



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Ariana Lebsa Weber

**Avaliação da Autoeficácia Percebida dos Militares Ingressantes em
Competências em Primeiros Socorros: um estudo Quase-Experimental**

Florianópolis

2026

Ariana Lebsa Weber

**Avaliação da Autoeficácia Percebida dos Militares Ingressantes em
Competências em Primeiros Socorros: um estudo Quase-Experimental**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício de Souza Neves

Florianópolis

2026

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Weber, Ariana Lebsa

Avaliação da Autoeficácia Percebida dos Militares
Ingressantes em Competências em Primeiros Socorros : um
estudo Quase-Experimental / Ariana Lebsa Weber ;
orientador, Fabrício de Souza Neves, 2026.
132 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Ciências Médicas, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Ciências Médicas. 2. Educação médica. 3. Parada
cardiorrespiratória. 4. Polícia Militar. 5. Stop the bleed.
I. Neves, Fabrício de Souza. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Ciências
Médicas. III. Título.

Ariana Lebsa Weber

**Avaliação da Autoeficácia Percebida dos Militares Ingressantes em Competências
em Primeiros Socorros: um estudo Quase-Experimental**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 12 de março de 2026, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Fabrício de Souza Neves, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Juliana Coelho Pina, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Ciências Médicas.



Documento assinado digitalmente
ROGER WALZ
Data: 27/03/2026 14:08:47-0300
CPF: ***.705.079-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Roger Walz, Dr.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Documento assinado digitalmente
Fabrício de Souza Neves
Data: 27/03/2026 14:05:27-0300
CPF: ***.025.979-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Fabrício de Sousa Neves, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2026

Dedico este trabalho a Deus, que me envolve com o dom da vida, sustenta-me nas
provações e educa o meu olhar para que eu contemple, até nos detalhes mais
simples, a beleza do existir.

AGRADECIMENTOS

Toda honra e toda glória a Deus! Obrigada Senhor Jesus por me dar propósito!

Obrigada a todos que contribuíram para essa dissertação.

Obrigada ao meu pai Aristides, a minha mãe Anna Maria e ao meu irmão Adriano, por me darem valores e direcionamentos de vida.

Obrigada aos meus filhos amados, Gabriel e Raphael: vocês são os anjos da minha vida.

Obrigada à Timótea Medeiros e ao Victor Voss, por cuidar dos meus filhos enquanto eu me dedicava ao trabalho e aos estudos.

Obrigada ao meu orientador, Dr. Fabrício Neves, pela paciência e sabedoria.

Obrigada aos amigos que participaram de todo o processo: aos colegas e professores do mestrado; ao Álvaro Paiva Jr, à Carla Stone, à Glória Maria de Souza e ao Marcelo Rogelin, que foram os incentivadores para o ingresso do mestrado.

Obrigada à prof.^a Dra. Flávia Castanhel, pelo apoio técnico estatístico.

Obrigada às bibliotecárias, Dra. Dilva Fazzioni e Dra. Luciana Mara, pelo apoio com relação ao trabalho.

Obrigada aos Comandantes Cel. Cléber Pires e Ten. Cel. Lucius pelo incentivo e entusiasmo.

Obrigada à Aliscia e Andréia Vieira, pelo incentivo final da conclusão da dissertação.

Obrigada aos instrutores e amigos do SAMU, Enf. Alexandre Almeida, Enf. Juliana Guaresi e Téc. Enf. Tonilson Cardoso, pela parceria nas instruções e trocas de conhecimentos.

Obrigada a todos os instrutores de Atendimento Pré-Hospitalar da PMSC que, com garra, entusiasmo e conhecimento conseguiram transmitir os ensinamentos de primeiros socorros aos alunos em formação.

E, por fim, obrigada a todos os alunos que contribuíram para essa dissertação se tornar realidade.

“Quem estará nas trincheiras ao teu lado?”

– “E isso importa?”

– “Mais do que a própria guerra”.

Hemingway E. (1899–1961), escritor.

RESUMO

Em corporações policiais militares, a resposta inicial a emergências exige decisão rápida e execução segura de intervenções tempo-dependentes, frequentemente sob estresse e antes da chegada de equipes especializadas. Nessa perspectiva, a autoeficácia constitui um componente central da prontidão operacional do primeiro respondedor, por influenciar a iniciativa, a persistência e o desempenho em tarefas críticas. Objetivo: Analisar o efeito de um treinamento teórico-prático, baseado em simulação em primeiros socorros sobre a autoeficácia geral e específica de alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina para Ressuscitação Cardiorrespiratória (RCP), Obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) e controle de sangramento. Métodos: Realizou-se um estudo quase-experimental, com delineamento pré e pós-intervenção, envolvendo 507 participantes. Utilizaram-se instrumentos já validados e originais não validados, e os dados foram submetidos a análises por estatística descritiva e inferencial, incluindo os testes de Shapiro-Wilk, t pareado, ANOVA unifatorial e pós-teste de Bonferroni. Resultados: Verificou-se melhora estatisticamente significativa em todos os domínios avaliados ($p < 0,001$), com aumento dos escores médios em RCP ($3,8 \pm 1,4$ para $4,4 \pm 0,9$), OVACE ($2,4 \pm 1,3$ para $4,4 \pm 0,7$), controle de sangramento ($3,0 \pm 1,4$ para $3,3 \pm 1,4$) e autoeficácia geral ($4,2 \pm 0,7$ para $4,4 \pm 0,5$). Além disso, houve ganhos expressivos em itens relacionados à prontidão para agir em parada cardiorrespiratória, à realização de RCP e ao uso de desfibrilador externo automático (DEA), concomitantes à redução de respostas associadas à hesitação por insegurança. Conclusão: O treinamento aprimorou a autoeficácia percebida e reduziu barreiras subjetivas à ação, indicando benefício direto para a atuação de policiais militares como primeiros respondedores em urgências e emergências.

Palavras-chave: educação médica; militar; parada cardiorrespiratória; primeiros respondedores; autoeficácia.

ABSTRACT

In military police corporations, the initial response to emergencies requires rapid decision-making and safe execution of time-dependent interventions, often under stress and before the arrival of specialized teams. From this perspective, self-efficacy constitutes a central component of the operational readiness of the first responder, influencing initiative, persistence, and performance in critical tasks. Objective: To analyze the effect of a theoretical-practical training, based on simulation in first aid, on the general and specific self-efficacy of student-soldiers of the Military Police of Santa Catarina for Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), Foreign Body Airway Obstruction (FBAO), and bleeding control. Methods: A quasi-experimental study was conducted, with a pre- and post-intervention design, involving 507 participants. Validated and original non-validated instruments were used, and the data were subjected to descriptive and inferential statistical analyses, including the Shapiro-Wilk test, paired t-test, one-way ANOVA, and Bonferroni post-hoc test. Results: A statistically significant improvement was observed in all evaluated domains ($p < 0.001$), with an increase in mean scores in CPR (3.8 ± 1.4 to 4.4 ± 0.9), airway obstruction (2.4 ± 1.3 to 4.4 ± 0.7), bleeding control (3.0 ± 1.4 to 3.3 ± 1.4), and overall self-efficacy (4.2 ± 0.7 to 4.4 ± 0.5). Furthermore, there were significant gains in items related to readiness to act in cardiopulmonary arrest, performing CPR, and using an automated external defibrillator (AED), along with a reduction in responses associated with hesitation due to insecurity. Conclusion: The training improved perceived self-efficacy and reduced subjective barriers to action, indicating a direct benefit for the performance of military police officers as first responders in urgent and emergency situations.

Keywords: medical education; military; cardiopulmonary arrest; first responders; self-efficacy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de Autoeficácia Geral Percebida	35
Quadro 2 – Composição do questionário Ressuscitação Cardiorrespiratória	37
Quadro 3 – Questionário Controle de Sangramento	40
Quadro 4 – Questionário Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho	41
Quadro 5 – Exemplos para as interpretações orientadas aos participantes para as escalas Likert de resposta para itens do tipo Afirmação (positiva e negativa) e para itens do tipo Pergunta	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e antropométrico da amostra.....	47
Tabela 2 – Estatísticas descritivas dos escores obtidos na avaliação pré-intervenção e comparação segundo variáveis sociodemográficas e antropométricas	50
Tabela 3 – Estatísticas descritivas dos escores obtidos na avaliação pós-intervenção e comparação segundo variáveis sociodemográficas e antropométricas	54
Tabela 4 – Avaliação descritiva da autopercepção em domínios preditores de comportamento em Parada Cardiorrespiratória (RCP): resultados pré e pós-intervenção da distribuição por categorias	57
Tabela 5 – Avaliação descritiva da autopercepção sobre competências em obstrução das vias aéreas por corpo estranho: resultados pré e pós-intervenção da distribuição por categorias.....	65
Tabela 6 – Avaliação descritiva da autopercepção sobre competências no auxílio a vítimas com sangramento: resultados pré e pós-intervenção da distribuição por categorias.....	67
Tabela 7 – Avaliação descritiva da autoeficácia geral percebida: resultados pré e pós-intervenção da distribuição por categorias	71
Tabela 8 – Escores médios dos questionários aplicados pré e pós-intervenção	72
Tabela 9 – Resultados dos escores informados pelos alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina nos itens do questionário “Ressuscitação Cardiorrespiratória”	74
Tabela 10 – Resultados dos escores informados pelos alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina nos itens do questionário “Controle de Sangramento”	75
Tabela 11 – Resultados dos escores informados pelos alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina nos itens do questionário “Obstrução de vias aéreas por corpo estranho”	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	<i>American College of Surgeons</i>
ACSCT	<i>American College of Surgeons Committee on Trauma</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
AMS	<i>Academic Motivation Scale</i>
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
APMT	Academia da Polícia Militar da Trindade
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
CoTCCC	<i>Committee on Tactical Combat Casualty Care</i>
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DHA	<i>Defense Health Agency</i>
DOD	Departamento de Defesa dos Estados Unidos
EAGP	Escala de Autoeficácia Geral Percebida
EUA	Estados Unidos da América
ILCOR	<i>International Liaison Committee on Resuscitation</i>
NAEMT	<i>National Association of Emergency Medical Technicians</i>
OVACE	Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho
PAPH	Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar
PBC	<i>Perceived Behavioral Control</i>
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PM	Polícia Militar
PMSC	Polícia Militar de Santa Catarina
PHTLS	<i>Prehospital Trauma Life Support</i>
PHTLSEC	<i>Prehospital Trauma Life Support Executive Council</i>
PCREH	Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar
PCR IH	Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBV	Suporte Básico de Vida
SDT	Teoria da Autodeterminação
SIMS	<i>Situational Motivation Scale</i>
SME	Serviços Médicos de Emergência
TCP	Teoria do Comportamento Planejado

TSC Teoria Social Cognitiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1	PRIMEIROS SOCORROS.....	20
3.1.1	Ressuscitação Cardiorrespiratória	21
3.1.2	Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho.....	22
3.1.3	Controle Precoce de Hemorragias Evitáveis (<i>Stop the Bleed</i>)	23
3.2	POLÍCIA MILITAR DE SANTA CATARINA	25
3.2.1	Curso de Formação de Praças	27
3.3	DETERMINANTES PSICOLÓGICOS DO COMPORTAMENTO.....	27
3.3.1	Intenção (Teoria do Comportamento Planejado – TPB).....	28
3.3.2	Motivação (Teoria da Autodeterminação – SDT)	28
3.3.3	Amotivação (<i>no continuum</i> SDT)	29
3.3.4	Autoeficácia (Teoria Social Cognitiva)	29
3.4	ENSINO POR SIMULAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS E A AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA.....	30
3.4.1	Medida da autoeficácia na atitude frente a situação de PCR.....	31
4	MÉTODO.....	34
4.1	POPULAÇÃO	34
4.2	DESENHO DO ESTUDO.....	34
4.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4.5	INTERVENÇÃO.....	43
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
5	RESULTADOS	46
5.1	CARACTERIZAÇÕES DA AMOSTRA.....	46
5.2	QUESTIONÁRIOS APLICADOS – ANÁLISE PRÉ-INTERVENÇÃO	47
5.2.1	Efeito das variáveis sociodemográficas e antropométricas dos participantes sobre os escores do questionário aplicados na pré-intervenção	48

5.3	AVALIAÇÃO PÓS-INTERVENÇÃO.....	52
5.3.1	Efeito das variáveis sociodemográficas e antropométricas sobre os escores dos questionários aplicados durante a pós-intervenção	52
5.4	VARIAÇÃO COM A INTERVENÇÃO DE TREINAMENTO – RCP: DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS	56
5.5	VARIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA COM A INTERVENÇÃO DE TREINAMENTO - OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE): DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS	65
5.6	VARIAÇÃO PERCEBIDA COM A INTERVENÇÃO DE TREINAMENTO – CONTROLE DE SANGRAMENTO: DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS ..	66
5.7	VARIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA COM A INTERVENÇÃO DE TREINAMENTO: DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS	69
5.8	ANÁLISE PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO: ESCORES MÉDIOS DOS QUESTIONÁRIOS.....	72
5.9	ANÁLISE PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO: ESCORES MÉDIOS DOS ITENS	73
6	DISCUSSÃO	77
6.1	ANÁLISE DOS RESULTADOS DO ESTUDO	77
6.2	AUTOEFICÁCIA E ENSINO EM RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM A LITERATURA	79
6.2.1	Barreiras de Ressuscitação Cardiorrespiratória	81
6.2.2	Acesso Populacional ao Treinamento na Ressuscitação Cardiorrespiratória	85
6.2.3	Metodologias de Ensino em Ressuscitação Cardiorrespiratória	87
6.2.4	Recomendações Internacionais na Ciência de Ressuscitação	91
6.2.5	Escalas de Autoeficácia e Ressuscitação Cardiorrespiratória	92
6.3	AUTOCONFIANÇA E ENSINO DE CONTROLE DE SANGRAMENTO: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM A LITERATURA.....	93
6.4	AUTOEFICÁCIA EM OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM A LITERATURA	96
6.5	LIMITAÇÕES DO TRABALHO	99
7	CONCLUSÃO.....	102
	REFERÊNCIAS.....	103

ANEXO A –EDITAL Nº 002/CGCP/2023 – CFP, DE 09 DE MAIO DE 2023 (P. 19–27).....	113
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	122
APÊNDICE A – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA VALIDADA PARA PRIMEIROS SOCORROS.....	127
APÊNDICE B – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA	129
APÊNDICE C – ESCALA NÃO VALIDADA	131

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, os primeiros socorros aplicados de forma correta e precoce aumentam as chances de sobrevivência e reduzem a incidência de sequelas neurológicas em situações da parada cardiorrespiratória. As compressões torácicas adequadas, a abertura das vias aéreas e as ventilações eficazes desempenham um papel crucial no desfecho da emergência (Gonzalez *et al.*, 2013). A mesma entidade afirma que, no Brasil, uma equipe de socorristas leva, em média, de 10 a 15 minutos para chegar ao local da emergência. Em muitas ocorrências, como acidentes ou situações de violência, o policial militar frequentemente é o primeiro a chegar ao local. Por essa razão, torna-se indispensável que ele detenha conhecimentos de primeiros socorros, mesmo não sendo esta sua principal área de atuação (Santos Junior; Antunes; Almeida, 2022).

Dessa forma, a capacitação de policiais em conhecimentos sobre primeiros socorros torna-se muito importante, pois ela pode auxiliar na redução dos altos índices de morbidade e mortalidade por acidentes e violência (Santos Junior; Antunes; Almeida, 2022). Ter conhecimento sobre a técnica do suporte básico de vida (SBV) é importante porque ela aumenta a probabilidade de sobrevivência em casos de parada cardiorrespiratória (PCR) e outras emergências médicas, prevenindo lesões em órgãos vitais, como o cérebro e o coração. As técnicas de primeiros socorros podem preservar a vida das vítimas até a chegada de cuidados avançados e são essenciais para responder a emergências médicas de forma inicial (Prado *et al.*, 2024). A cada minuto sem atendimento, um paciente crítico perde de 7 a 10% de chance de sobreviver (Becker *et al.*, 1998; Gonzalez *et al.*, 2013). No Brasil, estima-se que ocorram de 300 a 400 mil paradas cardiorrespiratórias todos os anos, e metade delas acontece fora do ambiente hospitalar (Florestí, 2024; Saúde, 2016).

O conhecimento e a atitude em relação à realização do suporte básico de vida e ao uso de um desfibrilador externo automático (DEA) contribuem para melhorar a sobrevivência da vítima após uma parada cardíaca fora do hospital, pois o atendimento rápido, qualificado e efetivo, no local da ocorrência, é primordial para o sucesso do desfecho da assistência (Lesjak; Šorgo; Strnad, 2021).

Desse modo, a capacitação dos profissionais policiais militares para atuar nesse primeiro atendimento é crucial, porquanto o conhecimento e o

empoderamento, no que diz respeito ao atendimento pré-hospitalar (APH), permitem que o policial mantenha as condições vitais da pessoa até a chegada ao serviço de referência, evitando o agravamento da situação e assegurando a continuidade do cuidado (Santos Junior; Antunes; Almeida, 2022).

A capacidade de um militar em prestar primeiros socorros é de fundamental importância e possui diversas implicações, tanto para o indivíduo quanto para a coletividade. Essa habilidade transcende a assistência médica inicial, englobando aspectos estratégicos e humanitários (Santos Junior; Antunes; Almeida, 2022).

Em diversas situações, o militar, devido às missões recebidas, está no centro do primeiro atendimento, colocando-o em variadas situações de vulnerabilidade, estando mais suscetível a aplicar os seus conhecimentos em primeiros socorros. Desse modo, a capacitação agrega ao militar uma maior qualidade do socorro prestado e uma boa assistência emergencial (Jewur; Marconato; Peripato Filho, 2024).

Portanto, há razões diretas para a relevância do domínio de primeiros socorros por militares (Santos Junior; Antunes; Almeida, 2022):

- a) Salvamento de vidas: Em situações de combate, desastres naturais ou operações de paz, a rapidez e a eficácia no atendimento inicial podem salvar vidas;
- b) Aumento da capacidade operacional: Militares capacitados em primeiros socorros podem atuar em diversas funções, como socorristas em campo, instrutores para outros militares ou mesmo como apoio à população civil em situações de crise;
- c) Redução de perdas: A capacidade de prestar primeiros socorros pode reduzir o número de baixas em combate e minimizar os impactos de ferimentos.

Além dessas, pode haver potenciais benefícios indiretos da capacitação em primeiros socorros:

- a) Melhora da confiança e do moral: O conhecimento em primeiros socorros contribui para aumentar a confiança dos militares em suas próprias capacidades e fortalece o espírito de equipe;
- b) Demonstração de profissionalismo e humanitarismo: A atuação de militares como socorristas demonstra o compromisso das instituições militares com a proteção da vida humana e com a comunidade.

O domínio de primeiros socorros por policiais é uma habilidade essencial que

vai além da atuação policial tradicional. Ao salvar vidas, reduzir danos e fortalecer a relação com a comunidade, os policiais que possuem esse conhecimento podem contribuir significativamente para uma sociedade mais segura e justa (Santos Junior; Antunes; Almeida, 2022).

E, ao se sentirem capazes de exercer esse papel em primeiros socorros, é possível que os policiais se sintam verdadeiramente aptos a serem agentes de segurança e promotores de bem-estar à sociedade. Isto é, é possível que a aquisição de habilidades em primeiros socorros traga como efeito secundário um ganho na valorização pessoal e autoconfiança do militar.

Nosso trabalho pretende verificar se, em paralelo ao ganho em conhecimento e habilidades em primeiros socorros, existe ganho na percepção de autoeficácia geral pelos militares; isto é, um aumento na crença do indivíduo na sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para produzir um determinado resultado.

A originalidade do presente estudo está em documentar esse fenômeno no contexto de uma força policial, em que a autoeficácia em primeiros socorros favorece o desempenho técnico, podendo impactar diretamente a segurança pública e a proteção da comunidade, especialmente em situações de atendimento inicial até a chegada do serviço de emergência.

2 OBJETIVOS

Com o intuito de investigar o impacto da formação técnica sobre a dimensão psicológica da prontidão operacional, este estudo estabeleceu metas que abrangem desde a caracterização da amostra até a análise específica das competências de socorro. A seguir, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos que nortearam a condução desta pesquisa.

2.1 Objetivo Geral

Avaliar se existe um aumento na percepção de autoeficácia geral pelos alunos-soldados, após o treinamento de Atendimento Pré-Hospitalar no Curso de Formação de Soldados da PMSC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos foram delineados:

- a) Traçar o perfil dos alunos-soldados e descrever as crenças de autoeficácia no início e ao término do treinamento de APH, analisando a influência de variáveis demográficas e antropométricas sobre os resultados;
- b) Avaliar a variação da percepção de autoeficácia decorrente do treinamento em reanimação cardiopulmonar (RCP) e uso de desfibrilador externo automático (DEA);
- c) Avaliar a variação da percepção de autoeficácia decorrente do treinamento em controle de sangramento;
- d) Avaliar a variação da percepção de autoeficácia decorrente do treinamento em desobstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE).

3 REVISÃO DA LITERATURA

A fundamentação teórica deste estudo estrutura-se a partir da convergência entre as competências técnicas do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e os determinantes psicológicos que regem a ação humana em situações críticas. Inicialmente, abordam-se os protocolos de Primeiros Socorros, com ênfase na ressuscitação cardiopulmonar, no manejo de desobstrução de vias aéreas e no controle de hemorragias, contextualizando-os no âmbito da Polícia Militar de Santa Catarina. Em seguida, exploram-se os constructos da Teoria Social Cognitiva e da Teoria da Autodeterminação, fundamentando a autoeficácia como elemento central da prontidão operacional. Por fim, discute-se o ensino por simulação como estratégia pedagógica capaz de integrar o domínio técnico à percepção de capacidade subjetiva, consolidando o embasamento necessário para a análise da formação dos alunos-soldados.

3.1 PRIMEIROS SOCORROS

Segundo a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, primeiros socorros são definidos como a assistência médica imediata prestada a uma pessoa ferida até a chegada de ajuda profissional. Esse conceito abrange o cuidado físico ou médico inicial e o apoio psicológico a pessoas emocionalmente abaladas devido à vivência ou ao testemunho de eventos traumáticos (Ellingham; Cordner; Tidball-Binz, 2016). Leigos podem ser treinados para avaliar e estabilizar pacientes em situações críticas.

O Suporte Básico de Vida (SBV) pode ser definido como a abordagem inicial da vítima em situação de emergência com risco iminente de morte, incluindo a evolução para parada cardiorrespiratória por causa cardíaca ou respiratória e a asfixia por obstrução de vias aéreas. Manobras realizadas por leigos treinados ou profissionais de saúde podem reverter esses processos. O SBV consiste em uma sequência de técnicas específicas que incluem compressões torácicas, abertura das vias aéreas, respiração artificial e desfibrilação na ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) (AHA, 2020).

Além da RCP, a desobstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) pode ser incluída no conceito de SBV por se tratar de manobras capazes de evitar a

evolução para parada cardiorrespiratória e morte por asfixia acidental (AHA, 2020). Particularmente em situações de trauma, técnicas para o controle de hemorragias também são intervenções essenciais no local da emergência, capazes de reverter processos que poderiam levar à morte em poucos minutos (NAEMT, 2020).

Trata-se de procedimentos de urgência que devem ser aplicados a vítimas de acidentes, mal súbito ou em perigo de morte, com o intuito de manter sinais vitais. Os procedimentos de primeiros socorros por leigos não substituem o médico, o enfermeiro ou a equipe técnica. Na verdade, um dos principais fundamentos dos primeiros socorros é a obtenção de assistência médica qualificada em todos os casos de lesão grave. O primeiro socorro deve ser prestado sempre que a vítima não tenha condições de cuidar de si própria, conferindo-lhe um atendimento inicial e acionando imediatamente o serviço especializado (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2020).

3.1.1 Ressuscitação Cardiorrespiratória

As doenças cardiovasculares figuram como as principais causas de morte no Brasil e no mundo, sendo, em muitos casos, passíveis de prevenção. Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 400 mil pessoas morreram no Brasil em 2022 em decorrência de problemas cardiovasculares (Oliveira *et al.*, 2022). Em 2015, aproximadamente 350 mil adultos nos Estados Unidos apresentaram parada cardiorrespiratória não traumática extra-hospitalar (PCREH) atendida por pessoal dos serviços médicos de emergência (SME) (Lavonas *et al.*, 2015).

Apesar dos ganhos recentes, menos de 40% dos adultos que sofrem PCREH recebem ressuscitação cardiopulmonar (RCP) iniciada por leigo, e menos de 12% têm um desfibrilador externo automático (DEA) aplicado antes da chegada do SME (Lavonas *et al.*, 2015). Conforme a literatura, o fator mais determinante para a sobrevivência em casos de parada cardíaca súbita é a presença de um socorrista capacitado, preparado e disposto a intervir (Sasson *et al.*, 2010). A sobrevivência após a PCREH está estagnada desde 2012 (Dezfulian *et al.*, 2021). Em comparação, aproximadamente 1,2% dos adultos internados nos hospitais dos EUA sofrem PCR intra-hospitalar (PCR IH). Os resultados da PCR IH são significativamente melhores que os da PCREH e continuam a melhorar (Lavonas *et al.*, 2015).

A parada cardiorrespiratória (PCR) é caracterizada pela ausência de atividade mecânica do coração, podendo ser identificada pela ausência de pulso em grandes artérias, pela irresponsividade da vítima, pela respiração agônica e/ou apneia (Jung *et al.*, 2022). Durante uma situação de PCR em ambiente extra-hospitalar, a realização precoce do atendimento de emergência é determinante para a otimização da sobrevivência da vítima (Dick-Smith *et al.*, 2021).

As diretrizes e os algoritmos são projetados para serem simples, práticos e eficazes (Timerman *et al.*, 2006). As diretrizes mundiais de PCR e de cuidados cardiovasculares de emergência são baseadas em uma extensa revisão das evidências clínicas e laboratoriais realizadas pelo Comitê Internacional de Ligação em Ressuscitação (ILCOR). Atualmente, os conceitos e práticas importantes para as Diretrizes da *American Heart Association* (AHA) para o Suporte Básico de Vida (SBV) no atendimento pré-hospitalar incluem: segurança de cena, reconhecimento imediato da PCR, solicitação de ajuda, início das compressões torácicas e uso de desfibrilador externo automático (DEA) assim que disponível.

3.1.2 Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho

A asfixia é definida como a dificuldade ou interrupção da respiração, resultando na falta de oxigênio no organismo. Os casos de engasgo geralmente ocorrem quando a criança introduz objetos na boca ou no nariz, restringindo a passagem de ar, ou por disfunção da deglutição em idosos durante alimentação. O maior risco está na aspiração do objeto para os pulmões (Martins, 2022).

Em 2023, pelo menos 2.000 pessoas morreram engasgadas no país, segundo dados do Ministério da Saúde. Dessas, a maioria era composta por bebês ou idosos. Mais da metade das vítimas tinha acima de 65 anos (Martins, 2022). Em Santa Catarina (SC), 92 pessoas morreram engasgadas no ano de 2023, segundo dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Os idosos foram a maioria das vítimas, com 15 casos entre aqueles com idade entre 60 e 69 anos, 19 dos 70 aos 79 anos e 20 com 80 anos ou mais. As crianças de 0 a 4 anos também são vítimas recorrentes, com 14 casos registrados em 2023. O Corpo de Bombeiros Militar catarinense foi acionado para atender 546 ocorrências de obstrução das vias aéreas por corpo estranho (OVACE) no ano de 2023 (Quariniri, 2024; Santa Catarina, 2023).

Para crianças com OVACE grave, devem ser realizados ciclos repetidos de cinco golpes nas costas alternados com cinco compressões abdominais até que o objeto seja expelido ou a criança fique inconsciente (American Heart Association, 2025). A manobra de desengasgo é uma técnica de primeiros socorros que pode ser realizada por qualquer pessoa treinada, independentemente de ser ou não um profissional de saúde. Nesse sentido, o papel do policial militar em situações em que vítimas se encontram engasgadas é de suma importância na abordagem inicial e no atendimento dos primeiros socorros. Logo, o reconhecimento precoce da OVACE é indispensável para o sucesso no atendimento (Santos Junior; Antunes; Almeida, 2022).

Em 2018, foi sancionada a Lei Lucas (Lei nº 13.722), legislação federal que obriga as instituições de ensino infantil e básico, públicas e privadas, a capacitarem seus professores e funcionários em primeiros socorros (Brasil, 2018). A lei foi criada com o objetivo de proteger as crianças de acidentes escolares. A inspiração para a lei foi a história de Lucas Begalli, que morreu aos 10 anos em uma excursão escolar devido a asfixia mecânica causada por um pedaço de salsicha. A lei determina que as escolas devem oferecer cursos de primeiros socorros com uma carga horária mínima de oito horas, a cada dois anos (Brasil, 2018).

3.1.3 Controle Precoce de Hemorragias Evitáveis (*Stop the Bleed*)

Apesar dos avanços no atendimento das vítimas de trauma, a hemorragia ainda é responsável por cerca de 45% das mortes por trauma (Sauaia *et al.*, 1995). Além de ser considerada a primeira causa de óbitos até 48 horas após o trauma, o sangramento contribui também para a mortalidade tardia. Acredita-se que a exsanguinação esteja envolvida em 44% das mortes pré-hospitalares, em 55% das mortes após a admissão hospitalar e em 82% das mortes intraoperatórias em traumatizados (Hoyt *et al.*, 1994; Parreira; Soldá; Rasslan, 2002).

