 3rd and 4th year nursing UFP on BLS," in order to meet the following objectives: Determine if students know the maneuvers essential and their sequences to be carried out under the Basic Life Support for adults; Whether some students had to, in particular situations or clinical teaching at the frequency of the degree course in nursing, to put into practice the knowledge of Basic Life Support; Whether there are differences in knowledge of nursing students on essential measures to be undertaken under the Basic Life Support for adults depending on the year of attending, among others;

The methodology used was descriptive and correlational in nature, included in a quantitative approach and cross. The sample consisted of 60 nursing students (20 of each year), which was used as an instrument of data collection the questionnaire consisting of closed questions, it was concluded that students of the 2nd, 3rd and 4th year nursing University Fernando Pessoa in Porto, sufficient theoretical knowledge of CPR in adults.

DEDICATÓRIA

Dedico, não só este trabalho mas também a minha licenciatura a todos que de alguma forma, contribuíram para a construção de quem eu sou hoje, especialmente aos meus pais e avós.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação é sempre produto de um trabalho de equipa, não podendo ser nunca individual.

Nesse sentido, queria agradecer ao Professor Doutor José Manuel dos Santos, pela orientação, disponibilidade e paciência na elaboração deste trabalho.

- Aos meus pais, pelo apoio, sacrifício e paciência;
- À minha irmã pela disponibilidade e auxílio;
- Aos meus avós, pelo simples facto de existirem;
- Aos meus padrinhos, pelas palavras de carinho e incentivo;
- Aos meus amigos, pelo acompanhamento e amizade ao longo destes anos;
- Aos meus colegas de curso, pelo companheirismo e espírito de equipa;
- A todos os enfermeiros e professores, pela inspiração e ensino;
- E a todos aqueles que não mencionei mas que também contribuíram para o que irei ser:

Enfermeiro

ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA – American Heart Association;

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

CIAV - Centro de Informações Anti-Veneno;

CODU - Centro de Orientação Doentes Urgentes;

DAE - Desfibrilhador Automático Externo;

ECR – European Council Resuscitation;

ENB – Escola Nacional de Bombeiros;

FV - Fibrilhação ventricular;

GEM - Gabinete de Emergência Médica;

GTE – Grupo Trauma e Emergência;

GNR – Guarda Nacional Republicana;

ICN - International Council of Nurses;

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica;

PCR - Paragem Córdio-Respiratória;

PCR - PH – Paragem Córdio-Respiratória - Pré-Hospitalar;

PLS – Posição Lateral de Segurança;

PSP - Policia de Segurança Pública;

RCP – Reanimação Córdio-Pulmonar;

RCR - Ressuscitação Córdio-Respiratória;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

SBV - Suporte Básico de Vida;

SEM – Serviços de Emergência Médica;

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica;

S.P.S.S - Statistical Package for Social Sciences;

TV - Taquicardia ventricular;

VOS – Ver Ouvir e Sentir;

112 - Número Europeu de Emergência

ÍNDICE

	PÁGINA
I. INTRODUÇÃO	17
II. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	20
1. Conhecimento	20
2. Paragem Córdio-Respiratória	22
3. Cadeia de Sobrevivência	24
4. Riscos para o reanimador	28
5. Suporte Básico de Vida	29
5.1. Recomendações 2005 vs 2010	30
5.2. Etapas e Sequências de Acções	31
5.3. Problemas associados ao SBV	36
5.4. Posição Lateral de Segurança	37
5.5. Obstrução da via aérea	37
III. FASE METODOLÓGICA	40
1. Tipo de estudo	40
2. População, Amostra e Processo de amostragem	41

3. Variáveis	42
4. Instrumento de colheita de dados	44
5. Tratamento de dados	46
6. Princípios éticos	47
IV. FASE EMPÍRICA	49
1. Apresentação e análise dos dados	49
2. Discussão dos resultados	63
V. CONCLUSÃO	68
VI. BIBLIOGRAFIA	69

ANEXOS:

ANEXO I – Algoritmo do Suporte Básico de Vida no Adulto

ANEXO II – Instrumento de Colheita de Dados (Questionário)

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁGINA
Figura 1. Cadeia de sobrevivência	25
Figura 2. Verificação do estado da vítima	32
Figura 3. Pedido de ajuda	32
Figura 4. Manobra de permeabilização da via aérea	32
Figura 5. Ver, ouvir e sentir a respiração normal	33
Figura 6. Colocação de uma das mãos no centro do tórax	34
Figura 7. Disposição da base da outra mão sobre a primeira, entrelaçamento e levantamento dos dedos	34
Figura 8. Posicionamento do reanimador sobre o tórax da vítima.....	34
Figura 9. Compressão torácica	34
Figura 10. Manobra de ventilação com ar expirado	35
Figura 11. Verificação da retracção do tórax	35

ÍNDICE DE QUADROS

	PÁGINA
Quadro nº 1 – Género	49
Quadro nº 2 - Distribuição nominal da idade dos alunos segundo a amostra	50
Quadro nº 3 - Representação da idade por classes.....	50
Quadro nº 4 - Distribuição de dados relativamente ao ano de Licenciatura da amostra	50
Quadro nº 5 - Aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto de ensino clínico	51
Quadro nº 6 - Aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto particular	51
Quadro nº 7 - Necessidade de possuir mais formação na área do Suporte de Vida	51
Quadro nº 8 - Exerce função como socorrista	51
Quadro nº 9 - Exerce função como tripulante de ambulância	52
Quadro nº 10 - Parte II, Questão 1	52
Quadro nº 11 - Parte II, Questão 2	53
Quadro nº 12 - Parte II, Questão 3	53
Quadro nº 13 - Parte II, Questão 4	53
Quadro nº 14 - Parte II, Questão 5	54
Quadro nº 15 - Parte II, Questão 6	54

Quadro nº 16 - Parte II, Questão 7	54
Quadro nº 17 - Parte II, Questão 8	55
Quadro nº 18 - Parte II, Questão 9	55
Quadro nº 19 - Parte II, Questão 10	55
Quadro nº 20 - Parte II, Questão 11	56
Quadro nº 21 - Parte II, Questão 12	56
Quadro nº 22 - Parte II, Questão 13	57
Quadro nº 23 - Parte II, Questão 14	57
Quadro nº 24 - Parte II, Questão 15	57
Quadro nº 25 - Parte II, Questão 16	58
Quadro nº 26 - Parte II, Questão 17	58
Quadro nº 27 - Parte II, Questão 18	59
Quadro nº 28 - Parte II, Questão 19	59
Quadro nº 29 - Parte II, Questão 20	59
Quadro nº 30 - Nota final obtida pelos alunos	60
Quadro nº 31 - Conhecimentos suficientes/ Conhecimentos insuficientes	60
Quadro nº 32 - Relação entre conhecimentos e ano que frequenta	61

Quadro nº 33 - Relação entre conhecimentos e idade	61
Quadro nº 34 - Relação entre conhecimentos e aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto de ensino clínico	61
Quadro nº 35 - Relação entre conhecimentos e aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto particular	62
Quadro nº 36 - Relação entre conhecimentos e exercer função de socorrista	62
Quadro nº 37 - Relação entre conhecimentos e exercer função de tripulante de ambulância	62
Quadro nº 38 - Relação entre conhecimentos e necessidade de mais formação teórica ou prática na área do Suporte de Vida ...	63

I. INTRODUÇÃO

Este projecto de graduação foi elaborado como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa (UFP).

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.

O facto de a paragem cardíaca ser “(...) a principal causa de morte no mundo”, (Murray e Lopez, *cit. in* ECR, 2010, p. 19) e o conhecimento de Suporte Básico de Vida poder salvar uma vida, despertou o interesse por esta área para a realização da investigação.

A prestação de cuidados em contexto de urgência e emergência, áreas desenvolvidas em contexto académico, são temáticas de eleição para o investigador, uma vez que, o próprio exerce também funções como técnico de ambulância num corpo de bombeiros. Tais factos, leva a que o investigador se aperceba das lacunas existentes quer no acesso precoce aos serviços de emergência, quer à execução de manobras de SBV.

Em relação à formação do Enfermeiro, na perspectiva de Capovilla (1999), verifica-se que,

(...) os conteúdos teóricos e práticos relacionados ao evento da PCR e manobras de RCR têm sido ministrados de forma superficial e limitados, e muitas vezes não suprem as necessidades dos alunos

Por este motivo, acredita-se que é necessário envolver o tema do ensino e formação dos alunos de Enfermagem para a actuação no domínio do Suporte Básico de Vida, recurso indispensável para a sua capacidade de actuação enquanto futuro profissional de saúde.

Assim, decidiu-se averiguar quais os “Conhecimentos dos alunos dos 2º, 3º e 4º anos de Enfermagem da U.F.P sobre SBV” no adulto, sendo esta a pergunta de partida para o desenvolvimento do problema de investigação.

Dada a necessidade de os indivíduos terem uma base de conhecimentos sobre este assunto para poder aplicá-los eficazmente, este estudo teve como objectivos específicos: saber se alguns alunos frequentaram acções de formação na área do Suporte de Vida; saber se alguns alunos exercem funções como socorristas ou são tripulantes de ambulância; saber se os alunos conhecem as manobras essenciais e suas sequências a ser realizado no âmbito do Suporte Básico de Vida em adultos; saber se alguns alunos tiveram que, em situações particulares ou de ensino clínico durante a frequência do curso de licenciatura em enfermagem, de colocar em prática os conhecimentos de SBV; saber se há diferenças nos conhecimentos dos alunos de enfermagem sobre as medidas essenciais a ser realizadas no âmbito do SBV em adultos (em função do ano do curso que frequentam; pelo facto de terem tido, que colocar em prática os conhecimentos de SBV em contexto de ensino clínico; pelo facto de terem tido, que colocar em prática os conhecimentos de SBV em contexto particular; pelo facto de exercerem funções como socorristas; pelo facto de exercerem funções de tripulante de ambulância; em função do género; em função da idade; em função da necessidade de mais formação teórica ou prática na área do Suporte de Vida); saber se os alunos que apenas têm na área do Suporte de Vida a formação obtida no âmbito do Curso Licenciatura em Enfermagem sentem necessidade de mais formação na área do Suporte de Vida.

A metodologia utilizada teve um carácter descritivo-correlacional, inserido numa abordagem quantitativa e transversal. O instrumento de colheita de dados realizado foi um questionário, constituído por duas partes, uma de caracterização da amostra e outra de aplicação de questões sobre a temática a investigar.

O questionário foi aplicado a uma amostra constituída por 60 alunos de Enfermagem (20 de cada ano). Após a colheita de dados, procedeu-se ao tratamento dos mesmos através de suporte informático, com o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 19,0, para ambiente Windows. A apresentação dos resultados obtidos foi elaborada com recurso a quadros.

O presente documento divide-se em seis partes fundamentais: a Introdução, o Desenvolvimento (onde é abordada a temática a nível de revisão bibliográfica), a fase metodológica (onde se descrevem os métodos utilizados para a realização do estudo) a fase empírica (na qual é feita a apresentação, a análise e a discussão dos dados), a Conclusão e as referências bibliográficas consultadas.

Com este estudo foi possível verificar que os alunos de enfermagem dos 2º, 3º e 4º anos da Universidade Fernando Pessoa do Porto possuem conhecimentos teóricos suficientes de SBV em adultos.

II. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A revisão da leitura é necessária em todos os estádios da conceptualização da investigação, de forma a preceder acompanhar ou em seguimento da formulação das questões de investigação.

Assim, segundo Fortin (1999, p.74) “A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação.”

A pesquisa documental através de diversas fontes, fornece ao investigador a possibilidade de verificar o nível actual dos conhecimentos no domínio da investigação a fazer, de forma a estruturar melhor o problema da investigação, delimitando os conceitos e as relações que os caracterizam.

Para a realização deste projecto foi efectuada uma pesquisa documental em diferentes fontes, procurando sempre os documentos mais pertinentes, dando a possibilidade de aprofundar e actualizar os conhecimentos sobre a temática em estudo.

1. Conhecimento

Começaremos por definir e efectuar o enquadramento do conceito do conhecimento neste estudo.

A origem do conhecimento coloca-se como uma das mais antigas questões filosóficas sobre o conhecimento e, sobre a qual existem duas correntes antigas que se transformaram em duas orientações metodológicas que são habitualmente conhecidas como o empirismo e o racionalismo. O conhecimento sobre determinado assunto é definido, 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.”

Através do conhecimento incorporámos conceitos sobre um determinado facto ou um qualquer fenómeno. O conhecimento não nasce do vazio, mas sim das experiências que acumulamos na nossa vida quotidiana, através de experiências, dos relacionamentos interpessoais, das leituras de livros e artigos diversos. “Tem um conteúdo específico do pensamento com base na sabedoria adquirida, ou na informação e competências aprendidas e, um domínio e reconhecimento da informação.” (ICN, 1999, p. 45)

Como através do conhecimento é possível haver aquisição de novas experiências que são proveitosas para desenvolver novas competências e “(...) nos permite tomar decisões e, por isso, actuar, (...) então adquire-se com o fazer, com a prática e demonstra-se através de acções” para “(...) avaliarmos o conhecimento de uma pessoa a partir do seu desempenho e não sobre o que disse saber.” (Martínez Aldonongo, *cit. in* Xavier, 2006).

