

## ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

# Atitudes e Barreiras de Enfermeiros e Médicos na Adesão à Formação em Suporte Avançado de Vida

*Attitudes and Barriers to Adherence to Advanced Life Support Training among Physicians and Nurses**Actitudes y Barreras de Enfermeros y Médicos para la Adherencia a la Formación en Soporte Vital Avanzado*Pedro Miguel Figueiredo dos Santos <sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0003-2596-0438>Ana Catarina Pereira Pinto <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7090-832X>Olivério de Paiva Ribeiro <sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7396-639X>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Tondela-Viseu,  
Serviço de Urgência Polivalente, Viseu,  
Portugal

<sup>2</sup> Centro Hospitalar do Baixo Vouga,  
Serviço de Medicina Intensiva, Aveiro,  
Portugal

<sup>3</sup> Instituto Politécnico de Viseu, Escola  
Superior de Saúde de Viseu, Viseu,  
Portugal

**Autor de correspondência**

Pedro Miguel Figueiredo dos Santos

E-mail: [pmsantos9@gmail.com](mailto:pmsantos9@gmail.com)

Recebido: 29.11.24

Aceite: 14.05.25

**Resumo**

**Enquadramento:** O suporte avançado de vida (SAV) é uma metodologia com impacto positivo no retorno à circulação espontânea das vítimas de paragem cardiorrespiratória. O treino regular e a manutenção da formação atualizada em SAV são altamente recomendados.

**Objetivo:** Descrever as atitudes e identificar as barreiras sentidas pelos médicos e enfermeiros face à formação em SAV.

**Metodologia:** Estudo observacional, transversal e descritivo. Amostragem não probabilística, por conveniência, constituída por médicos e enfermeiros a exercerem funções em Portugal.

**Resultados:** Amostra constituída por 476 participantes, que demonstram atitudes positivas face à formação em SAV. As barreiras à adesão estatisticamente significativas foram: elevado grau de dificuldade ( $p = 0,002$ ), falta de tempo ( $p = 0,007$ ), dificuldade na gestão do stress inerente à formação ( $p = 0,015$ ) e método de avaliação inadequado ( $p < 0,001$ ). Apenas 49,8% dos profissionais tem SAV atualizado.

**Conclusão:** A percentagem de profissionais com SAV atualizado fica aquém do recomendado. A implementação de medidas de incentivo à formação em SAV é fundamental. A componente emocional dos participantes deve merecer especial atenção.

**Palavras-chave:** enfermeiras e enfermeiros; médicos; suporte avançado de vida cardíaco; parada cardiorrespiratória; educação contínua

**Abstract**

**Background:** Advanced Life Support is a set of procedures that significantly improves the likelihood of return of spontaneous circulation in patients with sudden cardiac arrest. Regular and up-to-date training in Advanced Life Support is strongly recommended.

**Objective:** To describe the attitudes of physicians and nurses toward Advanced Life Support training and to identify the barriers they experience in adhering to it.

**Methodology:** Observational, cross-sectional, descriptive study. Non-probability convenience sample of physicians and nurses working in Portugal.

**Results:** The sample composed of 476 participants expressed positive attitudes toward Advanced Life Support training. Statistically significant barriers to adherence included: high degree of difficulty ( $p = 0.002$ ); lack of time ( $p = 0.007$ ); difficulty managing the stress associated with the training ( $p = 0.015$ ); and inadequate evaluation method ( $p < 0.001$ ). Only 49.8% of the healthcare professionals had up-to-date Advanced Life Support training.

**Conclusion:** The percentage of professionals with up-to-date Advanced Life Support training falls short of recommended levels. Therefore, it is essential to implement strategies to promote Advanced Life Support training, with particular attention to the participants' emotional component.

**Keywords:** nurses; physicians; advanced cardiac life support; heart arrest; continuing education

**Resumen**

**Marco contextual:** El soporte vital avanzado (SVA) es una metodología que repercute positivamente en el retorno a la circulación espontánea de las víctimas de parada cardiorrespiratoria. Se recomienda especialmente una formación periódica y mantenerse al día con la formación en SVA.

**Objetivo:** Describir las actitudes e identificar las barreras que sienten los médicos y los enfermeros hacia la formación en SVA.

**Metodología:** Estudio observacional, transversal y descriptivo. Muestra de conveniencia no probabilística de médicos y enfermeros que trabajan en Portugal.

**Resultados:** Muestra compuesta por 476 participantes, que demostraron actitudes positivas hacia la formación en SVA. Las barreras estadísticamente significativas para la adherencia fueron: alto grado de dificultad ( $p = 0,002$ ), falta de tiempo ( $p = 0,007$ ), dificultad para gestionar el estrés inherente a la formación ( $p = 0,015$ ) y método de evaluación inadecuado ( $p < 0,001$ ). Solo 49,8% de los profesionales tienen ALS actualizado.