Reconhecido em todo o mundo, o Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado (PHTLS) —*Pre hospital Trauma Life Support*— é o principal programa de educação continuada para o atendimento pré-hospitalar de trauma. Foi desenvolvido pela *National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT)* em cooperação com o *American College of Surgeons Committee on Trauma*, no ano de 1981, visando melhorar o atendimento ao traumatizado mediante detecção

precoce das alterações fisiológicas que colocam a vítima em risco(*National Association of Emergency Medical Technicians*, 2020).

Destaca-se que a avaliação primária do trauma é baseada na cronologia previsível da morte. A avaliação primária inicia-se com o mnemônico XABCDE, onde o “X” é controle de hemorragia exsanguinante, seguido de “A” (*airways*) vias aéreas com controle da coluna cervical; “B” (*breathing*) respiração e ventilação; “C” (*circulation*) circulação com controle da hemorragia; “D” (*disability*) estado neurológico; “E” (*exposure*) exposição e controle da temperatura (*National Association of Emergency Medical Technicians*, 2020).

Há um período crítico, conhecido como "Período de Ouro", no qual o intervalo entre a ocorrência da lesão e o atendimento definitivo é determinante para o prognóstico da vítima. Nesse aspecto, os serviços de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) são importantes dispositivos de assistência em saúde por proporcionarem, ainda fora do contexto hospitalar, o atendimento à vítima e o transporte especializado(Gomes; Machado; Machado, 2021).

O *Stop The Bleed* é um programa de treinamento mundial que ensina como prestar socorro inicial às vítimas de traumatismos. O programa foi criado pelo *American College of Surgeons* (ACS) e pelo Departamento de Defesa dos Estados Unidos (DOD) em resposta ao tiroteio na escola primária de Sandy Hook, em dezembro de 2012. O programa tem como objetivo capacitar cidadãos e agentes públicos para prestar socorro inicial às vítimas de trauma, identificando e controlando fontes de sangramento que, se não tratadas adequadamente, podem levar ao óbito. O programa já treinou quase 4 milhões de pessoas em todo o mundo, em 102 países (*American College of Surgeons*, [2024]).

O programa *Stop the Bleed* ensina técnicas simples e eficazes para interromper sangramentos graves, como a aplicação de pressão direta sobre a ferida, o uso de bandagens hemostáticas e o uso apropriado de torniquetes (*American College of Surgeons*, [2024]). A importância deste programa reside no fato de que o controle adequado do sangramento é essencial para salvar vidas em emergências, especialmente em cenários de trauma grave.

Hemorragias de extremidades figuram entre as principais causas evitáveis de morte em trauma. A atuação policial precoce, com aplicação de torniquetes e compressão eficaz, pode interromper rapidamente sangramentos críticos. Série de casos sobre torniquetes aplicados por policiais em vítimas civis de trauma violento

evidenciou sobrevida até a alta hospitalar e ausência de complicações atribuíveis ao dispositivo, demonstrando factibilidade e segurança do procedimento no ambiente pré-hospitalar leigo-profissional (Callaway; Robertson; Sztajnkrycer, 2015). Estudo comparativo recente (2017–2023) não observou complicações em grupos comparados (polícia vs. serviço médico), sublinhando a necessidade de critérios claros de indicação e a importância de treinamento padronizado para agentes da lei (Shukla *et al.*, 2024). Em nível educacional, meta-análise de 36 estudos (11.561 participantes) mostrou ganhos significativos de conhecimento, habilidades e disposição para agir após cursos *Stop the Bleed* (Tang *et al.*, 2023), e investigação adicional demonstrou aumento de autoconfiança e prontidão para intervir em hemorragias após treinamento estruturado (Lei *et al.*, 2019). Esses elementos sugerem a institucionalização de capacitações periódicas em controle de sangramento para o efetivo policial.

3.1.3.1 Reforço da prontidão e da autoeficácia do efetivo policial

Treinamentos e reciclagens periódicas em Suporte Básico de Vida (SBV) e controle de hemorragias sustentam ganhos de conhecimento e de autoeficácia, constructo psicossocial diretamente relacionado à disposição para agir em emergências. Entre policiais na Espanha, níveis mais altos de conhecimento e prontidão para realizar RCP foram observados naqueles treinados ou reciclados há menos de dois anos; apenas 49,7% referiram sentir-se preparados na ausência de atualizações frequentes, o que reforça a necessidade de cronogramas formais de capacitação (Angulo-Menéndez; Lana Pérez; Morís de La Tassa, 2017). Em consonância, revisões sistemáticas de programas *Stop the Bleed* indicam ganhos consistentes em conhecimento, habilidades, confiança e intenção de uso, embora com evidência de declínio (*decay*) entre um e nove meses pós-treinamento — achado que justifica o emprego de simulações periódicas e retreinamentos programados (Stadeli *et al.*, 2024).

3.2 POLÍCIA MILITAR DE SANTA CATARINA

As Polícias Militares do Brasil são organizações estatais de direito público com objetivos definidos em lei, os quais constituem sua razão de ser. Essas

finalidades e competências estão expressas tanto na legislação específica quanto na legislação peculiar. A sigla PMSC refere-se à Polícia Militar de Santa Catarina, instituição responsável pela segurança pública em todo o território catarinense desde 1835. Como órgão da administração direta do governo estadual, sua jurisdição abrange a totalidade dos municípios catarinenses (Santa Catarina, 2025).

A estrutura organizacional básica da PMSC compreende o Comando-Geral e órgãos de apoio, como a Faculdade da Polícia Militar (Santa Catarina, 2025). Atualmente, a corporação possui um efetivo de aproximadamente 11 mil policiais militares distribuídos pelos 293 municípios do estado, operando ininterruptamente. Esse envolvimento direto na atividade operacional, seja de natureza preventiva ou repressiva, frequentemente resulta na prestação de primeiros socorros à população civil antes da chegada do suporte médico especializado (Reisdorfer, 2021).

De acordo com a Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, o policial militar pode atuar no atendimento pré-hospitalar em situações onde o acesso da equipe de socorristas seja difícil ou quando o cenário ofereça riscos que impeçam a atuação da equipe especializada, desde que respeitados os limites do suporte básico de vida (Brasil, 2002).

Militares frequentemente se encontram em cenários de combate, onde o acesso a serviços médicos pode ser limitado. A capacidade de administrar cuidados imediatos, como ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e controle de hemorragias, pode ser decisiva. Segundo o Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar (PAPH) do Corpo de Bombeiros, o rápido reconhecimento de sinais de choque e a estabilização da vítima são primordiais para melhorar os desfechos clínicos subsequentes (Santa Catarina, 2023).

Para os policiais, a atuação em situações de crise, como acidentes de trânsito ou conflitos armados, exige o conhecimento de primeiros socorros como ferramenta de proteção tanto para as vítimas quanto para a equipe envolvida. A formação em primeiros socorros pode capacitar os policiais a gerir crises de forma mais eficiente, reduzindo o tempo entre a assistência inicial e a chegada de equipes médicas. Em um estudo realizado por Ndile *et al.* (2020), observou-se que policiais treinados em primeiros socorros apresentaram uma taxa de sobrevivência significativamente maior entre vítimas de traumas agudos em comparação com aqueles que não tinham esse treinamento.

A importância desse conhecimento estende-se também à saúde mental. A

capacidade de intervir com segurança em momentos críticos pode impactar positivamente a resiliência emocional dos agentes, mitigando os efeitos do estresse pós-traumático (Kouvatsou *et al.*, 2022). Portanto, a integração de treinamentos de primeiros socorros nos currículos de formação e atualização é imperativa, pois promove um atendimento eficaz e reforça o bem-estar dos profissionais e das comunidades atendidas.

3.2.1 Curso de Formação de Praças

A Academia de Polícia Militar da Trindade (APMT) é a unidade responsável pela formação e capacitação da PMSC desde 1959. A partir de 2012, foi credenciada como Instituto Superior de Educação, oferecendo o curso de Bacharelado em Ciências Policiais para a formação de oficiais e o curso Superior de Tecnologia em Segurança Pública para a formação de soldados (Santa Catarina, 2012).

O Curso de Formação de Praças (CFP) destina-se a formar o soldado e habilitá-lo para o exercício da polícia ostensiva e a preservação da ordem pública. Com carga horária de 1.680 horas-aula, o curso estende-se por 33 semanas em modalidade presencial e regime de dedicação integral (Martins; Colpani, 2011).

Nesse contexto, os alunos-soldados cursam a disciplina de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Convencional, com carga horária de 16 horas. Nela, priorizam-se emergências com risco iminente de morte, como a parada cardiorrespiratória (PCR), a obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) e o controle de sangramento (*Stop the Bleed*). A modalidade “convencional” refere-se ao atendimento de emergências clínicas em ambientes sem conflito armado.

3.3 DETERMINANTES PSICOLÓGICOS DO COMPORTAMENTO

Os conceitos de intenção, motivação e autoeficácia são compreendidos como potenciais preditores do comportamento humano. Eles estão ancorados em modelos consolidados na literatura, como a Teoria do Comportamento Planejado (TCP), a Teoria da Autodeterminação (SDT) e a Teoria Social Cognitiva, apresentando implicações diretas para a mensuração em pesquisas empíricas (Ajzen, 1991; Bandura, 1997; Ryan; Deci, 2000).

3.3.1 Intenção (Teoria do Comportamento Planejado – TPB)

No âmbito da Teoria do Comportamento Planejado (TPB), a intenção é definida como a disposição deliberada do indivíduo para executar um comportamento específico em horizonte temporal determinado. A intenção é formada por três determinantes: (i) a atitude em relação ao comportamento, resultante da valência atribuída aos seus prováveis desfechos; (ii) as normas subjetivas, que englobam influências injuntivas e descritivas percebidas; e (iii) o controle comportamental percebido (*Perceived Behavioral Control* – PBC), relativo à avaliação de recursos e barreiras contextuais para a execução da conduta (Ajzen, 1991).

Embora correlato, o Controle Comportamental Percebido (PBC) não se confunde com autoeficácia: o primeiro abrange tanto a crença na capacidade quanto a percepção de controlabilidade diante de restrições externas, ao passo que a autoeficácia se refere estritamente ao juízo de capacidade percebida (Ajzen, 2002).

A literatura descreve o denominado *intention-behavior gap*, isto é, a lacuna entre intenções relatadas e a efetiva emissão do comportamento. Esse hiato é explicado, entre outros fatores, por força e estabilidade da intenção, hábitos concorrentes, oportunidades ambientais e estratégias autorregulatórias, destacando-se as intenções de implementação (planos do tipo “se-então”), que facilitam a tradução da intenção em ação (Conner; Norman, 2022; Gollwitzer, 1999; Sheeran; Webb, 2016).

3.3.2 Motivação (Teoria da Autodeterminação – SDT)

No escopo da Teoria da Autodeterminação (SDT), motivação diz respeito aos processos que energizam e direcionam o comportamento, sendo analisada em termos de qualidade (autônoma versus controlada) além do volume. O *continuum* motivacional compreende: motivação intrínseca; regulações extrínsecas integrada e identificada (mais autônomas); e introjetada e externa (mais controladas). Contextos que sustentam autonomia, competência e relacionamento favorecem motivos mais autônomos e melhor adaptação (Ryan; Deci, 2000, 2020).

A consolidação recente do campo detalha mecanismos de internalização e

práticas aplicadas em ambientes educacionais e organizacionais, orientando o desenho de intervenções que promovam regulações identificadas/integradas e minimizem controles externos excessivos (Ryan; Deci, 2000; Vansteenkiste; Ryan; Soenens, 2020).

3.3.3 Amotivação (*no continuum* SDT)

Amotivação designa a ausência de energia para agir, que pode decorrer de baixo valor percebido da atividade, expectativa nula de resultados ou percepção de incompetência para executar a ação. Em termos operacionais, a motivação ou amotivação são usualmente estimadas por subescalas em medidas derivadas da SDT, como a *Academic Motivation Scale* (AMS) e a *Situational Motivation Scale* (SIMS) (Guay; Vallerand; Blanchard, 2000; Ryan; Deci, 2000; Vallerand *et al.*, 1992).

3.3.4 Autoeficácia (Teoria Social Cognitiva)

A autoeficácia é o julgamento do indivíduo sobre sua capacidade de organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar desempenhos específicos. Caracteriza-se como um constructo domínio-específico, distinto da autoestima ou de traços globais de personalidade (Bandura, 1997). Segundo a Teoria Social Cognitiva (TSC), a autoeficácia é um fator determinante na agência humana, influenciando o modo como o indivíduo escolhe agir e como persiste diante de adversidades (Pajares; Olaz, 2008).

Quatro fontes clássicas informam a autoeficácia: experiências de domínio (sucessos prévios); experiências vicárias (modelagem); persuasão social; e estados fisiológicos ou afetivos. Níveis elevados de autoeficácia associam-se à seleção de desafios mais complexos, maior esforço e padrões cognitivos mais funcionais frente a obstáculos (Bandura, 1997). Em essência, ela reflete uma convicção otimista que possibilita ao indivíduo executar atividades difíceis e resistir a pressões externas (Sena; Murgo, 2021).

Como preditor relevante, a autoeficácia influencia a forma como as pessoas interpretam o mundo: indivíduos com alta percepção de eficácia tendem a ter expectativas positivas e a atribuir sucessos a fatores internos, como habilidade e esforço (Sbicigo *et al.*, 2012). No que tange à mensuração, recomenda-se o foco na

especificidade da tarefa para evitar a contaminação por indicadores de desejo ou motivação (Williams; Rhodes, 2016).

Neste estudo, a autoeficácia será aferida por meio da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) ([2016]), desenvolvida por Schwarzer e Jerusalem (1995) e validada para o Brasil por Balsan *et al.* (2020). A escala é composta por itens que expressam o grau de satisfação e confiança do indivíduo em sua capacidade de superação.

3.4 ENSINO POR SIMULAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS E A AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA

A utilização de simulações como metodologia de ensino tem se consolidado como uma estratégia eficaz em diversas áreas da saúde, especialmente no treinamento de primeiros socorros. Esse método possibilita a recriação de cenários realistas e controlados, nos quais os participantes podem desenvolver habilidades técnicas, tomada de decisão e competências emocionais de forma segura e supervisionada. A teoria do aprendizado experiencial de Kolb (1984) sustenta que o aprendizado se torna mais significativo quando os indivíduos estão imersos em situações práticas e reflexivas, promovendo maior retenção de conhecimento e habilidades.

No contexto de primeiros socorros, a simulação permite que os participantes experimentem situações críticas que demandam intervenções rápidas, como parada cardiorrespiratória, controle de hemorragias e desobstrução de vias aéreas. Estudos indicam que a prática simulada melhora significativamente o desempenho dos aprendizes em cenários reais, aumentando a retenção de conhecimento e a aplicação prática das técnicas aprendidas (Gomes; Machado; Machado, 2021; Prado *et al.*, 2024). Além disso, ao enfrentar desafios semelhantes aos encontrados no cotidiano operacional, os participantes desenvolvem maior segurança, o que se reflete no incremento da autoconfiança percebida (Martins *et al.*, 2014).

A relação entre o ensino por simulação e a autoeficácia percebida é fundamentada pela Teoria Social Cognitiva de Bandura (1997), que aponta a autoeficácia como um dos principais determinantes do comportamento humano. A prática em ambientes simulados, por oferecer oportunidades repetidas e seguras de aprendizado, reforça essa crença ao proporcionar experiências de domínio bem-

sucedidas e *feedback* positivo (Schwarzer; Jerusalem, 1995).

Estudos realizados por Lesjak, Šorgo e Strnad (2019) destacaram que programas de treinamento em Suporte Básico de Vida (SBV) com simulações aumentaram significativamente a confiança dos participantes na realização de RCP e no uso de desfibriladores externos automáticos (DEA). Da mesma forma, Jewur, Marconato e Peripato Filho (2024) identificaram que militares treinados em simulações de APH relataram maior segurança na aplicação de técnicas como controle de sangramento e manejo de traumas, mesmo em ambientes de alta pressão.

O impacto positivo da simulação também está associado ao modelo de aprendizagem cíclica, no qual os participantes observam, praticam e recebem *feedback* imediato. Esse ciclo cria uma sensação de domínio progressivo, essencial para a construção da autoeficácia. Conforme apontado por Dick-Smith *et al.* (2021), o treinamento simulado promove maior engajamento emocional e cognitivo, fatores essenciais para consolidar a confiança em intervenções futuras. Além disso, a simulação pode reduzir a ansiedade ao expor os participantes gradualmente a cenários de alta complexidade, melhorando a capacidade de manter o foco e a tomada de decisão eficaz (Dezfulian *et al.*, 2021).

Em suma, o ensino baseado em simulação atua como um catalisador tanto da competência técnica quanto da autoeficácia. Essa evidência reforça a necessidade de institucionalizar metodologias ativas na formação de primeiros respondedores, garantindo que o aprendizado experiencial e a reflexão crítica preparem o militar não apenas para saber agir, mas para sentir-se capaz de fazê-lo sob pressão.

3.4.1 Medida da autoeficácia na atitude frente a situação de PCR

Como exemplo, vamos descrever como os determinantes psicológicos do comportamento podem ser avaliados na situação de lidar com um caso de parada cardiorrespiratória.

A autoeficácia percebida e demais determinantes do comportamento para a tomada de atitude frente à reanimação cardiorrespiratória e ao uso do DEA pode ser avaliada pelo instrumento desenvolvido por Lesjak, Šorgo e Strnad (2019). Em seu estudo original, os autores estruturaram perguntas relacionadas à autoeficácia e a outros constructos psicológicos correlatos, adaptados para este estudo conforme as

seguintes dimensões:

- a) Motivações intrínsecas: “Se eu testemunhasse alguém desmaiar, me sentiria obrigado a ajudar de alguma maneira”; “Eu começaria a ressuscitar porque assim eu poderia salvar a vida de uma pessoa”; “O conhecimento de SBV com DEA é uma habilidade útil para a vida cotidiana”;
- b) Motivações extrínsecas: “A reanimação por espectadores é um ato corajoso”; “Todos deveriam saber como ressuscitar”; “Um curso de SBV com DEA deveria ser um curso obrigatório no ensino primário nas escolas”;
- c) Amotivação: “Eu não faria reanimação porque teria medo de possíveis consequências, como fratura de costela, ação judicial, etc.”; “Eu não faria reanimação porque não saberia o que fazer naquele momento”, “Prefiro evitar a reanimação porque é uma responsabilidade muito grande”;
- d) Autoeficácia: “Eu seria capaz de realizar SBV e usar o DEA”; “Eu saberia o que fazer se presenciasse uma parada cardíaca”, “Se eu soubesse ressuscitar (realizar SBV e DEA) eu poderia ensinar outras pessoas também”; e
- e) Intenção: “Eu ofereceria ajuda se alguém já tivesse iniciado a reanimação com antecedência”, “Se eu fosse a única testemunha quando alguém desmaiasse, eu ajudaria.”, “Se eu fosse a única testemunha de uma parada cardíaca de uma pessoa desconhecida, eu começaria a ressuscitar”, “Se eu fosse a única testemunha de uma parada cardíaca em uma pessoa conhecida (amigo ou familiar), eu começaria a ressuscitar”.

A aplicação desse instrumento permite mensurar diferentes domínios psicológicos preditores do comportamento (a prontidão psicológica para a intervenção). Ao segmentar a atitude em dimensões como motivação, autoeficácia e intenção, torna-se possível identificar em quais aspectos o treinamento por simulação exerce maior impacto.

No presente estudo, essa escala foi adaptada para o contexto da segurança pública, servindo como base para comparar a percepção dos alunos-soldados antes e após a intervenção pedagógica. Dessa forma, busca-se verificar se o ganho de competência técnica em RCP e uso do DEA é acompanhado por um fortalecimento da confiança necessária para a execução dessas manobras em cenários reais de emergência.

Também, no presente estudo, outras escalas foram utilizadas e mesmo

algumas questões (itens de questionário) foram elaboradas para estimar os domínios determinantes psicológicos de comportamento nas demais situações de primeiros socorros.

4 MÉTODO

Esta seção descreve o percurso metodológico adotado para investigar o impacto do treinamento de Atendimento Pré-Hospitalar sobre a autoeficácia percebida dos alunos-soldados da PMSC, e adicionalmente de outros domínios determinantes psicológicos de comportamento. A seguir, são detalhadas a caracterização da população e da amostra, o delineamento do estudo quase-experimental, os instrumentos de coleta de dados e os procedimentos de intervenção pedagógica. Por fim, são apresentados os preceitos éticos observados e o plano de análise estatística utilizado para o tratamento dos dados colhidos.

4.1 POPULAÇÃO

A população deste estudo foi composta por alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina (PMSC), matriculados no Curso de Formação de Praças (CFP) do ano de 2024. Os participantes são ingressantes voluntários na corporação, com matrículas efetivadas em dezembro de 2023, conforme as normas do edital de ingresso (ANEXO A).

Todos os alunos-soldados devidamente matriculados foram convidados a participar da pesquisa, sendo a adesão totalmente voluntária. Para o cálculo do tamanho amostral, estimou-se uma amostra mínima de 284 participantes, considerando um nível de confiança de 95%, uma proporção de resposta de 50% e uma margem de perda amostral estimada em 20%, conforme parâmetros do programa LabStat (Nassar *et al.* [2025]). Foram adotados como critérios de exclusão a recusa em participar do estudo e o preenchimento incompleto dos instrumentos de coleta de dados após a capacitação.

4.2 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como um ensaio quase-experimental, com delineamento de grupo único e aferição de desfechos em dois momentos: pré-teste e pós-teste.

Os participantes responderam a questionários que avaliavam a percepção de autoeficácia geral e específica no atendimento de primeiros socorros, bem como,

adicionalmente, de outros domínios preditores do comportamento (intenção, motivação e amotivação). As avaliações foram aplicadas imediatamente antes e após o treinamento teórico-prático em ressuscitação cardiopulmonar (RCP), obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) e controle de sangramento, ministrados na disciplina de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Convencional do CFP/PMSC, durante o segundo semestre de 2024.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A **autoeficácia geral percebida** foi avaliada por meio da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) ([2016]), validada para o contexto brasileiro por Balsan *et al.* (2020). Este instrumento constitui a métrica do desfecho principal da investigação. Desenvolvida originalmente por Schwarzer e Jerusalem (1995), a escala mensura a crença do indivíduo em sua capacidade de lidar com situações estressantes e desafios cotidianos. Os itens que compõem a escala estão detalhados no Quadro 1.

Quadro 1– Escala de Autoeficácia Geral Percebida

Item	Domínio
1. Mesmo quando as coisas estejam difíceis, eu consigo desempenhos muito bons	Autoeficácia
2. Eu vou ser capaz de superar com êxito muitos desafios	Autoeficácia
3. Eu acredito que posso realizar de forma eficaz muitas tarefas diferentes	Autoeficácia
4. Em geral, eu acho que posso obter os resultados que são importantes para mim	Autoeficácia
5. Quando me deparo com tarefas difíceis, tenho certeza de que vou realizá-las	Autoeficácia
6. Em comparação com outras pessoas, eu posso fazer a maioria das tarefas muito bem	Autoeficácia

Fonte: Balsan *et al.* (2020),

Domínios preditores do comportamento (autoeficácia, intenção, motivação e amotivação) especificamente para a situação de atendimento de **Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)** foram avaliados por um questionário elaborado por esta autora, combinando itens dos instrumentos desenvolvidos e utilizados em “Atitudes de escolares frente a Suporte Básico de Vida (SBV) e uso do Desfibrilador Externo

Automático” (Lesjak; Šorgo; Strnad, 2019), e em “Atitudes de Profissionais de Saúde Sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Desfibrilação” (Abolfotouh *et al.*, 2017).

Esses instrumentos foram traduzidos para o português brasileiro para uso neste estudo, e os itens selecionados de cada instrumento para compor o questionário utilizado no presente estudo são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Composição do questionário Ressuscitação Cardiorrespiratória

Item	Lesjak, Šorgo e Strnad (2019)	Abolfotouh et al. (2017)	Domínio
1. Se eu testemunhasse alguém desmaiar, eu me sentiria obrigado a ajudar de alguma maneira	4. <i>If I witnessed someone collapsing I would feel obliged to help in some way</i>		Intenção
2. Eu saberia o que fazer se presenciasse uma parada cardíaca	2. <i>I would know what to do if I witnessed a cardiac arrest.</i>		Autoeficácia
3. Eu começaria uma reanimação cardiopulmonar (RCP) porque assim eu poderia salvar a vida de uma pessoa	20. <i>I would start resuscitating because this way I could save a person's life</i>		Motivação
4. O conhecimento do Suporte Básico de Vida (SBV) com Desfibrilador Externo Automático (DEA) é uma habilidade útil para a vida cotidiana	25. <i>Knowledge of BLS with AED is a useful skill for everyday life</i>		Motivação
5. Eu ofereceria ajuda se alguém já tivesse iniciado a reanimação cardiopulmonar com antecedência	21. <i>I would offer help if someone before me had already started resuscitating</i>		Intenção
6. Eu seria capaz de realizar SBV e usar o DEA	22. <i>I would be capable of performing BLS and use AED</i>		Autoeficácia
7. Um curso de SBV com DEA deveria ser um curso obrigatório desde o ensino básico	23. <i>A BLS with AED course should be a mandatory course in primary schools</i>		Motivação
8. Todos deveriam saber como realizar uma reanimação cardiopulmonar	19. <i>Everybody should know how to resuscitate so that every cardiac arrest victim has the highest chance of survival</i>		Motivação
9. Acredito que a RCP e o uso do DEA devem ser ensaiados pelo menos uma vez por ano		1. <i>I think CPR & use of AED should be rehearsed at least once per year</i>	Motivação
10. Se eu soubesse a reanimação	14. <i>If I knew how to resuscitate</i>		Autoeficácia

cardiopulmonar (realizar SBV e AED) eu poderia ensinar outras pessoas também	<i>(perform BLS and AED) I could teach others, too.</i>		
11. Eu não faria reanimação cardiopulmonar porque teria medo de possíveis consequências (fratura de costela, ação judicial etc.)	<i>17. I would not do resuscitation because I would be afraid of potential consequences (rib fracture, law suit etc.)</i>		Amotivação
12. Eu não faria reanimação cardiopulmonar porque eu não saberia o que fazer naquele momento	<i>18. I would not do resuscitation because I would not know what to do at that moment</i>		Amotivação
13. Eu prefiro evitar a reanimação cardiopulmonar porque é uma responsabilidade muito grande	<i>8. I would rather avoid resuscitation because it is too big a responsibility.</i>		Amotivação
14. Se eu fosse a única testemunha quando alguém desmaiasse, eu o ajudaria	<i>1. If I were the only witness when someone collapsed I would help</i>		Intenção
15. Consigo trabalhar como membro de uma equipe de reanimação		<i>2. I am able to work as a member of a resuscitation team</i>	Autoeficácia
16. Posso realizar RCP sozinho		<i>3. I can perform CPR on my own</i>	Autoeficácia
17. Acredito que o prognóstico do paciente ressuscitado é ruim		<i>4. Prognosis of resuscitated patients is poor</i>	Amotivação
18. Acredito que a desfibrilação prejudica o coração do paciente		<i>7. I think defibrillation damages a patient's heart</i>	Amotivação
19. A desfibrilação deve ser realizada por qualquer profissional de saúde na cena		<i>8. Defibrillation should be performed by any healthcare professional on the scene</i>	Motivação
20. Hesito em usar o DEA porque temo prejudicar o paciente		<i>9. I hesitate to use an AED because I fear damaging the patient</i>	Amotivação
21. Se houver um DEA disponível,		<i>10. If an AED is available, I would</i>	Intenção

eu o usaria para atender um paciente com parada cardíaca		<i>use it to attend a cardiac arrest patient</i>	
22. Eu apoiaria/participaria de um projeto comunitário de RCP/DEA		<i>13. I would support/participate in community CPR/AED project</i>	Intenção
23. Eu faria ventilação boca a boca durante a RCP		<i>14. I would perform mouth-to-mouth ventilation during CPR</i>	Intenção
24. Se eu fosse a única testemunha de uma parada cardíaca de uma pessoa desconhecida, eu começaria a ressuscitar	<i>2. If I were the only witness to a cardiac arrest in an unknown person, I would start resuscitating</i>		Intenção
25. Se eu fosse a única testemunha de uma parada cardíaca em uma pessoa conhecida (amigo ou familiar), eu começaria a ressuscitar	<i>3. If I were the only witness to a cardiac arrest in a known person (friend, family member), I would start resuscitating</i>		Intenção

Fonte: Elaborado pela autora com base em Lesjak, Šorgo e Strnad (2019) e Abolfotouh *et al.* (2017).

Para a situação de **Controle de Sangramento (CS)**, baseou-se no instrumento desenvolvido por Okereke *et al.* (2022). Este instrumento também foi traduzido pela autora para o português brasileiro para uso neste estudo e sua composição está apresentada no Quadro 3.