Assim, estudar o conhecimento tornou-se um objectivo primordial nesta investigação, bem como a análise ao conjunto de ideias e informações que a população alvo 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. (Collière, 2003,p. 58)

Diariamente ocorrem situações inesperadas em todo o lado e todos os indivíduos são passíveis de serem socorristas ou de serem socorridas, portanto é indispensável à capacitação profissional do enfermeiro o conhecimento teórico e as habilidades práticas necessárias para a prestação de socorro. “(...) Nesta partilha de responsabilidades cada cidadão deve ser um participante activo da sua segurança e da segurança colectiva.” (Martins, 2004, p. 33)

Os profissionais da área de saúde deparam-se com frequência com situações que envolvem risco de vida para os utentes, por isso os profissionais de enfermagem necessitam de instituir o mais rapidamente possível, manobras de Ressuscitação Cardio-Pulmonar (RCP), uma vez que, qualquer atraso no início de SBV reduz as hipóteses de sucesso.

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. (ECR, 2005, p. 1)

2. Paragem Cárdio-Respiratória

A PCR é a interrupção súbita e inesperada das funções cardíaca e respiratória. Pode ocorrer devido a problemas primários da via aérea, respiratórios ou associada a patologia cardiovascular. O sistema 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 PCR é um compromisso do profissional de enfermagem.

Para o Concelho Europeu de Resuscitação (ERC, 2005, p. 1), em situações extremas de risco de vida, “(...) a vítima está integralmente dependente da ajuda das testemunhas e da sua capacidade de adoptarem, a tempo, as decisões e atitudes correctas.” Sendo assim, na perspectiva de Smeltzer e Bare (2005, p. 84),

a paragem cardio-respiratória é uma situação emergencial na qual exige preparação técnica da equipa de enfermagem e recursos materiais e tecnológicos disponíveis, os quais são factores determinantes para o sucesso do atendimento.

Reconhecimento da Paragem Cárdio-Respiratória

Apesar de usualmente utilizada no reconhecimento da PCR, a pesquisa e palpação do pulso carotídeo, segundo Nyman (*cit. in* ECR, 2010, p. 19) “(...) é um método impreciso para confirmar a presença ou ausência de circulação, quer para leigos quer para profissionais.” Em relação ao reconhecimento da eficácia ventilatória “(...) tanto os profissionais de saúde como os leigos têm dificuldade em estabelecer, nas vítimas que não respondem, se a respiração é normal ou não.” (Ruppert et al., *cit. in* ECR, 2010, p. 19)

Esta situação pode ficar-se a dever à respiração agónica, que são movimentos respiratórios ocasionais e ineficazes, uma vez que estes movimentos não causam uma expansão torácica normal e “(...) ocorrem em 40% dos casos de paragem cardíaca, nos primeiros minutos”. (Perkins et al., *cit. in ECR*, 2010, p. 19)

Sendo assim, segundo o ERC (2010, p. 19) recomenda-se que se deve:

(...) aprender a iniciar SBV na vítima inconsciente (não responde) e que não respira normalmente. No treino deve ser enfatizado que a presença de ventilação agónica (ocasional) é indicação para iniciar SBV de imediato.

Causas da Paragem Cárdio-Respiratória

Como referido, a PCR pode acontecer devido a patologias que envolvem o compromisso da função respiratória ou cardíaca. Assim, para Chapleu (2008, p. 183) tem-se como causas comuns de PCR,

(...) as cardiopatias, a paragem respiratória, o acidente vascular cerebral (AVC), as convulsões, a descompensação diabética grave, a intoxicação, a asfixia, o afogamento, o trauma, as hemorragias severas, os choques eléctricos, as reacções alérgicas graves e anormalidades congénitas.

Prevenção da Paragem Cárdio-Respiratória

De forma a se poder tomar medidas preventivas de PCR, deveria haver uma identificação precoce dos doentes de risco. Em ambiente intra-hospitalar “o primeiro elo da cadeia de sobrevivência é o reconhecimento precoce do doente em risco e a prevenção da PCR.” (Stockwell et al., *cit. in ECR*, 2010, p. 25)

“Os profissionais de enfermagem são, em geral, os primeiros a presenciarem uma PCR no hospital.” (Gombotz et al., 2006). A vigilância torna-se por isso fundamental, uma vez que, segundo Smith (*cit. in ECR*, 2010, p.25),

A PCR nas enfermarias sem monitorização, geralmente não ocorre como acidente súbito e imprevisto nem é habitualmente causada por doença cardíaca primária. Estes doentes têm geralmente deterioração fisiológica lenta e progressiva, com hipoxia e hipotensão que não é detectada pelos profissionais ou é reconhecida mas insuficientemente tratada.

O reconhecimento destes sinais de deterioração pelos enfermeiros, alertando os meios indicados e estando preparado para actuar são factores importantes para se salvarem vidas.

Epidemiologia e resultados da Paragem Cárdio-Respiratória

A doença cardíaca isquémica é a principal causa de morte no mundo. “Na Europa, a doença cardiovascular representa cerca de 40% de todas as mortes antes dos 75 anos. A morte súbita é responsável por mais de 60% das mortes do adulto por doença coronária.” (Sans, *cit. in* ECR, 2010, p. 15). De encontro a isto, Atwood (*cit. in* ECR, 2010, p. 15), menciona que “(...) dados provenientes de 37 comunidades na Europa indicam que a incidência anual de paragens cardíacas no pré hospitalar (PCR-PH), em todos os ritmos tratadas pelos SEM é de 38 por 100 000 habitantes.”

Em Portugal, segundo os dados do Registo Nacional de Paragem Cardio-Respiratória (2009), de 23 de Janeiro de 2007 a 22 de Janeiro de 2009,

(...) das 1.658 pessoas que entraram em paragem cardio-respiratória (com origem cardíaca provável) ao longo de dois anos apenas 40 chegaram ao hospital com "sinais de vida. Nestas situações haveria indicação para uso dos aparelhos de Desfibrilhação Automática Externa (DAE).

Ainda de acordo com a fonte supracitada, dessas quarenta pessoas,

(...) apenas duas pessoas chegaram ao hospital com sinais de vida na admissão ao hospital quando o episódio foi presenciado apenas por circunstantes (familiares, transeuntes). Sempre que houve intervenção de equipas de emergência, chegaram com vida ao hospital 38 pessoas.

Sendo assim, segundo estes dados referidos, só dois por cento dos casos de PCR sobrevivem até à admissão hospitalar.

3. Cadeia de Sobrevivência

“As acções que relacionam a vítima de paragem cardíaca súbita com sobrevida constituem a Cadeia de Sobrevivência.” (ECR, 2010, p. 17) (Figura 1)

Tais actos decorrem de uma forma associada numa cadeia composta por quatro elos ou acções, todos eles com a mesma importância, “(...) em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte, (...)” de forma a que “(...) o funcionamento adequado de cada elo (...)” seja “(...) vital para que o resultado final seja uma vida salva (www.inem.pt).

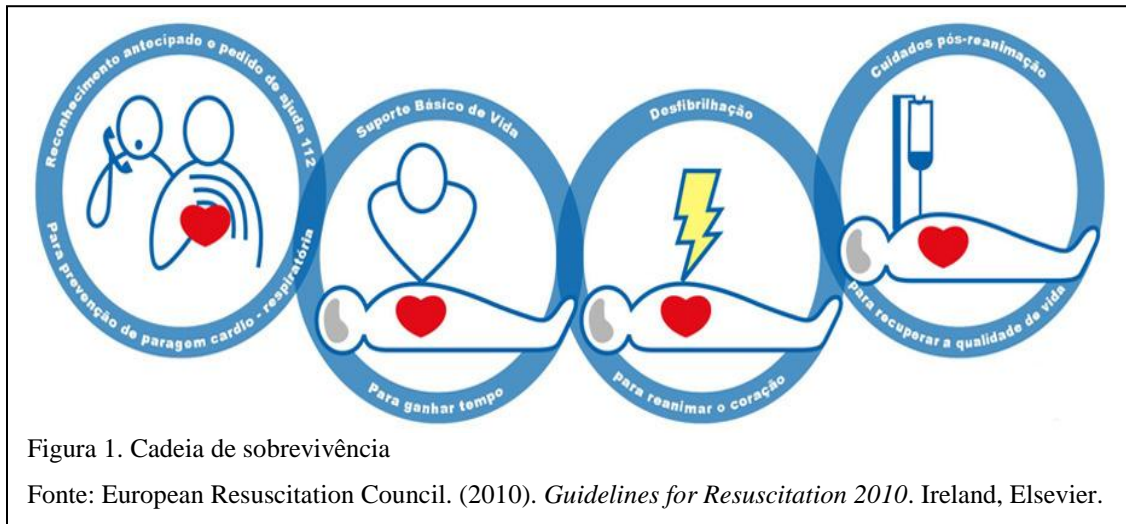


Figura 1. Cadeia de sobrevivência

Fonte: European Resuscitation Council. (2010). *Guidelines for Resuscitation 2010*. Ireland, Elsevier.

Assim sendo, segundo ECR (2010) os quatro elos que constituem a cadeia de sobrevivência são respectivamente o reconhecimento e acesso precoce ao SIEM – 112, o início precoce de SBV, a desfibrilhação precoce e os cuidados pós reanimação.

Reconhecimento e acesso precoce ao SIEM - 112

O primeiro elo desta cadeia assinala a importância do reconhecimento do indivíduo em risco de PCR e a importância de se pedir ajuda na expectativa de que o tratamento precoce possa prevenir a PCR. (ECR, 2010, p. 17)

Em ambiente intra-hospitalar “(...) está agora bem assente a importância do reconhecimento precoce do doente em risco de vida seguida de activação do sistema de emergência ou da equipa de resposta rápida, com a intenção de prevenir a PCR.” (Deakin *cit. in* ECR, 2010, p. 17)

Em meio pré-hospitalar, segundo o INEM (2010, p. 10) o rápido acesso ao SIEM garante o

início da cadeia de sobrevivência. Cada minuto sem se chamar o socorro reduz a possibilidade de sobrevivência da vítima. Para o funcionamento adequado deste elo é fundamental que quem presencia uma determinada ocorrência seja capaz de reconhecer a gravidade da situação e saiba activar o sistema, ligando adequadamente 112 (para poder informar o quê, onde, como e quem).

Para este mesmo organismo, a ineptidão de adoptar estes actos significa “(...) falta de formação. A consciência de que estes procedimentos podem salvar vidas humanas deve ser incorporada o mais cedo possível na vida de cada cidadão.” (INEM, 2010, p. 10)

O 112 é o Número Europeu de Emergência, que permite o acesso gratuito aos Serviços de Emergências. Em Portugal, segundo o INEM (www.inem.pt) “(...) as chamadas efectuadas para o 112 são atendidas, em primeira linha, por uma Central de Emergência da PSP, ou em alguns locais pela GNR,(...)” que apenas encaminham para os CODU as chamadas que à saúde digam respeito.

Início precoce de SBV

Para que uma vítima que se encontre em situação de perigo eminente de vida tenha melhor hipótese de sobrevivência é primordial que sejam principiadas, de imediato e no local onde ocorreu a situação, manobras de SBV. Isto só se alcança se quem testemunha a situação tenha a competência de contactar os serviços de emergência ligando 112 e a capacidade e conhecimento de iniciar tais manobras, caso existam as condições de segurança necessárias.

De acordo com o INEM (2007, p.120), as manobras que constituem o Suporte Básico de Vida, compressão torácica externa e ventilação, permitem ganhar tempo com o objectivo de manter a circulação com sangue minimamente oxigenado para a preservação da viabilidade do coração e cérebro até à chegada de socorro mais diferenciado para instituir os procedimentos de Suporte Avançado de Vida (SAV).

“O início imediato de SBV permite duplicar ou triplicar a probabilidade de sobrevida na PCR-PH por FV.” (Shuster et al., *cit. in* ECR 2010)

Desfibrilhação precoce

A maioria das PCR no adulto, devem-se a uma perturbação do ritmo cardíaco a que se chama Fibrilhação Ventricular (FV). Para o INEM (2009),

Esta perturbação do ritmo cardíaco caracteriza-se por uma actividade eléctrica caótica de todo o coração, em que não há contracção do músculo cardíaco e, como tal, não é bombeado sangue para o organismo. O único tratamento eficaz para esta arritmia é a desfibrilhação, que consiste na aplicação de um choque eléctrico, externamente a nível do tórax da vítima, para que a passagem da corrente eléctrica pelo coração pare a actividade caótica que este apresenta. A desfibrilhação eficaz é determinante na sobrevivência de uma PCR.