**Conclusión:** El porcentaje de profesionales con SVA actualizado es inferior al recomendado. Es esencial aplicar medidas para fomentar la formación en SVA. Debe prestarse especial atención al componente emocional de los participantes.

**Palabras clave:** enfermeras y enfermeros; médicos; soporte vital cardíaco avanzado; paro cardíaco; educación continua



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

fct

Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia

**Como citar este artigo:** Santos, P. M., Pinto, A. C., & Ribeiro, O. P. (2025). Atitudes e Barreiras de Enfermeiros e Médicos na Adesão à Formação em Suporte Avançado de Vida. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e39246. <https://doi.org/10.12707/RVI24.115.39246>



## Introdução

Na área da reanimação cardiopulmonar, há evidência de que as melhores práticas são conseguidas com a insistência na formação e treino regulares (Greif et al., 2021). O *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) atesta que a formação em Suporte Avançado de Vida (SAV) dos profissionais de saúde é fortemente recomendada, pois tem um impacto positivo no retorno à circulação espontânea e na sobrevivência do doente vítima de paragem cardiorrespiratória (PCR; Araujo et al., 2022; Stirparo et al., 2023; Wyckoff, Greif et al., 2022). O Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC), recomenda um programa de aprendizagem ao longo do tempo, baseado na certificação e recertificação periódicas da formação em SAV, com a possibilidade de existirem momentos de prática e avaliação real ou simulada (Perkins et al., 2021). Em Portugal, cabe ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), através do seu departamento de formação em emergência médica, definir, planear e orientar a formação em emergência médica dos vários intervenientes do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), incluindo estabelecimentos, instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde. A esta entidade cabe ainda certificar e monitorizar a qualidade de todos os produtos pedagógicos, bem como das entidades por si acreditadas para os ministrar (Decreto-Lei nº 34/2012 do Ministério da Saúde, 2012).

O curso de SAV é um dos produtos pedagógicos certificados pelo INEM e visa criar uma linguagem e metodologia universais, para o tratamento do doente crítico e vítima de PCR. Tendo como figura central o algoritmo de SAV, o curso desenrola-se através de palestras teóricas, workshops e bancas práticas, num ambiente que pretende simular cenários reais (Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). Destina-se a médicos e enfermeiros e a obtenção de certificação depende do sucesso na avaliação teórica e prática (Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). Esta é válida por 5 anos, altura em que o profissional deve fazer novo curso de recertificação (Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). Assim, como forma de garantir as necessidades formativas a este nível, o INEM forma médicos e enfermeiros interessados neste curso, através dos seus departamentos regionais de formação e das entidades por si acreditadas para ministrá-la (hospitais, escolas e empresas de formação). No sentido de promover a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, esta certificação é fundamental (Soar et al., 2021). No que diz respeito ao doente crítico e aos profissionais (médicos e enfermeiros) que estão envolvidos no seu tratamento, é mandatário que as instituições onde trabalham garantam a formação em SAV, estando até concernido na lei, como é o caso dos serviços de urgência (Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014).

Tendo em conta a revisão da literatura efetuada, não foram encontrados estudos que abordem as atitudes e as barreiras à formação em SAV, quer a nível nacional,

quer a nível internacional, facto que atribui um carácter inovador e pioneiro ao presente estudo.

O objetivo deste estudo foi descrever as atitudes e identificar as barreiras sentidas pelos médicos e enfermeiros face à formação em SAV.

## Enquadramento

O SAV é o conjunto de intervenções avançadas que se seguem ao suporte básico de vida, numa reanimação cardiopulmonar (Soar et al., 2021). Pode compreender a desfibrilhação manual, a gestão da via aérea e a administração de fármacos, com o objetivo de retorno à circulação espontânea e garantia de cuidados pós-reanimação (Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). Está, assim, presente no terceiro e quarto elos da cadeia de sobrevivência e pode ser executado por profissionais de saúde habilitados (enfermeiros e médicos, no caso de Portugal; Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020).