Quadro 3– Questionário Controle de Sangramento

Item	Okereke <i>et al.</i> (2022)	Domínio
1. Qual é a probabilidade de você ajudar uma pessoa ferida que está sangrando?	1. <i>How likely are you to help an injured person that is bleeding?</i>	Intenção
2. Quão confortável você está com ajudar uma pessoa ferida que está sangrando?	2. <i>How comfortable are you with helping an injured person that is bleeding?</i>	Motivação
3. Quão preparado você está para ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida?	3. <i>How prepared are you to help stop bleeding on an injured person?</i>	Autoeficácia
4. Quão preocupado você está em causar mais danos a uma pessoa ferida que está sangrando?	4. <i>How worried are you about causing more harm to an injured person that is bleeding?</i>	Amotivação
5. Qual seria a probabilidade de você ajudar uma pessoa sangrando se você não tem um kit de controle de sangramento disponível?	6. <i>How likely would you be to help a bleeding person if you did not have a bleeding control kit available?</i>	Intenção
6. Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação à sua segurança física?	7. <i>After participating in Stop the Bleed training, do you have any concerns about helping to stop the bleed on an injured person (Safety/physical danger)?</i>	Amotivação
7. Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação à transmissão de doenças?	8. <i>After participating in Stop the Bleed training, do you have any concerns about helping to stop the bleed on an injured person (Disease Transmission)?</i>	Amotivação
8. Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação à visão de sangue?	9. <i>After participating in Stop the Bleed training, do you have any concerns about helping to stop the bleed on an injured person (Sight of blood)?</i>	Amotivação
9. Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação ao risco de causar mais ferimentos na vítima?	10. <i>After participating in Stop the Bleed training, do you have any concerns about helping to stop the bleed on an injured person (Risk of causing further injury to the person)?</i>	Amotivação

Fonte: Elaborado pela autora com base em Okereke *et al.* (2022).

Para a situação de **Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE)** foram aplicadas duas questões elaboradas pela autora deste estudo

(Quadro 4).

Quadro 4 – Questionário Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho

Item	Domínio
1. O quanto você se sente confiante em identificar uma situação de Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE)?	Autoeficácia
2. Quão seguro você se sente em aplicar a Manobra de Desengasgo em uma vítima de OVACE?	Autoeficácia

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Os dados antropométricos como idade, sexo, peso e altura de todos os participantes foram autorreferenciadas. Os itens de todos os instrumentos foram agrupados em um único questionário, apresentado aos participantes do estudo por meio da plataforma *Google Forms*. Todos os instrumentos originais consistem em perguntas fechadas, com respostas fornecidas em escalas do tipo Likert. Entretanto, em suas versões originais, os instrumentos têm escalas com dimensões quantitativas diferentes: Autoeficácia Geral Percebida variando de 1 a 4 (Balsan *et al.*, 2020); RCP variando de 1 a 7 (Lesjak, Šorgo e Strnad, 2019) ou de 1 a 3 (Abolfotouh *et al.*, 2017); Controle de Sangramento variando de 1 a 5 (Okereke *et al.*, 2022) e Obstrução de Vias Aéreas (OVACE) variando de 1 a 5. Para tornar mais natural e uniforme o processo de leitura e resposta pelos participantes, e para permitir a comparabilidade entre os resultados dos diferentes instrumentos, neste estudo optou-se pela padronização de todos os itens para uma escala de 5 pontos.

Os participantes do estudo foram orientados a interpretar a escala em ordem direta (sentido crescente) de concordância com a afirmação do item, de modo que os pontos extremos representam “DISCORDO TOTALMENTE” (1) e “CONCORDO TOTALMENTE” (5), com um ponto central representando a resposta média “NEUTRO” (3) e dois pontos intermediários antes de cada extremo, representando “DISCORDO PARCIALMENTE” (2) e “CONCORDO PARCIALMENTE” (4). Quando, em vez de uma afirmação, o item apresenta uma pergunta, os participantes do estudo foram orientados a interpretar a escala também em ordem direta (sentido crescente) de intensidade da resposta, de modo que os pontos extremos representam “NADA” (1) e “TOTALMENTE” (5), com um ponto central representando a resposta média “MÉDIO” e dois pontos intermediários antes de cada extremo, representando “UM POUCO” (2) e “MUITO” (4).

Nos instrumentos de RCP e CS, foram incluídos itens que mensuram a amotivação (tendência negativa ao envolvimento no atendimento), como os itens 11, 12, 13, 17, 18 e 20 do questionário de RCP e os itens 4, 6, 7, 8 e 9 do de CS. Para esses casos, procedeu-se à inversão da pontuação (*reverse scoring*), de modo que valores mais altos (discordando de uma sentença negativa) refletissem consistentemente uma atitude mais favorável diante da situação colocada como desafio. Exemplos das interpretações da escala e das variações de pontuação estão detalhados no Quadro 5.

Quadro 5 – Exemplos para as interpretações orientadas aos participantes para as escalas Likert de resposta para itens do tipo Afirmação (positiva e negativa) e para itens do tipo Pergunta

	Item (exemplo)	Escala para resposta
Afirmação positiva	Mesmo quando as coisas estejam difíceis, eu consigo desempenhos muito bons	1. Discordo totalmente
		2. Discordo parcialmente
		3. Neutro
		4. Concordo parcialmente
		5. Concordo totalmente
Pergunta	Quão preparado você está para ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida?	1. Nada
		2. Um pouco
		3. Médio
		4. Muito
		5. Totalmente
Afirmação negativa (com pontuação inversa)	Eu prefiro evitar a reanimação cardiopulmonar porque é uma responsabilidade muito grande	5. Discordo totalmente
		4. Discordo parcialmente
		3. Neutro
		2. Concordo parcialmente
		1. Concordo totalmente

Fonte: elaborado pela autora (2025).

A adoção desse procedimento de inversão de pontuação assegurou que todos os itens, independentemente de sua formulação positiva ou negativa, contribuíssem de maneira uniforme para a interpretação dos escores, permitindo análises comparáveis entre domínios e evitando distorções na leitura dos resultados. O Quadro 5 sintetiza essas orientações e exemplifica como diferentes tipos de itens foram apresentados aos participantes, garantindo clareza na resposta e consistência na mensuração. Com essa padronização metodológica estabelecida, torna-se possível avançar para a descrição dos aspectos éticos que nortearam a condução da pesquisa, assegurando transparência e conformidade com as normas vigentes.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto obteve a anuência do Comando do Centro de Ensino da Polícia Militar e do Comando-Geral da corporação, autorizando a coleta de dados e a posterior publicação dos resultados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), via Plataforma Brasil, sob o parecer número CAAE: 82994124.0.0000.0121 (documentação disponível no ANEXO B).

A participação foi voluntária, formalizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O documento detalhou a relevância acadêmica do estudo, assegurou o anonimato dos participantes e garantiu o caráter voluntário da adesão, com a prerrogativa de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou impacto nas avaliações acadêmicas dos alunos-soldados no Curso de Formação.

4.5 INTERVENÇÃO

A intervenção consistiu em uma capacitação teórico-prática com carga horária de 16 horas, realizada nas dependências do Centro de Ensino da PMSC. A metodologia de ensino baseou-se em aulas expositivas com suporte visual, demonstração de técnicas em manequins de treinamento de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) adulto (*Little Anne*) e infantil (*Little Baby*), ambos da marca Laerdal®, colete adulto de simulação para asfixia, da marca Act Fast®, além de atividades práticas em grupo com *feedback* imediato dos instrutores.

O conteúdo programático abrangeu:

- a) RCP: segurança de cena, reconhecimento de irresponsividade, acionamento de socorro, técnicas de compressão torácica e operação do Desfibrilador Externo Automático (DEA) em adultos e crianças;
- b) OVACE: manobras de desengasgo em lactentes, crianças e adultos;
- c) Controle de Sangramento: técnicas de compressão direta, preenchimento/empacotamento de feridas e aplicação de torniquete.

Após a fundamentação teórica e prática, os alunos-soldados participaram de simulações operacionais, com *prebriefing* e *debriefing*, baseadas em cenários reais,

contemplando: 1) vítima inconsciente em parada cardiorrespiratória, adulto e infantil; 2) insuficiência respiratória por OVACE, adulto e infantil; e 3) controle de hemorragias. As simulações foram conduzidas em 20 turmas de aproximadamente 30 alunos, ao longo de três semanas. O corpo de instrutores foi composto por 24 militares com treinamento padronizado em SBV e experiência operacional em unidades especializadas (Batalhão de Aviação, BOPE) ou formação na área da saúde (enfermagem).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os participantes responderam aos quatro instrumentos (Escala Geral de Autoeficácia; RCP; OVACE; Controle de Sangramento) aplicados pelos instrutores em dois momentos distintos: antes e após a intervenção.

Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. A suposição de normalidade foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade das variâncias foi testada pelo teste de Levene. Inicialmente, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão para as variáveis quantitativas, bem como frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Os escores foram calculados tanto para os momentos pré e pós-intervenção, permitindo a análise das mudanças possivelmente associadas à intervenção.

A comparação dos escores no pré e pós-intervenção foi realizada por meio do teste *t* pareado, apropriado para dados emparelhados, com distribuição normal. Para aumentar o poder do estudo em identificar isoladamente o efeito da intervenção, foram realizados ajustes estatísticos para minimizar o possível efeito de variáveis confundidoras: características sociodemográficas e antropométricas dos participantes, bem como seus níveis prévios de autoeficácia percebida.

Primeiro, utilizou-se teste *t* para amostras independentes ou a Análise de Variância de uma via (ANOVA) com *post-hoc* de Bonferroni, para examinar o possível efeito de outras variáveis potencialmente preditoras das respostas (sexo, faixa etária, faixa de peso e faixa de altura) nos escores dos questionários pré-teste e pós-teste aplicados. Foi verificada a possível associação entre características físicas dos participantes e seus níveis prévios de autoeficácia, antes da intervenção, e se tais influências se mantinham nos resultados de autoeficácia percebida pós-

intervenção.

Em segundo momento, também foram realizadas múltiplas Análises de Covariância (ANCOVA) com o objetivo de avaliar o efeito do escore pré-teste como covariável juntamente à intervenção (treinamento) sobre o escore pós-intervenção, ajustando os resultados pelo escore pré-intervenção. A inclusão do escore pré-intervenção como covariável permitiu controlar possíveis diferenças iniciais de autoeficácia percebida entre os participantes, isolando apenas o efeito da intervenção sobre o desfecho analisado. Isso significa comparar os resultados pós-testes como se todos os participantes tivessem o mesmo resultado pré-teste, eliminando o possível efeito de maiores níveis iniciais de autoeficácia serem determinantes de maiores ganhos com a intervenção.

Essa abordagem viabilizou o cálculo de tamanhos de efeito *eta* parcial (η^2p), fornecendo uma estimativa mais robusta da magnitude de cada influência, mesmo nos casos em que a significância estatística não foi atingida.

O nível de significância adotado foi de 5%, com intervalos de confiança de 95% calculados para as estimativas. A análise dos dados foi processada com o uso da linguagem R (versão 4.2.1) com o suporte dos pacotes *car*, *dplyr*, *ggplot2* e *patchwork*.

5 RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os dados obtidos a partir do treinamento teórico-prático baseado em simulação realizada com os alunos-soldados. A exposição dos resultados inicia-se pela caracterização sociodemográfica e antropométrica da amostra, seguida pela análise comparativa dos escores de autoeficácia geral e específica (e adicionalmente sobre motivação e intenção) nos momentos pré e pós-treinamento. Por fim, são detalhados os ajustes estatísticos realizados para isolar o efeito da intervenção sobre os desfechos analisados.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DA AMOSTRA

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2024, envolvendo inicialmente 626 alunos-soldados do Curso de Formação de Praças. Registrou-se uma perda amostral de 119 participantes (19%), dos quais 11 declinaram do convite para participar da pesquisa e 108 foram excluídos por não completarem o questionário pós-intervenção. Assim, a amostra final foi constituída por 507 participantes, superando a amostra mínima estimada de 284 indivíduos.

Quanto ao perfil demográfico, a maioria dos participantes era do sexo masculino (73,2%), com faixa etária predominante entre 26 e 30 anos (60,9%). No que tange às características antropométricas, observou-se que a maior parcela da amostra possuía peso entre 71 e 80 kg (36,3%) e estatura variando de 1,71 a 1,80 metros (44,2%). Os dados detalhados referentes às características sociodemográficas e antropométricas estão consolidados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e antropométrico da amostra

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	371 (73,2)
Feminino	136 (26,8)
Faixa de idade	
Até 20 anos	5 (1,0)
Entre 21 e 25 anos	168 (33,2)
Entre 26 e 30 anos	309 (60,9)
Acima de 30 anos	24 (4,9)
Peso (em Kg)	
Até 70	168 (33,1)
De 71 até 80	184 (36,3)
De 81 até 90	105 (20,7)
Acima de 90	50 (9,9)
Altura (em centímetros)	
Até 170	173 (34,1)
De 171 até 180	224 (44,2)
De 181 até 190	100 (19,7)
Acima de 190	10 (2,0)

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A caracterização da amostra apresentada na Tabela 1 fornece o panorama necessário para contextualizar os achados subsequentes, permitindo compreender o perfil demográfico e antropométrico dos participantes sobre o qual incidiram as análises de autoeficácia. Com essa base descritiva estabelecida, a seção seguinte aprofunda a avaliação dos questionários aplicados no momento pré-intervenção, delineando o ponto de partida sobre o qual os efeitos do treinamento puderam ser comparados. Deve-se recordar que a pontuação dos itens dos questionários aplicados pode variar entre 1 (um) e 5 (cinco).

5.2 QUESTIONÁRIOS APLICADOS – ANÁLISE PRÉ-INTERVENÇÃO

No momento pré-intervenção, os participantes apresentaram os seguintes

resultados (média $\pm$ desvio-padrão) acerca dos questionários: Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) com média de $3,8 \pm 1,4$; Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE) com média de $2,4 \pm 1,3$; Controle de Sangramento com média de $3,0 \pm 1,4$, e Autoeficácia Geral Percebida com média de $4,2 \pm 0,7$.

5.2.1 Efeito das variáveis sociodemográficas e antropométricas dos participantes sobre os escores do questionário aplicados na pré-intervenção

A variável sexo não apresentou efeito significativo sobre os escores referentes ao questionário de **Ressuscitação Cardiorrespiratória (RCP)** [$t_{(505)} = 1,217$; $p = 0,22$]. Da mesma forma, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos escores de RCP entre as diferentes faixas de idade [$F_{(3,503)} = 1,504$; $p = 0,21$], faixas de peso [$F_{(3,503)} = 1,742$; $p = 0,16$] e faixas de altura [$F_{(3,503)} = 0,198$; $p = 0,90$].

Observou-se efeito significativo da variável sexo sobre os escores de **Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE)** [$t_{(505)} = 3,857$; $p < 0,001$], indicando que os participantes do sexo masculino apresentaram, em média, escores mais elevados ($M = 2,56$) em comparação aos do sexo feminino ($M = 2,11$). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nos escores de OVACE entre as diferentes faixas de idade [$F_{(3,503)} = 0,728$; $p = 0,53$]. Em contrapartida, verificou-se efeito significativo da faixa de peso sobre os escores de OVACE [$F_{(3,503)} = 5,189$; $p = 0,002$]. A análise *post hoc* indicou que a diferença significativa ocorreu entre os participantes com peso até 70 kg ($M = 2,19$) e aqueles com peso acima de 90 kg ($M = 2,86$), sendo que estes últimos apresentaram escores médios superiores. Também foi identificado efeito significativo da faixa de altura [$F_{(3,503)} = 3,019$; $p = 0,03$], com a análise *post hoc* revelando diferença significativa entre os participantes com altura até 170 cm ($M = 2,22$) e aqueles com altura entre 171 e 180 cm ($M = 2,55$), os quais apresentaram escores médios mais elevados. Embora a ANOVA tenha indicado uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de altura ($p = 0,03$), os testes *post hoc* (Bonferroni) mostraram significância apenas entre os grupos 'até 1,70 m' e '1,71 a 1,80 m'. Apesar da média mais elevada observada no grupo 'acima de 1,90 m', o pequeno tamanho amostral desse grupo ($n = 10$) resultou em maior variabilidade e ausência de significância estatística nas comparações.

A variável sexo não apresentou efeito significativo sobre os escores em

relação ao questionário sobre **Controle de Sangramento** [$t_{(505)} = 0,668$; $p = 0,50$], assim como não foram observadas diferenças significativas entre as diferentes faixas de idade [$F_{(3,503)} = 0,434$; $p = 0,73$], faixas de peso [$F_{(3,503)} = 0,278$; $p = 0,84$] e faixas de altura [$F_{(3,503)} = 0,199$; $p = 0,90$].

Os escores obtidos no questionário de **Autoeficácia Geral Percebida** não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis analisadas. Não foi identificado efeito significativo da variável sexo sobre os escores de autoeficácia [$t_{(505)} = 1,507$; $p = 0,13$], assim como não foram observadas diferenças significativas entre as diferentes faixas etárias [$F_{(3,503)} = 1,936$; $p = 0,12$], faixas de peso [$F_{(3,503)} = 2,392$; $p = 0,07$] e faixas de altura [$F_{(3,503)} = 0,106$; $p = 0,96$].

Os dados detalhados das análises estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas dos escores obtidos na avaliação pré-intervenção e comparação segundo variáveis sociodemográficas e antropométricas

Variáveis	RCP	<i>p</i>	OVACE	<i>p</i>	CS	<i>p</i>	Autoeficácia	<i>p</i>
Sexo		0,22 ^a		<0,001 ^a		0,50 ^a		0,13 ^a
Masculino (n = 371)	3,33±0,36		2,56±1,19		3,38±0,53		4,26±0,48	
Feminino (n = 136)	3,29±0,37		2,11±1,12		3,34±0,59		4,18±0,54	
Faixa de idade		0,21 ^b		0,53 ^b		0,73 ^b		0,12 ^b
Até 20 anos (n = 5)	3,23±0,27		2,90±1,52		3,44±0,59		4,73±0,30	
Entre 21 e 25 anos (n = 168)	3,28±0,38		2,38±1,16		3,34±0,55		4,21±0,52	
Entre 26 e 30 anos (n = 309)	3,34±0,35		2,44±1,18		3,37±0,55		4,24±0,49	
Acima de 30 anos (n = 25)	3,40±0,35		2,68±1,44		3,45±0,47		4,20±0,42	

Continua

Variáveis	RCP	<i>p</i>	OVACE	<i>p</i>	CS	<i>p</i>	Autoeficácia	<i>p</i>
Peso (em Kg)		<i>0,16^b</i>		<i>0,002^b</i>		<i>0,84^b</i>		<i>0,07^b</i>
Até 70 (n = 168)	3,28±0,38		2,19±1,15		3,34±0,57		4,15±0,52	
De 71 até 80 (n = 184)	3,33±0,36		2,48±1,17		3,38±0,56		4,27±0,47	
De 81 até 90 (n = 105)	3,31±0,32		2,56±1,15		3,37±0,50		4,30±0,46	
Acima de 90 (n = 50)	3,41±0,38		2,86±1,31		3,41±0,53		4,24±0,56	
Altura (em centímetros)		<i>0,90^b</i>		<i>0,03^b</i>		<i>0,90^b</i>		<i>0,96^b</i>
Até 170 (n = 173)	3,31±0,35		2,22±1,12		3,35±0,57		4,23±0,47	
De 171 até 180 (n = 224)	3,32±0,37		2,55±1,23		3,37±0,54		4,23±0,53	
De 181 até 190 (n = 100)	3,32±0,34		2,55±1,13		3,40±0,54		4,24±0,47	
Acima de 190 (n = 10)	3,39±0,34		2,65±1,51		3,32±0,47		4,32±0,63	

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: Valores expressos em média e desvio padrão. RCP = ressuscitação cardiopulmonar; OVACE = obstrução das vias aéreas por corpo estranho; CS = controle de sangramento; Kg = quilograma.^a Teste t de *Student* para amostras independentes; ^b Análise de Variância de uma via.

5.3 AVALIAÇÃO PÓS-INTERVENÇÃO

Foram obtidos os seguintes resultados acerca dos questionários: **Ressuscitação Cardiorrespiratória (RCP)** com média de $4,4 \pm 0,9$; **Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho** com média de $4,4 \pm 0,7$; **Controle de Sangramento** com média de $3,3 \pm 1,4$; **Autoeficácia Geral Percebida** com média de $4,4 \pm 0,7$.

5.3.1 Efeito das variáveis sociodemográficas e antropométricas sobre os escores dos questionários aplicados durante a pós-intervenção

Não houve efeito significativo da variável sexo sobre os escores de **RCP** [$t_{(505)} = -0,751$; $p = 0,45$]. Também não foram observados efeitos significantes entre as faixas, de idade [$F_{(3,503)} = 0,791$; $p = 0,50$], de peso [$F_{(3,503)} = 0,567$; $p = 0,64$] e de altura [$F_{(3,503)} = 0,408$; $p = 0,75$].

Foi identificado efeito com significância estatística da variável sexo sobre os escores de **OVACE** [$t_{(501)} = 2,623$; $p = 0,01$], indicando que os participantes do sexo masculino obtiveram, em média, escores mais elevados ($M = 4,44$) em comparação aos do sexo feminino ($M = 4,23$). Além disso, observou-se efeito significativo da faixa de altura sobre os escores de OVACE [$F_{(3,503)} = 3,146$; $p = 0,03$]. A análise *post hoc* indicou que a diferença ocorreu entre os participantes com altura até 1,70 m ($M = 4,28$) e aqueles com altura entre 1,81 e 1,90 m ($M = 4,55$), sendo estes últimos os que apresentaram os maiores escores médios. Não foram observados efeitos estatisticamente significativos quanto às variáveis faixa de idade [$F_{(3,503)} = 1,141$; $p = 0,33$] e faixa de peso [$F_{(3,503)} = 1,731$; $p = 0,16$].

A variável sexo não apresentou efeito significativo sobre os escores do questionário que avaliou o **Controle de Sangramento** [$t_{(504)} = 0,013$; $p = 0,99$]. Da mesma forma, não foram observados efeitos significativos entre as diferentes faixas de idade [$F_{(3,502)} = 0,158$; $p = 0,93$], faixas de peso [$F_{(3,502)} = 0,628$; $p = 0,60$] e faixas de altura [$F_{(3,502)} = 1,060$; $p = 0,37$].

Não foi observado efeito estatisticamente significativo da variável sexo sobre os escores de **Autoeficácia Geral Percebida** [$t_{(504)} = 1,391$; $p = 0,16$]. Por outro lado, a análise da variável faixa de idade revelou um efeito estatisticamente significativo sobre os escores de autoeficácia [$F_{(3,502)} = 3,072$; $p = 0,03$]. Testes *post*

hoc não identificaram diferenças significativas entre os pares de grupos, sugerindo que a variação pode estar distribuída de forma homogênea entre todas as faixas, com uma progressiva redução da autoeficácia percebida com o aumento da idade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis faixa de peso [$F_{(3,502)} = 1,463$; $p = 0,22$] e faixa de altura [$F_{(3,502)} = 0,684$; $p = 0,56$]. Os dados detalhados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Estatísticas descritivas dos escores obtidos na avaliação pós-intervenção e comparação segundo variáveis sociodemográficas e antropométricas

Variáveis	RCP	<i>p</i>	OVACE	<i>p</i>	CS	<i>p</i>	Autoeficácia	<i>p</i>
Sexo		<i>0,45^a</i>		<i>0,09^a</i>		<i>0,99^a</i>		<i>0,16^a</i>
Masculino (n = 371)	3,77±0,33		4,44±0,71		3,70±0,57		4,42±0,53	
Feminino (n = 136)	3,80±0,29		4,26±0,66		3,70±0,54		4,35±0,49	
Faixa de idade		<i>0,50^b</i>		<i>0,33^b</i>		<i>0,92^b</i>		<i>0,03^b</i>
Até 20 anos (n = 5)	3,79±0,26		4,60±0,89		3,60±0,69		4,87±0,22	
Entre 21 e 25 anos (n = 168)	3,80±0,31		4,46±0,64		3,71±0,55		4,46±0,48	
Entre 26 e 30 anos (n = 309)	3,76±0,32		4,36±0,72		3,69±0,57		4,38±0,53	
Acima de 30 anos (n = 25)	3,83±0,34		4,24±0,69		3,75±0,58		4,26±0,49	

Continua

Variáveis	RCP	<i>p</i>	OVACE	<i>p</i>	CS	<i>p</i>	Autoeficácia	<i>p</i>
Peso (em Kg)		0,64 ^b		0,16 ^b		0,60 ^b		0,22 ^b
Até 70 (n = 168)	3,77±0,29		4,29±0,69		3,68±0,53		4,34±0,48	
De 71 até 80 (n = 184)	3,79±0,31		4,43±0,66		3,68±0,58		4,44±0,52	
De 81 até 90 (n = 105)	3,76±0,37		4,43±0,78		3,75±0,61		4,44±0,56	
Acima de 90 (n = 50)	3,83±0,33		4,49±0,67		3,76±0,52		4,43±0,53	
Altura (em centímetros)		0,75 ^b		0,02 ^b		0,37 ^b		0,56 ^b
Até 170 (n = 173)	3,79±0,29		4,28±0,65		3,69±0,56		4,37±0,47	
De 171 até 180 (n = 224)	3,76±0,32		4,41±0,72		3,73±0,54		4,41±0,53	
De 181 até 190 (n = 100)	3,80±0,37		4,55±0,70		3,67±0,61		4,46±0,55	
Acima de 190 (n = 10)	3,80±0,27		4,40±0,74		3,43±0,50		4,40±0,61	

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: Valores expressos em média e desvio padrão. PCR = ressuscitação cardiorrespiratória; OVACE = obstrução das vias aéreas por corpo estranho; CS = controle de sangramento; Kg = quilograma.^a Teste t de *Student* para amostras independentes; ^b Análise de Variância de uma via.

5.4 VARIAÇÃO COM A INTERVENÇÃO DE TREINAMENTO – RCP: DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS

Comparando os resultados antes e depois da intervenção de treinamento, dentre os itens avaliados, observou-se aumento expressivo na proporção de respostas positivas (“concordo totalmente” e “concordo parcialmente”) e uma redução substancial das respostas negativas (“discordo totalmente” e “discordo parcialmente”). Os itens que apresentaram maior variação positiva foram: *“Eu saberia o que fazer se presenciasse uma parada cardíaca”*, no qual a categoria “concordo totalmente” passou de 5,1% no momento pré para 54,6% no momento pós-intervenção, representando um aumento de 49,5 pontos percentuais. Simultaneamente, a proporção de “discordo totalmente” caiu de 32,3% para 0,8%. *“Eu começaria uma reanimação cardiopulmonar (RCP) porque assim eu poderia salvar a vida de uma pessoa”*, com crescimento de 48,3 pontos percentuais na categoria “concordo totalmente” (20,4% para 68,7%) e redução da categoria “discordo totalmente” de 15,5% para 0,4%. *“Eu seria capaz de realizar SBV e usar o DEA”*, que apresentou redução significativa na categoria “discordo totalmente”, de 64,4% para 4,2%, ao passo que a proporção de participantes que responderam “concordo totalmente” aumentou de 5,1% para 32,3%. *“Posso realizar RCP sozinho”*, onde a percepção de autoeficácia máxima (“concordo totalmente”) passou de 5,3% para 48,9%, com diminuição marcante da resposta “discordo totalmente” de 48,0% para apenas 0,6%. *“Se houver um DEA disponível, eu o usaria para atender um paciente com parada cardíaca”*, que também demonstrou melhora substancial, com aumento de 30,4 pontos percentuais na categoria “concordo totalmente” (de 20,9% para 51,3%).

A Tabela 4 foi elaborada para descrever as respostas dos participantes antes e após a intervenção, evidenciando mudanças nas frequências das categorias de respostas.