A desfibrilhação como elo da cadeia, deve também ser realizado no mais precoce período de tempo, de forma a poder“(…) restaurar a circulação espontânea do indivíduo. (Deakin e Nolan *cit. in* ECR 2005)

Quando o ritmo é registado imediatamente a seguir ao colapso de uma vítima em PCR pelos desfibrilhadores locais “(…) a percentagem de doentes em FV pode ser da ordem dos 59% a 65%. (ECR, 2010, p. 17)

Para Iwami et al. (*cit. in* ECR, 2010, p. 17), ”Iniciar SBV e desfibrilhar nos 3-5 minutos que se seguem ao colapso por PCR-PH por FV permite sobrevividas da ordem dos 49% - 75%.” “Por cada minuto de atraso na desfibrilhação a probabilidade de sobrevivida, à data da alta hospitalar, reduz-se em 10% - 12%. (Shuster et al., *cit. in* ECR, 2010, p. 17)

Para Chapleu (2008, p.183), o objectivo de muitas comunidades passa por promover,

o acesso público à desfibrilhação, (...) através do treinamento de mais pessoas em RCP e DAE e no uso e disponibilização de fácil acesso dos DAE em lugares públicos (...), tais como aeroportos, shoppings e outros locais públicos.

Cuidados pós reanimação

O último dos elos da cadeia de sobrevivência, refere-se aos cuidados pós-reanimação eficazes.

Como nem sempre a desfibrilhação está indicada ou é eficiente, por si só, para recuperar a vítima, torna-se fulcral a prestação de cuidados pós-reanimação tendo em vista a preservação das funções cerebrais e cardíacas.

Nos últimos anos reconhece-se progressivamente a importância dos tratamentos pós-PCR, representada pelo quarto elo da cadeia de sobrevivência. Algumas das diferenças, inter-hospitais, nos resultados pós-PCR podem ter explicação nas diferenças de tratamento no período depois da paragem cardíaca. (Nolan et al., 2008)

Para o Grupo Trauma e Emergência (GTE) (2008, p. 1) a recuperação da circulação espontânea é um momento essencial na reanimação pois,

é o início da fase em que é necessário otimizar as condições que permitam á vítima ter maior possibilidade de recuperação neurológica, estabilização cardiovascular (...) e estado hemodinâmico. As taxas demonstram que uma avaliação, tratamento eficaz e eficiente transporte para unidade especializada contribuem para a recuperação do doente com patologia cardíaca.

A Cadeia de Sobrevivência representa o conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de PCR. “Para que o resultado final possa ser, efectivamente, uma vida salva, cada um dos elos da cadeia é vital e todos devem ter a mesma força.” (www.inem.pt)

Sendo assim, todos os elos da cadeia são igualmente importantes, uma vez que, de nada serve ter o melhor SAV e cuidados pós reanimação se quem presencia não sabe ligar 112.

4. Riscos para o reanimador

Por vezes o anseio de ajudar alguém que parece estar em perigo de vida pode levar a que o reanimador ignore determinados riscos, que em casos extremos, poderá significar a sua morte bem como da vítima. Para o INEM (2010, p. 12), existe uma norma essencial que nunca deve ser esquecida: “(...) o reanimador não deve expor-se a si ou a terceiros a maior risco do que o que corre a própria vítima.”

De entre vários tipos de risco que o reanimador poderá estar sujeito, destacam-se os de carácter ambiental, infeccioso ou intoxicações. Nestes casos, para a prestação mínima de cuidados à vítima, é necessário que o reanimador seja conhecedor de alguns procedimentos a adoptar.

Sendo assim, perante a presença de produtos químicos ou matérias perigosas o reanimador deve “(...) evitar o contacto com essas substâncias sem luvas e não inalar vapores libertados pelas mesmas.” (INEM, 2007, p. 117)

Para prestação de socorro a vítimas por intoxicação é importante para o reanimador “(...) identificar o produto, a sua forma de apresentação e contactar o CIAV” e “(...) cumprir rigorosamente as medidas universais de protecção, isto é, usar luvas, bata, máscara e óculos (ou máscara com viseira).” (INEM, 2010, p. 12)

Relativamente à possibilidade de transmissão de infecções entre a vítima e o reanimador, e vice-versa. É fundamental que o reanimador saiba que o “(...) sangue é o principal veículo de contágio, em relação ao qual devem ser adoptadas todas as medidas universais de protecção.” (INEM, 2007, p. 118)

Para Dickinson (*cit. in* ECR 2010) existem muito “(...) poucos casos relatados associando a reanimação à transmissão de doenças. Há estudos (...) que demonstram que a utilização de mecanismos de barreira diminui a transmissão de bactérias.”

Por isso, para o ECR (2010, p.20),

como o risco de transmissão de doenças é muito baixo é razoável recomendar o início da reanimação sem dispositivos de barreira. Quando se sabe que a vítima é portadora de infecção séria recomenda-se o recurso a medidas de protecção.

5. Suporte Básico de Vida no Adulto

Para o INEM (2009), o SBV é um conjunto de procedimentos, que tem como objectivo

(...) reconhecer as situações de perigo de vida iminente,(...) saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer utensílio, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação.

O SBV é visto hoje como uma manobra primária de grande sucesso na recuperação de vítimas em PCR. Com um esquema de acções de fácil aprendizagem conseguiu-se garantir um mecanismo de resposta à PCR, podendo qualquer leigo com o mínimo de formação estar preparado para efectuar manobras que podem salvar vidas.

Apesar de enorme utilidade, em relação à sua eficácia “(...) as massagens cardíacas externas e as insuflações feitas correctamente, garantem apenas 15% de ritmo cardíaco normal e 30% de oxigenação cerebral.” (GTE, 2008, p. 1)

5.1. Recomendações 2005 vs 2010

O SBV como esquema de procedimentos universais que é, define-se por normas instituídas por organizações internacionais, neste caso o ERC, que trabalha activamente no sentido de cada vez melhorar estes procedimentos avaliando a sua eficácia e preconizando mudanças no sentido de otimizar a RCP das PCR.

Neste estudo, cujo tema é os conhecimentos dos alunos dos 2º,3º e 4º anos de enfermagem da U.F.P sobre SBV, as questões alvo presentes no questionário serão sobre SBV segundo recomendações 2005, uma vez que a formação ministrada pela U.F.P aos seus alunos até à data do estudo não incluíam as recomendações 2010.

Muitas das recomendações 2005, permanecem inalteradas relativamente às actuais linhas gerais preconizadas no algoritmo de SBV e DAE segundo recomendações 2010. Exemplo disso è o reconhecimento da necessidade de RCP, o uso da proporção de 30:2 (compressões e ventilações) nas manobras de RCP e o reconhecimento e gestão de uma vítima de asfixia. Em contraste, novos elementos de prova tem sido publicados desde 2005, essas alterações no SBV presentes nas recomendações 2010, para Koster et al. (*cit. in ECR 2010*) abrangem:

(...) Na ausência de respiração ou se a respiração está alterada e a vítima não responde, deve ser activado o pedido de ajuda por suspeita de paragem cardíaca.(...) o conceito de respiração agónica (“gasping”) deve ser considerada sinal de paragem cardíaca. Todos os socorristas, treinados ou não, devem fazer sempre compressões torácicas (...) de forma a deprimir o esterno 5 cm ao ritmo de pelo menos 100 compressões por minuto (...) nas vítimas de paragem cardíaca.

Na vertente da sequência de procedimentos, o ECR (2010) define nas novas recomendações que as manobras de RCP dever-se-iam iniciar “(...) pelas compressões torácicas e não pelas ventilações”, e não se deveria “perder tempo a verificar se há corpos estranhos na boca a menos que a insuflação não faça o tórax elevar-se.”

5.2. Etapas e Sequência de acções

A sequência de acções de SBV consiste na efectivação de vários passos efectuados ao longo das etapas de avaliação inicial, manutenção da via aérea, compressões torácicas e ventilação com ar expirado, tais acções descrevem-se a seguir (evita-se citar a fonte em todas as figuras que se seguem, já que em todas a fonte é: ERC (Guidelines for Resuscitation, 2010).

Etapa I – Avaliação Inicial

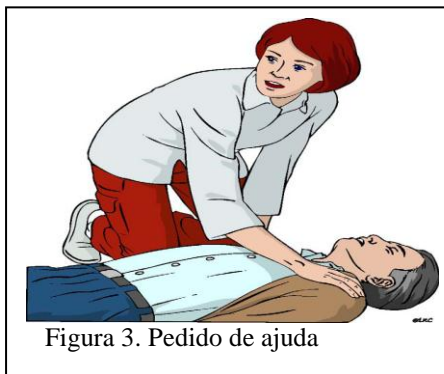
A avaliação inicial consiste na avaliação das condições de segurança para o reanimador e para a vítima no local da ocorrência, de modo a poder ser possível aproximar e avaliar a situação da vítima.

No contexto de socorro pré -hospitalar, antes de se aproximar de uma vítima aparentemente inconsciente, é fundamental assegurar que não existem riscos. (INEM, 2007, p. 16)

Depois de garantidas as condições de segurança, deve-se aproximar da vítima, questioná-la em voz alta acerca do seu estado ou acerca do sucedido (Figura 2), enquanto se estimula suavemente os seus ombros a fim de verificar a sua reactividade



Se a vítima responder, deve-se “deixar a vítima na posição em que está, desde que não fique em maior risco, tentar perceber o que se passa com a vítima, pedir ajuda se necessário e reavaliá-la regularmente.” (ECR, 2010, p. 17)



Se a vítima não responder, deve-se de imediato gritar por ajuda (Figura 3) sem abandonar a vítima e prosseguir a avaliação.

Etapa II – Manutenção da via aérea

De seguida, segundo o INEM (2010, p. 16) “(...) é fundamental proceder-se à permeabilização da via aérea,” para isso deve-se, colocar a vítima em decúbito dorsal, desabotoar “(...) a roupa à volta do pescoço e expor o tórax”.

De seguida para o ECR (2010, p. 18), “coloca-se a mão na testa inclinando suavemente a cabeça para trás e com a ponta dos dedos segura-se a ponta do queixo da vítima elevando-a para abrir a via aérea” (Figura 4), todavia sem “(...) perder tempo a verificar se há corpos estranhos na boca, a menos que quando se executar uma insuflação, esta não faça o tórax elevar-se.” (INEM, 2010, p. 16)



Nas situações em que existe suspeita de trauma a permeabilização da via aérea deve ser efectuada usando a técnica de sub-luxação da mandíbula. Tal técnica implica que se identifique o ângulo da mandíbula e de seguida se,

coloque os dedos indicadores por trás dos ângulos da mandíbula (...) se (...) faça pressão para cima e para a frente de forma a provocar deslocação do maxilar inferior para a frente e, (...) com os polegares desloque o queixo ligeiramente para baixo de forma a manter a boca aberta. (INEM, 2009)

Com a via aérea permeável devem-se usar 10 segundos para,

ver se há movimentos torácicos, ouvir se da boca da vítima vêm sons respiratórios, sentir, com a face, se há sopro de ar vindo da vítima e concluir se a respiração é normal, anormal ou ausente. (ECR, 2010, p. 18) (Figura 5)

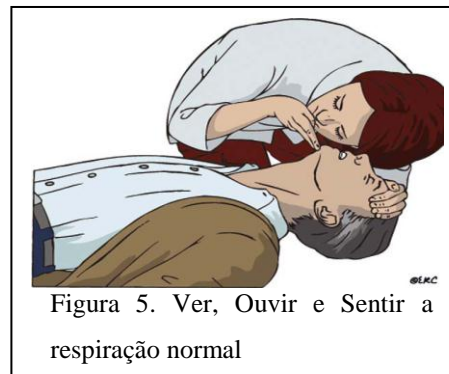


Figura 5. Ver, Ouvir e Sentir a respiração normal

Durante o tempo (10 segundos) dessa avaliação do ver, ouvir e sentir (VOS) deve-se ter em atenção que nos primeiros minutos a seguir à PCR a vítima poderá fazer movimentos respiratórios agónicos (respiração em esforço, ou inspirações ocasionais lentas e ruidosas) pelo que, o reanimador deve procurar a existência de movimentos respiratórios normais, observando se o tórax se eleva e baixa ciclicamente.

Para o INEM (2010, p. 18),

“Tanto os profissionais de saúde como os leigos têm dificuldade em estabelecer se a respiração é normal ou não. Em caso de dúvida, deve actuar-se como se a vítima não ventilasse.”

Sendo assim, se a vítima apresentar uma respiração de tipologia normal, o reanimador, deverá colocá-la em posição lateral de segurança (PLS), pedir ajuda ligando 112 e efectuar uma reavaliação periódica à vítima.

Etapa III – Compressões torácicas

Se a respiração da vítima não é normal ou está ausente, deve-se executar o pedido de ajuda diferenciado (ligando 112) e iniciar de imediato compressões torácicas.

Para se principiar compressões torácicas a vítima deverá estar posicionada de costas voltadas para o chão sobre uma superfície rígida e com a cabeça no mesmo plano do resto do corpo, uma vez que segundo o INEM (2007, p. 121),

(...) se a vítima se encontrar, por exemplo, numa cama, as manobras de SBV, nomeadamente as compressões torácicas, não serão eficazes, uma vez que a força exercida será absorvida pelas molas ou espuma do próprio colchão.