A PCR súbita é a terceira causa de morte na Europa. Segundo Gräsner et al. (2021), a incidência de PCR fora do hospital é de 67 a 170 por 100 mil habitantes e dentro do hospital de 1,5 a 2,8 por cada 1000 admissões. O algoritmo de SAV transmite uma visão geral e esquemática das intervenções chave e é aplicável a todas as situações de PCR (Soar et al., 2021). Esta metodologia tem vindo a ser sustentada ao longo dos anos como tendo um impacto positivo no retorno à circulação espontânea de vítimas em PCR (Soar et al., 2021; Wyckoff, Greif et al., 2022). O primeiro curso de SAV foi desenvolvido pela *American Heart Association* (AHA) em 1979 e o seu objetivo era criar e disseminar uma metodologia uniforme na abordagem às vítimas de PCR (Berg et al., 2024). Posteriormente, esta metodologia foi-se estendendo à Europa e ao resto do mundo, servindo de base a um crescente consenso mundial (Berg et al., 2024). Atualmente, as diretrizes são baseadas em documentos de consenso alargado (*Consensus on Science and treatment recommendations - CoSTR*) do ILCOR, constituído pela AHA, ERC e suas homólogas da Austrália, Ásia e África (Soar et al., 2021). Posteriormente, são adotadas por estas instituições por forma a serem implementadas nos países associados (Soar et al., 2021). Em Portugal, o curso de SAV certificado pelo INEM obedece às recomendações formativas das instituições internacionais, em particular da ERC, apesar de também certificar o modelo da AHA. O curso está organizado em torno do algoritmo de SAV tendo uma carga horária de 16 horas distribuídas por 2 dias (Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). No primeiro dia, são ministradas cinco palestras (SAV em perspetiva, causas e prevenção de PCR, síndrome coronário agudo, algoritmo de SAV e cuidados pós-reanimação), sessões práticas/*workshops* (via aérea, abordagem inicial e desfibrilhação, reconhecimento de ritmos, ética e decisão de não reanimar e PCR em circunstâncias especiais) e resolução de casos

clínicos em contexto de simulação da realidade, com recurso a manequins de treino e simuladores (Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). O segundo dia é reservado a dois *workshops* (disritmias peri-paragem e gasimetria) e duas sessões de casos práticos. Há lugar a um teste teórico com 100 perguntas de escolha única, ao qual o formando deve responder acertadamente a pelo menos 75% (Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020), caso contrário, terá de repetir o teste numa outra edição do curso. Por fim, a avaliação prática consiste na resolução de um caso clínico em contexto de simulação da realidade, desempenhando o papel de *team leader*. O formando dispõe de dois momentos de avaliação prática, devendo obter nota superior a 15 valores na grelha de avaliação, sem que cometa erros fatais. O insucesso na avaliação prática, inviabiliza a atribuição de certificado (Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020). Além das competências técnicas, que se tornam evidentes, as competências não técnicas, como a capacidade de liderança, o trabalho em equipa, a gestão de tarefas e a comunicação interpessoal, são trabalhadas no curso (Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica, 2020).

É cada vez mais notória a importância da prática baseada na evidência como base de atuação dos profissionais de saúde (Orton et al., 2021). A combinação da experiência profissional com o melhor conhecimento científico disponível, promove a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados de saúde (Pinto et al., 2023). Desta forma, existe uma grande preocupação por parte das entidades peritas na área, a nível mundial, em cumprir este desígnio, através da tentativa de otimização e uniformização do modelo de formação dos profissionais de saúde que implementam o SAV, com vista ao aumento da sobrevivência dos doentes (Greif et al., 2021).

A formação contínua de médicos e enfermeiros assume especial importância neste processo. As conclusões de um estudo em que os participantes eram enfermeiros, dão conta de que estes acreditam que a formação contínua é essencial e que os conhecimentos teóricos devem ser periodicamente renovados e reforçados (Preto et al., 2021). Outro estudo documenta que a maioria dos inquiridos demonstraram interesse em realizar formação contínua, como forma de suprir as suas necessidades de conhecimento. Ao mesmo tempo, estes mesmos profissionais apontam múltiplas barreiras que dificultam a sua concretização, como os horários de trabalho, as obrigações familiares, o défice de suporte financeiro e formativo por parte das instituições onde trabalham e o custo da formação (Adal & Emishaw, 2023; Silverplats et al., 2022).

## Questão de investigação

Quais as atitudes e barreiras dos médicos e dos enfermeiros portugueses, face à formação em SAV?

## Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, transversal descritivo, sendo a análise de natureza quantitativa.

O estudo configurou uma amostragem não probabilística, por conveniência, em que a população alvo foi constituída por médicos e enfermeiros a exercerem funções em Portugal. A participação foi anónima e voluntária, podendo os participantes abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Em nenhum momento do estudo os participantes foram identificados e/ou identificáveis. De forma a garantir o respeito pelos princípios éticos, cada participante deu o seu consentimento informado através do preenchimento de uma secção no início do questionário que continha informações acerca do estudo em desenvolvimento, dos seus objetivos, enquadramento, investigador responsável, condições e financiamento. Não existiram conflitos de interesse, nem quaisquer custos para os participantes na investigação.

O presente estudo teve o parecer favorável da comissão de ética do Instituto Politécnico de Viseu (parecer nº 26/SUB/2023).