Tabela 4 – Avaliação descritiva da autopercepção em domínios preditores de comportamento em Parada Cardiorrespiratória (RCP): resultados pré e pós-intervenção da distribuição por categorias

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
1. Se eu testemunhasse alguém desmaiar, eu me sentiria obrigado a ajudar de alguma maneira (<i>intenção</i>)		
Discordo totalmente	3 (0,6)	1 (0,2)
Discordo parcialmente	5 (1,0)	2 (0,4)
Neutro	20 (3,9)	14 (2,8)
Concordo parcialmente	115 (22,7)	102 (20,1)
Concordo totalmente	364 (71,8)	388 (76,5)
2. Eu saberia o que fazer se presenciasse uma parada cardíaca(<i>autoeficácia</i>)		
Discordo totalmente	164 (32,3)	4 (0,8)
Discordo parcialmente	157 (31,0)	5 (1,0)
Neutro	113 (22,3)	44 (8,7)
Concordo parcialmente	47 (9,3)	177 (34,9)
Concordo totalmente	26 (5,1)	277 (54,6)
3. Eu começaria uma reanimação cardiopulmonar (RCP) porque assim eu poderia salvar a vida de uma pessoa (<i>motivação</i>)		
Discordo totalmente	78 (15,5)	2 (0,4)
Discordo parcialmente	90 (17,9)	4 (0,8)
Neutro	137 (27,2)	25 (4,9)
Concordo parcialmente	96 (19,0)	127 (25,2)
Concordo totalmente	103 (20,4)	346 (68,7)

Continua

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
4. O conhecimento do Suporte Básico de Vida (SBV) com Desfibrilador Externo Automático (DEA) é uma habilidade útil para a vida cotidiana (<i>motivação</i>)		
Discordo totalmente	21 (4,2)	3 (0,6)
Discordo parcialmente	27 (5,4)	2 (0,4)
Neutro	82 (16,3)	26 (5,2)
Concordo parcialmente	120 (23,8)	93 (18,5)
Concordo totalmente	254 (50,3)	379 (75,3)
5. Eu ofereceria ajuda se alguém já tivesse iniciado a reanimação cardiopulmonar com antecedência (<i>intenção</i>)		
Discordo totalmente	20 (4,0)	1 (0,2)
Discordo parcialmente	32 (6,3)	3 (0,6)
Neutro	83 (16,4)	13 (2,6)
Concordo parcialmente	114 (22,5)	113 (22,3)
Concordo totalmente	257 (50,8)	377 (74,3)
6. Eu seria capaz de realizar SBV e usar o DEA (<i>autoeficácia</i>)		
Discordo totalmente	326 (64,4)	21 (4,2)
Discordo parcialmente	83 (16,4)	47 (9,3)
Neutro	55 (10,9)	134 (26,5)
Concordo parcialmente	16 (3,2)	140 (27,7)
Concordo totalmente	26 (5,1)	163 (32,3)

Continua

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
7. Um curso de SBV com DEA deveria ser um curso obrigatório desde o ensino básico(motivação)		
Discordo totalmente	9 (1,8)	2 (0,4)
Discordo parcialmente	9 (1,8)	10 (2,0)
Neutro	58 (11,4)	36 (7,1)
Concordo parcialmente	111 (22,0)	96 19,0 ()
Concordo totalmente	318 (63,0)	362 (71,5)
8. Todos deveriam saber como realizar uma reanimação cardiopulmonar(motivação)		
Discordo totalmente	1 (0,2)	1 (0,2)
Discordo parcialmente	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	10 (2,0)	7 (1,4)
Concordo parcialmente	58 (11,5)	51 (10,0)
Concordo totalmente	437 (86,3)	448 (88,4)
9. Acredito que a RCP e o uso do DEA devem ser ensaiados pelo menos uma vez por ano(motivação)		
Discordo totalmente	6 (1,2)	4 (0,8)
Discordo parcialmente	7 (1,4)	4 (0,8)
Neutro	42 (8,3)	12 (2,4)
Concordo parcialmente	101 (20,0)	70 (13,8)
Concordo totalmente	349 (69,1)	417 (82,2)

Continuação

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
10. Se eu soubesse a reanimação cardiopulmonar (realizar SBV e AED) eu poderia ensinar outras pessoas também (<i>autoeficácia</i>)		
Discordo totalmente	3 (0,6)	1 (0,2)
Discordo parcialmente	5 (1,0)	3 0,6 ()
Neutro	41 (8,1)	37 (7,3)
Concordo parcialmente	115 (22,8)	85 (16,8)
Concordo totalmente	341 (67,5)	380 (75,1)
11. Eu não faria reanimação cardiopulmonar porque teria medo de possíveis consequências (fratura de costela, ação judicial etc.) (<i>amotivação</i>)		
Discordo totalmente	259 (51,3)	309 (61,3)
Discordo parcialmente	139 (27,6)	138 (27,4)
Neutro	76 (15,1)	35 (6,9)
Concordo parcialmente	24 (4,8)	11 (2,2)
Concordo totalmente	6 (1,2)	11 (2,2)
12. Eu não faria reanimação cardiopulmonar porque eu não saberia o que fazer naquele momento (<i>amotivação</i>)		
Discordo totalmente	123 (24,3)	319 (63,2)
Discordo parcialmente	89 (17,5)	137 (27,1)
Neutro	143 (28,2)	28 (5,5)
Concordo parcialmente	82 (16,2)	10 (2,0)
Concordo totalmente	70 (13,8)	11 (2,2)

Continua

Continuação

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
13. Eu prefiro evitar a reanimação cardiopulmonar porque é uma responsabilidade muito grande (<i>amotivação</i>)		
Discordo totalmente	279 (55,1)	344 (67,8)
Discordo parcialmente	137 (27,1)	108 (21,3)
Neutro	72 (14,2)	37 (7,3)
Concordo parcialmente	15 (3,0)	7 (1,4)
Concordo totalmente	3 (0,6)	11 (2,2)
14. Se eu fosse a única testemunha quando alguém desmaiasse, eu o ajudaria (<i>intenção</i>)		
Discordo totalmente	7 (1,4)	1 (0,2)
Discordo parcialmente	4 (0,8)	0 (0,0)
Neutro	2 (0,4)	3 (0,6)
Concordo parcialmente	51 (10,0)	63 (12,5)
Concordo totalmente	443 (87,4)	438 (86,7)
15. Consigo trabalhar como membro de uma equipe de reanimação (<i>autoeficácia</i>)		
Discordo totalmente	105 (20,7)	10 (2,0)
Discordo parcialmente	79 (15,6)	30 (5,9)
Neutro	114 (22,5)	101 (20,0)
Concordo parcialmente	91 (17,9)	145 (28,7)
Concordo totalmente	118 (23,3)	219 (43,4)

Continua

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
16. Posso realizar RCP sozinho (<i>autoeficácia</i>)		
Discordo totalmente	243 (48,0)	3 (0,6)
Discordo parcialmente	92 (18,2)	14 (2,8)
Neutro	102 (20,2)	80 (15,8)
Concordo parcialmente	42 (8,3)	161 (31,9)
Concordo totalmente	27 (5,3)	247 (48,9)
17. Acredito que o prognóstico do paciente ressuscitado é ruim (<i>amotivação</i>)		
Discordo totalmente	199 (39,5)	158 (31,2)
Discordo parcialmente	118 (23,4)	130 (25,6)
Neutro	171 (33,9)	168 (33,1)
Concordo parcialmente	15 (3,0)	34 (6,7)
Concordo totalmente	1 (0,2)	17 (3,4)
18. Acredito que a desfibrilação prejudica o coração do paciente (<i>amotivação</i>)		
Discordo totalmente	257 (50,9)	257 (50,9)
Discordo parcialmente	134 (26,5)	140 (27,7)
Neutro	101 (20,0)	86 (17,0)
Concordo parcialmente	11 (2,2)	15 (3,0)
Concordo totalmente	2 (0,4)	7 (1,4)
19. A desfibrilação deve ser realizada por qualquer profissional de saúde na cena (<i>motivação</i>)		
Discordo totalmente	70 (13,8)	48 (9,5)
Discordo parcialmente	86 (17,0)	68 (13,4)
Neutro	148 (29,2)	139 (27,5)
Concordo parcialmente	95 (18,7)	109 (21,5)
Concordo totalmente	108 (21,3)	142 (28,1)

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
20. Hesito em usar o DEA porque temo prejudicar o paciente (<i>amotivação</i>)		
Discordo totalmente	167 (33,2)	222 (43,8)
Discordo parcialmente	137 (27,2)	143 (28,3)
Neutro	143 (28,4)	104 (20,6)
Concordo parcialmente	32 (6,4)	24 (4,7)
Concordo totalmente	24 (4,8)	13 (2,6)
21. Se houver um DEA disponível, eu o usaria para atender um paciente com parada cardíaca (<i>intenção</i>)		
Discordo totalmente	90 (17,8)	16 (3,2)
Discordo parcialmente	70 (13,8)	30 (5,9)
Neutro	139 (27,5)	63 (12,5)
Concordo parcialmente	101 (20,0)	137 (27,1)
Concordo totalmente	106 (20,9)	259 (51,3)
22. Eu apoiaria/participaria de um projeto comunitário de RCP/DEA (<i>intenção</i>)		
Discordo totalmente	8 (1,6)	6 (1,2)
Discordo parcialmente	14 (2,8)	10 (2,0)
Neutro	81 (16,1)	62 (12,3)
Concordo parcialmente	140 (27,8)	132 (26,1)
Concordo totalmente	261 (51,7)	295 (58,4)
23. Eu faria ventilação boca a boca durante a RCP (<i>intenção</i>)		
Discordo totalmente	65 (12,8)	48 (9,5)
Discordo parcialmente	73 (14,4)	63 (12,5)
Neutro	132 (26,1)	117 (23,2)
Concordo parcialmente	111 (21,9)	98 (19,4)
Concordo totalmente	125 (24,8)	178 (35,4)

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
24. Se eu fosse a única testemunha de uma parada cardíaca de uma pessoa desconhecida, eu começaria a ressuscitar (<i>intenção</i>)		
Discordo totalmente	18 (3,6)	3 (0,6)
Discordo parcialmente	17 (3,4)	1 (0,2)
Neutro	67 (13,3)	21 (4,2)
Concordo parcialmente	105 (20,8)	105 (20,8)
Concordo totalmente	297 (58,9)	374 (74,2)
25. Se eu fosse a única testemunha de uma parada cardíaca em uma pessoa conhecida (amigo ou familiar), eu começaria a ressuscitar (<i>intenção</i>)		
Discordo totalmente	13 (2,6)	2 (0,4)
Discordo parcialmente	17 (3,4)	1 (0,2)
Neutro	42 (8,3)	13 (2,6)
Concordo parcialmente	87 (17,2)	63 (12,5)
Concordo totalmente	347 (68,5)	425 (84,3)

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa. SBV = suporte básico da vida; DEA = desfibrilador externo automático; RCP = ressuscitação cardiopulmonar

A distribuição apresentada na Tabela 4 evidencia, de forma clara, o deslocamento consistente das respostas para categorias superiores após o treinamento, reforçando o impacto direto da intervenção sobre intenção, motivação e autoeficácia percebida em RCP e uso do DEA. Com esse panorama consolidado, a seção seguinte aprofunda a variação da autoeficácia percebida especificamente no domínio da obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE), permitindo comparar padrões de mudança entre diferentes componentes do Suporte Básico de Vida.

5.5 VARIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA COM A INTERVENÇÃO DE TREINAMENTO - OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE): DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS

A análise da autoeficácia percebida para o manejo da obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) revelou mudanças expressivas nas categorias de resposta após o treinamento, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – Avaliação descritiva da autopercepção sobre competências em obstrução das vias aéreas por corpo estranho: resultados pré e pós-intervenção da distribuição por categorias

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
1. O quanto você se sente confiante em identificar uma situação de Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho (OVACE)? <i>(autoeficácia)</i>		
Nada	155 (30,6)	3 (0,6)
Um pouco	104 (20,5)	3 (0,6)
Médio	151 (29,8)	55 (10,9)
Muito	64 (12,6)	187 (37,2)
Totalmente	33 (6,5)	255 (50,7)
2. Quão seguro você se sente em aplicar a Manobra de Desengasgo em uma vítima de OVACE? <i>(autoeficácia)</i>		
Nada	165 (32,6)	2 (0,4)
Um pouco	104 (20,6)	3 (0,6)
Médio	124 (24,5)	41 (8,2)
Muito	77 (15,2)	192 (38,2)
Totalmente	36 (7,1)	264 (52,6)

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa. OVACE = obstrução das vias aéreas por corpo estranho.

Os dados da Tabela 5 evidenciam um deslocamento consistente das respostas para níveis mais altos de confiança e preparo, indicando que a intervenção foi eficaz em fortalecer a percepção de competência dos participantes no manejo da OVACE.

5.6 VARIAÇÃO PERCEBIDA COM A INTERVENÇÃO DE TREINAMENTO – CONTROLE DE SANGRAMENTO: DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS

A Tabela 6 descreve a percepção dos participantes sobre o controle de sangramentos e situações de risco, revelando mudanças nas categorias de respostas dos participantes entre o pré e pós-intervenção.

Em relação à percepção de autoeficácia para ajudar a parar o sangramento, houve uma mudança expressiva, a categoria “totalmente” aumentou de 9,9% para 31,1%, enquanto a proporção de respostas “nada” caiu de 22,3% para 0,4%.

Em relação à intenção, na probabilidade de ajudar uma pessoa ferida que está sangrando observou-se um aumento expressivo na intenção dos participantes. A categoria “totalmente” passou de 48,5% para 56,1%, enquanto a proporção de “nada” caiu de 1,8% para 0,4%. Também sobre intenção, no item sobre a probabilidade de ajudar uma pessoa sangrando sem um kit de controle de sangramento disponível, a frequência de respostas na categoria “totalmente” subiu de 21,9% para 33,1%, e na categoria “nada” foi reduzida de 7,7% para 1,8%. Sobre motivação, para o item *"Quão confortável você está com ajudar uma pessoa ferida que está sangrando?"*, a categoria “totalmente” teve um aumento considerável, de 26,8% para 36,2%, com redução acentuada na categoria “nada”, de 5,5% para 1,2%.

Nos itens que tratam de amotivação (obstáculos), quanto à preocupação com causar mais danos durante o atendimento de uma pessoa ferida que está sangrando, os participantes demonstraram variações menores, às vezes compatíveis com reduções destas percepções (levando a escores mais elevados), como em *“Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação ao risco de causar mais ferimentos na vítima”*, mas também com aumento destas percepções negativas (e escores menores) em alguns casos, como em *“Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação à transmissão de doenças”*.

Tabela 6 – Avaliação descritiva da autopercepção sobre competências no auxílio a vítimas com sangramento: resultados pré e pós-intervenção da distribuição por categorias

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
1. Qual é a probabilidade de você ajudar uma pessoa ferida que está sangrando? (<i>intenção</i>)		
Nada	9 (1,8)	2 (0,4)
Um pouco	26 (5,1)	3 (0,6)
Médio	81 (16,0)	44 (8,7)
Muito	145 (28,6)	173 (34,2)
Totalmente	246 (48,5)	284 (56,1)
2. Quão confortável você está com ajudar uma pessoa ferida que está sangrando? (<i>motivação</i>)		
Nada	28 (5,5)	6 (1,2)
Um pouco	56 (11,1)	16 (3,2)
Médio	127 (25,1)	105 (20,8)
Muito	159 (31,5)	196 (38,6)
Totalmente	135 (26,8)	183 (36,2)
3. Quão preparado você está para ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida? (<i>autoeficácia</i>)		
Nada	113 (22,3)	2 (0,4)
Um pouco	147 (29,1)	16 (3,2)
Médio	131 (25,9)	124 (24,6)
Muito	65 (12,8)	206 (40,7)
Totalmente	50 (9,9)	157 (31,1)
4. Quão preocupado você está em causar mais danos a uma pessoa ferida que está sangrando? (<i>amotivação</i>)		
Nada	36 (7,1)	36 (7,1)
Um pouco	55 (10,9)	70 (13,8)
Médio	162 (32,1)	146 (28,9)
Muito	132 (26,1)	141 (27,9)
Totalmente	120 (23,8)	113 (22,3)

Continua

Continuação

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
5. Qual seria a probabilidade de você ajudar uma pessoa sangrando se você não tem um kit de controle de sangramento disponível?		
<i>(amotivação)</i>		
Nada	39 (7,7)	9 (1,8)
Um pouco	83 (16,4)	46 (9,1)
Médio	131 (25,9)	119 (23,6)
Muito	142 (28,1)	164 (32,5)
Totalmente	111 (21,9)	167 (33,1)
6. Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação à sua segurança física?		
<i>(amotivação)</i>		
Nada	33 (6,5)	23 (4,5)
Um pouco	62 (12,3)	46 (9,1)
Médio	136 (26,9)	99 (19,6)
Muito	139 (27,5)	139 (27,5)
Totalmente	135 (26,8)	199 (39,3)
7. Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação à transmissão de doenças?		
<i>(amotivação)</i>		
Nada	18 (3,6)	13 (2,6)
Um pouco	44 (8,7)	27 (5,3)
Médio	100 (19,8)	76 (15,0)
Muito	131 (25,8)	125 (24,8)
Totalmente	213 (42,1)	264 (52,3)

Continua

		Conclusão	
Itens	Tempo		
	Pré	Pós	
8. Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação à visão de sangue? <i>(amotivação)</i>			
Nada	221 (43,7)	204 (40,4)	
Um pouco	99 (19,5)	98 (19,4)	
Médio	94 (18,6)	83 (16,4)	
Muito	49 (9,7)	53 (10,5)	
Totalmente	43 (8,5)	67 (13,3)	
9. Você tem alguma preocupação sobre ajudar a parar o sangramento em uma pessoa ferida, em relação ao risco de causar mais ferimentos na vítima? <i>(amotivação)</i>			
Nada	39 (7,7)	75 (14,9)	
Um pouco	87 (17,2)	98 (19,4)	
Médio	153 (30,2)	138 (27,4)	
Muito	122 (24,1)	107 (21,2)	
Totalmente	105 (20,8)	86 (17,1)	

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa.

5.7 VARIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA COM A INTERVENÇÃO DE TREINAMENTO: DISTRIBUIÇÃO POR CATEGORIAS

A análise descritiva dos itens relacionados à autoeficácia geral revelou tendência de melhora na percepção de competência pessoal dos participantes após a intervenção, com aumento das respostas nas categorias superiores (“concordo parcialmente” e “concordo totalmente”) em todos os itens avaliados.

Para o item “*Mesmo quando as coisas estejam difíceis, eu consigo desempenhos muito bons*”, observou-se que, no momento pré-intervenção, a maioria dos participantes declarou “concordo parcialmente” (56,8%), seguida por “concordo

totalmente” (21,5%). Após a intervenção, houve elevação na proporção de respostas “concordo totalmente” para 35,9% e leve redução na categoria “concordo parcialmente” (53,6%).

Quanto ao item *“Eu vou ser capaz de superar com êxito muitos desafios”*, inicialmente, 54,3% dos participantes responderam “concordo totalmente” e 40,6% “concordo parcialmente”. Após a intervenção, houve aumento para 61,6% na categoria “concordo totalmente”, mantendo-se a maioria das respostas nas categorias mais altas de autoeficácia.

No item *“Eu acredito que posso realizar de forma eficaz muitas tarefas diferentes”*, destacou-se um crescimento na proporção de participantes que selecionaram “concordo totalmente”, passando de 43,0% para 51,3% no pós-intervenção. A categoria “concordo parcialmente” manteve-se estável, com leve queda (de 48,5% para 45,1%).

No item *“Em geral, eu acho que posso obter os resultados que são importantes para mim”*, antes da intervenção, 56,1% relataram “concordo totalmente”, e esse percentual aumentou para 62,6% após a intervenção. A categoria “concordo parcialmente” apresentou redução de 39,9% para 34,6%.

Para o item “Quando me deparo com tarefas difíceis, tenho certeza de que vou realizá-las”, os resultados mostraram um crescimento da categoria “concordo totalmente”, que passou de 32,8% para 42,8%. A categoria “concordo parcialmente” manteve-se como a mais expressiva, embora tenha apresentado leve diminuição (de 51,0% para 46,5%).

Por fim, no item “Em comparação com outras pessoas, eu posso fazer a maioria das tarefas muito bem”, antes da intervenção, 47,1% dos participantes responderam “concordo parcialmente” e 24,3% “concordo totalmente”. Após a intervenção, houve um aumento substancial nas respostas “concordo totalmente”, que atingiram 40,0%, com leve redução na categoria “concordo parcialmente” (44,7%).

Informações detalhadas sobre os dados mencionados estão disponíveis na Tabela 7.

Tabela 7 – Avaliação descritiva da autoeficácia geral percebida: resultados pré e pós-intervenção da distribuição por categorias

Itens	Tempo	
	Pré	Pós
1. Mesmo quando as coisas estejam difíceis, eu consigo desempenhos muito bons (autoeficácia)		
Não confiante	1 (0,2)	0 (0,0)
Pouco confiante	8 (1,6)	3 (0,6)
Moderadamente confiante	101 (19,9)	50 (9,9)
Confiante	288 (56,8)	270 (53,6)
Muito confiante	109 (21,5)	181 (35,9)
2. Eu vou ser capaz de superar com êxito muitos desafios (autoeficácia)		
Não confiante	0 (0,0)	1 (0,2)
Pouco confiante	2 (0,4)	1 (0,2)
Moderadamente confiante	24 (4,7)	14 (2,8)
Confiante	206 (40,6)	178 (35,2)
Muito confiante	275 (54,3)	311 (61,6)
3. Eu acredito que posso realizar de forma eficaz muitas tarefas diferentes (autoeficácia)		
Não confiante	0 (0,0)	1 (0,2)
Pouco confiante	1 (0,2)	2 (0,4)
Moderadamente confiante	42 (8,3)	15 (3,0)
Confiante	246 (48,5)	228 (45,1)
Muito confiante	218 (43,0)	259 (51,3)
4. Em geral, eu acho que posso obter os resultados que são importantes para mim (autoeficácia)		
Não confiante	0 (0,0)	1 (0,2)
Pouco confiante	0 (0,0)	3 (0,6)
Moderadamente confiante	20 (4,0)	10 (2,0)
Confiante	202 (39,9)	175 (34,6)
Muito confiante	284 (56,1)	316 (62,6)
5. Quando me deparo com tarefas difíceis, tenho certeza de que vou realizá-las (autoeficácia)		
Não confiante	3 (0,6)	1 (0,2)
Pouco confiante	4 (0,8)	3 (0,6)
Moderadamente confiante	75 (14,8)	50 (9,9)
Confiante	258 (51,0)	235 (46,5)
Muito confiante	166 (32,8)	216 (42,8)

Continua

Conclusão		
Itens	Tempo	
	Pré	Pós
6. Em comparação com outras pessoas, eu posso fazer a maioria das tarefas muito bem (autoeficácia)		
Não confiante	0 (0,0)	1 (0,2)
Pouco confiante	11 (2,2)	3 (0,6)
Moderadamente confiante	134 (26,4)	73 (14,5)
Confiante	239 (47,1)	226 (44,7)
Muito confiante	123 (24,3)	202 (40,0)

Fonte: Dados da pesquisa (2025).
Nota: Valores expressos em frequência absoluta e relativa.

A Tabela 7 sintetiza essas variações e confirma a tendência geral de fortalecimento da autoeficácia global após o treinamento, com deslocamento consistente das respostas para categorias superiores de confiança. Com esse panorama consolidado, a próxima seção aprofunda a análise dos escores médios pré e pós-intervenção, permitindo uma avaliação integrada do impacto da capacitação.

5.8 ANÁLISE PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO: ESCORES MÉDIOS DOS QUESTIONÁRIOS

Os escores médios de cada um dos quatro questionários aplicados são comparados pré e pós-intervenção na Tabela 8.

Tabela 8 – Escores médios dos questionários aplicados pré e pós-intervenção				
Tempo	RCP	OVACE	CS	Autoeficácia Geral
Pré	3,8 ± 1,4	2,4 ± 1,3	3,0 ± 1,4	4,2 ± 0,7
Pós	4,4 ± 0,9	4,4 ± 0,7	3,3 ± 1,4	4,4 ± 0,5
p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Fonte: Dados da pesquisa (2025).
Nota: RCP = ressuscitação cardiorrespiratória; OVACE = obstrução das vias aéreas por corpo estranho; CS = controle de sangramento.

Os resultados demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os escores obtidos nos momentos pré e pós-intervenção no questionário de

Ressuscitação Cardiorrespiratória [$t_{(506)} = -26,531$; $p < 0,001$]. Em conjunto, as médias dos escores após a intervenção foram significativamente maiores em comparação com as médias antes da intervenção, indicando aumentos nas percepções dos participantes após o treinamento nos domínios preditores de comportamento.

Quanto ao questionário para **Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho**, os resultados demonstraram haver diferença com significância estatística nos momentos pré e pós-intervenção [$t_{(502)} = -35,884$; $p < 0,001$]. Em conjunto, as médias dos escores após a intervenção foram significativamente superiores às médias da pré-intervenção.

Os resultados evidenciaram uma diferença estatisticamente significativa entre os escores obtidos nos momentos pré e pós-intervenção no questionário para **Controle de Sangramento** [$t_{(505)} = -12,087$; $p < 0,001$]. Em conjunto, as médias dos escores na pós-intervenção foram significativamente maiores que as médias da pré-intervenção.

Em relação ao questionário acerca da **Autoeficácia Geral**, os resultados mostraram uma diferença estatisticamente significativa entre os escores obtidos nos momentos pré e pós-intervenção no questionário de Autoeficácia [$t_{(505)} = -7,769$; $p < 0,001$]. As médias dos escores após a intervenção foram significativamente maiores do que as médias observadas antes da intervenção, indicando um aumento na percepção de autoeficácia dos participantes após o treinamento.

5.9 ANÁLISE PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO: ESCORES MÉDIOS DOS ITENS

A análise dos escores médios pré e pós-intervenção permite observar, de forma sintética, a magnitude das mudanças produzidas pelo treinamento nos diferentes domínios avaliados. As Tabelas 9 a 12 apresentam essas variações, evidenciando ganhos consistentes de autoeficácia específica e geral, motivação e intenção entre os participantes.

Tabela 9 – Resultados dos escores informados pelos alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina nos itens do questionário “Ressuscitação Cardiorrespiratória”

Item	Escore pré-intervenção	Escore pós-intervenção	Diferença	p
1 (intenção)	4,62 ± 0,68	4,72 ± 0,56	+ 0,10	0,012
2 (autoeficácia)	2,19 ± 1,16	4,41 ± 0,75	+ 2,22	< 0,001
3 (motivação)	3,12 ± 1,35	4,60 ± 0,66	+ 1,47	< 0,001
4 (motivação)	4,12 ± 1,09	4,67 ± 0,65	+ 0,56	< 0,001
5 (intenção)	4,09 ± 1,12	4,69 ± 0,58	+ 0,60	< 0,001
6 (autoeficácia)	1,67 ± 1,11	3,73 ± 1,12	+ 2,06	< 0,001
7 (motivação)	4,39 ± 0,93	4,59 ± 0,74	+ 0,20	< 0,001
8 (motivação)	4,82 ± 0,46	4,86 ± 0,41	+ 0,05	0,096
9 (motivação)	4,54 ± 0,78	4,76 ± 0,60	+ 0,22	< 0,001
10 (autoeficácia)	4,55 ± 0,72	4,66 ± 0,65	+ 0,10	0,013
11 (amotivação)	1,76 ± 0,93	1,61 ± 0,92	- 0,16	0,007
12 (amotivação)	2,81 ± 1,35	1,55 ± 0,88	- 1,27	< 0,001
13 (amotivação)	1,69 ± 0,88	1,51 ± 0,87	- 0,18	< 0,001
14 (intenção)	4,79 ± 0,61	4,85 ± 0,40	+ 0,06	0,054
15 (autoeficácia)	3,08 ± 1,43	4,03 ± 1,04	+ 0,94	< 0,001
16 (autoeficácia)	2,06 ± 1,21	4,25 ± 0,86	+ 2,19	< 0,001
17 (amotivação)	2,00 ± 0,95	2,27 ± 1,06	+ 0,26	< 0,001
18 (amotivação)	1,76 ± 0,86	1,79 ± 0,94	+ 0,03	0,620
19 (motivação)	3,15 ± 1,32	3,45 ± 1,28	+ 0,30	< 0,001
20 (amotivação)	2,24 ± 1,12	1,96 ± 1,04	- 0,28	< 0,001
21 (intenção)	3,11 ± 1,35	4,16 ± 1,07	+ 1,05	< 0,001
22 (intenção)	4,21 ± 0,94	4,37 ± 0,88	+ 0,16	0,005
23 (intenção)	3,32 ± 1,32	3,59 ± 1,32	+ 0,27	< 0,001
24 (intenção)	4,26 ± 1,06	4,67 ± 0,64	+ 0,41	< 0,001
25 (intenção)	4,45 ± 0,96	4,80 ± 0,52	+ 0,34	< 0,001

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: Resultados apresentados em média ± desvio-padrão * p < 0,05, teste t pareado, n = 540 participantes.

Tabela 10 – Resultados dos escores informados pelos alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina nos itens do questionário “Controle de Sangramento”

Item	Escore pré-intervenção	Escore pós-intervenção	Diferença	p
1 (intenção)	4,14 ± 1,00	4,46 ± 0,70	+ 0,32	< 0,001
2 (motivação)	3,62 ± 1,16	4,05 ± 0,89	+ 0,43	< 0,001
3 (autoeficácia)	2,59 ± 1,24	3,99 ± 0,85	+ 1,40	< 0,001
4 (amotivação)	3,44 ± 1,18	3,46 ± 1,18	+ 0,02	0,782
5 (amotivação)	3,40 ± 1,19	3,85 ± 1,03	+ 0,45	< 0,001
6 (amotivação)	3,57 ± 1,19	3,88 ± 1,16	+ 0,30	< 0,001
7 (amotivação)	3,96 ± 1,18	4,18 ± 1,37	+ 0,22	< 0,001
8 (amotivação)	2,25 ± 1,37	2,37 ± 1,42	+ 0,12	0,164
9 (amotivação)	3,32 ± 1,22	3,08 ± 1,28	- 0,24	0,002

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: Resultados apresentados em média ± desvio-padrão * p < 0,05, teste t pareado, n = 540 participantes.

Tabela 11 – Resultados dos escores informados pelos alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina nos itens do questionário “Obstrução de vias aéreas por corpo estranho”

Item	Escore pré-intervenção	Escore pós-intervenção	Diferença	p
1 (autoeficácia)	2,40 ± 1,24	4,36 ± 0,74	+ 1,96	< 0,001
2 (autoeficácia)	2,43 ± 1,28	4,41 ± 0,70	+ 1,98	< 0,001

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: Resultados apresentados em média ± desvio-padrão * p < 0,05, teste t pareado, n = 540 participantes.