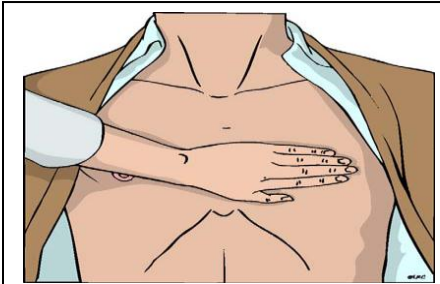


Figura 6. Colocação da base de uma das mãos no centro do tórax

Para se iniciar as compressões torácicas, segundo o ECR (2010, p. 18) o reanimador deverá ajoelhar-se junto (de lado) à vítima e colocar a base de uma das mãos no centro do tórax da vítima (na metade inferior do osso do meio do tórax - esterno)

(Figura 6)

De seguida, o reanimador deverá colocar a base da outra mão sobre a primeira, entrelaçar e levantar ligeiramente os dedos (Figura 7), de forma a que fique apenas a base da primeira mão sobre o esterno de modo a que não se exerça qualquer pressão sobre as costelas. (INEM, 2010, p. 19)

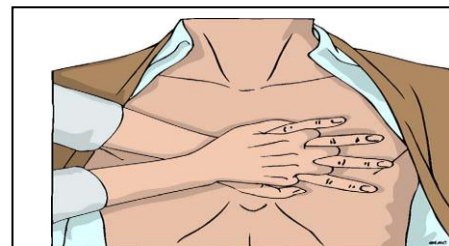


Figura 7. Disposição da base da outra mão sobre a primeira, entrelaçamento e levantamento dos dedos das mãos



Figura 8. Posicionamento do reanimador sobre o tórax da vítima

Mantendo os braços esticados e sem flectir os cotovelos, o reanimador deve-se colocar na vertical em relação ao tórax da vítima, para que os seus ombros fiquem perpendiculares ao esterno da vítima, (INEM, 2010, p. 19) (Figura 8)

e de imediato, deve pressionar verticalmente o esterno, de modo a deprimir pelo menos 5 cm (sem exceder 6cm) (Figura 9).



Figura 9. Compressão torácica

Para o INEM (2010, p. 19) depois de cada compressão, deve-se aliviar a pressão sobre o tórax, de forma que o tórax possa descomprimir totalmente, mas sem perder o contacto da mão com o esterno da vítima. Estes movimentos devem-se repetir com uma frequência de pelo menos 100 compressões por minuto (sem exceder 120 por minuto) e o tempo de compressão e relaxamento devem ser iguais.

Etapa IV – Ventilação com ar expirado

Esta etapa surge no seguimento da combinação de compressões torácicas com ventilações. Sendo assim depois das 30 compressões, “(...) deve-se abrir de novo a via aérea (ver figura 5), pousar a palma da mão na testa da vítima e com o indicador polegar pinçar e ocluir o nariz, mantendo o queixo elevado e a boca aberta.” (ECR, 2010, p. 18)

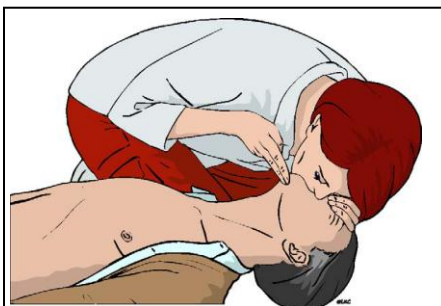


Figura 10. Manobra de ventilação com ar expirado.

Seguidamente, o reanimador deve fazer uma inspiração normal, (selando bem os lábios em torno da boca da vítima e expirar progressivamente durante 1 segundo) verificando se ocorreu elevação do tórax (Figura 10).

Para o ECR (2010, p. 18), o passo seguinte passa por se afastar a boca da vítima verificando a retracção do tórax à medida que o ar sai (Figura 11) e de seguida efectuar outra ventilação. Para o INEM (2010, p. 19) “ As duas ventilações não devem demorar no total mais de cinco segundos.”



Figura 11. Verificação da retracção do tórax.

Se a ventilação não fez elevar o tórax eficazmente, antes de se voltar a tentar, o reanimador deve “ ver se há algum obstáculo na boca da vítima, reconfirmar a inclinação da cabeça e a elevação do queixo.” (ECR, 2010, p. 18). Se persistir o problema, o reanimador deverá retomar de imediato as compressões torácicas. De forma resumida a algoritmo, a sequência de acções de SBV, pode ser observada em Anexo I.

5.3. Problemas associados ao SBV

O SBV quando executado correctamente, permite manter a vítima viável até à desfibrilhação precoce ou até à chegada de SAV, porém podem ocorrer alguns problemas relacionados com as compressões e ventilações.

Contudo segundo o INEM (2007, p. 130),

(...) as potenciais complicações do SBV não deve impedir o reanimador de iniciar prontamente as manobras de SBV dado que, no caso de uma vítima em PCR, a alternativa ao SBV é a morte.

Problemas com as compressões

Para o INEM (2010, p. 23) as compressões torácicas podem causar,

(...) fractura de articulações condro-costais (articulação das costelas com o esterno) e conseqüentemente causar lesões de órgãos internos como: rotura do pulmão, do coração ou mesmo do fígado. Este risco é minimizado, mas não totalmente abolido, pela correcta execução das compressões.

Problemas com as ventilações

Como problemas, as ventilações podem provocar,

(...) a insuflação de ar para o estômago, (...) provoca a saída do conteúdo do mesmo para a via aérea, elevação do diafragma que (...) restringe os movimentos respiratórios tornando a ventilação menos eficaz. (INEM, 2010, p. 23)

Reavaliações e suspensão de manobras de SBV

Para o ECR (2010, p. 18), as possibilidades de uma vítima de PCR recuperar actividade cardíaca espontânea, apenas com manobras de SBV são muito diminutas pelo que se deve manter as manobras de SBV sem interrupção até "(...) chegarem profissionais que tomem conta da ocorrência, a vítima mostre sinais de estar a despertar: mexer, abrir os olhos e respirar normalmente ou o reanimador ficar exausto." Caso nenhuma dessas situações se verifique, em Portugal, a "(,,) decisão de terminar os esforços de reanimação é uma decisão médica (...)." (INEM, 2010, p. 23)

5.4. Posição Lateral de Segurança

Tal como foi referido anteriormente, se a vítima respira normalmente mas se encontra inconsciente, deve ser colocada em PLS, excepto nos casos de suspeita de fractura da coluna vertebral. Esta posição para Chapleau (2008, p. 95), “(...) ajuda a manter a via aérea pérvia e permite acesso fácil à via aérea se vier a obstruir ou se o paciente começa a vomitar.”

Para Handley (*cit. in* ECR 2010), “ A PLS deve ser estável, aproximar-se do decúbito lateral verdadeiro, posicionar a cabeça da vítima em declive descendente e não provocar pressão sobre o tórax que comprometa a respiração.”

Para o reanimador aplicar os princípios básicos de colocação em PLS por etapas, deve segundo a ENB (2000):

(...) permeabilizar a via aérea, colocando a cabeça em hiperextensão e de lado; pôr o braço do lado para onde virou a cabeça ao longo do corpo; flectir a coxa do outro lado; rodar lentamente o bloco cabeça-pescoço-tronco; verificar se a via aérea se mantém permeável, certificando-se que a vítima respira sem fazer ruído vigiar regularmente a vítima solicitando apoio se necessário.

5.5. Obstrução da via aérea

A obstrução da via aérea define-se como toda a situação que impeça total ou parcialmente o trânsito do ar ambiente até aos alvéolos pulmonares, principalmente a nível da traqueia. É considerada pelo INEM (2010, p. 28), como uma “(...) emergência absoluta que se não for reconhecida e resolvida leva à morte em minutos.” Já para o ECR (2010, p. 20) “(...) obstrução da via aérea por corpo estranho é uma causa de morte acidental rara mas potencialmente tratável.”

Causas da obstrução da via aérea

Em relação as causas da obstrução da via aérea, estas podem incluir a presença de corpos estranhos (dentes, alimentos), a presença de sangue, aspiração de conteúdo

gástrico, traumatismos (da fase ou do pescoço), presença de secreções brônquicas, inflamação da epiglote, edema da laringe, espasmo laríngeo e broncospasmo (INEM, 2007)

Reconhecimento da obstrução da via aérea

O reconhecimento precoce da obstrução de vias aéreas é indispensável para o êxito no atendimento à vítima. No caso de se tratar de obstrução parcial, existe algum ruído respiratório (tal como sibilância e estridor) e “(...) pode apresentar uma tosse ineficaz, dificuldade respiratória marcada e cianose.” (INEM, 2010, p. 28)

No mesmo domínio, Deakin e Nolan (*cit. in* ECR 2005, p. 27), referem que poderá também ocorrer “(...) sons característicos como o gorgolejar causado por líquidos ou substâncias semi-sólidas na via aérea principal.”

Na obstrução total, como não existe passagem de ar na via aérea,

(...) a vítima não consegue falar, tossir ou respirar, nem emite qualquer ruído respiratório. Poderá demonstrar grande aflição e ansiedade e agarrar o pescoço com as duas mãos. (...) rapidamente poderá ficar inconsciente e morrer. (INEM, 2007, p. 135)

Sequência de Actuação na Obstrução Mecânica

A toda a obstrução da via aérea, provocada pela presença de um corpo estranho, denomina-se obstrução mecânica. Em vítima consciente, com sinais de obstrução ligeira, o reanimador sem interferir, deve encorajar a vítima a tossir continuamente tentando acalmá-la.

Perante vítima consciente, mas com sinais de obstrução grave da via aérea, deve-se encetar a desobstrução com a aplicação alternada de “(...) 5 pancadas interescapulares, 5 compressões abdominais até à desobstrução ou até a vítima ficar inconsciente.” (INEM, 2010, p. 29)

Para a aplicação da técnica de pancadas interescapulares, o reanimador necessita segundo a Escola nacional de Bombeiros (ENB) (2011) de se “(...) colocar de lado e

ligeiramente por detrás da vítima, sustentar o tórax com uma mão e inclinar a vítima para a frente.” Com a base da outra mão deve “Aplicar até cinco pancadas, na parte superior das costas, ao meio, entre as omoplatas (região interescapular) com a força adequada a resolver a obstrução.” (INEM, 2007, p. 136)

Se alguma das palmadas provocar a desobstrução, interrompe-se a manobra, caso contrário, inicia-se cinco compressões abdominais (Manobra de Heimlich) cujo procedimento para o reanimador segundo o (INEM, 2010, p. 30) é,

Colocar-se por trás da vítima; colocar os braços à volta da vítima ao nível da cintura; fechar uma das mãos em punho, e colocá-la com o polegar encostado ao abdómen da vítima, na linha média um pouco acima do umbigo e (...) com a outra mão agarrar o punho da mão colocada anteriormente e puxar, com um movimento rápido e vigoroso, para dentro e para cima na direcção do reanimador.”

Se todas estas manobras não resultarem e a vítima ficar inconsciente, o reanimador deve colocar a vítima cuidadosamente no chão, ligar de imediato 112 e iniciar SBV.

III. FASE METODOLÓGICA

Segundo Fortin (2003, p. 131) a fase metodológica “ (...) consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”.

Na fase metodológica foi definido o tipo de estudo, o meio para a sua realização, a população e amostra, as variáveis a estudar, o instrumento de colheita de dados a utilizar e o modo de tratar e analisar os dados.

1. Tipo de estudo

De acordo com Fortin (1999, p. 133),

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.

Pela natureza do estudo e estratégia de investigação que se pretende efectuar, a metodologia de investigação será de paradigma quantitativo do tipo descritivo-correlacional transversal realizado em meio natural.

Para este estudo, 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).

Num estudo descritivo-correlacional a finalidade é explorar relações entre variáveis e descrever as mesmas, permitindo determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno estudado. (Fortin, 2009).

O que se pretende é o exame das relações das variáveis, uma vez que são “as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses.” (Fortin, 2009, p. 244)

Entende-se ainda que o presente estudo é do tipo transversal, já que

serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento. (Fortin, 2009, p. 225)

Em relação ao meio, de acordo com Fortin (2009, p. 217) “Um meio, que não (...) o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural.” O presente estudo realizou-se em meio natural, isto é, em sala de aula da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde, do Porto.

2. População, amostra e processo de amostragem

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 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)

Para Fortin (2009, p. 311), a população alvo define-se como “ (...) conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.”

Tendo presente este conceitos e critérios de selecção, a população que esteve na origem deste estudo, foram os alunos de enfermagem dos 2º,3º e 4º anos de enfermagem da U.F.P do Porto.

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

Para Fortin (1999) a amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos e que partilha as mesmas características representativas da população alvo.

Neste estudo a amostra, é constituída por 60 alunos da Licenciatura em Enfermagem, dos 2º, 3º e 4º anos, (vinte de cada ano) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto, do ano lectivo 2010/2011.