A recolha de dados foi realizada durante o mês de junho de 2024, através de um formulário digital (via *EUSurvey*), designado por Questionário de atitudes e barreiras à adesão à formação em suporte avançado de vida (ABFSAV), constituído por um conjunto de três partes, da autoria dos autores, com a seguinte designação e sequência: I – Caracterização sociodemográfica; II – Formação em suporte avançado de vida; III – Atitudes e barreiras à adesão à formação em suporte avançado de vida. A primeira parte é constituída por 14 questões relacionadas com as variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade, género, grau académico, classe profissional, especialidade médica ou de enfermagem, tempo de serviço, serviço onde exerce funções e secção da ordem profissional. A segunda parte é constituída por oito questões fechadas relacionadas com a caracterização da formação em SAV. Por fim, a terceira parte é constituída por 21 questões, configurando cada uma um item de *Likert* de 5 pontos (1 – *Discordo totalmente*, 2 – *Discordo*, 3 – *Não concordo nem discordo*, 4 – *concordo* e 5 – *Concordo totalmente*), através das quais os participantes manifestaram o seu grau de concordância relativamente às suas atitudes e barreiras à adesão à formação em SAV. O *link* de acesso ao formulário digital foi enviado por email e por meio de aplicações digitais.

O tratamento dos dados foi efetuado com recurso ao software IBM SPSS Statistics, versão 28.0. Os dados foram explorados através de estatística descritiva e inferencial. No caso de variáveis qualitativas, é apresentada a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) de cada uma das categorias da variável. No caso de variáveis quantitativas, é apresentada a média ( $\bar{x}$ ) como medida de tendência central e o desvio padrão (*s*) como medida de dispersão. Estas estatísticas são complementadas pela mediana (*Me*) e pelos valores mínimo e máximo. Os valores-*p* apresentados correspondem, no caso de comparação de proporções nas variáveis qualitativas, ao teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ), e no caso de comparações de médias nas variáveis quantitativas, ao



teste  $t$  de amostras independentes. Em todos os testes de hipóteses foi usada uma significância  $\alpha$  de 0,05, sendo a hipótese estatisticamente significativa se  $p < 0,05$ .

Dado o tamanho relativamente baixo da amostra, especialmente na classe médica, nos dados referentes às atitudes e barreiras à adesão à formação em SAV, optou-se por dicotomizar os valores de resposta em todas as questões, criando assim, para cada variável, duas categorias mutuamente exclusivas que agregam as respostas originalmente dispersas pelas cinco categorias, resultando numa maior representatividade. As categorias de 1 a 3 (de *Discordo totalmente* a *Não concordo nem discordo*) foram agregadas na nova categoria *Discordo\_Neutro*, e as categorias 4 e 5 (*Concordo* e *Concordo totalmente*) foram agregadas na nova categoria *Concordo*. A significância da diferença na proporção de *Concordo* entre médicos e enfermeiros foi testada através do  $\chi^2$ , apresentando-se o respetivo valor- $p$  do teste. Nos casos em que as frequências esperadas eram inferiores a 5 em mais de 20% das células de tabela, foi usado o teste exato de Fisher, sendo o valor- $p$  calculado em concordância.

Devido às comparações múltiplas, os valores- $p$  apresentados foram ajustados pelo método de Benjamini-Hochberg, por forma a manter a proporção de falsos positivos no conjunto do número de testes significativos nos 5%, tendo em conta as 21 comparações. Este método foi escolhido por oferecer proteção contra falsos positivos, sem ser excessivamente conservador ao ponto de degradar em demasia a potência do teste, criando o problema inverso que é a falta de capacidade de deteção de efeitos reais, e consequentemente o aparecimento de falsos negativos.