Tabela 12 – Resultados dos escores informados pelos alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina nos itens do questionário “Escala de Autoeficácia Geral Percebida”

Item	Escore pré-intervenção	Escore pós-intervenção	Diferença	p
1 (autoeficácia)	4,00 ± 0,74	4,25 ± 0,65	+ 0,25	< 0,001
2 (autoeficácia)	4,52 ± 0,59	4,57 ± 0,58	+ 0,05	0,119
3 (autoeficácia)	4,35 ± 0,65	4,47 ± 0,60	+ 0,12	< 0,001
4 (autoeficácia)	4,52 ± 0,58	4,59 ± 0,58	+ 0,07	0,033
5 (autoeficácia)	4,16 ± 0,74	4,32 ± 0,68	+ 0,16	< 0,001
6 (autoeficácia)	3,92 ± 0,78	4,23 ± 0,72	+ 0,30	< 0,001

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Nota: Resultados apresentados em média ± desvio-padrão, teste t pareado, n = 540 participantes.

De modo geral, os resultados médios confirmam o padrão observado nas

distribuições por categorias, demonstrando aumentos estatisticamente significativos na maioria dos itens e reforçando o impacto positivo da capacitação sobre a percepção de competência dos alunos-soldados. Com esses achados consolidados, a próxima seção integra essas evidências na discussão dos resultados à luz da literatura.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados integra a análise quantitativa dos efeitos da intervenção com a literatura nacional e internacional sobre autoeficácia, ensino de primeiros socorros e desempenho de primeiros respondedores. Ao articular os achados empíricos com diferentes dimensões teóricas esta seção busca contextualizar a magnitude das mudanças observadas, identificar convergências e divergências em relação a estudos prévios e examinar implicações práticas para a formação policial. Também são consideradas as limitações metodológicas do estudo, de modo a oferecer uma interpretação crítica e fundamentada dos resultados.

6.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Os resultados do estudo quase-experimental com alunos-soldados da PMSC evidenciaram aumento substancial de autoeficácia específica, intenção e motivação autorreferidos em ressuscitação cardiorrespiratória (RCP), obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) e controle de sangramento. Sobretudo, como principal objetivo deste estudo, observou-se aumento significativo da autoeficácia geral percebida após a capacitação teórico-prática. A análise foi conduzida com rigor metodológico, utilizando delineamento pré e pós-intervenção e métodos estatísticos apropriados para dados emparelhados (teste t pareado) e variáveis categóricas (ANOVA, testes post hoc), o que reforça a validade interna dos achados.

Os efeitos das variáveis sociodemográficas e antropométricas sobre os escores foram, em geral, não significativos, com exceção de OVACE, em que sexo e altura mostraram impacto modesto. Esse padrão sugere que o programa de treinamento foi efetivo de maneira ampla e equitativa entre os subgrupos da amostra.

Destacam-se, em RCP, saltos expressivos nas categorias “confiante/muito confiante” em itens centrais: “Eu saberia o que fazer se presenciasse uma parada cardíaca” (muito confiante: 5,1%→54,6%; queda de “não confiante”: 32,3%→0,8%), “Eu começaria uma RCP porque assim eu poderia salvar a vida de uma pessoa” (muito confiante: 20,4%→68,7%) e “Posso realizar RCP sozinho” (muito confiante: 5,3%→48,9%; “não confiante”: 48,0%→0,6%). A confiança no uso do desfibrilador

externo automático (DEA) também cresceu de modo relevante (muito confiante: 20,9%→51,3%). Todos esses resultados são estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Tais padrões confirmam o ganho global de competência percebida e a redução de barreiras afetivas para a ação, alinhando-se à hipótese de que a simulação e a prática estruturada elevam crenças de capacidade e prontidão para agir em emergências. Isso sugere aquisição cognitiva, além de incremento na autoeficácia operacional, fundamental em contextos militares, nos quais a tomada de decisão rápida e autônoma é crítica.

No domínio de OVACE, observou-se evolução notável na capacidade autorreferida para identificar e manejar emergências respiratórias, com o percentual de “muito confiante” para identificação de OVACE passando de 6,5% para 50,7%, e para aplicação da manobra de desengasgo de 7,1% para 52,6%. Esses achados demonstram a eficácia do treinamento e o impacto positivo sobre o autoconceito de competência técnica.

Em controle de sangramento, embora as melhorias tenham sido um pouco mais modestas, destacam-se avanços relevantes, especialmente na redução de barreiras emocionais e cognitivas. A confiança para atuar sem um kit especializado aumentou substancialmente (de 21,9% para 33,1%), assim como a percepção de preparo para interromper hemorragias (de 9,9% para 31,1%). A manutenção de preocupações relacionadas à visão de sangue, entretanto, sugere que aspectos afetivos específicos poderiam ser mais fortemente abordados em futuras capacitações. Também houve pequeno aumento da preocupação com a transmissão de doenças, o que pode denotar um reconhecimento deste perigo com o treinamento (que antes era despercebido). Por outro lado, observa-se que as menores mudanças de escore ocorreram especificamente nos itens com “escore invertido” (aquelas questões relacionadas à amotivação, em que o escore mais alto foi associado à maior discordância da afirmação). É também possível que alguns participantes tenham se confundido com as respostas, reduzindo o tamanho do efeito observado nestas questões.

A variável autoeficácia geral apresentou incremento positivo, consistente com a literatura que correlaciona treinamento prático com fortalecimento da crença no próprio desempenho (Dimitrov; Rumrill, 2003). A elevação nas categorias “muito confiante” em todos os itens confirma que a intervenção aumentou habilidades específicas e fortaleceu a percepção global de competência. Esses achados

sugerem transferência parcial do ganho de autoeficácia específica de tarefa, como ressuscitação cardiorrespiratória, para crenças mais amplas de capacidade, coerente com a Teoria Social Cognitiva e com o uso da Escala de Autoeficácia Geral Percebida ([2016]) validada para o português em 1999.

No presente estudo, também se destaca o aumento estatisticamente significativo dos escores médios em todos os instrumentos utilizados, após a intervenção. O questionário sobre RCP apresentou incremento médio de 0,46 pontos ($p < 0,001$) em seu escore final médio, OVACE teve um expressivo aumento de 1,95 pontos ($p < 0,001$), controle de sangramento uma elevação de 0,33 pontos ($p < 0,001$) e autoeficácia percebida um aumento de 0,16 pontos ($p < 0,001$). Esses resultados indicam ganhos consistentes e significativos na confiança dos alunos-soldados, corroborando a efetividade do treinamento teórico-prático implementado. Os achados situam os alunos-soldados em um patamar elevado de autoeficácia geral, com aumento adicional após o treinamento específico em primeiros socorros, aproximando-os do perfil esperado de primeiros respondedores treinados.

Em síntese, os resultados evidenciam que a intervenção foi altamente eficaz em promover a autoconfiança dos alunos-soldados em competências críticas de primeiros socorros, com implicações relevantes para sua prontidão operacional. A adoção contínua e a expansão desse modelo de treinamento podem contribuir para a formação de profissionais mais preparados e autônomos em contextos de urgência.

6.2 AUTOEFICÁCIA E ENSINO EM RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM A LITERATURA

Neste estudo, a autoeficácia relacionada à ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) foi avaliada a partir de uma escala específica de autoeficácia percebida em policiais militares em formação. Antes da intervenção, o domínio de RCP apresentou média de $3,32 \pm 0,36$, em escala Likert de 1 a 5, indicando nível de confiança já relativamente elevado na capacidade de reconhecer e manejar uma parada cardiorrespiratória. Após o treinamento, essa média aumentou para $3,78 \pm 0,32$ ($p < 0,001$), evidenciando ganho estatisticamente significativo, embora de magnitude moderada quando comparado ao patamar basal elevado da amostra. Da mesma forma, o escore global de autoeficácia geral também se manteve em nível alto,

passando de $4,24 \pm 0,50$ para $4,40 \pm 0,52$ ($p < 0,001$), reforçando que a intervenção atuou mais como reforço e consolidação de autoeficácia percebida já em níveis altos do que como ganho inicial em sujeitos leigos ou pouco autoconfiantes.

Os resultados obtidos com alunos-soldados dialogam diretamente com os achados de Binkhorst *et al.* (2020), que demonstram, em ensaio clínico randomizado com estudantes de medicina, que o treinamento em Suporte Básico de Vida Pediátrico conduzido por pares é capaz de produzir escores de autoeficácia mais elevados do que aquele ministrado por instrutores especialistas, mantendo desempenho prático semelhante entre os grupos. Tanto no estudo de Binkhorst quanto no presente trabalho, a intervenção — embora distinta em formato e público-alvo — resulta em aumento relevante na eficácia dos participantes para executar manobras de ressuscitação.

A pesquisa de Bates (2023), por sua vez, tem como foco a autoeficácia de pais residentes em bairros de baixa renda nos Estados Unidos. A autora propõe investigar se a participação em cursos de RCP aumenta a autoeficácia parental para responder a emergências com seus filhos, utilizando a *Basic Resuscitation Self-Efficacy Scale (BR-SES)* como instrumento de medida. Embora o documento analisado se apresente como proposta de pesquisa e não forneça resultados empíricos consolidados, a questão central é análoga à do presente estudo: compreender se a capacitação em RCP se traduz em maior crença na própria capacidade de agir diante de uma emergência. A principal diferença reside no recorte populacional — pais leigos em contexto comunitário vulnerável versus policiais militares em formação — e na natureza do treinamento (oferta gratuita e voluntária para leigos em bairros socioeconomicamente deprimidos, em comparação com formação mandatória em instituição militar). Em ambos os casos, entretanto, a autoeficácia é concebida como variável intermediária chave entre a exposição ao curso e a probabilidade futura de prestação de RCP em situações reais.

Os estudos clínicos sobre parada cardiorrespiratória pediátrica reforçam a relevância prática de aumentar a autoeficácia de potenciais primeiros respondedores. Lee *et al.* (2019), em estudo retrospectivo com 152 casos de parada cardiorrespiratória pediátrica extra-hospitalar atendidos em um serviço de emergência de referência em Taiwan, observaram que apenas 13,8% das crianças sobreviveram até a alta hospitalar e apenas 4,6% apresentaram desfecho neurológico favorável, apesar de avanços recentes na medicina de emergência. Ao

apontar que a maioria dos eventos ocorre em domicílio, com ritmos iniciais não chocáveis, baixa frequência de RCP por leigos em cenários extra-hospitalares e grande impacto prognóstico da intervenção precoce, esses autores reforçam a importância estratégica de ampliar o contingente de primeiros respondedores competentes na comunidade. Ao demonstrar que os alunos-soldados apresentam altos escores de autoeficácia e percepção de competência em RCP, OVACE e controle de sangramento após o treinamento, o presente estudo sugere que essa categoria profissional pode constituir elo importante da cadeia de sobrevivência, sobretudo em ambientes comunitários onde a população geral permanece pouco treinada.

No plano dos desfechos clínicos, o estudo de Jean Louis *et al.* (2023), realizado em Navarra (Espanha), demonstra de forma concreta o impacto da atuação policial como primeiro respondente na sobrevivência à parada cardiorrespiratória extra-hospitalar. Em 628 casos analisados, a sobrevivência global foi de 17,8% quando a polícia chegou antes e iniciou a RCP, em comparação com 13,5% quando o primeiro atendimento foi prestado exclusivamente pelos serviços de emergência. A chegada antecipada dos policiais permitiu iniciar as manobras, em média, 5,4 minutos mais cedo, o que aumentou em aproximadamente 10,1% a probabilidade de sobrevivência. Ao comparar esses resultados com o presente estudo — que documenta elevada autoeficácia e aumento da percepção de competência dos alunos-soldados em RCP, OVACE e controle de sangramento — pode-se inferir que a qualificação de policiais militares como primeiros respondedores não é apenas desejável, mas potencialmente determinante para melhorar os desfechos da parada cardiorrespiratória na comunidade, sobretudo em áreas onde a população geral permanece pouco treinada.

6.2.1 Barreiras de Ressuscitação Cardiorrespiratória

A revisão de escopo conduzida por Matsuyama *et al.* (2020), no âmbito do ILCOR, sistematiza fatores que influenciam a disposição de leigos em realizar RCP em situações reais. Em 18 estudos incluídos, os autores identificaram barreiras relacionadas a fatores pessoais (medo de fazer algo errado, ansiedade, nojo, receio de doenças), lacunas de conhecimento (falta de treinamento prévio, esquecimento de passos) e questões procedimentais (dúvidas sobre reconhecimento da parada,

insegurança quanto ao uso do DEA), bem como facilitadores associados a treinamento recente, instrução telefônica por despachantes e protocolos simplificados. Embora o presente estudo não tenha avaliado diretamente a “vontade” de intervir, o incremento de autoeficácia observado após o curso aponta para a redução de uma das principais barreiras descritas por essa revisão: a baixa confiança do potencial socorrista em sua própria capacidade. Em policiais militares, cuja função envolve, por natureza, a atuação em situações de risco e emergência, a combinação entre treinamento técnico, autoeficácia elevada e experiência operacional pode ser especialmente promissora para aumentar a taxa de RCP por pessoas leigas.

A literatura recente sobre a experiência do leigo em situações de parada cardiorrespiratória também acrescenta uma dimensão qualitativa relevante à interpretação dos achados de autoeficácia. O *scientific statement* da *American Heart Association*, coordenado por Dainty *et al.* (2022), compila evidências sobre a experiência de leigos treinados que efetivamente responderam a paradas cardiorrespiratórias, descrevendo barreiras à ação (medo de causar dano, receio de responsabilização legal, nojo, choque emocional), vivências durante a realização da ressuscitação cardiorrespiratória e o impacto psicológico posterior, incluindo sintomas de ansiedade e estresse pós-traumático. Apesar de no presente estudo não terem sido avaliadas diretamente essas dimensões, o aumento da autoeficácia observado entre os alunos-soldados deve ser interpretado à luz de que a decisão de intervir não depende apenas de conhecimento e confiança técnica, mas também de fatores emocionais, éticos e organizacionais. Isso reforça a necessidade de que os programas de formação policial incorporem, além da instrução técnica, espaços de discussão sobre medos, expectativas e suporte psicológico pós-evento.

A articulação entre a declaração da *American Heart Association* (AHA) sobre as metas de impacto do Programa de Atendimento Cardiovascular de Emergência 2030 e os resultados do presente estudo evidencia forte convergência quanto ao reconhecimento das barreiras à ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) e às estratégias necessárias para ampliar a capacidade de resposta em Suporte Básico de Vida (SBV).

No cenário internacional, Merchant *et al.* (2024) descrevem que a RCP por leigos ainda é realizada em proporção limitada — cerca de 40% dos casos de parada cardiorrespiratória extra-hospitalar nos Estados Unidos — e que existem

disparidades relevantes entre grupos populacionais, especialmente em comunidades de menor renda e em grupos racial e etnicamente minorizados. Entre as principais barreiras à realização de RCP, o documento destaca o acesso restrito ao treinamento, o medo de “errar”, o receio de transmissão de doenças, preocupações com responsabilidade legal e barreiras linguísticas que dificultam inclusive a execução da RCP orientada por telefone. Essas barreiras se articulam com um contexto mais amplo de desigualdades estruturais, em que o menor acesso à educação em saúde, a recursos de prevenção e a oportunidades de treinamento contribui para piores desfechos em parada cardiorrespiratória.

No presente estudo, embora a população seja distinta (alunos-soldados jovens em formação policial), emergem barreiras de natureza semelhante, observadas no nível individual e traduzidas em crenças de autoeficácia e em percepções de risco e responsabilidade. Antes da intervenção educacional, uma parcela dos participantes referiu que não realizaria RCP por medo de possíveis consequências, como fratura de costelas ou eventuais implicações judiciais, e declarava não saber o que fazer em uma situação de parada cardiorrespiratória. Além disso, parte da amostra relatava preferir evitar a RCP por considerá-la uma responsabilidade excessivamente grande.

Essas crenças configuram barreiras psicológicas e motivacionais que dialogam diretamente com os fatores apontados pela AHA, como o medo de erros, a insegurança técnica e a percepção de risco jurídico, demonstrando que, mesmo em um grupo treinável e inserido em um contexto de segurança pública, a decisão de iniciar a RCP não é automática, mas mediada por julgamentos de competência e responsabilidade pessoal. Após o treinamento em SBV, os resultados indicam uma mudança substancial no sentido da superação dessas barreiras. A média dos escores relativos à RCP aumentou de $3,32 \pm 0,36$ para $3,78 \pm 0,32$ ($p < 0,001$), evidenciando melhora significativa da autoeficácia percebida.

A literatura recente sobre barreiras à RCP por leigos ajuda a contextualizar a importância de se trabalhar o conhecimento técnico, aspectos emocionais, físicos e organizacionais relacionados à atuação em emergências. Aldridge *et al.* (2024), ao analisarem 295 chamadas de emergência para parada cardiorrespiratória extra-hospitalar ao longo de quatro meses, identificaram oito categorias de barreiras à iniciação e continuidade da RCP durante a chamada, entre as quais se destacaram limitações físicas do socorrista (65% das chamadas) e falhas de comunicação entre

atendente e chamador (54%). Ainda que a maioria das barreiras tenha sido superada e a RCP tenha sido realizada em 69% dos casos, esses achados evidenciam que, mesmo quando a orientação telefônica está disponível, o desempenho do leigo é fortemente condicionado por fatores não estritamente cognitivos. No presente estudo, o incremento de autoeficácia entre policiais militares — profissionais já habituados a situações de estresse e demanda física — sugere um potencial diferencial em relação ao socorrista leigo, amenizando parte dessas barreiras, especialmente aquelas ligadas à insegurança e à incapacidade percebida. Ainda assim, os dados de Aldridge reforçam a necessidade de incluir, nos programas de formação, componentes específicos voltados à comunicação com centrais de emergência, manejo de emoções e manutenção da RCP até a chegada do serviço especializado.

Estudos populacionais sobre conhecimento, atitudes e disposição para realizar RCP reforçam esse panorama. Em inquérito telefônico nacional com 1.073 adultos em Taiwan, Huang *et al.* (2019) observaram que aproximadamente metade dos entrevistados afirmava saber executar RCP corretamente, enquanto 86,7% relatavam disposição para realizar RCP em desconhecidos; as principais barreiras referidas foram o medo de consequências legais (44%) e o receio de causar dano ao paciente (36,5%). De modo semelhante, Cui *et al.* (2025), ao analisarem 186 indivíduos previamente treinados em cursos públicos de RCP na China, encontraram taxa de acertos de apenas 39,2% em questões de conhecimento, embora a maioria mantivesse atitude positiva e alta disposição para socorrer familiares. Fatores como experiência prévia em realizar RCP, ter testemunhado uma parada, maior frequência de treinamentos e maior escolaridade associaram-se a melhor conhecimento e atitude, enquanto a percepção de suporte legal foi citada por 84,4% como determinante na decisão de intervir.

Em contraste, na amostra de alunos-soldados da Polícia Militar, a autoeficácia geral já se apresentava elevada no pré-teste, aumentando após o curso, o que pode refletir tanto a cultura institucional de enfrentamento de situações críticas quanto a natureza obrigatória e recorrente do treinamento. Essa comparação evidencia que, para além do conteúdo técnico, políticas claras de amparo jurídico ao agente que presta socorro e a oferta de treinamentos frequentes ao longo da carreira são componentes essenciais para consolidar a disposição de agir em campo.

A revisão sistemática conduzida por Vaillancourt, Stiell e Wells (2008)

aprofunda a compreensão dos determinantes da baixa taxa de RCP por leigos, sintetizando 252 estudos sobre quem deve ser alvo prioritário de treinamento, que estratégias educativas são mais eficazes, quando reciclar, onde fornecer instruções e por que muitas pessoas relutam em aprender ou executar RCP. Os autores destacam que intervenções com melhor suporte empírico incluem instruções assistidas por despachantes via número de emergência, treinamento direcionado a familiares de pacientes cardiopatas, programas com ênfase em tempo de prática em manequins e ensino de conceitos como ambiguidade e difusão de responsabilidade. Iniciativas como eventos de treinamento em massa, por outro lado, apresentam evidência limitada de impacto sustentado sobre as taxas de RCP por testemunhas.

Os achados da presente pesquisa, obtidos em contexto de formação profissional obrigatória, com forte componente prático e foco em um grupo claramente identificado como potencial primeiro respondente, estão em consonância com essas recomendações, ao privilegiar um público-alvo de alta probabilidade de exposição a emergências e garantir carga horária significativa de treino em manequins, com supervisão especializada.

6.2.2 Acesso Populacional ao Treinamento na Ressuscitação Cardiorrespiratória

Do ponto de vista populacional e de acesso ao treinamento, os achados do presente estudo dialogam com o inquérito nacional conduzido por Blewer *et al.* (2017) nos Estados Unidos. Em uma amostra representativa de 9.022 adultos, apenas 18% relataram estar “atualmente treinados” em RCP (curso nos últimos dois anos) e 65% referiram já ter recebido algum treinamento em algum momento da vida. Idade mais avançada, menor escolaridade e menor renda estiveram independentemente associadas a menor probabilidade de ter treinamento em RCP. Esses resultados evidenciam desigualdades importantes no acesso à capacitação em RCP entre leigos. Em contraste, a amostra de alunos-soldados deste estudo é composta majoritariamente por adultos jovens (60,9% entre 26 e 30 anos) inseridos em formação profissional padronizada, o que reduz o impacto de fatores socioeconômicos sobre a oportunidade de treinamento. Ao oferecer capacitação universal em primeiros socorros a um contingente numeroso de agentes de segurança pública, o presente estudo aponta uma estratégia de política pública que

pode mitigar parte das lacunas de treinamento identificadas por Blewer e colaboradores no contexto civil.

Em nível de saúde pública, a revisão de Rao e Kern (2018) discute a sobrevivência comunitária após parada cardiorrespiratória extra-hospitalar nos Estados Unidos, descrevendo incidência anual estimada de 350.000 casos e taxa de sobrevida em torno de 12%, além de reforçar a importância dos quatro elos fundamentais da cadeia de sobrevivência: reconhecimento precoce, compressões torácicas precoces, desfibrilação precoce e cuidados pós-parada agressivos. Ao se considerar que os alunos-soldados avaliados neste estudo atuam em patrulhamento ostensivo, frequentemente próximos ao local de ocorrência da emergência, a combinação de treinamento sistemático, autoeficácia elevada e presença territorial amplia as chances de interrupção do colapso na fase pré-hospitalar, atendendo diretamente às recomendações de Rao e Kern sobre a necessidade de fortalecer o primeiro e o segundo elo da cadeia em âmbito comunitário.

Do ponto de vista epidemiológico, a dissertação de Zandomeneghi (2017) ilustra, a partir de 163 atendimentos de parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar por unidades de suporte avançado do SAMU em Londrina (PR), a gravidade do cenário de parada extra-hospitalar e a importância do atendimento precoce. A maioria das vítimas era do sexo masculino, com mediana de 65 anos, comorbidades frequentes (hipertensão arterial e diabetes mellitus), eventos de causa clínica, ocorridos em domicílio, com ritmo inicial predominantemente em assistolia. Houve associação entre ocorrência presenciada por leigos, menor tempo-resposta da ambulância e maior sobrevida imediata, com taxa global de sobrevida em torno de 25%. Esses resultados dialogam diretamente com o racional do presente estudo: ao elevar a autoeficácia e a percepção de competência de um contingente numeroso de policiais militares espalhados pelo território, aumenta-se a probabilidade de que, entre o colapso e a chegada das equipes especializadas, haja intervenção qualificada capaz de modificar o desfecho, especialmente em áreas residenciais, onde grande parte das PCRs ocorre.

Experiências recentes de programas comunitários de grande escala, como a iniciativa *Pakistan Life Savers Programme (PLSP)*, descrita por Merchant *et al.* (2024), expandem o horizonte de aplicação de treinamentos em RCP e controle de sangramento em contextos de poucos recursos. Com base no modelo EPIS (*Exploration, Preparation, Implementation and Sustainment*), os autores relatam a

implementação gradual de um programa nacional voltado a treinar 10 milhões de leigos em RCP somente com compressões e controle de hemorragias, com 127.833 pessoas capacitadas até o momento, a partir de escolas e outras instituições, utilizando estratégias de baixo custo para maximizar o alcance e a sustentabilidade. A proposta aproxima-se do escopo do curso analisado neste estudo, que integra RCP, OVACE e controle de sangramento no currículo de formação de policiais militares, também com foco na ampliação da capilaridade de primeiros respondedores no território. A diferença reside no fato de que, no PLSP, os treinandos são leigos da comunidade geral, enquanto, no caso presente, trata-se de profissionais de segurança pública com função operacional contínua e possibilidade de desencadear resposta institucional articulada — potencialmente ampliando o impacto do treinamento sobre a cadeia de sobrevivência e sobre a redução de mortes evitáveis por trauma e parada cardiorrespiratória.

6.2.3 Metodologias de Ensino em Ressuscitação Cardiorrespiratória

As metodologias de ensino em ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) têm evoluído rapidamente, incorporando desde práticas tradicionais até simulação realística e tecnologias imersivas. A literatura mostra que abordagens ativas, centradas em cenários práticos e feedback estruturado, tendem a fortalecer habilidades e autoeficácia. Os resultados do presente estudo se alinham a esse panorama, reforçando que a escolha metodológica é decisiva para o desenvolvimento de competências essenciais em emergências.

6.2.3.1 Simulação de Alta Fidelidade

No que se refere especificamente às metodologias utilizadas para o ensino de RCP, a meta-análise conduzida por Herrero-Izquierdo *et al.* (2025) sintetiza 12 ensaios clínicos randomizados com 1.520 participantes e demonstra que a simulação de alta fidelidade, quando comparada ao treinamento tradicional, está associada a melhor desempenho na profundidade das compressões torácicas (SMD = 0,33; IC95% 0,15–0,50) e maior retenção de conhecimento em CPR no curto prazo (SMD = 1,53; IC95% 0,94–2,12). Embora o presente estudo não tenha empregado, de forma exclusiva, tecnologia de alta fidelidade, os ganhos

significativos observados nos escores de percepção de conhecimento e confiança aproximam-se da direção apontada por essa revisão: metodologias ativas, com prática supervisionada e feedback estruturado, tendem a potencializar o aprendizado em RCP. A diferença principal reside no desfecho: enquanto Herrero-Izquierdo *et al.* (2025) se concentram em medidas objetivas de habilidade (profundidade de compressão, retenção de conhecimento), este estudo adota predominantemente indicadores subjetivos de autoeficácia e percepção de competência, embora ambos convirjam para a ideia de melhoria do desempenho esperado na cadeia de sobrevivência.

Em linha semelhante, Ahmad e Aqel (2014) investigam, em estudantes de enfermagem, os efeitos da simulação de alta fidelidade sobre conhecimento, habilidades, aquisição e retenção em CPR. Ainda que o foco seja a formação de profissionais de saúde em ambiente acadêmico — e não de policiais militares em contexto de formação profissionalizante — a lógica pedagógica é semelhante: exposição a cenários realísticos, treino prático repetido e *feedback* imediato como elementos centrais para consolidar competências em ressuscitação. O presente estudo, ao evidenciar elevação dos escores médios de percepção de competência em RCP após o curso, sugere que, mesmo em ambiente de treinamento predominantemente básico e com recursos possivelmente inferiores aos descritos nos estudos de simulação de alta fidelidade, é possível alcançar importante incremento de autoeficácia, desfecho reconhecido como preditor do engajamento futuro em manobras de reanimação.

A literatura brasileira em simulação realística reforça, ainda, a pertinência das estratégias pedagógicas adotadas no curso analisado. Alves *et al.* (2020), em relato de experiência com simulação realística em urgência e emergência conduzida por uma liga acadêmica, destacam que a participação em cenários simulados contribuiu para a aquisição de habilidades, consolidação da teoria e troca de experiências entre alunos de cursos da saúde, identificando a simulação de alta fidelidade como método de ensino extremamente relevante na formação para situações de urgência. O aumento observado nos escores de confiança e percepção de conhecimento em RCP, OVACE e controle de sangramento sugere que o uso de metodologias ativas, com prática supervisionada, reproduz benefícios semelhantes aos descritos por Alves *et al.* (2020), agora em um público não tradicionalmente pertencente à área da saúde.

No contexto escolar, Zonta *et al.* (2019) demonstraram, em estudo quase experimental com 76 professores da educação infantil e fundamental I, que a simulação *in situ* em quatro cenários elevou de forma significativa a autoconfiança para o manejo inicial de intercorrências de saúde na escola, especialmente entre aqueles com menor tempo de experiência, sem vivência prévia semelhante e que participaram ativamente da simulação. Assim como no presente trabalho, a intervenção educativa estruturada, com forte componente prático, produziu aumento consistente na percepção de capacidade para agir frente a emergências. A principal diferença reside no perfil dos participantes (professores *versus* policiais militares em formação) e no tipo de intercorrência predominante (eventos escolares inespecíficos *versus* RCP, OVACE e controle de sangramento), o que reforça a versatilidade da simulação como estratégia para fortalecer a autoconfiança em distintos públicos estratégicos.