Processo de amostragem

O processo de amostragem é uma estratégia de escolher os sujeitos que vão integrar a amostra. Neste estudo o processo de amostragem utilizado será uma amostra não aleatória acidental.

Fortin (2003, p. 208) considera que, “ Seleccção não aleatória (...) é uma conduta segundo o qual, cada elemento da população não apresenta a mesma probabilidade de ser escolhido para a constituição da amostra.” Seguindo a mesma ideia, é uma amostra acidental, pois “ (...) é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...)” Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado. (Fortin 2003, p. 208)

3. Variáveis

De acordo com Fortin (2009, p. 171), “ As variáveis são qualidades ou características às quais se atribuem valores”.

Sendo assim, as variáveis podem ser medidas, experimentadas ou controladas, dependendo da natureza, tipo de estudo e forma de como são utilizadas. As variáveis utilizadas neste estudo são classificadas como variáveis dependente, independente, atributo e de investigação.

A variável de atributo, segundo Fortin (2003, p. 37), “ é uma característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra.”

Para este estudo, foram definidas as seguintes variáveis de atributo: Idade; Género; ano que frequenta da Licenciatura de Enfermagem na U.F.P do Porto; frequência de acções de formação na área de Suporte de Vida; exercício de funções como socorrista; exercício de funções como tripulante de ambulância; tipos de situações em que já foi praticado o SBV e percepção sobre necessidades de formação na área de suporte de vida.

A variável em estudo foi “os conhecimentos dos alunos sobre SBV”.

Pretendeu-se também saber se o ano que os alunos frequentam, a sua idade, a frequência de acções de formação na área de Suporte de Vida, o exercício de funções como socorrista ou como tripulante de ambulância o tipo de situações em que já tinham praticado o SBV e a percepção sobre necessidades de formação na área de suporte de vida teriam alguma influência estatisticamente significativa nos conhecimentos em SBV demonstrados pelos alunos. Assim a variável em estudo “conhecimentos sobre suporte básico de vida” foi também uma variável dependente (a variável dependente, para Fortin (2003, p. 37) “ (...) é a que sofre o efeito esperado da variável independente”, sendo “ (...) o resultado previsto pelo investigador”); de igual modo, todas as outras referidas foram também variáveis independentes (que é aquela que influência ou determina a variável dependente, elemento que manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável (Fortin, 2009).

Como referido anteriormente, o conhecimento sobre determinado assunto é definido, 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.”

Neste estudo, o conhecimento foi ponderado como o acto de conhecer, ter ideia, noção e informação que os estudantes dos 2º, 3º e 4º Anos da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa-Porto possuem acerca de SBV.

Para a medição das variáveis de investigação “manobras essenciais e sequências do SBV” e “práticas dos conhecimentos do SBV” foi utilizada um conjunto de vinte questões com quatro possibilidades de resposta e posteriormente foram atribuídos valores aos itens e feito o somatório para saber o nível de conhecimentos dos estudantes. Assim, foi atribuído o valor de 1 (um) à opção correcta e 0 (zero) à possibilidade “opção incorrecta ou errada”.

Para classificar o grau de conhecimentos, teve-se em conta o número de respostas certas. Para tratamento estatístico foi feita a apresentação dos resultados em quadros. Relativamente à classificação, foi feita a divisão das pontuações por duas categorias:

- conhecimentos insuficientes, equivalente a uma pontuação de 0 a 14 e uma percentagem de 0,00% a 74,00%;
- conhecimentos suficientes, equivalente a uma pontuação de 15 a 20 e uma percentagem de 75,00% a 100,00%;

Desta forma é importante definir o que cada categoria significa, para posteriormente classificar o grau de conhecimentos dos alunos em estudo.

Para Lello (1996) insuficientes quer dizer que não chega, que não tem idoneidade, a habilidade necessária. Deste modo, considera-se neste grau os estudantes que apresentem apenas um número de respostas correctas inferiores a quinze (< 75%).

Para o mesmo autor, suficiente traduz-se por uma “ (...) quantidade que chega, ou basta, que está entre o bom e o medíocre”. Neste nível integra-se os estudantes que responderam entre quinze e vinte respostas correctas (75 a 100%).

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. Para Fortin (2009, p. 403), a colheita de dados reside “ (...) em

recolher metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim.”

O instrumento de colheita de dados utilizado para aquisição dos resultados segundo os objectivos, a população e a amostra seleccionada deste estudo, foi o questionário. Segundo Hicks (2006, p. 23), os questionários “ (...) são uma forma muito útil de recolha de dados no campo dos cuidados da saúde”.

Como refere Fortin (2003, p. 250):

Um questionário (...) é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”

Este instrumento foi escolhido para o presente estudo pois possibilita atingir um grande número de alunos; é de fácil aplicação; implica menores gastos; garante o anonimato das respostas; garante a veracidade das respostas; é um instrumento uniforme de aplicação aos diferentes alunos facilitando a análise dos dados e resultados obtidos em espaço de tempo mais curto do que outras técnicas.

O questionário é composto por duas partes, a primeira diz respeito à caracterização da amostra e contém oito questões e a segunda parte refere-se aos conhecimentos sobre suporte básico de vida e nela abarca vinte questões de escolha múltipla. O modelo de questionário segue em anexo II. De notar que o questionário foi construído tendo por base as recomendações de 2005, uma vez que foi com base nelas que os alunos que constituíram a amostra tiveram as sessões lectivas desta área (isto, apesar de actualmente estarem em vigor recomendações de 2010)

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 lacunas relativamente à semântica e ambiguidade das mesmas.

Como refere Fortin (2003, p. 253),

O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. (...) permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e ordem das questões.

Deste modo, o pré-teste foi realizado no dia 13/6/2011 no Polo de Ciências de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no Porto, em meio natural, a seis alunos (dois de cada ano) que não foram incluídos na amostra.

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.

5. Tratamento de dados

De acordo com Fortin (1999), a análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela média da variável.

Após a colheita de dados através do instrumento de colheita de dados, foi necessário proceder ao tratamento estatístico dos dados. O estudo estatístico foi executado utilizando o software S.P.S.S (Statistical Package for Social Sciences), versão 19.0.0 para sistema operativo Windows.

O tratamento estatístico engloba a estatística descritiva, onde foram utilizadas frequências absolutas, relativas, as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Os resultados foram apresentados sob a forma de quadros com a respectiva descrição

6. Princípios éticos

Para a realização da investigação tornou-se essencial ter em conta as normas éticas em trabalho científico. Qualquer investigação que envolva seres humanos deve ter em conta o ponto de vista ético. “ As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência.” (Fortin, 2009, p. 180)

Nesta investigação foram assegurados os cinco principais princípios do Código de Ética de Investigação (Fortin, 2003). Sendo eles:

- Direito à auto-determinação - Fundamenta-se no princípio do respeito pela pessoa, em que qualquer cidadão tem o direito de decidir por ela própria sem intervenção externa e tomar conta do seu destino.

Tendo em conta este direito, os questionados foram informados da importância da sua participação neste estudo, deixando de uma forma clara, que eram livres de decidir sobre a sua participação no estudo e igualmente sobre o seu abandono.

- Direito à intimidade - Faz menção à liberdade da pessoa em poder negar-se a responder a alguma questão, decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Foi consentido aos alunos a liberdade de poderem negar-se a responder a alguma questão, bem como, decidir sobre a extensão da informação a dar.

- Direito ao anonimato e confidencialidade - Baseia-se no respeito do investigador pela não divulgação dos dados colhidos sem a autorização expressa do sujeito, e pela ocultação da identidade do indivíduo na associação às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.

No presente estudo, todos os resultados foram apresentados de forma a que nenhum dos participantes pudesse ser reconhecido, pelo que no questionário era solicitado para os participantes não escreverem nada que os pudesse identificar.

- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo - Corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes passíveis de lhe causarem mal ou de a prejudicarem.

Para a realização deste estudo não foram previstos quaisquer riscos de ordem física, psicológica, legal ou económica que pudessem provir com a realização do mesmo.

- Direito a um tratamento justo e equitativo - Refere-se ao direito que o participante tem em ser esclarecido acerca da natureza, o fim e a duração da investigação, bem como dos objectivos e métodos utilizados. Todo o participante tem o direito em receber um tratamento justo e de ser tratado equitativamente e a sua escolha deve estar ligada ao problema de investigação, durante a participação no estudo.

No decorrer do estudo, todos os participantes questionados, foram devidamente informados sobre a natureza da investigação, assim como dos objectivos e metodologias utilizadas para a realização do estudo.

Neste trabalho de investigação, o consentimento informado foi obtido de forma verbal, pelos alunos participantes, aquando da proposta de participação no estudo.

IV. FASE EMPÍRICA

A fase empírica consiste na colheita e organização de dados e posteriormente a sua análise estatística (Fortin, 2009)

1. Apresentação e análise dos dados

A apresentação dos dados encontra-se dividida em dois subcapítulos, sendo que o primeiro é alusivo 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)

Apresentou-se os dados recolhidos de forma simples, através de quadros. Relativamente à caracterização da amostra, esta foi representada segundo as seguintes categorias: género, idade (distribuição nominal e por classes), ano de licenciatura, aplicação de SBV em contexto de ensino clínico e particular, necessidade de formação e função de socorrista ou tripulante de ambulância

Quadro nº 1 – Género

	F	%
Feminino	47	78,3
Masculino	13	21,7
Total	60	100,0

Como se pode verificar no quadro nº 1, a amostra é constituída por 60 alunos, sendo 47 alunos (78,3%) do género feminino e 13 alunos (21,7%) do género masculino.

Quadro nº 2 – Distribuição nominal das Idade dos alunos segundo a amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
Idade	60	19	38	23,88	22	4,927

Pelo quadro nº 2, pode-se verificar que a média das idades é 23,88 anos (limite mínimo 19 anos e limite máximo 38 anos), a mediana de 22 anos e o desvio padrão encontrado é de 4,927.

Quadro nº 3 – Representação da Idade por classes

	F	%
19 - 20	10	16,7
21 - 22	24	40,0
23 - 24	12	20,0
+ 24	14	23,3
Total	60	100,0

Relativamente à faixa etária, representada pelo quadro nº 3, observa-se que a predominante é entre os 21-22 anos (40,0%) de idade com 24 questionados. A faixa etária de + 24 anos (23,3%) corresponde a 14 questionados, a faixa etária entre os 23-24 anos (20,0 %) condiz com 12 questionados. E por último, encontra-se na faixa etária dos 19-20 anos (16,7%) 10 questionados.

Quadro nº 4 – Distribuição de dados relativamente ao ano da Licenciatura da amostra

	F	%
2º	20	33,3
3º	20	33,3
4º	20	33,3
Total	60	100,0

Como se pode ver no quadro nº 4, a amostra é constituída exactamente por 20 alunos (33,3%) de cada ano da licenciatura (2º, 3º e 4º) alvo de estudo.

Quadro nº 5 – Aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto de ensino clínico

	F	%
Não	44	73,3
Sim	16	26,7
Total	60	100,0

Pela observação do quadro nº 5, 44 alunos (73,3%) nunca aplicaram Suporte Básico de Vida em contexto de ensino clínico, enquanto 16 alunos (26,7%) já o tiveram que o aplicar.

Quadro nº 6 – Aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto particular

	F	%
Não	51	85,0
Sim	9	15,0
Total	60	100,0

Observando o quadro nº 6, constata-se que 51 alunos (85%) nunca aplicaram suporte básico de vida em contexto particular e 9 alunos (15%) já o aplicaram.

Quadro nº 7 – Necessidade de possuir mais formação na área do Suporte de Vida

	F	%
Não	18	30,0
Sim	42	70,0
Total	60	100,0

Visualizando o quadro nº 7, verifica-se que 42 alunos (70%) sentem necessidade de possuir mais formação na área do suporte de vida, enquanto 18 alunos (30%) referem que não sentem essa necessidade.

Quadro nº 8 – Exerce função de socorrista

	F	%
Não	56	93,3
Sim	4	6,7
Total	60	100,0

Analisando o quadro nº 8, conclui-se que 56 alunos (93,3%) não desempenham a função de socorrista ao passo que 4 alunos (6,7%) exercem a função de socorrista.

Quadro nº 9 - Exerce função como tripulante de ambulância

	F	%
Não	56	93,3
Sim	4	6,7
Total	60	100,0

Observando o quadro nº 9, constata-se que 4 alunos (6,7%) cumprem a função de tripulante de ambulância e que 56 alunos (93,3%) não têm actividade como tripulante de ambulância.

Em seguida serão apresentados os dados referentes à segunda parte do questionário. Os resultados obtidos junto dos questionados serão expostos em quadros ordenados de acordo com cada uma das questões e serão mencionadas as opções correctas. Optou-se por mostrar nos diferentes quadros apenas as alíneas pelas quais pelo menos um aluno optou na sua resposta.

Quadro nº 10 – Parte II, Questão 1

	F	%
a)	1	1,7
b)	56	93,3
c)	2	3,3
d)	1	1,7
Total	60	100,0

Pela visualização do quadro nº 10, podemos verificar que em relação à questão uns, 56 alunos (93,3%) responderam opção b), que era a resposta correcta, tendo os restantes 4 alunos (6,7%) respondido erradamente.