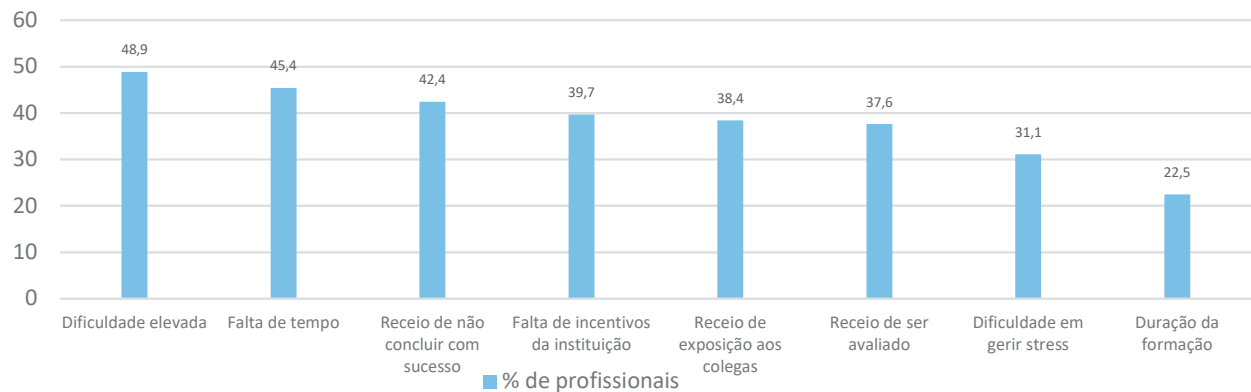
## Resultados

A amostra integra 476 participantes, dos quais 24,8% são médicos e 75,2% são enfermeiros. Em ambas as profissões o sexo feminino é predominante, sendo mais expressivo nos enfermeiros (74,0%) que nos médicos (66,9%), ainda que a diferença não seja estatisticamente significativa ( $p = 0,137$ ). As habilitações académicas diferem de forma clara entre médicos e enfermeiros, sendo que 79,7% dos médicos possuem mestrado, ao passo que apenas 32,7% dos enfermeiros possuem este grau académico. Esta diferença tem significância estatística ( $p < 0,001$ ). Em média, os enfermeiros têm mais idade que os médicos (respetivamente,  $\bar{x} = 40,7$  e  $\bar{x} = 36,4$  anos) e também mais experiência profissional (respetivamente,  $\bar{x} = 17,5$  e  $\bar{x} = 10,3$  anos), sendo ambas as diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Da análise efetuada aos dados recolhidos através da secção de caracterização da formação em SAV, releva que esta é valorizada por médicos e enfermeiros de forma semelhante. Embora apenas 20,8% tenham referido que a formação certificada em SAV é obrigatória nos seus locais de trabalho, 75,2% participaram numa formação deste tipo em algum momento das suas carreiras, e 53,2% participaram nos últimos 5 anos, sendo que 93,7% destes é que obtiveram certificação, perfazendo 49,8% do total da amostra que tem SAV atualizado. A maioria (68,9%) afirmam que o local de trabalho proporciona formação certificada em SAV aos profissionais e 60,9% reconhecem a existência de um grupo interno no seu local de trabalho, que se encontra certificado para ministrar formação certificada em SAV. Daqueles que não participaram numa formação em SAV nos últimos cinco anos, 62,8% referem querer frequentar a formação no futuro, havendo uma percentagem importante de indecisos (23,3%). Entre aqueles que responderam que pretendem frequentar a formação no futuro, a maioria atribui uma prioridade média (49,3%), sendo que as percentagens de prioridade alta (25,0%) e essencial (17,1%) são também substanciais.

No que diz respeito à última parte do questionário, que pretende analisar as atitudes dos médicos e dos enfermeiros perante a formação em SAV, bem como a perceção de barreiras sentidas por estes profissionais, tanto os médicos como os enfermeiros responderam de forma alinhada nas perguntas acima (ou seja, as diferenças entre eles não são estatisticamente significativas), pelo que a amostra pode ser analisada como um todo para estas questões em particular. Assim, tendo em conta a mediana máxima ( $Me = 5$ ), os profissionais referem que fazer a formação em SAV trará benefícios para o seu desenvolvimento profissional (93,5%) e que o SAV é fundamental para a sua atividade profissional (79,6%). Por outro lado, tendo em conta a mediana mínima ( $Me = 1$ ), é residual a percentagem de profissionais que acham que os conteúdos da formação em SAV não têm interesse (0,6%), assim como é residual a percentagem dos que não querem fazer nenhum tipo de formação (1,3%). É também muito baixa a percentagem dos profissionais que acreditam que a formação em SAV não acrescenta valor perante um caso de PCR (2,7%) e dos que pensam que a experiência profissional, por si só, é um substituto para a realização da formação em SAV (3,8%).

O gráfico que se segue (Figura 1) mostra as frequências relativas dos profissionais que apontaram a respetiva premissa como barreira à adesão à formação em SAV.

**Figura 1***Barreiras à adesão à formação em SAV*

No que respeita a diferenças entre atitudes e barreiras percebidas por médicos e enfermeiros, foram encontradas diferenças muito relevantes, tanto em termos estatísticos como práticos. 17,3% dos enfermeiros considera inadequado o método de avaliação da formação em SAV, ao passo que apenas 1,7% dos médicos concorda ( $p < 0,001$ ). 53,9% dos enfermeiros considera elevado o grau de dificuldade da formação em SAV, algo que é partilhado por apenas 33,9% dos médicos ( $p = 0,002$ ). A barreira da falta de tempo é mais suportada pelos médicos (58,5%) do que pelos enfermeiros (41,1%), com  $p = 0,007$ . No que respeita a aplicar o algoritmo de SAV em caso de PCR, 70,7% dos enfermeiros sentem-se capacitados para o fazer, o que contrasta com apenas 55,1% dos médicos ( $p = 0,010$ ). 34,6% dos enfermeiros referem ter dificuldade em gerir o stress associado à formação em SAV, sendo esta limitação referida por 20,3% dos médicos ( $p = 0,015$ ). A proporção de homens e mulheres não é significativamente diferente nos médicos e nos enfermeiros. Dos resultados constata-se que 35,8% das mulheres afirmam ter dificuldade em gerir o stress associado à formação em SAV, enquanto apenas 18,9% nos homens ( $p = 0,008$ ). Por outro lado, os homens sentem-se mais capazes de abordar uma situação de PCR (75,8%), quando comparado com as mulheres (63,4%) ( $p = 0,042$ ).