No que diz respeito à eficácia de distintas metodologias de ensino, o estudo controlado conduzido por Avau *et al.* (2022), com 1.113 participantes em cursos de primeiros socorros ocupacionais organizados pela Cruz Vermelha Belga, avaliou o efeito da utilização de pacientes simulados em comparação com o treinamento convencional. Ambos os grupos apresentaram aumento acentuado de conhecimento e autoeficácia imediatamente após o curso, sem diferença significativa entre as modalidades, assim como desempenho semelhante em testes práticos. Contudo, após um ano, o grupo que treinou com pacientes simulados apresentou melhor retenção de conhecimento, embora a autoeficácia e a satisfação com o treinamento se mantivessem semelhantes entre os grupos. Esses dados sugerem que intervenções baseadas em cenários realísticos com pacientes simulados podem oferecer vantagem específica na retenção de conteúdo a longo prazo. À luz desses achados, os resultados do presente estudo, obtidos após curso predominantemente baseado em exposição teórica e prática supervisionada tradicional, apontam um caminho de aprimoramento: a incorporação sistemática de pacientes simulados em cenários de RCP, OVACE e controle de sangramento no contexto policial-militar pode contribuir para elevar ainda mais a autoeficácia imediata e, principalmente, para prolongar a retenção de conhecimentos críticos ao longo do tempo.

No campo das metodologias de ensino, o livro “Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas”, organizado pela Associação Brasileira de Educação Médica em parceria com OPAS, EBSEH e SGTES/MS, oferece um

arcabouço conceitual que corrobora as estratégias utilizadas no curso analisado. A obra enfatiza a simulação clínica como metodologia ativa e participativa, realizada em ambiente controlado e seguro, que permite repetição ilimitada, feedback, avaliação e reflexão, inclusive com recursos de baixo custo, sem depender exclusivamente de simuladores robotizados de alta fidelidade. Essa perspectiva aproxima-se da realidade de centros de formação militar, em que frequentemente se dispõem de manequins básicos e cenários montados com materiais simples, mas ainda assim favorece o treino deliberado e o *debriefing* estruturado. Os ganhos observados na percepção de conhecimento e confiança em RCP, OVACE e controle de sangramento entre os alunos-soldados convergem com os princípios defendidos por essa literatura, reforçando que a qualidade do desenho instrucional — mais do que a sofisticação tecnológica — é determinante para o impacto educacional.

6.2.3.2 Simulação com Tecnologia Imersivas

A incorporação de tecnologias imersivas, como a realidade virtual (RV), acrescenta uma dimensão adicional a esse debate. A tese de Sundbom (2022) avaliou, em estudo quase experimental, a efetividade de um simulador de RCP em RV no contexto de recertificação em Suporte Básico de Vida, investigando tanto o desempenho objetivo em prova prática quanto a favorabilidade do método a partir de instrumento de autoeficácia. Os resultados apontaram evidências de eficácia e boa aceitação da RV como componente complementar do treinamento em RCP, sugerindo que ambientes imersivos podem potencializar o engajamento e a confiança dos participantes.

Embora o presente estudo não utilize RV, o aumento significativo da autoeficácia geral e específica após um curso predominantemente presencial e baseado em simulação tradicional indica que, mesmo sem recursos avançados, é possível atingir desfechos educacionais comparáveis em termos de percepção de competência. Tecnologias imersivas surgem, assim, como perspectiva futura para aprofundar a imersão em cenários de alta complexidade operacional, particularmente adequados à realidade policial-militar.

6.2.4 Recomendações Internacionais na Ciência de Ressuscitação

Quando se analisam os métodos de ressuscitação cardiopulmonar e as estratégias de capacitação, observa-se forte alinhamento entre as metas globais da AHA e o desenho da intervenção aplicada aos alunos-soldados. Merchant *et al.* (2024) enfatizam que a RCP precoce, associada à desfibrilação igualmente precoce, constitui um elo crítico da Cadeia de Sobrevivência, sendo que a RCP por leigos pode duplicar ou triplicar a chance de sobrevivência em parada extra-hospitalar. O documento propõe metas explícitas para 2030, como elevar a taxa de RCP por leigos para além de 50% e aumentar a proporção de indivíduos que recebem desfibrilação com DEA antes da chegada do serviço de emergência, com foco especial na equidade de acesso a treinamento e a dispositivos.

O estudo com os alunos-soldados, ao centrar-se na formação em SBV com ênfase na RCP e no uso do DEA, contribui de forma concreta para essas metas, ainda que em um recorte institucional e local. A melhora significativa da autoconfiança para realizar RCP, utilizar o DEA e intervir mesmo na ausência de outros socorristas indica que esse grupo tende a tornar-se um contingente de primeiros respondedores mais preparado para executar os métodos recomendados internacionalmente, tanto em ambiente de trabalho quanto na comunidade.

Além disso, a elevada concordância dos participantes com afirmações como “Todos deveriam saber como realizar uma reanimação cardiopulmonar”, “Um curso de SBV com DEA deveria ser obrigatório desde o ensino básico” e “A RCP e o uso do DEA devem ser ensaiados pelo menos uma vez por ano” reforça a credibilidade e o senso de responsabilidade na disseminação do conhecimento, em linha direta com as recomendações da AHA para treinamento ao longo do ciclo de vida, incluindo escolas, locais de trabalho e outros ambientes comunitários.

Por fim, as sugestões apresentadas no documento da AHA oferecem um quadro estratégico que pode orientar a consolidação e a expansão das iniciativas observadas neste estudo. Merchant *et al.* (2024) propõem, entre outros pontos:

- a) ampliar o acesso ao treinamento em RCP e DEA em múltiplos cenários (escolas, centros comunitários, locais de trabalho, instituições religiosas, órgãos de trânsito), utilizando modalidades diversas como ensino presencial, recursos digitais e treinamento *just-in-time*;
- b) estabelecer a RCP como competência exigida em marcos educacionais,

como a conclusão do ensino médio;

c) garantir que todos recebam RCP de alta qualidade em até um minuto e tenham acesso à desfibrilação em até dois minutos nas diferentes etapas da cadeia de atendimento;

d) promover a implantação universal da RCP orientada por telefonista em todos os sistemas de despacho;

e) desenvolver tecnologia e políticas que tornem o DEA mais acessível, inclusive com modelos mais portáteis e registros que permitam monitorar sua localização e uso; e

f) fortalecer os sistemas de informação e os registros de parada cardiorrespiratória, com recorte de equidade, para monitorar progressos e direcionar recursos.

Aplicadas ao contexto dos alunos-soldados, essas recomendações reforçam a necessidade de institucionalizar o treinamento periódico em SBV/RCP e DEA ao longo da carreira policial; integrar tecnologias de suporte à RCP (como DEA com feedback e sistemas de orientação remota) às rotinas operacionais; e articular os dados produzidos pelo presente estudo com sistemas mais amplos de monitoramento da prontidão em primeiros socorros.

6.2.5 Escalas de Autoeficácia e Ressuscitação Cardiorrespiratória

A escolha da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP) ([2016]) como um dos desfechos do presente trabalho encontra respaldo nas evidências psicométricas apresentadas por Sbicigo *et al.* (2012), que analisaram a EAGP em 1.007 adolescentes de escolas públicas do Rio Grande do Sul, demonstrando unidimensionalidade da medida e alta confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,85), com correlações item-total satisfatórias. Enquanto Sbicigo e colaboradores (2012) enfatizam a EAGP como indicador relativamente estável de crença global na própria capacidade para enfrentar demandas variadas, os resultados do presente estudo mostram que, mesmo em uma amostra de adultos jovens submetidos à formação policial, essa autoeficácia geral — já elevada no início do curso — ainda pode ser incrementada após intervenção específica em primeiros socorros.

Essa comparação sugere que a experiência formativa militar, associada ao conteúdo técnico em urgência e emergência, reforça um núcleo de crenças de

competência paralela que, à luz da Teoria Social Cognitiva, tende a favorecer maior engajamento diante de situações críticas.

Quando se consideram estudos que exploram a autoconfiança e as atitudes em públicos leigos mais jovens, os achados também se mostram convergentes. Pivač *et al.* (2020), em desenho de métodos mistos com 764 escolares antes e 566 após treinamento em RCP (12,5–14,5 anos), observaram progresso significativo no conhecimento e, de forma particularmente expressiva, em variáveis como atitude para ajudar e autoconfiança para intervir após a implementação do curso. De forma complementar, Lesjak, Šorgo e Strnad (2021) validaram um instrumento específico para avaliar a atitude de escolares frente ao Suporte Básico de Vida e ao uso de DEA, identificando três construtos comportamentais — autoconfiança, motivação positiva e amotivação — e demonstrando que a autoconfiança é o principal fator a impactar diretamente a intenção de agir, enquanto a motivação positiva se correlaciona fortemente com essa autoconfiança.

À luz desses resultados, os dados do presente estudo, que mostram aumento significativo da percepção de competência em RCP, OVACE e controle de sangramento, associado a altos escores de autoeficácia geral, indicam que os alunos-soldados se aproximam do perfil de “respondedores leigos qualificados”, em que a combinação entre conhecimento técnico, autoconfiança elevada e papel socialmente atribuído (policia militar) favorece a transição da intenção para o comportamento efetivo de socorro.

6.3 AUTOCONFIANÇA E ENSINO DE CONTROLE DE SANGRAMENTO: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM A LITERATURA

A autoconfiança para o controle de sangramento é um componente central da autoeficácia para atuação em emergências traumáticas, sobretudo em contextos de alta exposição à violência, como o da formação de policiais militares. No presente estudo, o treinamento em Atendimento Pré-Hospitalar, incluindo o módulo de controle de sangramento, produziu aumento expressivo na autopercepção de competência e na intenção de agir dos participantes. Observou-se, por exemplo, que, para o item referente à capacidade de “ajudar a parar o sangramento de alguém”, a proporção de respostas na categoria “totalmente” passou de 9,9% para 31,1%, enquanto a categoria “nada” foi reduzida de 22,3% para 0,4%. De forma

semelhante, na intenção de ajudar uma pessoa ferida por sangramento, houve incremento nas respostas mais altas de concordância e queda acentuada nas respostas “nada”, de 5,5% para 1,2%, indicando deslocamento do perfil dos participantes para níveis mais elevados de autoconfiança e predisposição para a ação após o treinamento.

Esses achados convergem com o corpo de evidências internacionais sobre programas de controle de sangramento baseados na campanha *Stop the Bleed* (STB). Ross *et al.* (2018), avaliando um curso breve de controle de hemorragias para leigos, observaram aumento significativo tanto da disposição para utilizar torniquetes em emergências quanto do conforto autorreferido com o seu uso. Nesse estudo, a média de conforto em escala Likert de cinco pontos passou de 2,5 para 4,0 após a intervenção, e o percentual de participantes dispostos a usar um torniquete em situação real elevou-se de 64,2% para 95,6%, o que os autores interpretaram como ganho relevante de autoeficácia e redução de barreiras psicológicas para intervir em eventos traumáticos.

Resultados semelhantes foram descritos por Schroll *et al.* (2020), em uma coorte de 1.974 participantes submetidos ao treinamento STB, incluindo leigos e profissionais da saúde. Os autores verificaram aumento significativo da confiança autorreferida em seis domínios relacionados ao reconhecimento e manejo de hemorragias graves. Em especial, a confiança para “manejar um sangramento ativo grave” passou, entre leigos, de média 2,0 para 4,2, e, entre profissionais, de 2,6 para 4,6, em escala de cinco pontos. De modo análogo, a confiança para empacotar feridas sangrantes elevou-se de 2,1 para 4,4 em leigos e de 2,7 para 4,7 em profissionais. Esses resultados reforçam que intervenções estruturadas e breves, centradas em técnicas específicas de controle de sangramento, são capazes de promover ganhos robustos de autoconfiança em diferentes perfis de público.

Latuska *et al.* (2019), ao avaliar enfermeiras escolares após um seminário de uma hora sobre intervenção em hemorragias ameaçadoras à vida, também reportaram aumento significativo tanto do conhecimento quanto da autoconfiança e da percepção de preparo da escola para responder a emergências com sangramento. No mesmo sentido, Nanassy *et al.* (2020) analisaram o impacto de um curso básico de controle de sangramento em profissionais de uma escola de ensino médio, demonstrando elevação significativa das percepções de autoeficácia e de preparo institucional para lidar com emergências hemorrágicas. Antes do curso, 87%

dos participantes referiam necessidade de treinamento, proporção que caiu para 63% após a intervenção; de modo complementar, aumentaram as percepções de que a escola possuía procedimentos mais claros e equipamentos adequados, sugerindo efeito positivo tanto no nível individual (autoeficácia) quanto organizacional (preparo percebido).

Lei *et al.* (2019) ampliaram essas evidências ao incluir, em um mesmo programa STB, enfermeiros escolares, estudantes de medicina, pesquisadores e membros da comunidade. Os autores demonstraram mudanças significativas nas atitudes e na prontidão para intervir em eventos hemorrágicos após o treinamento, com melhora do conhecimento e da percepção de preparo para agir. A conclusão central foi que o curso STB “empodera” os participantes com confiança e conhecimento suficientes para auxiliar na prevenção de mortes evitáveis por hemorragia, reforçando o papel da autoconfiança como desfecho educacional relevante e intimamente ligado à intenção de agir em situações críticas.

Quando os resultados do presente estudo são agrupados com esses cinco trabalhos, observa-se alto grau de concordância quanto à direção e ao sentido das mudanças na autoconfiança após o treinamento. Tal como em Ross *et al.* (2018) e Schroll *et al.* (2020), o curso aplicado à amostra de policiais militares em formação promoveu migração das respostas para categorias mais altas da escala de autoeficácia, com redução expressiva das respostas de baixa confiança (“nada”) e incremento importante nas respostas máximas (“totalmente”) em itens relacionados a “ajudar a parar o sangramento” e à probabilidade de intervir em uma vítima com hemorragia. A magnitude dessas mudanças, expressa nos ganhos percentuais nas categorias extremas da escala, é comparável aos aumentos observados em leigos, escolares e profissionais de saúde em cursos internacionais de controle de sangramento.

Entretanto, o presente estudo apresenta especificidades relevantes. Em primeiro lugar, a população investigada é composta por alunos-soldados da polícia militar, grupo que, diferentemente de leigos da comunidade ou profissionais de escolas civis, está inserido em ambiente institucional de alta exposição a eventos violentos e a cenários de múltiplas vítimas. Nessa perspectiva, os ganhos de autoconfiança para controlar hemorragias adquirem implicações diretas para a capacidade operativa da corporação e para a resposta pré-hospitalar em contextos de violência urbana, potencialmente impactando desfechos de mortalidade evitável

por sangramento em ocorrências policiais.

Em segundo lugar, embora alguns estudos internacionais indiquem níveis basais relativamente baixos de confiança antes do treinamento, os participantes deste estudo já apresentavam, em geral, percepção moderada de autoeficácia prévia, possivelmente em função de experiências anteriores com situações de risco, contato informal com primeiros socorros ou da cultura organizacional da corporação. Ainda assim, o treinamento foi capaz de elevar substancialmente tanto a autoconfiança quanto a intenção de agir, o que sugere que programas de controle de sangramento podem ser úteis para leigos sem experiência prévia e para públicos com algum grau de exposição a situações críticas. Essa observação dialoga com os achados de Latuska *et al.* (2019) e Nanassy *et al.* (2020), que evidenciam ganhos significativos mesmo em profissionais de saúde e em trabalhadores que já atuam em ambientes com maior probabilidade de emergências.

Por fim, destaca-se que o presente estudo incorporou, além de indicadores de autoconfiança, medidas de intenção, motivação e amotivação para agir em emergências, permitindo uma visão mais abrangente dos determinantes psicológicos da resposta dos policiais militares a eventos hemorrágicos. Embora os estudos internacionais foquem predominantemente em conhecimento e confiança imediata pós-curso, os resultados aqui apresentados mostram que o treinamento também reduziu de forma consistente a proporção de respostas de amotivação e aumentou a disposição para atuar, reforçando a importância de incluir dimensões motivacionais e crenças de autoeficácia na avaliação de programas educacionais em controle de sangramento. Em conjunto, essas evidências sustentam que a intervenção aplicada é coerente com as melhores práticas internacionais e particularmente pertinente ao contexto da segurança pública, no qual a rapidez e a segurança subjetiva para intervir podem ser decisivas para a sobrevivência das vítimas.

6.4 AUTOEFICÁCIA EM OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS COM A LITERATURA

A literatura recente sobre ensino de obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) e desfechos subjetivos de autoconfiança ou autoeficácia ainda é relativamente escassa quando comparada aos estudos sobre ressuscitação cardiopulmonar. Entretanto, alguns trabalhos nacionais e internacionais permitem

contextualizar os resultados do presente estudo em relação a diferentes estratégias pedagógicas aplicadas a leigos, cuidadores e profissionais que atuam como primeiros respondedores em cenários de emergência.

Mohamed, Kafl e Alngery (2025) desenvolveram um estudo quase experimental com mães atendidas em ambulatórios pediátricos no Egito, avaliando o efeito de um treinamento baseado em dramatização (*role-play*) sobre o manejo do engasgo e da aspiração de corpo estranho em crianças. O protocolo incluiu conteúdos teóricos e prática supervisionada de manobras de desobstrução, com avaliação de conhecimento, prática observada e autoconfiança por meio de escala específica. As autoras observaram aumento significativo das médias de conhecimento e prática imediatamente após a intervenção, bem como melhora dos níveis de autoconfiança das mães para lidar com emergências de engasgo, reforçando que metodologias ativas centradas na simulação favorecem o desempenho técnico, bem como a percepção de competência para agir em situação crítica.

Em contexto comunitário, Affrita *et al.* (2024) relataram a efetividade de um programa de educação em primeiros socorros voltado especificamente para o engasgo em adultos leigos de Surabaya, na Indonésia. O estudo utilizou delineamento quase experimental com grupo intervenção e grupo controle, combinando exposição teórica, demonstrações práticas e treinamento com retorno imediato de desempenho em manequins. Os autores demonstraram melhora estatisticamente significativa dos escores de conhecimento e habilidades na identificação e no manejo do engasgo, além de aumento da confiança autorreferida para iniciar manobras de desobstrução antes da chegada do serviço de emergência. O achado reforça o papel de programas comunitários estruturados na redução das barreiras emocionais e cognitivas que habitualmente dificultam a atuação de leigos diante da OVACE.

No cenário brasileiro, Camilo, Freitas e Okido (2023) analisaram as contribuições da telessimulação para o conhecimento de mães frente à obstrução de vias aéreas por corpo estranho em lactentes. O estudo quase experimental pré e pós-teste, com aplicação de instrumento validado sobre prevenção, reconhecimento e manejo do engasgo, mostrou aumento significativo dos escores de conhecimento imediatamente após a intervenção e manutenção do aprendizado em seguimento tardio. Embora a variável principal tenha sido o conhecimento, os autores discutem

que a exposição repetida a cenários simulados, com *debriefing* estruturado, tende a reduzir a ansiedade e a favorecer a percepção de preparo para intervir, aproximando-se conceitualmente do construto de autoeficácia proposto por Bandura (1997).

De forma semelhante, Sarabi e Nosratabadi (2022) avaliaram a eficácia de um programa de educação em vídeo para mães de crianças de 6 meses a 8 anos, focado em fatores de risco para engasgo e no atendimento inicial às vítimas. Em delineamento quase experimental, as autoras identificaram conhecimento basal muito limitado sobre prevenção e manejo da OVACE e demonstraram aumento significativo dos escores após a intervenção, especialmente no grupo que recebeu o material audiovisual. Ainda que o estudo não tenha mensurado diretamente a autoconfiança, os resultados sugerem que o déficit cognitivo é um componente relevante da baixa segurança subjetiva para agir, e que intervenções simples, de baixo custo e facilmente escalonáveis podem contribuir para reduzir esse hiato entre saber e fazer.

No presente estudo, os alunos-soldados apresentaram, no momento pré-intervenção, menores escores médios de autoeficácia percebida para OVACE ($2,44 \pm 1,19$, em escala de 1 a 5) quando comparados à ressuscitação cardiopulmonar e ao controle de sangramento, apesar de já exibirem elevada autoeficácia geral percebida ($4,24 \pm 0,50$). Esses achados se alinham à literatura que descreve o engasgo e a obstrução de vias aéreas como eventos geradores de maior insegurança entre leigos, cuidadores e profissionais, em razão da rapidez de deterioração clínica e do medo de “fazer algo errado” no pescoço ou na via aérea da vítima.

Após o treinamento padronizado em Atendimento Pré-Hospitalar, houve incremento expressivo da autoeficácia específica em OVACE, com elevação da média para $4,39 \pm 0,70$ e diferença estatisticamente significativa entre os momentos pré e pós-intervenção [$t(502) = -35,884$; $p < 0,001$]. A análise da distribuição por categorias na Tabela 5 evidencia deslocamento dos escores para a extremidade superior da escala de competência percebida, indicando que os participantes passaram a se perceber como mais capazes de reconhecer sinais de obstrução, acionar apoio adequado e executar as manobras de desobstrução previstas nas diretrizes. Tais resultados são coerentes com as evidências produzidas por Mohamed, Kafli e Alngery (2025) e Affrita *et al.* (2024), nas quais estratégias de

ensino ativas — *role-play*, simulação, telessimulação e treinamento comunitário — mostraram-se eficazes para elevar a percepção de autoconfiança em diferentes públicos expostos à temática de OVACE ou de primeiros socorros.

Cabe ressaltar, contudo, algumas diferenças metodológicas relevantes. Em primeiro lugar, o presente estudo avaliou uma população de policiais militares em formação, recrutados em contexto institucional de treinamento obrigatório, ao passo que a maioria dos trabalhos revisados incluiu mães, cuidadores ou professores que ocupam papel de primeiro respondedor predominantemente informal. Em segundo lugar, os instrumentos utilizados variaram entre escalas específicas de autoconfiança, escalas de autoeficácia em acidentes domiciliares e questionários de conhecimento, o que limita comparações diretas de magnitude de efeito. Ainda assim, o padrão concordante de melhora após intervenções educativas estruturadas reforça a robustez do achado de que o treinamento sistemático em OVACE, quando alinhado às diretrizes e fundamentado em metodologias ativas, é capaz de transformar crenças de autoeficácia e reduzir lacunas de autoconfiança entre potenciais primeiros respondedores.

Por fim, os resultados do presente estudo inserem-se em um corpo emergente de evidências que apontam a obstrução de vias aéreas por corpo estranho como um dos domínios de primeiros socorros em que a autoconfiança inicial tende a ser mais baixa, mas também como um campo particularmente responsivo a intervenções educativas de curta duração. A magnitude do ganho de autoeficácia em OVACE observada entre os alunos-soldados sugere que programas de capacitação voltados a forças de segurança pública podem desempenhar papel estratégico na ampliação da prontidão comunitária para o manejo de emergências por engasgo, complementando as iniciativas dirigidas a pais, professores e outros cuidadores descritas na literatura internacional.

6.5 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

O presente estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas na interpretação dos resultados e na extrapolação dos achados para outros contextos. Em primeiro lugar, o delineamento quase experimental, longitudinal, com um único grupo e aferições pré e pós-intervenção, sem alocação aleatória nem grupo controle, restringe a capacidade de atribuir causalidade plena entre a capacitação em

primeiros socorros e o aumento observado nos escores de autoeficácia geral e específica. Fatores como familiarização com o instrumento, efeitos de testagem repetida, influência do contexto formativo e outras experiências vividas ao longo do Curso de Formação de Praças podem ter contribuído, ainda que parcialmente, para as mudanças detectadas nos desfechos.

Outra limitação importante refere-se à amostra estudada. Os participantes são exclusivamente alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina, ingressantes em 2024 no Curso de Formação de Praças, majoritariamente do sexo masculino, adultos jovens e com perfil antropométrico relativamente homogêneo. Ainda que o número final de respondentes ($n = 507$) represente uma coorte numerosa para estudos dessa natureza, trata-se de um grupo altamente específico, selecionado por concurso público (Edital nº 02/2023) e inserido em um contexto institucional e curricular próprio da PMSC. Isso limita a generalização dos resultados para outras corporações militares ou policiais, bem como para populações civis, escolares ou profissionais de saúde, que possuem características sociodemográficas, demandas operacionais e rotinas de treinamento distintas.

Além disso, a perda de 17,6% dos participantes entre a linha de base e o pós-teste (108 alunos-soldados que não aceitaram participar ou não responderam ao questionário após a capacitação) levanta a possibilidade de viés, caso os não respondentes apresentassem perfil sistematicamente diferente dos respondentes, aspecto que não pôde ser explorado em profundidade neste relatório.

No que se refere à mensuração, há limitações relacionadas aos instrumentos utilizados. A autoeficácia geral foi avaliada por meio da Escala de Autoeficácia Geral Percebida ([2016]), originalmente desenvolvida em língua inglesa e posteriormente adaptada transculturalmente e validada para o contexto brasileiro, o que confere maior robustez a esse desfecho principal. Entretanto, os domínios específicos relacionados à ressuscitação cardiopulmonar, ao controle de sangramento e às atitudes diante da obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) foram medidos com base em instrumentos internacionais (Abolfotouh *et al.* 2017; Lesjak; Šorgo; Strnad, 2019; Okereke *et al.*, 2022), traduzidos pela autora para o português brasileiro e combinados a itens elaborados especificamente para este estudo, sem processo formal completo de validação psicométrica para a população de alunos-soldados da Polícia Militar. Pode-se considerar, entretanto, que todos os itens do questionário são de texto simples e com pouca margem para variação transcultural

de interpretação.

Adicionalmente, todos os instrumentos foram padronizados para uma escala de resposta tipo Likert de cinco pontos, com sentido crescente de concordância ou intensidade, em detrimento das escalas originais, que variavam entre 1–4, 1–5 e 1–7, conforme o instrumento. Essa opção metodológica, embora facilite a compreensão pelos participantes e a comparabilidade interna entre domínios, pode ter implicado alterações na sensibilidade das medidas, dificultando a comparação direta com estudos que utilizaram as versões originais das escalas e limitando inferências mais refinadas sobre propriedades métricas como consistência interna, estabilidade temporal e estrutura fatorial dos instrumentos adaptados.

Outra limitação reside no uso exclusivo de medidas autorreferidas de autoeficácia, intenção, motivação e amotivação, sem avaliação direta de desempenho prático ou de desfechos clínicos em situações reais de atendimento à população. Embora esses construtos subjetivos sejam reconhecidos como preditores relevantes do comportamento em emergências, os resultados aqui apresentados dizem respeito à percepção de competência e disposição para agir, não à efetiva execução de manobras de RCP, desengasgo ou controle de hemorragias em cenários reais. Desse modo, não é possível afirmar, com base neste estudo, em que medida os ganhos observados em autoeficácia e atitudes se traduzem em melhoria concreta de desempenho operacional ou em impacto sobre a morbimortalidade dos eventos atendidos pela corporação.

Cabe destacar, ainda, que a avaliação se concentrou em um único momento imediatamente após o término da capacitação, sem seguimento longitudinal que permitisse examinar a manutenção dos ganhos de autoeficácia e de intenção ao longo do tempo. Em programas de educação em emergências médicas, a literatura indica que conhecimentos e habilidades tendem a decair em médio prazo, o que torna desejável a realização de medidas repetidas em períodos subsequentes à formação inicial. A ausência de *follow-up* impede, portanto, avaliar a durabilidade dos efeitos observados e a necessidade de reciclagens periódicas.

7 CONCLUSÃO

Observou-se aumento estatisticamente significativo no escore médio de autoeficácia geral percebida pelos alunos-soldados após o treinamento.

Também houve aumentos estatisticamente significativos nos escores médios de todos os instrumentos aplicados no pós-teste, com destaque para a maior autoeficácia percebida especificamente para as manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, uso do desfibrilador externo automático, obstrução de vias aéreas e contenção de hemorragias, além de aumentos também significativos nos escores relacionados à intenção e motivação para a ação nestas situações.

Para a maior parte das atividades analisadas, houve redução da amotivação (barreiras à ação), exceto no treinamento de controle de sangramentos, especificamente na percepção do risco de transmissão de doenças e da hesitação a visão de sangue, nos quais se percebeu aumento da amotivação.

Não houve influência significativa do perfil demográfico e antropométrico sobre os resultados, exceto por uma influência do sexo masculino e maior peso e altura de forma positiva sobre a autoeficácia percebida para as manobras de desobstrução das vias aéreas.

À luz desses achados, conclui-se que o treinamento teórico-prático em primeiros socorros, estruturado com base em diretrizes atualizadas e em estratégias ativas de ensino, mostrou-se eficaz para elevar a autoeficácia percebida dos alunos-soldados, tanto na dimensão geral quanto nos domínios específicos do Suporte Básico de Vida e do controle de sangramento.

Esse resultado reforça a relevância da inserção de conteúdos sistematizados de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) na formação policial militar, em consonância com a literatura que associa o ensino por simulação e o treinamento estruturado a ganhos consistentes de prontidão para atuar em emergências.

REFERÊNCIAS

ABOLFOTOUH, M.A. *et al.* Impact of basic life-support training on the attitudes of health-care workers toward cardiopulmonary resuscitation and defibrillation. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, Sep. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2621-5>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5610457/>. Acesso em: 10 fev. 2024.