Quadro nº 11 – Parte II, Questão 2

	F	%
a)	1	1,7
b)	58	96,7
d)	1	1,7
Total	60	100,0

Em relação à segunda questão (“Quais os elos da cadeia de sobrevivência”), e considerando que a resposta correcta é a opção b), verifica-se pela observação do quadro nº 11, que 58 alunos (96,7%) optaram pela alínea correcta, ao passo que os outros 2 alunos (3,4%) responderam de forma incorrecta.

Quadro nº 12 – Parte II, Questão 3

	F	%
c)	2	3,3
d)	58	96,7
Total	60	100,0

Relativamente à questão três, (“O S.B.V é um conjunto de procedimentos que tem por objectivo”) a opção de resposta correcta é a d). Da análise dos dados do quadro nº 12, constata-se que 58 alunos (96,7%) optaram pela alínea correcta e os restantes dois alunos (3,3%) escolheram a opção errada.

Quadro nº 13 – Parte II, Questão 4

	F	%
a)	4	6,7
b)	11	18,3
d)	45	75,0
Total	60	100,0

Para a quarta questão (“A obstrução em relação ao nível de compromisso é classificada de que forma”) a opção correcta é a d). Consultando o quadro nº 13, apura-se que 45 alunos (75,0%) escolheram a opção correcta e os restantes 15 alunos (25,0%) seleccionaram alíneas incorrectas.

Quadro nº 14 – Parte II, Questão 5

	F	%
a)	1	1,7
b)	8	13,3
d)	51	85,0
Total	60	100,0

Para a questão número cinco, (“Qual o objectivo da realização das manobras de SBV”) a resposta certa era a opção d). Pela visualização do quadro nº 14, constata-se que 51 alunos (85,0%) responderam correctamente e os 9 alunos (15,0%) restantes responderam de forma incorrecta.

Quadro nº 15 – Parte II, Questão 6

	F	%
a)	2	3,3
c)	1	1,7
d)	57	95,0
Total	60	100,0

Na questão seis, (“Quais as situações que representam perigo de vida eminente”) a opção correcta é a d). Através do quadro nº 15, comprova-se que 57 alunos (95,0%) responderam de forma acertada enquanto 3 alunos (5,0%) optaram por responder a alíneas incorrectas.

Quadro nº 16 – Parte II, Questão 7

	F	%
a)	4	6,7
b)	48	80,0
d)	8	13,3
Total	60	100,0

Para a questão número sete, (“as reservas de energia e de Oxigénio do cérebro numa vítima em Paragem Cárdio-Respiratória esgotam-se aproximadamente ao fim de”), a opção correcta era a b). Como se pode ver pelo quadro nº16, 48 alunos (80,0%)

acertaram na opção certa enquanto os restantes 12 alunos (20,0%) erraram na escolha da opção correcta.

Quadro nº 17 – Parte II, Questão 8

	F	%
a)	47	78,3
b)	11	18,3
d)	2	3,3
Total	60	100,0

Na questão 8, (“Para efectuar manobras de SBV como deve ser colocada a vítima”), a opção correcta era a alínea a). Observando o quadro nº 17, apura-se que 47 alunos (78,3%) escolheram a alínea correcta, ao passo que os 13 alunos (21,6%) restantes seleccionaram opções incorrectas.

Quadro nº 18 – Parte II, Questão 9

	F	%
a)	6	10,0
b)	49	81,7
c)	2	3,3
d)	3	5,0
Total	60	100,0

Relativamente à questão nove, (“A que se deve a distensão gástrica que surge durante as manobras de SBV”) a resposta correcta seria a opção b). Pela visualização do quadro nº 18, verifica-se que 49 alunos (81,7%) assinalaram a opção correcta, enquanto os restantes 11 alunos (18,3%) optaram por assinalar alíneas erradas.

Quadro nº 19 – Parte II, Questão 10

	F	%
a)	1	1,7
b)	55	91,7
c)	1	1,7
d)	3	5,0
Total	60	100,0

Para a questão dez, (“O que implica o método inicial de permeabilização da via aérea”) a opção correcta era a b). Observando o quadro nº 19, apura-se que 55 alunos (91,7%) optaram pela alínea certa, enquanto os restantes 5 alunos (8,4%) escolheram alíneas erradas.

Quadro nº 20 – Parte II, Questão 11

	F	%
a)	3	5,0
b)	38	63,3
d)	19	31,7
Total	60	100,0

Na questão número onze, (“A que ritmo deve ser executado as compressões cardíacas externas no adulto”), toma-se como opção correcta a alínea b). Através do quadro nº 20, pode-se ver que 38 alunos (63,3%) responderam correctamente e 22 alunos (36,7%) erraram na escolha de opção.

Quadro nº 21 – Parte II, Questão 12

	F	%
a)	8	13,3
b)	1	1,7
c)	1	1,7
d)	50	83,3
Total	60	100,0

Em relação à questão 12, (“O que se deve primariamente fazer quando se está a efectuar a insuflação, e esta apresentar resistência”). A opção correcta era a alínea d). Da visualização do quadro nº 21, denota-se que 50 alunos (83,3%) acertaram e os restantes 10 alunos (16,7%) não escolheram a alínea correcta.

Quadro nº 22 – Parte II, Questão 13

	F	%
a)	55	91,7
b)	2	3,3
c)	1	1,7
d)	2	3,3
Total	60	100,0

Para a questão treze (“Em que situação se deve colocar a vítima em Posição Lateral de Segurança”) a opção correcta era a alínea a). Pelo quadro nº 22, observa-se que 55 alunos (91,7%) acertaram e os restantes 5 alunos (8,3%) erraram.

Quadro nº 23 – Parte II, Questão 14

	F	%
b)	4	6,7
c)	54	90,0
d)	2	3,3
Total	60	100,0

Para a questão 14, (“Em relação à obstrução da via aérea, se a vítima está consciente e não consegue tossir que manobras devem ser realizadas de seguida e qual a sua sequência”) a opção correcta é a c). Pela observação do quadro nº 23, constata-se que 54 alunos (90,0%) responderam de forma correcta e os restantes 6 alunos (10,0%) responderam incorrectamente.

Quadro nº 24 – Parte II, Questão 15

	F	%
b)	50	83,3
c)	6	10,0
d)	4	6,7
Total	60	100,0

Na questão número 15, (“O que deve fazer de imediato o reanimador quando estiver sozinho e constata que está perante uma vítima adulta em paragem respiratória”) tomase como opção correcta a alínea b). Visualizando o quadro nº 24 observa-se que 50 alunos (83,3%) acertaram e os outros 10 alunos (16,7%) erraram.

Quadro nº 25 – Parte II, Questão 16

	F	%
c)	58	96,7
d)	2	3,3
Total	60	100,0

Na questão dezasseis, (“Em relação ao SBV no adulto, qual a relação considerada ideal de compressões/ventilações”), a opção correcta era a c). Sendo assim vê-se pelo quadro nº 25 que 58 alunos (96,7%) acertaram na opção correcta e que 2 alunos (3,3%) optaram pela alínea incorrecta.

Quadro nº 26 – Parte II, Questão 17

	F	%
a)	31	51,7
b)	3	5,0
c)	3	5,0
d)	23	38,3
Total	60	100,0

Para a questão 17 (“em que zona do externo se colocam as mãos para efectuar compressões torácicas”) a opção que correspondia à resposta correcta é a alínea a). Pela observação do quadro nº 26, verifica-se que 31 alunos (51,7%) responderam correctamente e que os restantes 29 alunos (48,3%) seleccionaram opções incorrectas.

Quadro nº 27 – Parte II, Questão 18

	F	%
a)	31	51,7
b)	15	25,0
c)	12	20,0
d)	2	3,3
Total	60	100,0

Na questão dezoito, (“Quantos centímetros deve baixar o externo durante as compressões torácicas”), a opção correcta era a alínea a). Observando o quadro nº 28, confirma-se que 31 alunos (51,7%) acertaram e que os restantes 29 alunos (48,3%) optaram por alíneas com a resposta errada.

Quadro nº 28 – Parte II, Questão 19

	F	%
a)	32	53,3
b)	10	16,7
c)	2	3,3
d)	16	26,7
Total	60	100,0

Na penúltima questão, a número 19 (“Se estritamente necessário, durante quanto tempo se pode interromper, as manobras de reanimação”) a opção correcta era a d). Vendo pelo quadro nº 28, observa-se que 16 alunos (26,7%) acertaram e os restantes 44 alunos (73,3%) responderam de forma incorrecta.

Quadro nº 29 – Parte II, Questão 20

	F	%
a)	3	5,0
b)	2	3,3
c)	1	1,7
d)	54	90,0
Total	60	100,0

Na vigésima e última questão, (“Uma vez iniciadas as manobras de Suporte Básico de Vida, quando é que estas devem ser suspensas”), a opção certa era a alínea d). Pela observação do quadro nº 29, constata-se que 54 alunos (90,0%) responderam acertadamente e os restantes 6 alunos (10,0%) responderam de forma incorrecta.

Nos dois quadros que se seguem, serão apresentados os dados com os resultados globais obtidos pelos alunos na segunda parte do questionário.

Quadro nº 30 – Nota final obtida pelos alunos

	N	Mínimo	Máximo	Média
Nota final obtida pelos alunos	60	6,00	19,00	16,01

Pela observação do quadro nº 30, observa-se que a nota média final obtida pelos alunos foi 16,01 (nota mínima 6 e nota máxima 19) valores.

Quadro nº 31 – Parte II – Conhecimentos suficientes/ Conhecimentos insuficientes.

	F	%
Conhecimentos Suficientes	50	83,3
Conhecimentos Insuficientes	10	16,7
Total	60	100,0

Considerando que, para se possuir conhecimentos suficientes a nota mínima a atingir pelos alunos era de 15 valores (ou 75%), observando os dados do quadro nº 31, constata-se que 50 alunos (83,3%) foram aprovados e 10 alunos (16,7%) não atingiram a nota mínima para serem aprovados

A estatística inferencial é um conjunto de técnicas que tem como objectivo fundamental caracterizar a população a partir da identificação de relações de causa e efeito entre variáveis de uma ou mais amostras da população. Por este facto, a inferência estatística

é distinta da teoria das probabilidades, pois na inferência parte-se dos dados e procura-se inferir acerca do modelo probabilístico subjacente aos dados.

Embora se tenha verificado que, de uma forma geral, os alunos apresentam conhecimentos sobre suporte básico de vida, é importante associar as variáveis em estudo, relativamente às questões de investigação elaboradas. Para tal, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis pois é apropriado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis pelo menos ordinais observadas em duas ou mais amostras independentes (www.reportnumber.pt).

Quadro nº 32 – Relação entre conhecimentos e ano que frequenta

Teste de Kruskal-Wallis	
Conhecimentos / Ano que frequenta	Sig. = 0,222

De acordo com o quadro nº 32, pode inferir-se que não há relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos alunos sobre as medidas essenciais a ser realizadas no âmbito do SBV em adultos e o ano que frequentam na Licenciatura em Enfermagem, uma vez que o teste de Kruskal-Wallis apresenta um nível de significância superior a 0,05 (0,222).

Quadro nº 33 – Relação entre conhecimentos e idade

Teste de Kruskal-Wallis	
Conhecimentos / Idade	Sig. = 0,831

De acordo com o quadro nº 33, pode inferir-se que não há relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos alunos sobre as medidas essenciais a ser realizadas no âmbito do SBV em adultos e a respectiva idade, uma vez que o teste de Kruskal-Wallis apresenta um nível de significância superior a 0,05 (0,831).

Quadro nº 34 – Relação entre conhecimentos e aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto de ensino clínico

Teste de Kruskal-Wallis	
Conhecimentos / Aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto de ensino clínico	Sig. = 0,155

Segundo o quadro nº 34, pode inferir-se que não há relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos alunos sobre as medidas essenciais a ser realizadas no âmbito do SBV em adultos e a aplicação de SBV em contexto de ensino clínico, uma vez que o teste de Kruskal-Wallis apresenta um nível de significância superior a 0,05 (0,155).

Quadro nº 35 – Relação entre conhecimentos e aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto particular

Teste de Kruskal-Wallis	
Conhecimentos / Aplicação de Suporte Básico de Vida em contexto particular	Sig. = 0,831

Observando o quadro nº 35, pode inferir-se que não há relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos alunos sobre as medidas essenciais a ser realizadas no âmbito do SBV em adultos e a aplicação de SBV em contexto particular, uma vez que o teste de Kruskal-Wallis apresenta um nível de significância superior a 0,05 (0,831).

Quadro nº 36 – Relação entre conhecimentos e exercer função de socorrista

Teste de Kruskal-Wallis	
Conhecimentos / exercer função de socorrista	Sig. = 0,723

Pela observação do quadro nº 36, pode inferir-se que não há relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos alunos sobre as medidas essenciais a ser realizadas no âmbito do SBV em adultos e o exercer função de socorrista, uma vez que o teste de Kruskal-Wallis apresenta um nível de significância superior a 0,05 (0,723).