Foram efetuadas algumas associações simples, a fim de perceber em que medida alguns participantes com determinadas características, têm também a certificação em SAV válida. Assim, apurou-se que 69,5% ( $p < 0,001$ ) dos participantes que referem sentir-se capazes de abordar uma situação de PCR, cumprindo o algoritmo de SAV, têm o SAV atualizado. Por outro lado, 20,3% têm a certificação, mas referem não se sentirem capazes de o fazer corretamente. Quanto aos profissionais que trabalham em serviço de urgência e unidades de cuidados intensivos, 74,3% e 64,1%, respetivamente, têm o SAV atualizado. Relativamente aos enfermeiros com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica, 69,9% e 85,4%, respetivamente, têm SAV atualizado. Por fim, entre os participantes que têm

o SAV atualizado, 67,2% respondem que o seu local de trabalho financia esta formação ( $p < 0,001$ ).

## Discussão

O presente estudo permitiu identificar as atitudes e as barreiras dos médicos e dos enfermeiros portugueses relativamente à formação em SAV. Assim, respondeu à questão de investigação formulada, cumprindo, assim, os seus objetivos.

A amostra obtida neste estudo é proveniente de duas populações distintas, correspondendo a duas classes profissionais (médicos e enfermeiros). Pela observação dos dados, verifica-se que estas profissões divergem em múltiplas variáveis demográficas e socioprofissionais. Assim sendo, todas as análises no estudo são feitas tendo em conta a separação por classe profissional, com vista a obter resultados mais homogêneos e representativos da realidade de cada profissão. Como se pode observar, todas as variáveis deste grupo (com exceção do género) apresentam diferenças estatisticamente muito significativas (a um nível de 99,9%) entre as duas profissões.

No que diz respeito à caracterização da formação em SAV, nenhuma das diferenças entre médicos e enfermeiros é estatisticamente significativa, o que significa que as duas classes profissionais são homogêneas nos itens avaliados por essa secção do questionário.

Apesar de não se terem encontrado estudos de prevalência de SAV atualizado (obtenção de certificação nos últimos 5 anos, em Portugal) em profissionais de saúde, que permitissem estabelecer comparação, a percentagem obtida neste trabalho (49,8%) revela-se pouco satisfatória, sobretudo quando as diretrizes recomendam fortemente o treino e a certificação de competências a este nível, para profissionais de saúde (Perkins et al., 2021). Estudos recentes concluem de forma clara que a formação em SAV tem um impacto positivo no retorno à circulação espontânea de uma vítima em PCR (Soar et al., 2021; Wyckoff, Singletary et al., 2022) e que o seu treino e recertificação regulares são fortemente recomendados, preferencialmente em períodos inferiores a

5 anos (Araujo et al., 2022), sendo mais efetiva que a experiência profissional (Stirparo et al., 2023). Por outro lado, os dados deste estudo remetem para uma crença positiva por parte dos profissionais, em torno da formação em SAV, dado que 93,5% acreditam que esta tem benefício para o seu desenvolvimento profissional e 79,6% consideram-na fundamental. Tendo em conta a elevada percentagem dos respondentes que referem querer frequentar a formação no futuro (62,8%) e desses, a grande maioria atribui uma prioridade média a alta à concretização desse desígnio, é possível deduzir que há um grupo de profissionais relevante – tanto em número como em interesse/motivação pessoal – que pretende frequentar a formação em SAV num futuro não muito longínquo. Estes resultados revelam-se encorajadores e vão de encontro ao que está plasmado na literatura (Adal & Emishaw, 2023).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre médicos e enfermeiros no que respeita às barreiras: elevado grau de dificuldade ( $p = 0,002$ ), falta de tempo ( $p = 0,007$ ), dificuldade na gestão do stress inerente à formação ( $p = 0,015$ ) e método de avaliação inadequado ( $p < 0,001$ ). É importante destacar que 17,3% dos enfermeiros considera inadequado o método de avaliação da formação em SAV, ao passo que apenas 1,7% dos médicos concorda. Esta diferença está também presente, embora de forma menos acentuada, na perceção do grau de dificuldade do curso de SAV. 53,9% dos enfermeiros considera-o elevado, algo que é partilhado por apenas 33,9% dos médicos. De igual forma, há mais enfermeiros (34,6%) do que médicos (20,3%) que referem ter dificuldade em gerir o stress associado à formação em SAV (Silverplats et al., 2022). Contudo, é maior a percentagem de enfermeiros (70,7% para 55,1%) que referem sentir-se capazes de abordar uma situação de PCR, cumprindo o algoritmo de SAV. Desses enfermeiros, nem todos têm a formação em SAV atualizada.