AFFRITA, T. M. *et al.* Effectiveness of a community-based first aid education program on choking for laypersons in Surabaya, Indonesia: a quasi-experimental study. **Arkus**, v. 10, n. 3, p. 647-658, 2024. DOI: <https://doi.org/10.37275/arkus.v10i3.617>.

AHMAD, M. M; AQEL, A. A.. High-fidelity simulation effects on CPR knowledge, skills, acquisition, and retention in nursing students. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 11, n. 6, p. 394–400, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12063>

AJZEN, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. **Theories of Cognitive Self-Regulation**, v. 50, n. 2, p. 179–211, Dec. 1991. DOI: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272790646_The_Theory_of_Planned_Behavior. Acesso em: 10 jan. 2026.

AJZEN, I. Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 32, n. 4, p. 665–683, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264004005_Perceived_Behavioral_Control_Self-Efficacy_Locus_of_Control_and_the_Theory_of_Planned_Behavior. Acesso em: 10 jan. 2026.

ALVES, C. O. *et al.* Experiência em Simulação Realística na formação em Urgência e Emergência. **Revista Ciência em Extensão**, 16, 495–505. DOI: 10.23901/1679-4605.2020v16p495-505. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1679-4605.2020v16p495-505. Acesso em: 10 jan. 2026.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Stop The Bleed**. [2024]. Disponível em: <https://www.stopthebleed.org/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

ANGULO-MENÉNDEZ, P.; LANA, A.; MORIS DE LA TASSA, J. Knowledge and willingness to perform basic life support by local police officers. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v. 40, n. 2, p. 177-185, 2017. DOI: <https://doi.org/10.23938/assn.0033>

AVAU, B. *et al.* Impact of the use of simulated patients in basic first aid training on laypeople knowledge, skills, and self-efficacy: a controlled experimental study. **Simulation in Healthcare**, v. 17, n. 4, p. 213–219. DOI: <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000657>

BALSAN, L. A. G. *et al.* Adaptação e Validação da Nova Escala Geral de Autoeficácia. **Avaliação Psicológica**, v. 19, n. 4, out./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2020.1904.16654.07>. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712020000400008. Acesso em: 10 fev. 2026.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York: Freeman, 1997.

BATES, K. **Parent CPR training and parental self-efficacy in low-income communities**. 2023. 63 f. Master's Thesis (Master of Science in Nursing) – California State University, Northridge, 2023. Disponível em: <https://scholarworks.calstate.edu/downloads/8p58pm569>. Acesso em: 12 fev. 2026.

BECKER, L. *et al.* Public locations of cardiac arrest: implications for public access defibrillation. **Circulation**, v. 97, n. 21, p. 2106–2109, 1998, PMID: 9626169. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.cir.97.21.2106>. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/01.CIR.97.21.2106>. Acesso em: 10 fev. 2026.

BINKHORST, M. *et al.* Peer-led pediatric resuscitation training: effects on self-efficacy and skill performance. **BMC Medical Education**, v. 20, n. 427, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02359-z>

BLEWER, A. L. *et al.* Cardiopulmonary resuscitation training disparities in the United States. **Journal of the American Heart Association**, v. 6, n. 5, e006124, 2017. DOI: 10.1161/JAHA.117.006124. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006124>. Acesso em: 12 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018**. Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários da educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13722.htm. Acesso em: 20 jun. 2024.

BRASIL. **Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 10 fev. 2026.

CALLAWAY, D. W.; ROBERTSON, J.; SZTAJNKRYCER, M. D. Law enforcement-applied tourniquets: a case series of life-saving interventions. **Prehospital Emergency Care**, v. 19, n. 2, p. 320–327, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.964893>

CAMILO, B. H. N.; FREITAS, L. B.; OKIDO, A. C. C. Contributions of telesimulation to the knowledge of mothers about foreign body airway obstruction. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, e20220241, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220241.en>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/99ndQPDsPHxx4b4SpdQYQ5w/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2026.

CONNER, Mark; NORMAN, Paul. Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. **Frontiers in Psychology**, v. 13, p. 923464, 4 ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923464>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.923464/full>. Acesso em: 10 jan. 2026.

DEZFULIAN, C. *et al.*. Opioid-associated out-of-hospital cardiac arrest: distinctive clinical features and implications for health care and public responses: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 143, n. 16, p. e836–e870, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000958>. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000958>. Acesso em: 10 jan. 2026.

DICK-SMITH, F. *et al.*. Basic life support training for undergraduate nursing students: an integrative review. **Nurse Education in Practice**, v. 50, Jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102957>.

DIMITROV, D. M.; RUMRILL, P. D. Pretest-posttest designs and measurement of change. **Work**, v. 20, n. 2, p. 159–165, 2003. DOI: <https://doi.org/10.3233/WOR-2003-00285>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/10826237_Pretest-Posttest_Designs_and_Measurement_of_Change. Acesso em: 10 jan. 2026.

ELLINGHAM, S.; CORDNER, S.; TIDBALL-BINZ, M. Revised practical guidance for first responders managing the dead after disasters. **International Review of the Red Cross**, v. 98, n. 902, p. 647–669, ago. 2016. Disponível em: https://international-review.icrc.org/sites/default/files/irc98_15.pdf. Acesso em: 12 fev. 2026.

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA. Versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer E Matthias Jerusalém, 1999. Versão inicial brasileira: Sbicigo, Teixeira, Dias e Dell’Aglío, 2012. Versão brasileira final: Gomes-Valério, 2016. [2016]. Disponível em: <https://userpage.fu-berlin.de/~health/brazilian.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2024.

FLORESTI, F. As doenças que mais matam no Brasil. **Pesquisa FAPESP**, ed. 336, fev. 2024. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2024/02/044-045_cardiovasculares_336.pdf. Acesso em: 22 abr. 2024.

GUAY, F.; VALLERAND, R. J.; BLANCHARD, C. On the assessment of situational intrinsic and extrinsic motivation: the Situational Motivation Scale (SIMS). **Motivation and Emotion**, v. 24, n. 3, p. 175–213, 1 set. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1005614228250>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/227061851_On_the_Assessment_of_Situational_Intrinsic_and_Extrinsic_Motivation_The_Situational_Motivation_Scale_SIMS. Acesso em: 12 fev. 2026.

GOLLWITZER, P. M. Implementation intentions: strong effects of simple plans. **American Psychologist**, v. 54, n. 7, p. 493–503, 1999. DOI:

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493>

GOMES, L. M. C.; MACHADO, R. E. T.; MACHADO, D. R. Hemorragia exsanguinante: uma introdução importante na avaliação primária do trauma. **Revista Científica Saúde – UNIFAGOC**, v. 6, n. 2, p. 75–87, 2021. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/861>. Acesso em: 10 fev. 2026.

GONZALEZ, M. M. *et al.* I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, p. 1–221, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.2013S006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/FzpcTtwTdpf8DDBYMS7vpr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2026.

HERRERO-IZQUIERDO, L. *et al.* Effectiveness of high-fidelity clinical simulation in cardiopulmonary resuscitation training: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 98, 101665. DOI: 10.1016/j.ecns.2024.101665. Disponível em: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/34580/EffectivenessHighFidelity.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 10 fev. 2026.

HOYT, D. B.; BULGER, E. M.; KNUDSON, M. M.; *et al.* Death in the operating room: an analysis of a multi-center experience. **The Journal of Trauma**, v. 37, p. 426–432, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31815078ae>

HUANG, L.-H. *et al.* Response time threshold for predicting outcomes of OHCA. *Emergency Medicine International*, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/5564885>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1155/2021/5564885>. Acesso em: 10 fev. 2026.

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES (IFRC). Red Cross Red Crescent Networks. **International first aid, resuscitation, and education guidelines 2020**. 2020. Disponível em: https://www.ifrc.org/sites/default/files/2022-02/EN_GFARC_GUIDELINES_2020.pdf. Acesso em: 21 ago. 2024.

JEAN LOUIS, C. *et al.* Police as first responders improve out-of-hospital cardiac arrest survival. **BMC Emergency Medicine**, v. 23, n. 1, Sep. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00876-w>

JEWUR, J. A. S.; MARCONATO, A. M. P.; PERIPATO FILHO, A. F. Capacitação em primeiros socorros para militares. **Revista Convergência**, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.4-138>. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6354>. Acesso em: 21 ago. 2024.

JUNG, E. *et al.* Effect of implementation of multi-tier response system and prolonged on-scene resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest. **The American Journal of**

Emergency Medicine, v. 51, p. 79–84, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.09.085>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675721008263?via%3Dihub>. Acesso em: 22 jul. 2024.

KOLB, D. A. **Experiential learning**: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984. v. 1

KOUVATSOU, Z. *et al.* Psychological First Aid Training of Police Officers. **Journal of Police and Criminal Psychology**, v. 37, n. 4, p. 856–862, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11896-022-09523-9>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9205625/>. Acesso em: 10 fev. 2026.

LATUSKA, K. M. *et al.* Stop the Bleed training improves knowledge, skills, and confidence among school nurses. **Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 50, n. 11, p. 501–507, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3928/00220124-20191015-06>

LAVONAS, E. J. *et al.* Part 10: special circumstances of resuscitation: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, v. 132, suppl. 2, p. S501–S518, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000264>

LEI, R. *et al.* Stop the Bleed Training empowers learners to act to prevent unnecessary hemorrhagic death. **American Journal of Surgery**, v. 217, n. 2, p. 368–372, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.09.025>

LESJAK, V. B.; ŠORGO, A.; STRNAD, M. Development, validation and assessment of the test on knowledge about basic life support and use of automated external defibrillator among schoolchildren. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 27, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0683-6>. Acesso em: 7 jul. 2024.

LESJAK, V. B.; ŠORGO, A.; STRNAD, M. Validated assessment of schoolchildren's attitude towards basic life support and automated external defibrillator use. **The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, v. 58, p. 1–10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/00469580211056223>. Acesso em: 7 jul. 2024.

MARTINS, F. Mais de 94% dos casos de asfixia por engasgo ocorrem em crianças menores de sete anos. **Ministério da Saúde**, Notícias, Primeira Infância, 2 dez. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/mais-de-94-dos-casos-de-asfixia-por-engasgo-ocorrem-em-criancas-menores-de-sete-anos>. Acesso em: 1 jan. 2026.

MARTINS, J. C. A. *et al.* Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação da Self-Confidence Scale em estudantes de enfermagem portugueses. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 554–561, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3128.2451>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tbkS9F4D5Ly34ydcSc6CKbr/?format=pdf&lang=pt.A>. Acesso em: 8 jul. 2024.

MARTINS, J. M.; COLPANI, C. L. **Administração pública e direito administrativo da segurança pública**. 2. ed. Palhoça: Unisul Virtual, 2011. Disponível em: <https://repositorio-api.animaeducacao.com.br/server/api/core/bitstreams/0de464ce-9746-4f92-9a52-9710ad01219d/content>. Acesso em: 10 fev. 2026.

MERCHANT, R. M. *et al.*. The American Heart Association Emergency Cardiovascular Care 2030 Impact Goals and Call to Action to Improve Cardiac Arrest Outcomes: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 149, p. e914–e933, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001196>. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001196>. Acesso em: 10 fev. 2026.

MOHAMED, H. A.; KAFL, R. H.; ALNGERY, S. M. A. Effect of role-play training on mothers' knowledge, practices, and self-confidence in preventing their children from choking and foreign body aspiration. **Assiut Scientific Nursing Journal**, v. 13, n. 51, p. 119–128, 2025. DOI: <https://doi.org/10.21608/asnj.2025.375972.2057>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/391644745_Effect_of_Role-Play_Training_on_Mothers'_Knowledge_Practices_and_Self-Confidence_in_Preventing_their_Children_from_Choking_and_Foreign_Body_Aspiration. Acesso em: 10 fev. 2026.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)**: atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. [S. l.]: Elsevier; Ed. Jones and Bartlett Learning, 2020. ISBN: 1284197506

NANASSY, A. D. *et al.*. Stop the bleed: the impact of a basic bleeding control course on high school personnel's perceptions of self-efficacy and school preparedness. **Workplace Health & Safety**, v. 68, n. 12, p. 552–559, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/2165079920930730>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2165079920930730>. Acesso em: 10 fev. 2026.

NASSAR, S. M. *et al.*. **SEstatNet – Sistema especialista para o ensino de estatística na web**. Florianópolis, SC, [2025]. Disponível em: <http://sestatnet.ufsc.br>. Acesso em: 5 nov. 2024.

NDILE, M. L. *et al.* Impact of a postcrash first aid educational program on knowledge, perceived skills confidence, and skills utilization among traffic police officers: a single-arm before-after intervention study. **BMC Emergency Medicine**, v. 20, p. 21, 18 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00317-y>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32188402/>. Acesso em: 10 fev. 2026.

OKEREKE, M. *et al.*. Educating and empowering inner-city high school students in bleeding control. **Western Journal of Emergency Medicine**, v. 23, n. 2, mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.5811/westjem.2021.12.52581>. Disponível em: http://escholarship.org/uc/uciem_westjem. Acesso em: 5 abr. 2024.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.*. Cardiovascular statistics – Brazil 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 1, p. 115–373, 2022. DOI:

<https://doi.org/10.36660/abc.20211012>. Disponível em:
<https://abccardiol.org/article/estatistica-cardiovascular-brasil-2021/>. Acesso em: 10 fev. 2026.

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. *In*: BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. (org.). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.p. 97–114.

PARREIRA, J. G.; SOLDÁ, S.; RASSLAN, S. Controle de danos: uma opção tática no tratamento dos traumatizados com hemorragia grave. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 39, n. 3, jul./set. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032002000300010>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ag/a/sxYFQGtFGyRHLB3bRfQZRyG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2026.

PRADO, Y. L. *et al.*. Importância do suporte básico de vida na primeira resposta a emergências médicas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 4, p. 1534–1542, 15 abr. 2024. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p1534-1542>. Disponível em:
<https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/1922>. Acesso em: 22 fev. 2024.

QUARINIRI, S. da S. Mortes por engasgamento em SC aumentam em 124% e idosos são as principais vítimas: dados apontam que, só no ano passado, 92 pessoas morreram engasgadas no Estado. **NSC Notícias**, 17 mar. 2024. Disponível em: <https://www.nsctotal.com.br/noticias/mortes-por-engasgamento-em-sc-aumentam-em-124-e-idosos-sao-as-principais-vitimas>. Acesso em: 11 fev. 2024.

RAO, P.; KERN, K. B. Improving community survival rates from out-of-hospital cardiac arrest. **Current Cardiology Reviews**, v. 14, n. 2, p. 79-84, 2018. DOI: 10.2174/1573403X14666180507160555. Disponível em:
<https://doi.org/10.2174/1573403X14666180507160555>. Acesso em: 12 fev. 2026.

REISDORFER, M. L. **Proposta de criação de um comitê para regular o atendimento pré-hospitalar tático na PMSC**. 2021. Monografia; (Aperfeiçoamento/Especialização em Especialização *lato sensu* em Altos Estudos em Política e Estratégia PMSC) – Faculdade da Polícia Militar de Santa Catarina, SC, 2021.

ROSS, E. M. *et al.*. Stop the Bleed: the effect of hemorrhage control education on laypersons' willingness to respond during a traumatic medical emergency. **Prehospital and Disaster Medicine**, v. 33, n. 2, p. 127–132, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000055>.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: definitions, theory, practices, and future directions. **Contemporary Educational Psychology**, v. 61, p. 101860, 1 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0361476X20300254>. Acesso em: 12 fev. 2026.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 68–78, Jan. 2000. Disponível em: https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf. Acesso em: 12 fev. 2026.

SANTA CATARINA. Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC). **Boletim Interno COPOM**. Disponível em: <https://www.cbm.sc.gov.br/>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SANTA CATARINA. Corpo de Bombeiros Militar. **Atendimento Pré-Hospitalar – CFSd 2023**. Disponível em: https://biblioteca.cbm.sc.gov.br/biblioteca/index.php/component/docman/cat_view/74-manuais-e-materiais-de-primeiros-socorros.pdf. Acesso em: 22 fev. 2024.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SANTA CATARINA. Polícia Militar de Santa Catarina (PMSC). **Concurso público para o curso de formação de praças – Edital nº 002/CGCP/2023 – CFP, de 9 de maio de 2023**. Disponível em: <https://www.pm.sc.gov.br/uploads/concursos/concursos-para-soldados-da-pmsc/edital-n-002cgcp2023-concurso-publico-para-o-preenchimento-de-vagas-no-curso-de-formacao-de-pracas-da-policia-militar-de-santa-catarina/edital-n-002cgcp2023-concurso-publico-para-o-preenchimento-de-vagas-no-curso-de-formacao-de-pracas-da-policia-militar-de-santa-catarina-2492.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2024.

SANTA CATARINA. Polícia Militar de Santa Catarina (PMSC). **Portaria nº 1.095, de 19 de novembro de 2012**. Regulamento do Centro de Ensino da Polícia Militar de Santa Catarina. Florianópolis: PMSC, 2012. [Documento interno].

SANTA CATARINA. Secretaria de Segurança Pública. **Polícia Militar de Santa Catarina**: estrutura institucional. Disponível em: <https://www.pm.sc.gov.br/paginas/estrutura-institucional>. Acesso em: 14 jun. 2024.

SANTOS JUNIOR, C. L. G. dos; ANTUNES, G. F.; ALMEIDA, J. M. de. O desafio da formação do policial militar em primeiros socorros no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, p. e597111033165, 11 ago. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/33165/30448>. Acesso em: 10 fev. 2026.

SARABI, N.; NOSRATABADI, M. Effectiveness of video education on mothers' knowledge of hazard factors and first aid administration in choking incidents. **Journal of Comprehensive Pediatrics**, v. 13, n. 2, e121420, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5812/compreped-121420>.

SASSON, C. *et al.*. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 3, n. 1, p. 63–81, 2010. DOI:

<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.109.889576>

SAUAIA, A. *et al.*. Epidemiology of trauma deaths: a reassessment. **The Journal of Trauma**, v. 38, p. 185-92, Feb. 1995. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005373-199502000-00006>

SBICIGO, J. B. *et al.*. Propriedades psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). **Psico**, v. 43, n. 2, p. 139–146, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/11691/8037>. Acesso em: 19 jul. 2024.

SCHROLL, R. *et al.*. Stop the Bleed training: rescuer skills, knowledge, and attitudes of hemorrhage control techniques. **Journal of Surgical Research**, v. 245, p. 636–642, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.08.011>

SHEERAN, P.; WEBB, T. L. The Intention–Behavior Gap. **Social and Personality Psychology Compass**, v. 10, n. 9, p. 503–518, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/spc3.12265>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307857321_The_Intention-Behavior_Gap. Acesso em: 10 fev. 2026.

SHUKLA, D. *et al.*. Comparison of law enforcement officer- versus EMS-placed tourniquets in extremity hemorrhage. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v. 97, n. 4, p. 552–556, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/TA.00000000000004349>

SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy Scale. *In*: WEINMAN, J.; WRIGHT, S.; JOHNSTON, M. (org.). **Measures in health psychology**: a user's portfolio. Windsor: NFER-Nelson, 1995. p. 35–37.

STADELI, K. M. *et al.*. Teaching bleeding control and building trust with a community affected by firearm injuries. **JAMA Surgery**, v. 159, n. 11, p. 1324–1326, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2024.3372>

TANG, X. *et al.*. Effectiveness of “Stop the Bleed” courses: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Surgical Education**, v. 80, n. 3, p. 407–419, 2023. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.jsurg.2022.10.007>

TIMERMAN, S. *et al.* Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR): papel nas novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência 2005–2010. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 5, p. e201–e208, nov. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2006001800029>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/BBtF5qtnf3R5mrdN9R63XWw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2026.

VAILLANCOURT, C.; STIELL, I. G.; WELLS, G. A. Understanding and improving low bystander CPR rates: a systematic review of the literature. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 10, n. 1, p. 51-65, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1481803500010010>.

VALLERAND, R. J. et al. The Academic Motivation Scale: A measure of intrinsic, extrinsic, and amotivation in education. **Educational and Psychological Measurement**, v. 52, n. 4, p. 1003–1017, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013164492052004025>

VANSTEENKISTE, M.; RYAN, R. M.; SOENENS, B. Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. **Motivation and Emotion**, v. 44, p. 1–31, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09818-1>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11031-019-09818-1>. Acesso em: 10 fev. 2026.

WILLIAMS, D. M.; RHODES, R. E. The confounded self-efficacy construct: Conceptual analysis and recommendations for future research. **Health Psychology Review**, v. 10, n. 2, p. 113–128, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.941998>

ZANDOMENEGHI, R. C. **Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: avaliação de ocorrências e desfechos à luz do Utstein Style**. 2017. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uel.br/handle/123456789/16266>. Acesso em: 12 fev. 2026.

ZONTA, J. B. *et al.*. Autoconfiança no manejo das intercorrências de saúde na escola: contribuições da simulação *in situ*. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3174, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2909.3174>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/N4yjuXY9MVVJFqgTWpH9xmH/?lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2026.

ANEXO A –EDITAL Nº 002/CGCP/2023 – CFP, DE 09 DE MAIO DE 2023 (P. 19–27)

9.8.7 Somente será levada em consideração, caso disponíveis, imagens (vídeos) oficiais, produzidos pela própria instituição.

9.8.8 No local e na mesma data da realização do exame de avaliação física, a Comissão Julgadora dos Recursos Administrativos ao Exame de Avaliação Física poderá optar pela aptidão ou inaptidão do candidato.

9.8.9 A aprovação e aptidão do candidato em grau de recurso na avaliação física dar-se-á caso seja constatado, e nos casos em que a Comissão de Avaliação reconhecer, expressamente, a ocorrência de falhas técnicas ou possíveis equívocos comprovados e praticados pelo Avaliador na aplicação do TAF-IC às quais o próprio candidato não tenha dado causa e que efetivamente lhe tenha prejudicado o desempenho físico, desde que atinja os índices mínimos de desempenho por prova (IMDP e IMA).

9.8.10 Será julgado INAPTO em grau de recurso o candidato que, após reanálise das provas efetivadas, não atingir o IMDP ou o IMA descritos neste edital.

9.8.11 Possíveis recursos para melhoria do resultado final (Índice Mínimo de Aprovação) poderão ser objeto de análise e julgamento pela Comissão, desde que impetrados pelo candidato no prazo e na forma descrita neste edital.

9.8.12 Não serão aceitos ou serão indeferidos liminarmente recurso que:

- a) for protocolado por pessoa diversa do interessado;
- b) a destempo e fora do prazo, ou da forma estabelecida neste edital;
- c) que não estiverem devidamente preenchidos, justificados, ou que se baseiem em razões de caráter subjetivo ou derivados de mero inconformismo;
- d) que tratem de matéria diversa da fase a que se destina o prazo recursal;
- e) que usem termos ofensivos ou que desrespeitem os membros da Comissão de Avaliação designados ou a Instituição;
- f) pedidos de revisão de recursos, uma vez que o julgamento colegiado é realizado em instância única de julgamento;
- g) o julgamento e respostas dos recursos deverão ser fundamentados deixando-se claro o motivo da inaptidão, bem como deverá ser objeto de divulgação exclusiva ao candidato no mesmo dia, expedindo-se documento comprobatório do feito; caso não seja entregue no ato do teste físico esta decisão, o mesmo poderá ser encaminhado via *e-mail* ao candidato.

10 DO EXAME DE SAÚDE (MÉDICO E ODONTOLÓGICO)

10.1 Serão convocados para o exame de saúde (médico e odontológico) os candidatos aprovados na prova discursiva, de acordo com os seguintes critérios:

- a) **candidatos do sexo masculino:** serão convocados para o exame de saúde (médico e odontológico) os **1.200** candidatos mais bem classificados na prova discursiva, considerando-se a soma da nota final na prova objetiva e da nota final na prova discursiva, respeitados os empates na última posição; e
- b) **candidatas do sexo feminino:** serão convocadas para o exame de saúde (médico e odontológico) as **300** candidatas mais bem classificadas na prova discursiva, considerando-se a soma da nota final na prova objetiva e da nota final na prova discursiva, respeitados os empates na última posição.

10.2 O candidato que não for convocado para o exame de saúde (médico e odontológico) na forma do subitem 10.1 deste edital estará automaticamente eliminado e não terá classificação alguma no concurso.

10.3 As candidatas do sexo feminino serão inspecionadas no início dos trabalhos da Junta de Inspeção de Saúde Especial (JISE), na presença de militares do sexo feminino e em grupos formados por mais de uma candidata.

10.4 O exame de saúde (médico e odontológico) terá caráter eliminatório, e o candidato será considerado **apto** ou **inapto**. Essa fase será fracionada, conforme o edital de convocação, sendo que o candidato não será, em hipótese alguma, recepcionado em data, horário e(ou) local diferente do estabelecido no edital de convocação para essa fase.

10.5 O exame de saúde (médico e odontológico) objetiva aferir se o candidato goza de boa saúde física e psíquica para suportar os exercícios a que será submetido durante o CFP e para desempenhar as tarefas típicas da categoria funcional.

10.6 O exame de saúde (médico e odontológico) estará sob a responsabilidade da JISE.

10.7 O exame de saúde (médico e odontológico) compreenderá a inspeção de saúde presencial e a apresentação de exames laboratoriais e complementares, cuja relação consta do subitem 10.8 deste edital.

10.8 Para a realização do exame de saúde (médico e odontológico), o candidato deverá apresentar, obrigatoriamente, no dia da inspeção de saúde presencial, os seguintes exames:

Observação: recomenda-se repouso de 48 a 72h antes da realização dos exames laboratoriais.

- a) hemograma completo,
- b) triglicerídeos,
- c) VDRL;
- d) glicemia de jejum;
- e) creatinina sérica;
- f) colesterol total e HDL colesterol;
- g) TGO + TGP;
- h) gama GT;
- i) parcial de urina;
- j) radiografia de tórax PA e perfil (com laudo);
- k) radiografia de coluna cervico-tóraco-lombo-sacra, AP e perfil (com laudo) – especificar ângulo de COBB;
- l) eletrocardiograma de repouso (com laudo) + teste ergométrico computadorizado;
- m) audiometria tonal (com laudo) – especificar se fizer uso de aparelho auditivo;
- n) ressonância magnética (com laudo), para candidatos que tenham se submetido à cirurgia de joelho ou coluna ou quadril;
- o) em caso de alguma outra cirurgia ortopédica, levar Raio-x atualizado (exemplo: mão);
- p) radiografia de pelve em AP (com laudo);
- q) radiografia de joelho bilateral AP e perfil (com laudo);
- r) laudo oftalmológico: avaliação oftalmológica por médico oftalmologista, a ser preenchido conforme modelo do **Anexo VI** deste edital, constando: acuidade visual sem correção em cada olho, acuidade visual com correção em cada olho, refração de ambos os olhos (grau), teste de Ishihara (senso cromático), tonometria de aplanção (Goldmann) em cada olho, biomicroscopia de cada olho, fundoscopia de cada olho, motilidade ocular de cada olho. Caso haja patologia, o médico oftalmologista deverá registrar a CID-10.
- s) toda e qualquer deficiência visual compatível sem correção deverá, depois de corrigida, obrigatoriamente assegurar visão igual a 20/20 em ambos os olhos. O modelo de laudo do Anexo VI deste edital deverá ser impresso e levado pelo candidato ao oftalmologista;
- t) radiografia extrabucal panorâmica (com laudo).

10.8.1 No ato de inscrição, o candidato deverá autorizar a coleta de material para a realização de exames antidrogas, a qualquer tempo, no interesse da PMSC, sob pena de eliminação no concurso.

10.9 Serão aceitos exames laboratoriais e complementares realizados, no máximo, nos 90 dias anteriores à data de realização do exame de saúde (médico e odontológico).

10.9.1 O candidato submetido ao exame de saúde (médico e odontológico) deverá apresentar à junta médica os exames laboratoriais e complementares, previstos no subitem 10.8 deste edital. A junta médica poderá solicitar, ainda, a realização de outros exames laboratoriais e complementares, além dos previstos, para fins de elucidação diagnóstica. O candidato, cujos exames citados no subitem 10.8 deste edital apresentarem resultado duvidoso que possa comprometer a inspeção de saúde, deverá procurar médico especialista, às suas custas, para ser examinado, visando esclarecer o diagnóstico. Na data da

avaliação de saúde/odontológico, deverá comparecer munido com o parecer especializado e exames complementares com os respectivos laudos, se for o caso.

10.9.2 O candidato deverá providenciar, às suas expensas, os exames laboratoriais e complementares necessários.

10.9.3 Não serão fornecidas pela JISE cópias dos exames apresentados.

10.9.4 Em todos os exames laboratoriais e complementares, além do nome do candidato, deverá constar, obrigatoriamente, a assinatura, a especialidade e o registro no órgão de classe específico do profissional responsável, sendo motivo de inautenticidade destes a inobservância ou a omissão do referido número.

10.10 Os exames laboratoriais e complementares apresentados serão avaliados pela junta médica, em complementação à inspeção de saúde presencial.

10.11 A partir da inspeção de saúde presencial e da avaliação dos exames laboratoriais e complementares, o candidato será considerado **apto** ou **inapto**.

10.11.1 Considerando que aspectos como as condições clínicas; os sinais e(ou) os sintomas que eventualmente incapacitam ou que podem incapacitar o candidato ao exercício do cargo podem manifestar de forma específica em cada indivíduo, a análise de tais aspectos será realizada de forma individualizada pela junta médica.