Quadro nº 37 – Relação entre conhecimentos e exercer função de tripulante de ambulância

Teste de Kruskal-Wallis	
Conhecimentos / exercer função de tripulante de ambulância	Sig. = 0,723

Pela observância do quadro nº 37, pode inferir-se que não há relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos alunos sobre as medidas essenciais a ser realizadas no âmbito do SBV em adultos e o exercer função de tripulante de

ambulância, uma vez que o teste de Kruskal-Wallis apresenta um nível de significância superior a 0,05 (0,723).

Quadro nº 38 – Relação entre conhecimentos e necessidade de mais formação teórica ou prática na área do Suporte de Vida

Teste de Kruskal-Wallis	
Conhecimentos / necessidade de mais formação teórica ou prática na área do Suporte de Vida	Sig. = 0,951

Vendo o quadro nº 38, pode inferir-se que não há relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos dos alunos sobre as medidas essenciais a ser realizadas no âmbito do SBV em adultos e necessidade de mais formação teórica ou prática na área do Suporte de Vida, uma vez que o teste de Kruskal-Wallis apresenta um nível de significância superior a 0,05 (0,951).

2. Discussão dos Resultados

Após a apresentação e análise dos dados recolhidos do questionário aplicado, é fulcral a interpretação de toda a informação (Fortin, 2009). Para tal, propõe-se neste capítulo a realização da discussão dos resultados referente à amostra estudada, uma vez que surge a necessidade de interpretar toda a informação obtida, tendo em conta os conhecimentos e referências contactadas ao longo das leituras efectuadas para a fundamentação teórica deste estudo. Dar-se-á realce aos resultados que se consideram mais pertinentes e a partir dessa análise, tecer-se-ão as considerações que se julgam ser as mais apropriadas, quer pela aplicação do instrumento de colheita de dados, quer através das questões anteriormente formuladas.

Englobando a totalidade dos alunos questionados e tendo em conta os dados apresentados é possível esboçar o perfil da amostra. Esta é na sua maioria do sexo feminino, com idade compreendida entre os 19 e os 22 anos. Tal como defende Dias (2002) a Enfermagem foi “(...) historicamente construída como profissão feminina, e (...) desta forma a Enfermagem tornou-se num exemplo paradigmático da divisão sexual do trabalho.”

No que concerne à aplicação de manobras de suporte básico de vida, é de notar que a maioria dos alunos já as efectuou em contexto de ensino clínico, mas não em contexto particular. Este dado vai ao encontro ao que refere Gombotz et al. (2006) uma vez que “os profissionais de enfermagem são, em geral, os primeiros a presenciarem uma PCR no hospital.”

Para um aluno de Enfermagem que não exerça qualquer actividade como socorrista, a oportunidade de efectuar manobras de SBV em contexto particular torna-se reduzida. Apesar disso, como a “PCR não escolhe hora, local ou pessoa”, é possível que alguns destes alunos tenham algum dia que aplicar manobras de SBV. Torna-se fundamental, por isso, que os alunos mantenham “(...) as competências e os conhecimentos que lhes permitam actuar correctamente em caso de paragem cardíaca e melhorar o prognóstico dos doentes.” (ECR, 2010, p. 15).

No domínio da necessidade de possuir mais formação teórica ou prática na área do suporte de Vida, verificou-se que a maior parte dos alunos sente necessidade de mais saberes nesta área. Estes resultados corroboram alguns estudos publicados, nomeadamente o de Sampaio (2003), que ao avaliar o processo de ensino e aprendizagem de profissionais de enfermagem nas manobras de RCP, verificou “(...) falhas, tanto no conhecimento teórico, quanto nas habilidades práticas”. Capovilla (1999) refere que em relação à formação do Enfermeiro,

(...) os conteúdos teóricos e práticos relacionados ao evento da PCR e manobras de RCR têm sido ministrados de forma superficial e limitados, e muitas vezes não supre as necessidades dos alunos

Em relação ao exercício da actividade como socorrista ou tripulante de ambulância, alguns alunos referiram possuir alguma actividade nestas áreas. Em termos correlacionais, concluiu-se que não há relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos nas medidas essenciais a ser realizada no âmbito do SBV e o ser socorrista ou tripulante de ambulância.

Contrariamente a estes resultados, e considerando que ser socorrista ou tripulante de ambulância implica maior frequência de participação em situações de SBV, Verplancke et al. (2008) constataram que a frequência de participação em situações de PCR influenciava o desempenho na execução dos procedimentos de SBV.

Fazendo uma leitura e análise global dos dados recolhidos no questionário em relação ao conhecimento dos alunos sobre SBV, há a evidenciar alguns aspectos de importância.

As questões onze, dezoito e dezanove têm como opções correctas, respostas segundo as recomendações de 2005, mas as mesmas não se enquadram nas recomendações 2010 (como claramente explicitado na fase metodológica).

Sendo assim, em relação à questão onze, a resposta correspondente à opção correcta ser “100 compressões por minuto” à luz das recomendações 2010 segundo o esta deveria ser ao ritmo de 100 a 120 compressões por minuto. Em relação à questão dezoito, apesar de nas recomendações de 2005 a resposta ser “ 4 a 5 cm”, actualmente segundo o INEM (2010, p. 19) o tórax deveria ser deprimido entre 5 a 6 cm.

Para a questão dezanove, a alínea correcta de resposta “30 segundos” actualmente segundo as recomendações 2010 deveria ser “(...) não interromper a reanimação.” (ECR, 2010, p. 18)

Em relação aos domínios da cadeia de sobrevivência e conhecimento sobre PCR, referentes às questões um, dois e sete, a maioria dos alunos demonstraram ter conhecimentos suficientes. Sugisawa et al. (2008), num estudo realizado na Universidade do Vale do Paraíba a 100 alunos do 1º ao 4º ano sobre conhecimentos de SBV, 81% dos alunos responderam correctamente à questão realizada sobre o que caracterizava a PCR, mas apenas 11% conceituaram correctamente a cadeia de sobrevivência.

Enquadrando o SBV, este para o INEM (2010, p. 14) é um conjunto de procedimentos que tem como objectivo,

(...) reconhecer as situações de perigo de vida iminente,(...) saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer utensílio, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação.

De forma manter minimamente oxigenado o coração e cérebro.

Assim, em relação à definição de SBV e aos conceitos de manobras e obstrução da via aérea, associadas às questões três, quatro e cinco, a quase globalidade dos alunos demonstrou possuir conhecimentos suficientes. Tal não se verificou por Sugisawa et al. (2008) nas questões relacionadas com definição e conceitos do SBV, em que apenas 39,6 % dos alunos responderam correctamente às questões.

Em relação aos domínios do reconhecimento das situações de perigo de vida eminente e condutas imediatas a tomar após a detecção de uma PCR, mencionados nas questões seis e quinze, mais uma vez os alunos demonstraram conhecimentos suficientes. Estes resultados não corroboram um estudo efectuado por Boaventura (*cit. in* Sugisawa et al., 2008) a 53 alunos de enfermagem, em que somente 26% dos alunos sabiam detectar uma PCR e 13,2% apenas sabiam qual a conduta imediata a efectuar após uma PCR. Ainda em relação aos mesmos domínios no estudo de Sugisawa et al. (2008), 45,4% sabiam qual é a conduta imediata após a detecção de uma PCR, mas 81,8% sabiam quais os sinais de uma PCR.

As restantes questões neste estudo dizem respeito às diferentes sequências de acção (manobras e procedimentos) realizadas nas várias etapas do SBV. Neste domínio

somente na questão dezanove referente à interrupção das manobras de reanimação, a maioria dos alunos não atingiu o nível de conhecimentos suficientes, tal facto poderá estar relacionado com alguma lacuna teórica aquando da ministração da formação de SBV ou simplesmente de uma deficiência na construção da questão.

Em todas as outras questões associadas a este domínio, os alunos demonstraram ter conhecimentos suficientes. Contrariamente, no estudo de Sugisawa et al. (2008) 90,9% indicaram incorrectamente o posicionamento das mãos para a realização das compressões torácicas.

Era de esperar para o investigador, que fosse admissível neste estudo que os alunos do 4º ano possuíssem menos conhecimentos de SBV que os restantes alunos do 2º e 3º anos por terem efectuado a formação de SBV ministrada na Universidade há 2 anos, porém foi de notar que não se obteve correlação estatisticamente significativa entre os conhecimentos de SBV e o ano de frequência. Não foi verificada também, correlação estatisticamente significativa entre os conhecimentos de SBV e as restantes variáveis analisadas (idade; aplicação de SBV em contexto particular; aplicação de SBV em contexto de ensino clínico; necessidade de formação teórica ou prática em suporte de vida)

Em suma, neste estudo, a média da nota final obtida foi 16,1 valores e 83,3% dos alunos demonstrou conhecimentos suficientes. Tais factos vêm demonstrar que os alunos de enfermagem do 2º, 3º e 4º ano na Universidade Fernando Pessoa do Porto, possuem conhecimentos teóricos suficientes de SBV em adultos. Porém è necessário realizar outros estudos de forma a ver se estes conhecimentos se comprovam em termos práticos.

Estes resultados finais não foram equivalentes aos demonstrados por um estudo de Galinsk et al. (2003) em que 413 enfermeiros do hospital Ambroise-Paré em Billancourt, França demonstraram em termos teóricos, conhecimentos insuficientes em SBV.

V. CONCLUSÃO

A investigação em enfermagem é uma tarefa árdua e difícil, porém, tem-se plena consciência do esforço e dedicação despendidas neste trabalho, pois só desta forma foi possível ultrapassar as dificuldades vividas, devido à inexperiência em trabalhos de investigação.

No que se refere a objectivos académicos, como seja o aprofundar conhecimentos de investigação, perceber a investigação como ensino de novos saberes ou como metodologia de trabalho, penso que foram atingidos.

O objectivo proposto para este estudo foi atingido, na medida em que, se conseguiu identificar o conhecimento dos alunos do 2º, 3º e 4º ano de Enfermagem sobre o SBV no adulto.

Foi gratificante realizar este Projecto de Graduação sob esta temática, pois permitiu-me alargar e aprofundar os conhecimentos nesta área, contribuindo assim para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto aluno e futuro profissional de enfermagem

O interesse e a motivação, foram indispensáveis para este estudo. No decorrer da investigação, surgiram dificuldades com a gestão de tempo relacionadas com o entusiasmo do autor na procura de mais bibliografia e no aperfeiçoamento contínuo do trabalho, que com dedicação e interesse foram minimizadas.

Contudo, a realização deste projecto de graduação foi sem dúvida compensador

Com este trabalho ambiciona-se ter contribuído para o surgimento de novos trabalhos com o objectivo de aprofundar cada vez mais esta temática e melhorar os conhecimentos acerca do mesmo

VI. BIBLIOGRAFIA

- American Heart Association. (2010). *Guidelines CPR ECC 2010*. USA, AHA;
- Almeida, L., Freire, t. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psquilibrios;
- Capovilla, N., Araujo, M. e Noronha, R. (1999). *Resuscitação cardiorespiratória na assistência de Enfermagem*. São Paulo, COBEEM;
- Chapleau, W. (2008). *Manual de Emergências – Um Guia para Primeiros Socorros*. Rio de Janeiro, Elsevier;
- International Council of Nurses. (s/D). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. (2005). Versão Beta 2. 3ª Edição. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros;
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte na vida*. Loures, Lusociência;
- Collins, H. (1996) *Primeiros Socorros*. Lisboa, Editora Replicação;
- Dias, Hélia M.^a da Silva. (2002). *Cuidar em Enfermagem na Perspectiva do Género*. Dissertação de mestrado em sexologia, Lisboa, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias;
- Escola Nacional de Bombeiros. (2000). *Manual de Tripulante de Ambulância de Transporte*. Sintra, ENB;
- Escola Nacional de Bombeiros. (2011). *Manual de Primeiros Socorros*. Sintra, ENB;
- European Resuscitation Council. (2005). *Guidelines for Resuscitation 2005*. Lisboa, Conselho Português de Ressuscitação;

- European Resuscitation Council. (2010). *Guidelines for Resuscitation 2010*. Lisboa, Conselho Português de Ressuscitação;
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência;
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência;
- Galinski, M. *et alli* (2003). *Prise en charge des arrest cardiaques intrahospitaliers: evaluation des connaissances théoriques du personnel medical et paramédica*. Paris, Elsevier;
- Gombotz, H. *et alii*. (2006). Hospital cardiac resuscitation outside the ICU by nursing staff equipped with automated external defibrillators. [Em linha]. Disponível em <<http://files.enfermagemcardiologia.webnode.com.pt/200000027aa242ab1ee/artigo.pdf>>. [Consultado em 21/12/2010];
- Grupo de Trauma e Emergência. (2008). *Manual de Práticas de Emergência Trauma e Catástrofe*. Caldas da Rainha, GTE;
- Hicks, C., (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos- Concepção de Projectos de Aplicação e Análise*. Loures, Lusociencia;
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2000). *Curso Básico de Socorrismo (TAT)*. Sintra, Escola Nacional de Bombeiros;
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2007). *Manual de Tripulante de Ambulância de Socorro*. Lisboa, INEM;
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2009). *Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.inem.pt/files/2/DAE/489907.pdf>> . [Consultado em 19/01/2011];

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2010). *Manual de desfibrilhação automática externa – Profissionais de Saúde*. Lisboa, Departamento de formação em emergência médica- INEM;

Instituto Nacional de Emergência Médica Home Page. [Em linha]. Disponível em <http://www.inem.pt/>. [Consultado em 16/01/2011];

Lello, J. *et alii* (1996). *Dicionário Enciclopédico Luso-Brasileiro*. Porto, Lello & Irmão, Lda;

Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré – Hospitalar Que Realidade*. Loures, Lusociência.