Note-se que a diferença de sucesso na obtenção da certificação por parte de médicos e enfermeiros não é relevante (98,5% e 92%, respetivamente) sendo a taxa de sucesso global elevada (93,7%). Esta informação está em consonância com a literatura que aponta para taxas de sucesso de 96,3% em médicos, 89,8% em enfermeiros e 93,1% no global (Greif et al., 2021).

Quanto aos profissionais que trabalham em serviço de urgência e unidades de cuidados intensivos, 74,3% e 64,1%, respetivamente, têm o SAV atualizado. Este valor fica aquém do que seria esperado, visto que para prestar cuidados ao doente crítico, é mandatório que os profissionais tenham esta formação (Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014). O desequilíbrio entre classes profissionais (24,8% de médicos para 75,2% de enfermeiros), terá sido fruto da maior facilidade de acesso à população de enfermagem da zona centro, que está claramente sobreamostrada (67,3%). Embora a percentagem na amostra não represente a percentagem no país, tal foi controlado estatisticamente.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados tendo em conta algumas limitações, desde logo a inexistência de estudos, a nível nacional e internacional sobre esta temática, o que limita a comparação e discussão dos resultados.

Acresce o facto de ter sido utilizado um instrumento de autoperceção que pode conduzir a resultados subestimados ou sobrestimados. Outra limitação prende-se com a amostra, que, para além de não probabilística, apresenta sub-representação, no que diz respeito à distribuição territorial, fazendo com que seja mais difícil fazer generalizações sobre o objeto de estudo. Apesar destas limitações, procurou-se garantir uma amostra robusta e assegurar que o estudo fosse metodológico e rigoroso.

## Conclusão

Este estudo permitiu concluir que os profissionais de saúde inquiridos demonstram atitudes positivas face à formação em SAV, reconhecendo que esta acarreta benefícios para o seu desenvolvimento profissional. Permitiu, ainda, identificar as barreiras à adesão à respetiva formação, sendo as mais referidas pelos profissionais de saúde: o elevado grau de dificuldade, a falta de tempo, o receio de não concluir o curso, a falta de incentivos por parte da instituição, o receio de exposição perante os colegas, o receio de ser avaliado e a dificuldade na gestão do stress inerente à formação.

Os dados obtidos revelam que a percentagem de profissionais de saúde com a formação em SAV atualizada fica aquém do recomendado.

Em termos de implicações para a prática, estes resultados permitem compreender melhor as atitudes e barreiras sentidas pelos profissionais de saúde, relativamente ao curso de SAV, podendo constituir um ponto de partida para abrir a discussão em torno das características do curso em si, de modo a perceber se é recomendada a alteração de algumas das suas componentes ou da sua metodologia. A elevada referência a barreiras de cariz individual (receio de não concluir o curso, receio da exposição aos colegas, receio de ser avaliado e a dificuldade em gerir o stress causado pela formação) remetem para a necessidade de refletir acerca do impacto do curso na componente emocional dos participantes. Assim, propõe-se que sejam desenvolvidos esforços no sentido de criar estratégias de inteligência emocional, com eventual inclusão de conteúdos programáticos direcionados para esta componente. Também a implementação de medidas de incentivo à formação em SAV deveria ser considerada, tendo em conta a referência a barreiras como a falta de tempo e o grau de dificuldade elevado. Medidas como a cedência de tempo aos profissionais, por parte das instituições, para estudarem e participarem na formação, seriam bem acolhidas e representariam ganhos em saúde, dado o impacto positivo que um profissional formado em SAV pode ter, perante uma vítima em PCR.

Mais estudos são necessários para entender melhor as diferenças entre médicos e enfermeiros perante o curso de formação em SAV, no sentido de se avaliar acerca da pertinência de implementação de cursos distintos, dirigidos aos diferentes profissionais.

Tendo em conta a escassez de estudos existentes nesta área, sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros acerca desta temática, que complementem esta investigação e



permitam uma discussão mais abrangente no que diz respeito às atitudes e barreiras à adesão dos médicos e enfermeiros face à formação em SAV.

Este artigo deriva da dissertação intitulada “Atitudes e Barreiras à Adesão à Formação em Suporte Avançado de Vida”, apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu em 2023, no âmbito do Mestrado em Enfermagem.