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

Nolan, JP. *et alii* (2008). *Post-cardiac arrest syndrome*. Genève, International Liaison Committee;

Polit, D. *et alii* (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação e utilização*. Porto Alegre, Artmed Editora;

Registo Nacional de Paragem Cardio-Respiratória. (2009). *Só dois por cento de vítimas de paragem cardio-respiratória chegam vivas ao hospital*. [Em linha]. Disponível em http://www.publico.pt/Sociedade/so-dois-por-cento-de-vitimas-de-paragem-cardiorespiratoria-chegam-vivas-ao-hospital_1412808>. [Consultado em 20/01/2011];

Report number Home page. *Análise estatística – Teste de Kruskal-wallis*. [Em linha]. Disponível em <http://www.reportnumber.pt/ae/downloads/KW.pdf> >. [Consultado em 20/05/2011];

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

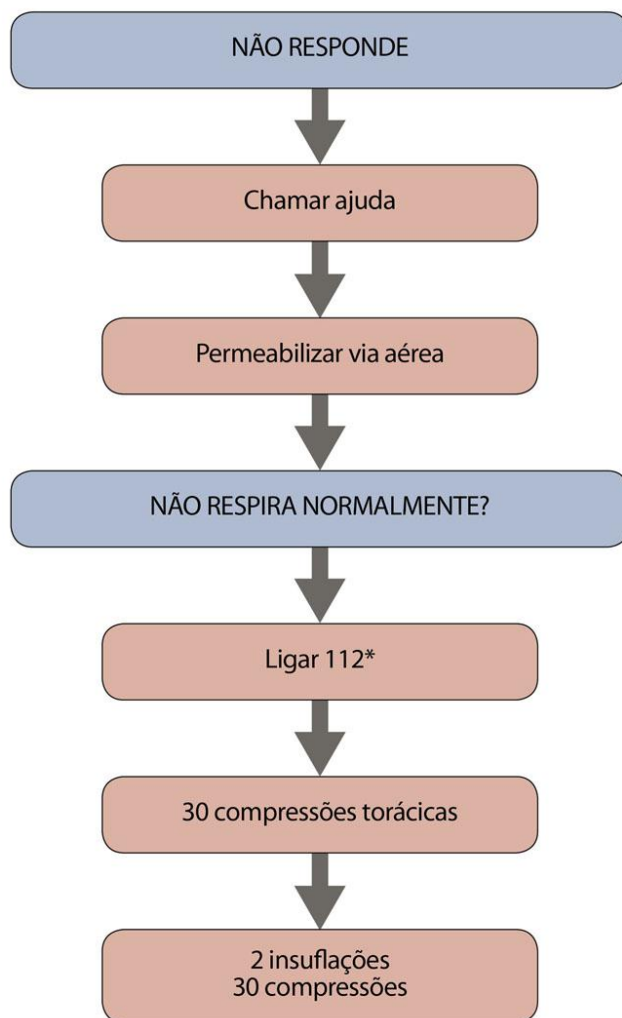
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto, Legis Editora;
- Sampaio, L. (2003). *Avaliação do processo ensino-aprendizagem da técnica de ressuscitação cardiopulmonar pela equipe de enfermagem* [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;
- Sheehy's, P. (2001). *Enfermagem de urgência, da teoria à prática - Associação Dos Enfermeiros de Urgência (ENA)*. Loures, Lusociência;
- Smeltzer, C., Bare, B. (2005). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A;
- Sugisawa, A. *et alli* (2008). Suporte Básico devida e Desfibrilhação Automática Externa- Conhecimentos dos alunos de Graduação em Enfermagem. São Paulo, Universidade do Vale da Paraíba;
- Verplancke, T. *et alli*.(2008). *Determinants of the quality of basic life support by hospital nurses*, Resuscitation. 2008;

ANEXOS

ANEXO I.

Algoritmo do Suporte Básico de Vida no Adulto.

Suporte Básico de Vida do Adulto



*ou número de emergência nacional

ANEXO II

Instrumento de Colheita de Dados

(Questionário)

Paulo Ricardo Couto

Questionário

Qual o conhecimento dos alunos do 2º, 3º e 4º ano de Enfermagem da U.F.P
sobre Suporte Básico de Vida?

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Questionário

Chamo-me Paulo Ricardo Lopes Pereira Couto e sou aluno do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, do Porto.

No âmbito do plano de estudos, pretendo realizar um Projecto de Graduação subordinado ao tema: “Conhecimentos dos alunos do 2º, 3º e 4º anos de Enfermagem da U.F.P sobre Suporte Básico de Vida”, pelo que solicito a sua colaboração com o preenchimento do presente questionário.

Este questionário será utilizado apenas para efeito de investigação, sendo garantido o seu anonimato e confidencialidade, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte.

A sua colaboração é fundamental para a concretização desta investigação. A veracidade das suas respostas é fundamental para a credibilidade dos resultados. Em média o preenchimento deste questionário é de 10 minutos. Por favor não deixe nenhuma questão por responder.

Muito obrigado pela sua colaboração.

O aluno

(Paulo Ricardo Couto)

I – Caracterização da amostra

1. **Idade:** _____ anos;

2. **Género:** Feminino Masculino

3. **Frequenta que ano da Licenciatura?** _____

4. **Já teve que aplicar Suporte Básico de Vida...**

4.1. **Em contexto de ensino clínico?** Sim Não

4.2. **Em situação particular?** Sim Não

5. **Enquanto aluno do Curso de Licenciatura em Enfermagem sente necessidade de possuir mais formação teórica ou prática na área do Suporte de Vida?**

Sim Não

6. **Exerce função de socorrista?**

Sim Não

7. **Exerce função como tripulante de ambulância?**

Sim Não

II – Conhecimento sobre Suporte básico de Vida

Esta parte do questionário tem por objectivo aquilatar os seus conhecimentos sobre suporte Básico de Vida (S.B.V), **tendo por base as Recomendações 2005** do Conselho Português de Ressuscitação (CPR), adoptadas do Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC) (opta-se por estas Recomendações uma vez que a formação ministrada na Universidade Fernando Pessoa aos seus alunos, até à data da realização deste estudo, não abrange as recentes Recomendações de 2010).

Assinale a alínea que considera a correcta (a, b, c ou d), fazendo um círculo (O) na respectiva alínea.

1. Considere as seguintes expressões e respectiva numeração:

- a) 1, 2, 3, 4
- b) 2, 3,1, 4
- c) 1, 3, 4, 2
- d) 2, 4, 3, 1

Legenda:

- 1: Desfibrilhação precoce;
- 2: Identificação precoce da situação de emergência e pedido de ajuda diferenciado;
- 3: Início precoce de SBV;
- 4: Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce e cuidados de pós-reanimação eficazes;

2. Quais os elos da cadeia de sobrevivência?

- a) Alerta, DAE, SBV e SAV;
- b) Alerta, SBV, DAE e SAV;
- c) SAV, DAE e SBV;
- d) SBV, alerta e DAE;

3. O S.B.V é um conjunto de procedimentos que tem por objectivo?

- a) Reconhecer as situações em que há perigo eminente de vida;
- b) Saber como e quando pedir ajuda;
- c) Saber iniciar de imediato manobras que contribuam para a preservação das necessidades vitais;
- d) Todas as afirmações são verdadeiras;

4. A obstrução em relação ao nível de compromisso é classificada de que forma?

- a) Mecânica ou completa.
- b) Patológica ou mecânica;
- c) Anatómica patológica;
- d) Parcial ou total;

5. Qual o objectivo da realização das manobras de SBV?

- a) Garantir uma boa circulação sistémica;
- b) Garantir uma correcta função ventilatória;
- c) Garantir um correcto funcionamento do aparelho digestivo;
- d) Garantir o fornecimento de oxigénio ao coração e cérebro;

6. Quais as situações que representam perigo de vida eminente?

- a) Vítima inconsciente em paragem respiratória;
- b) Vítima com fractura exposta na perna direita;
- c) Vítima inconsciente, com ferida extensa e hemorragia activa tipo arterial na coxa direita;
- d) Opção a) e c) correcta;

7. As reservas de energia e de Oxigénio do cérebro numa vítima em Paragem Córdio-Respiratória esgotam-se aproximadamente ao fim de?

- a) 10 minutos
- b) 5 minutos
- c) 15 minutos
- d) 2 minutos

8. Para efectuar manobras de SBV como deve ser colocada a vítima?

- a) Em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e dura;
- b) Em decúbito dorsal sobre qualquer superfície regular que permita a realização da manobra;
- c) Em decúbito ventral sobre um plano duro;
- d) Em decúbito lateral esquerdo;

9. A que se deve a distensão gástrica que surge durante as manobras de SBV?

- a) A um erro da adaptação da máscara de bolso;
- b) A um incorrecto posicionamento da cabeça ou uma insuflação excessiva;
- c) A falta de tubo orofaríngeo;
- d) A uma boa via aérea;

10. O que implica o método inicial de permeabilização da via aérea?

- a) Lateralização da cabeça e abertura da boca;
- b) Extensão da cabeça e elevação da mandíbula;
- c) Colocação de tubo de Guedell;
- d) Retirar todas as próteses dentárias mesmo as bem fixas;

11. A que ritmo (batimentos/minuto) deve ser executado as compressões cardíacas externas no adulto?

- a) 85 compressões por minuto;
- b) 100 compressões por minuto;
- c) 150 compressões por minuto;
- d) 60 compressões por minuto;

12. O que se deve primariamente fazer quando se está a efectuar a insuflação, e esta apresentar resistência?

- a) Reavaliar se não há corpos na cavidade oral;
- b) Certificar a hiperextensão da cabeça e o queixo levantado;
- c) Insuflar com maior intensidade de forma a tentar empurrar o corpo estranho para baixo;
- d) Opção a) e b) correcta;

13. Em que situação se deve colocar a vítima em Posição Lateral de Segurança?

- a) Quando a vítima está inconsciente, mas ventila;
- b) Quando a vítima está consciente mas não colabora;
- c) Quando a vítima está inconsciente e não respira;
- d) Nenhuma das opções está correcta;

14. Em relação à obstrução da via aérea, se a vítima está consciente e não consegue tossir que manobras devem ser realizadas de seguida e qual a sua sequência?

- a) Reanimação Córdio-Pulmonar num ritmo de 15 compressões 2 ventilações;
- b) 5 compressões torácicas alternadas com 5 compressões abdominais;
- c) 5 pancadas interescapulares, e se necessário, efectuar até 5 Manobras de Heimlich;
- d) Nenhuma das opções está correcta;

15. O que deve fazer de imediato o reanimador quando estiver sozinho e constata que está perante uma vítima adulta em paragem respiratória?

- a) Efectuar 5 minutos de SBV e depois activar o sistema de emergência;
- b) Activar o sistema de emergência antes de prosseguir com as manobras de SBV;
- c) Pedir ajuda a alguma pessoa que esteja na proximidade e em conjunto efectuar manobras de SBV sem activar o sistema de emergência;
- d) Iniciar de imediato manobras de SBV e aguardar pela chegada da ambulância;

16. Em relação ao SBV no adulto, qual a relação considerada ideal de compressões/ventilações?

- a) 15/2;
- b) 60/2;
- c) 30/2;
- d) 5/2;

17. Em que zona do esterno se colocam as mãos para efectuar compressões torácicas?

- a) Sobre a zona média do esterno e linha intermamilar;
- b) Dois dedos sobre o apêndice xifóide;
- c) Dois dedos acima da linha intermamilar;
- d) Dois dedos acima do apêndice xifóide;

18. Quantos centímetros deve baixar o esterno durante as compressões torácicas?

- a) 4 a 5cm;
- b) 2 a 3cm;
- c) 3 a 4cm;
- d) 5 a 10cm;

19. Se estritamente necessário, durante quanto tempo se pode interromper, as manobras de reanimação?

- a) 10 segundos;
- b) 1 minuto;
- c) 25 segundos;
- d) 30 segundos;

20. Uma vez iniciadas as manobras de Suporte Básico de Vida, quando é que estas devem ser suspensas?

- a) A vítima mostrar sinais de recuperação
- b) O reanimador esteja exausto e não seja possível substituí-lo
- c) O médico assim o determinar
- d) Todas as respostas anteriores estão correctas