### Contribuição de autores

Conceptualização: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Tratamento de dados: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Análise formal: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Investigação: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Metodologia: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Administração do projeto: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Recursos: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Software: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Supervisão: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Validação: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Visualização: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Redação - rascunho original: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

Redação - análise e edição: Santos, P. M., Pinto, A. C., Ribeiro, O. P.

### Referências bibliográficas

- Adal, O., & Emishaw, S. (2023). Knowledge and attitude of health-care workers toward advanced cardiac life support in Felege Hiwot referral hospital, Bahir Dar, Ethiopia, 2022. *SAGE Open Medicine*, 11, 20503121221150101. <https://doi.org/10.1177/20503121221150101>
- Araujo, N. R., Araújo, R. A., Moretti, M. A., & Chagas, A. C. (2022). Treinamento e retreinamento sobre ressuscitação cardiopulmonar para enfermagem: Uma intervenção teórico-prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210521. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0521>
- Berg, K. M., Bray, J. E., Ng, K. -C., Liley, H. G., Greif, R., Carlson, J. N., Morley, P. T., Drennan, I. R., Smyth, M., Scholefield, B. R., Weiner, G. M., Cheng, A., Djärv, T., Abelairas-Gómez, C., Acworth, J., Andersen, L. W., Atkins, D. L., Berry, D. C., Bhanji, F., ... Nolan, J. P. (2024). 2023 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations: Summary from the basic life support; advanced life support; pediatric life support; neonatal life support; education, implementation, and teams; and first aid task forces. *Resuscitation*, 195(109992). <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2023.109992>
- Decreto-Lei nº 34/2012 do Ministério da Saúde. (2012). *Diário da República: 1.ª Série*, n.º 32. <https://files.dre.pt/1s/2012/02/03200/0074800750.pdf>
- Despacho nº 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República: 2.ª Série*, n.º 153. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Gräsner, J. -T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Böttiger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L., & Perkins, G. D. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161, 61-79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammiet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388-407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Instituto Nacional de Emergência Médica, & Departamento de Formação em Emergência Médica. (2020). *Manual de suporte avançado de vida: Formador: Versão 1.0* (1ª ed.).
- Orton, M. -L., Nilsen, P., Follin, N. N., & Dannapfel, P. (2021). Is it possible for registered nurses and physicians to combine research and clinical work to facilitate evidence-based practice? *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(1), 15-22. <https://doi.org/10.1111/wvn.12481>
- Perkins, G. D., Gräsner, J. -T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Voorde, P. V., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., Nolan, J. P., & European Resuscitation Council Guideline Collaborators. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1-60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Pinto, A. C., Moutinho, P. F., & Mota, L. A. (2023). Attitudes and barriers to evidence-based practice: Point of view of portuguese nurses specialized in medical-surgical nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(3), 934-942. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2023.14.0010>
- Preto, P. M., Magalhães, C. P., & Fernandes, A. M. (2021). Conhecimento sobre suporte básico de vida em estudantes do ensino superior de ciências da saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20182. <https://doi.org/10.12707/RV20182>
- Silverplats, J., Strömsöe, A., Äng, B., & Källestedt, M. -L. (2022). Attitudes towards cardiopulmonary resuscitation situations and associations with potential influencing factors - A survey among in-hospital healthcare professionals. *PloS One*, 17(7), e0271686. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271686>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European resuscitation council guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115-151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Stirparo, G., Gambold, L., Bellini, L., Sarli, L., Signorelli, C., & Ristagno, G. (2023). The impact of ACLS training in theoretical knowledge. *Acta Biomedica*, 94(6), e2023226. <https://doi.org/10.23750/abm.v94i6.14905>
- Wyckoff, M. H., Singletary, E. M., Soar, J., Olasveengen, T. M., Greif, R., Liley, H. G., Zideman, D., Bhanji, F., Andersen, L. W., Avis, S. R., Aziz, K., Bendall, J. C., Berry, D. C., Borra, V., Böttiger, B. W., Bradley, R., Bray, J. E., Breckwoldt, J., Carlson, J. N., ... Berg, K. M. (2022). 2021 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations: Summary from the basic life support; advanced life support; neonatal life support; education, implementation, and teams; first aid task forces; and the COVID-19 working group. *Circulation*, 145(9), e645-e721. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001017>

Wyckoff, M. H., Greif, R., Morley, P. T., Ng, K. -C., Olasveengen, T. M., Singletary, E. M., Soar, J., Cheng, A., Drennan, I. R., Liley, H. G., Scholefield, B. R., Smyth, M. A., Welsford, M., Zideman, D. A., Acworth, J., Aickin, R., Andersen, L. W., Atkins, D., Berry, D. C., ... Berg, K. M. (2022). 2022 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care

science with treatment recommendations: Summary from the basic life support; advanced life support; pediatric life support; neonatal life support; education, implementation, and teams; and first aid task forces. *Circulation*, 146(25), e483-e557. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001095>