10.11.2 A junta médica decidirá pela inaptidão do candidato quando constatar, por meio dessa análise individualizada, que os aspectos estabelecidos no subitem 10.13 deste edital são incompatíveis com atribuições inerentes ao cargo pleiteado e(ou) identificar potencial prejuízo e(ou) comprometimento para o exercício dessas atribuições, levando em consideração a natureza e a intensidade desses aspectos em suas manifestações específicas em cada candidato.

10.12 Será eliminado do concurso público o candidato considerado **inapto** no exame médico/odontológico.

10.13 Constituem condições incapacitantes à inclusão na Polícia Militar de Santa Catarina:

10.13.1 Cabeça e pescoço:

- a) deformações, perdas externas de substância;
- b) cicatrizes extensas, deformantes, aderentes ou antiestéticas;
- c) contrações musculares anormais, cisto branquial, higroma cístico de pescoço e fístulas.

10.13.2 Ouvido e audição:

- a) em teste audiométrico será observado o índice de acuidade auditiva constantes dos índices mínimos exigidos.
- b) deformidades ou agenesia do pavilhão auricular; anormalidades do conduto auditivo e tímpano;
- c) infecções crônicas recidivantes, otite média crônica, labirintopatias e tumores.

10.13.3 Olhos e visão:

- a) índices de acuidade visual que não atendam os requisitos constantes da alínea "s" do item 10.8 do edital;
- b) discromatopsia/deficiência de visão cromática;
- c) infecções e processos inflamatórios, excetuando conjuntivites agudas e hordéolo;
- d) sinais clínicos de uveítes em atividade ou sequelas funcionais de uveítes;
- e) ulcerações, tumores, excetuando cisto benigno palpebral;
- f) opacificações corneanas, degenerações corneanas, distrofias corneanas, ceratocone, ectasias corneanas, presença de anel corneano, sequelas de traumatismo ou de queimaduras;
- g) córnea transplantada;
- h) estrabismo (superior a 10 dioptrias prismáticas);
- i) anormalidades funcionais significativas;
- j) degenerações, distrofias retinianas e lesões retinianas (predisponentes ao descolamento ou com mau prognóstico evolutivo);
- k) degenerações, cicatrizes e distrofias maculares;

- l) doenças neurológicas ou musculares oculares;
- m) glaucoma ou hipertensão intraocular (pressão intraocular/Pio superior a 21mmHg).

10.13.4 Boca, nariz, laringe, faringe, traqueia e esôfago:

- a) anormalidades estruturais congênitas ou não;
- b) desvio acentuado de septo nasal;
- c) mutilações, tumores, atresias e retrações;
- d) sequelas de agentes nocivos;
- e) fístulas congênitas ou adquiridas;
- f) infecções crônicas ou rescidivantes;
- g) deficiências funcionais na mastigação, respiração, fonação e deglutição;
- h) doenças alérgicas do trato respiratório.

10.13.5 Dentes:

- a) estado sanitário geral deficiente;
- b) infecções;
- c) mal oclusão;
- d) tumores;
- e) restaurações extensas, próteses fixas e móveis insatisfatórias;
- f) deficiências funcionais na mastigação.

10.13.5.1 Para estabelecer as condições normais de estética e mastigação, tolera-se a prótese dental, desde que o inspecionado apresente dentes naturais, conforme previsto no subitem 10.14.4 deste edital.

10.13.6 Pele e tecido celular subcutâneo:

- a) infecções crônicas ou recidivantes;
- b) micoses extensas, infectadas ou cronificadas;
- c) parasitoses cutâneas extensas;
- d) eczemas alérgicos cronificados ou infectados;
- e) expressões cutâneas das doenças autoimunes;
- f) manifestações das doenças alérgicas de difícil resolução;
- g) ulcerações e edemas;
- h) cicatrizes deformantes, comprometendo a estética;
- i) nevus vasculares extensos ou antiestéticos;
- j) tatuagem em qualquer área do corpo que represente símbolos ou inscrições alusivas a ideologias contrárias às instituições democráticas e(ou) que incitem à violência ou qualquer forma de preconceito ou discriminação, constituindo nesses casos condição incapacitante.

10.13.7 Pulmões e paredes torácicas:

- a) deformidade relevante congênita ou adquirida de caixa torácica;
- b) função respiratória prejudicada;
- c) doenças e defeitos, congênitos ou adquiridos;
- d) infecções bacterianas ou micóticas;
- e) doenças imunoalérgicas do trato respiratório inferior (importante a história mórbida pregressa);
- f) fístula e fibrose pulmonar difusa;
- g) tumores malignos e benignos dos pulmões e da pleura;
- h) anormalidade radiológicas, exceto se insignificantes e desprovidas de potencialidade mórbida e sem comprometimento funcional.

10.13.8 Sistema cardiovascular:

- a) anormalidades congênitas ou adquiridas;
- b) infecções e inflamações;
- c) arritmias;
- d) doenças do pericárdio, miocárdio, endocárdio e da circulação intrínseca do coração;

- e) anormalidade do feixe de condução e outras, detectadas no eletrocardiograma;
- f) doenças oro-valvulares;
- g) hipotensão arterial com sintomas;
- h) hipertensão arterial e taquiesfigmia;
- i) alterações significativas da silhueta cardíaca no exame radiológico;
- j) doenças venosas, arteriais e linfáticas;
- k) dislipidemias: colesterol total maior ou igual a 240 mg/dl; LDL colesterol maior ou igual 160mg/dl; triglicerídeos maior ou igual 200 mg/dl (V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e prevenção da aterosclerose).

10.13.9 Abdome e trato digestivo:

- a) anormalidades da parede perceptíveis à inspeção ou palpação (exemplo: hérnias, fístulas), à inspeção ou palpação;
- b) visceromegalias;
- c) infecções, esquistossomose e outras parasitoses graves, (exemplo: doença de Chagas, calazar, malária, amebíase extraintestinal);
- d) micoses profundas;
- e) história de cirurgia significativa ou ressecções importantes;
- f) doenças hepáticas e pancreáticas;
- g) lesões do trato gastrointestinal;
- h) distúrbios funcionais, desde que significativos;
- i) tumores benignos e malignos.

10.13.10 Aparelho gênito-urinário:

- a) anormalidades congênicas ou adquiridas da genitália, rins e vias urinárias;
- b) tumores;
- c) infecções e outras lesões demonstráveis no exame de urina;
- d) criptorquidia;
- e) varicocele, volumosa e(ou) dolorosa

10.13.10.1 O testículo único não é incapacitante, desde que não resulte de criptorquidia do outro testículo.

10.13.11 Aparelho osteomioarticular:

- a) doenças e anormalidades dos ossos e articulações, congênicas ou adquiridas, inflamatórias, infecciosa, neoplásicas e traumáticas;
- b) lesões de cartilagem articular grau III e IV de outerbridge, mesmo que focais;
- c) desvios ou curvaturas anormais significativos da coluna vertebral;
- d) deformidades ou qualquer alteração na estrutura normal dos membros;
- e) próteses cirúrgicas e sequelas de cirurgia;
- f) diferença de mais de 1,5 cm no comprimento dos membros inferiores.
- g) artroses, sacroileíte, impacto fêmuro-acetabular.

10.13.11.1 No caso de pé plano e curvatura discreta da coluna vertebral, à critério da JISE poderá ser solicitado parecer especializado para avaliação de sintomas, distúrbios funcionais orgânicos e vício postural.

10.13.12 Doenças metabólicas e endócrinas:

- a) diabetes mellitus;
- b) tumores hipotalâmicos e hipofisários;
- c) disfunção tireoidiana sintomática;
- d) tumores da tireoide, exceto cistos insignificantes e desprovidos de potencialidade mórbida;
- e) tumores de suprarenal e suas disfunções congênicas ou adquiridas;
- f) hipogonadismo primário ou secundário;

g) distúrbios do metabolismo do cálcio e fósforo, de origem endócrina;

h) erros inatos do metabolismo;

i) desenvolvimento anormal, em desacordo com a idade cronológica.

10.13.13 Sangue e órgãos hematopoiéticos:

a) alterações significativas do sangue e órgãos hematopoiéticos significativas;

b) doenças hemorrágicas (importante a história mórbida pregressa);

10.13.13.1 Alterações hematológicas consideradas significativas, à critério da JISE poderão ser submetidas a parecer especializado.

10.13.14 Doenças neuropsiquiátricas:

a) distúrbios neuromusculares;

b) afecções neurológicas;

c) anormalidades congênitas ou adquiridas;

d) ataxias, incoordenações, tremores, paresias e paralisias, atrofia e fraquezas musculares.

e) síndromes convulsivas, distúrbios de consciência, distúrbios comportamentais e de personalidade (será avaliada cuidadosamente a história mórbida pregressa, para identificar essas manifestações).

10.13.15 Tumores e neoplasias:

a) tumor maligno;

b) tumores benignos, dependendo da localização, repercussão funcional, potencial evolutivo ou comprometimento estético importante.

10.13.16 Doenças sexualmente transmissíveis:

a) doença sexualmente transmissível em atividade;

10.13.16.1 Serão toleradas cicatrizes sorológicas.

10.14 Índices mínimos exigidos para o exame de saúde (médico e odontológico)

10.14.1 Altura: mínima de 1,65 m para os candidatos do sexo masculino e 1,60 m para candidatas do sexo feminino.

10.14.2 Peso: proporcional à altura, para ambos os sexos, conforme Tabela de Proporcionalidade de Peso e Altura a seguir:

Altura (m)	Peso mínimo (Kg)	Peso máximo (Kg)
1,60	46,0	76
1,61	47,0	77
1,62	47,5	78
1,63	48	79
1,64	49	80
1,65	50,0	81,5
1,66	51,0	82,5
1,67	51,5	83,5
1,68	52,0	84,5
1,69	53,0	85,5
1,70	53,5	86,5
1,71	54,0	88,00
1,72	54,5	89,0
1,73	55,5	90,0
1,74	56,0	91,0
1,75	56,5	92,0
1,76	57,0	93,0
1,77	58,0	94,0
1,78	58,5	95,5

1,79	59,0	96,0
1,80	60,0	97,0
1,81	60,5	98,0
1,82	61,5	99,5
1,83	62,0	100,0
1,84	62,5	101,5
1,85	63,5	102,5
1,86	64,0	104,0
1,87	64,5	105,0
1,88	65,5	106,0
1,89	66,0	107,0
1,90	67,0	108,5
1,91	67,5	109,5
1,92	68,0	110,5
1,93	69,0	111,5
1,94	69,5	113,0
1,95	70,5	114,0

*Em casos específicos o exame clínico poderá complementar a avaliação e os índices previstos na presente tabela.

10.14.3 Acuidade visual: será avaliada a acuidade visual segunda a escala de Snellen, sendo considerados **aptos** os que atenderem **os itens abaixo**, desde que não apresentem outras condições incapacitantes:

a) os candidatos que não façam uso de correção visual (óculos ou lentes de contato), deverão apresentar visão mínima de (20/40) em cada olho separadamente ;

b) os candidatos que **necessitem de correção visual** (óculos ou lentes de contato), deverão apresentar:

i. **Sem o uso de correção** (óculos ou lentes de contato), visão mínima de (20/40) em cada olho separadamente (tendo em vista as situações adversas que poderão enfrentar durante a atividade policial militar e que demandam uma capacidade mínima de reação, sem o uso de correção [óculos ou lentes de contato]);

ii. Com correção (usando óculos ou lentes de contato), apresentar visão igual a (20/20) em cada olho, separadamente, sendo que toda e qualquer alteração de refração deverá, após corrigida, assegurar visão igual a (20/20) em ambos os olhos (a exigência do índice com correção visa identificar a ocorrência de outras alterações na visão que não são corrigidas por uso de óculos ou lentes de contato);

c) o candidato que já tenha sido submetido à cirurgia refrativa, deverá informar no anexo a técnica cirúrgica empregada e a data da cirurgia.

10.14.3.1 Senso cromático:

a) é incapacitante qualquer grau de discromatopsia constatado em teste de Ishihara (24 lâminas). Instruções para avaliação conforme recomendação do teste usado;

b) o resultado do teste poderá ser confrontado com exame de Ishihara, a ser realizado no momento da inspeção de saúde.

Observação: a presença de condição clínica adversa, de índices de acuidade visual insuficientes ou diagnóstico de discromatopsia/deficiência de senso cromático, serão considerados como sendo incapacitantes pelo potencial real de gerar atos inseguros que venham a colocar em risco a integridade física do candidato e de terceiros (colega de trabalho e civis) no exercício do cargo de Policial Militar.

10.14.4 Dentes: serão consideradas como condições mínimas:

a) possuir no mínimo quatro dentes molares, desde que estejam distribuídos um em cada hemiarco, permanecendo assim ausência de extremos livres, não considerando os molares inclusos;

b) ausência de raízes inaproveitáveis proteticamente;

- c) ausência de dentes que possuam material restaurador provisório;
- d) ausência de anomalias de desenvolvimento de lábios, língua, palato, que prejudiquem a funcionalidade do aparelho estomatognático;
- e) adaptabilidade adequada das próteses utilizadas para substituírem os dentes naturais;
- f) possuir no mínimo 20 dentes naturais, computando-se os terceiros molares, ainda que inclusos, quando revelados radiograficamente;
- g) ausência de dentes cariados ou com lesões periapicais;
- h) a presença de todos os dentes anteriores (incisivos e caninos), tolerando-se dentes artificiais, desde que satisfaça estética e função;
- i) ausência de lesões periodontais graves;
- j) ausência de distúrbios da fala.

Observação: dentes reabilitados com implantes/coroas sobre implante serão considerados como dentes naturais.

10.14.4.1 A presença de raízes híbridas que foram aproveitadas proteticamente será considerada como dentes naturais para todos os efeitos desde que possua a referida peça protética.

10.14.5 Limites mínimos de motilidade: mobilidade articular ampla, simétrica e indolor de todas as articulações, tendo como referência de normalidade o descrito por: Barros Filho, Tarcísio E. P.; Lech, Osvandré. Exame físico em ortopedia. São Paulo: Sarvier, 2002. (2ª ed.).

10.14.5.1 Limites mínimos de motilidade da extremidade superior:

- a) OMBRO = elevação para diante à 90º; abdução à 90º;
- b) COTOVELO = flexão à 100º; extensão à 150º;
- c) PUNHO = alcance total à 15º;
- d) MÃO = supinação / pronação à 90º;
- e) DEDOS= formação de pinça digital.

10.14.5.2 Limites mínimos de motilidade da extremidade inferior:

- a) COXO-FEMURAL= flexão à 90º; extensão à 10º;
- b) JOELHO = extensão total; flexão à 90º.
- c) TORNOZELO = dorsiflexão à 10º; flexão plantar à 10º.

10.14.6 Índices cardiovasculares: pressão arterial medida em repouso e em decúbito dorsal ou sentado:

- a) SISTÓLICA – Igual ou menos de que 140mmHg;
- b) DIASTÓLICA – Igual ou menos de que 90mmHg.

10.14.7 Índice audiométrico: serão considerados aptos os candidatos que apresentarem perdas auditivas em qualquer ouvido, por vias aérea e óssea:

- a) até 20 decibéis, nas frequências de 500HZ e 1000HZ;
- b) até 30 decibéis, na frequência de 2000HZ;
- c) até 35 decibéis, nas frequências de 3000 à 8000HZ.

10.15 A junta médica, após a análise da inspeção de saúde presencial e dos exames laboratoriais e complementares dos candidatos, emitirá parecer conclusivo da aptidão ou inaptidão de cada um.

10.15.1 A JISE julgará **inapto** para o serviço e o cargo de Praças do Quadro de Praças Policiais Militares, bem como para frequentar o CFP, o candidato que:

- a) não preencher os índices mínimos e(ou) incidir nas condições incapacitantes ou exceder a proporcionalidade de peso e altura exigidos pelo presente edital de abertura;
- b) apresentar alterações nos exames complementares consideradas incompatíveis com o serviço e o cargo de Praças do Quadro de Praças Policiais Militares, bem como para frequentar o CFP;
- c) deixar de apresentar algum exame constante do subitem 10.7 deste edital ou com o respectivo laudo ausente ou incompleto;

d) incidir em condição clínica que, embora não conste do presente edital, seja considerada pela JISE incapaz para o serviço e o cargo de Praça do Quadro de Praças Policiais Militares, bem como para frequentar o CFP.

10.16 Recomenda-se que, durante o período compreendido entre a inscrição neste concurso público até a conclusão do CFP, a candidata não apresente estado de gravidez, dada a incompatibilidade com os testes físicos específicos estabelecidos neste edital e com as atividades físicas obrigatórias a que será submetida durante o CFP.

10.17 A junta médica poderá solicitar, ainda, antes da divulgação do resultado provisório do exame de saúde (médico e odontológico), a entrega de exames faltantes, de exames que tenham sido entregues com algum tipo de erro, vício ou de forma incompleta.

10.17.1 A junta médica poderá solicitar, na fase de recurso, para fins de elucidação diagnóstica, a entrega de outros exames laboratoriais e de diagnóstico médico especializado além dos previstos no subitem 10.7 deste edital.

10.17.2 Na fase de recurso, apenas serão aceitos exames complementares que forem solicitados pela junta médica, não sendo possível, nesse momento, a entrega de exames previstos no subitem 10.7 deste edital.

10.18 O candidato que desejar interpor recursos contra o resultado provisório no exame de saúde (médico e odontológico) deverá observar os procedimentos disciplinados no respectivo edital de resultado provisório.

10.19 Demais informações a respeito do exame de saúde (médico e odontológico) constarão de edital específico de convocação para essa fase.

11 DO EXAME TOXICOLÓGICO

11.1 Serão convocados para o exame toxicológico os candidatos aprovados na prova discursiva, de acordo com os seguintes critérios:

a) **candidatos do sexo masculino:** serão convocados para o exame toxicológico os **1.200** candidatos mais bem classificados na prova discursiva, considerando-se a soma da nota final na prova objetiva e da nota final na prova discursiva, respeitados os empates na última posição; e

b) **candidatas do sexo feminino:** serão convocadas para o exame toxicológico as **300** candidatas mais bem classificadas na prova discursiva, considerando-se a soma da nota final na prova objetiva e da nota final na prova discursiva, respeitados os empates na última posição.

11.2 O candidato que não for convocado para o exame toxicológico na forma do subitem 11.1 deste edital estará automaticamente eliminado e não terá classificação alguma no concurso.

11.3 Os candidatos convocados para o exame toxicológico deverão providenciar junto ao laboratório de análises clínicas de sua preferência o exame toxicológico de larga janela de detecção, de janela mínima de 180 dias, exame este específico para concurso público.

11.3.1 Não serão aceitos laudos de exame toxicológico com a finalidade para CNH (Resolução do CONTRAN nº 923/2022) e CLT (§§ 6º e 7º do art. 168 do Decreto-Lei nº 5.452/1943), bem como exames toxicológicos para concursos públicos com validade vencida ou cuja coleta do material biológico tenha ocorrido em data anterior à publicação deste edital.

11.3.2 O exame toxicológico com laudo deverá ser realizado e entregue conforme orientação a ser divulgada no edital de convocação para essa fase.

11.3.3 O exame toxicológico somente será apreciado se for entregue nos termos estabelecidos no edital de convocação para o exame toxicológico.

11.3.4 É de inteira responsabilidade do candidato a entrega do laudo do exame original do resultado do exame toxicológico na data prevista. Recomenda-se ao candidato verificar junto ao laboratório o tempo necessário para a entrega do laudo do exame.

11.3.5 O descumprimento da entrega do laudo do exame toxicológico resultará na **eliminação** do candidato.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de Autoeficácia Percebida dos Militares Ingressos em Simulação Prática de Primeiros Socorros

Pesquisador: ARIANA LEBSA WEBER

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82994124.0.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Ciências médicas/UFSC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.231.354

Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2413043.pdf, de 01/10/2024, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Sabe-se que o atendimento pré-hospitalar desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde de emergência a indivíduos que estão enfrentando emergências médicas, antes da chegada da equipe de saúde. Neste contexto, o trabalho propõe realizar avaliação de autoeficácia percebida nos militares ingressos em simulação real de primeiros socorros. A população é formada pelos alunos soldados da Polícia Militar de Santa Catarina. O tipo de trabalho será prospectivo e longitudinal. Os alunos serão submetidos a avaliação pré e pós-capacitação de escala de autoconfiança e de conhecimentos pré- e pós-capacitação de primeiros socorros. Os tópicos ministrados serão protocolos de Suporte Básico de Vida (Parada Cardiorrespiratória e Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho), Sangramento Maciço (Programa 'Stop the Bleed'), atendimento a multidões (protocolo START) e Atirador Ativo (Programa 'Run, Ride, Fight'). O desfecho do trabalho será a variação pré- e pós-capacitação

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.231.354

na avaliação da autoconfiança e conhecimento de primeiros socorros. O tempo de estudo será de 30h, onde estarão incluídos os testes pré e pós capacitação, aulas de primeiros socorros e simulação prática. A importância do trabalho reside no fato de avaliar a eficácia deste método de ensino de primeiros-socorros, vindo a sugerir o uso dos protocolos semelhantes para o auto-atendimento e treinamento da população civil.

Hipótese: o método utilizado para o ensino de primeiros socorros aos soldados lhes dá a autoconfiança necessária para atuar na área quando necessário

Metodologia: A população do trabalho será de alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina (PMSC). O tamanho da amostra total será em torno de 560 alunos. A pesquisa será previamente apresentada aos ingressantes com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constam informações sobre a importância acadêmica da pesquisa, bem como sobre a garantia de anonimato e o caráter voluntário do preenchimento do instrumento, assim como a possibilidade de abandonar a pesquisa, caso o participante desejasse, atendendo, assim, às recomendações do Comitê Nacional de Ética na Pesquisa (CONEP). O tipo de estudo será ensaio longitudinal, prospectivo, do tipo intervencional com avaliação pré- e pós intervenção. Os alunos serão submetidos a um questionário online, em que responderá sobre a autopercepção de confiança e conhecimentos de primeiros socorros, antes das capacitações em Primeiros Socorros (Suporte Básico de Vida, Ressuscitação Cardiopulmonar e Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho). O questionário está no apêndice do trabalho. O tempo total de capacitação prática será de 30 horas, nas dependências do Centro de Ensino da PMSC. Os testes aplicados encontram-se nos apêndices, em anexo. A metodologia de ensino de primeiros socorros terá aulas expositivas com uso de material didático visual (slides); demonstração de técnicas e procedimentos em manequins de treinamento; atividades práticas em grupo para aplicação dos conhecimentos adquiridos e simulações de cenários reais para promover a tomada de decisão sob pressão. A capacitação será 100% presencial, que utilizará a metodologia ativa de treinamento através de simulação baseada em casos da realidade local. Os alunos serão submetidos ao mesmo questionário online sobre a autopercepção de confiança e conhecimentos de primeiros socorros após a conclusão das capacitações. O desfecho do estudo será a diferença entre os resultados de autopercepção de confiança e conhecimentos de primeiros socorros após a capacitação em relação aos valores iniciais.

Critério de Inclusão: Todos os alunos-soldados que aceitarem fazer parte da pesquisa.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.231.354

Critério de Exclusão: Alunos-soldados que não autorizarem a participação no questionário

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Objetivo Primário: Comparar a auto-eficácia percebida pelo militar ingressante na corporação da Polícia Militar de Santa Catarina antes e após as capacitações em: Primeiros Socorros (Suporte Básico da Vida com Ressuscitação Cardiopulmonar e Obstrução das Vias Aéreas por Corpo Estranho), programa Stop the Bleed, protocolo START (atendimento à desastres e grandes multidões) e protocolo de resposta a atirador ativo FEL (Fugir, Esconder ou Lutar).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos: O preenchimento do questionário deve demandar cerca de 10 minutos de tempo, paciência e vontade/interesse dos participantes. Pode haver risco de mal-estar e a remota quebra de sigilo involuntária e não intencional.

Benefícios: Melhoria do ensino de primeiros socorros para outras turma de alunos-soldados da Polícia Militar de Santa Catarina. Socializar os dados da pesquisa para que seja usado como referência para outros trabalhos sobre educação em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dissertação de mestrado de Ariana Lebsa Weber, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, orientada pelo Prof. Dr. Fabrício de Souza Neves.

Estudo nacional, unicêntrico, prospectivo, financiamento próprio de R\$ 500,00, com previsão de 600 participantes, alunos soldados participantes de um curso de Primeiros Socorros.

Previsão de início da coleta de dados: 12/2024.

Previsão de término do estudo: 15/09/2025

Não envolve armazenamento de material biológico.

Termo de anuência assinado por Marcus Vinicius dos Santos - TC PM Diretor Int da APMT em 03/05/2024.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** oep.propesq@contato.ufsc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC**



Continuação do Parecer: 7.231.354

Folha de rosto assinada pela coordenadora do Programa de Pós-Graduação Prof. Dra. Katia Lin, datada de 03/09/2024.

Inserida carta resposta referente às causas da rejeição e declarando as alterações, assinada pelo orientador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante das alterações e reformulações no projeto nos termos apresentados sob a responsabilidade do Prof. Fabrício Neves, reconsidera-se, sendo favorável à aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	23/10/2024 11:45:53		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso_CEP_assinado.pdf	23/10/2024 11:45:45	ARIANA LEBSA WEBER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_recurso.pdf	23/10/2024 11:40:16	ARIANA LEBSA WEBER	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2413046.pdf	01/10/2024 17:49:29		Aceito
Outros	Autorizacao_PM_Institucional.pdf	01/10/2024 17:48:49	ARIANA LEBSA WEBER	Aceito
Outros	Protocolo_coleta_de_dados_2.pdf	01/10/2024 17:47:18	ARIANA LEBSA WEBER	Aceito
Outros	Ao_CEP_Ariana.pdf	01/10/2024 17:46:46	ARIANA LEBSA WEBER	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_PPGCM.pdf	04/09/2024 09:06:27	ARIANA LEBSA WEBER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Ariana.pdf	03/09/2024 14:45:50	ARIANA LEBSA WEBER	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.231.354

Declaração de concordância	concordancia_comando.pdf	02/09/2024 15:41:54	ARIANA LEBSA WEBER	Aceito
----------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 18 de Novembro de 2024

Assinado por:
Sharbel Weidner Maluf
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8084 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE A – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PERCEBIDA VALIDADA PARA PRIMEIROS SOCORROS

Baseada nos seguintes trabalhos:

- *Validated Assessment of School children's Attitude Towards Basic Life Support and Automated External Desfibrillator Use*

- *Development, validation and assessment of the test on knowledge about basic life support and use of automated external defibrillator among schoolchildren*

1. Idade: 1. Até 20 anos 2. 21-25 anos 3. 26-30 anos 4. Acima 30 anos
2. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino
3. Tem conhecimento de Primeiros Socorros previamente? 1. SIM 2. NÃO
4. Peso: 1. Até 70 kg 2. 71-80 kg 3. 81-90 kg 4. Acima 90 kg
5. Altura: 1. Até 1.70 m 2. 1.71 -1.80 m 3. 1.81-1.90m 4. Acima 1.90 m

A seguir são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e circule o número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas a seguir:

1- Não confiante 2-Pouco confiante 3- Moderadamente confiante 4-Muito confiante

Intrínseco:

Motivação:

IM-1 Se eu testemunhasse alguém desmaiar, me sentiria obrigado a ajudar de alguma maneira. 1 2 3 4

IM-2 Eu começaria a ressuscitar porque assim eu poderia salvar a vida de uma pessoa. 1 2 3 4

IM-3 O conhecimento de SBV com DEA é uma habilidade útil para a vida cotidiana. 1 2 3 4

Extrínseco:

Motivação:

EM-1 A reanimação por espectadores é um ato corajoso. 1 2 3 4

EM-2 Todos deveriam saber como ressuscitar. 1 2 3 4

EM-3 Um curso de SBV com DEA deveria ser um curso obrigatório no ensino

primário nas escolas. 1 2 3 4

Amotivação:

AM-1 Eu não faria reanimação porque teria medo de possíveis consequências (fratura de costela, ação judicial etc.). 1 2 3 4

AM-2 Eu não faria reanimação porque não saberia o que fazer naquele momento.
1 2 3 4

AM-3 Prefiro evitar a reanimação porque é uma responsabilidade muito grande.
1 2 3 4

Autoeficácia:

SE-1 Eu ofereceria ajuda se alguém já tivesse iniciado a reanimação com antecedência.
1 2 3 4

SE-2 I seria capaz de realizar SBV e usar DEA. 1 2 3 4

Autoconfiança:

SC-2 Eu saberia o que fazer se presenciasse uma parada cardíaca. 1 2 3
4

SC-3 Se eu soubesse ressuscitar (realizar SBV e AED) eu poderia ensinar outras pessoas também. 1 2 3 4

Intenção:

INT-1 Se eu fosse a única testemunha quando alguém desmaiasse, eu ajudaria.
1 2 3 4

INT-2 Se eu fosse a única testemunha de uma parada cardíaca de uma pessoa desconhecida, eu começaria a ressuscitar. 1 2 3 4

INT-3 Se eu fosse a única testemunha de uma parada cardíaca em uma pessoa conhecida (amigo ou familiar), eu começaria a ressuscitar. 1 2 3 4

APÊNDICE B – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

Versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer e Matthias Jerusalem, 1999.

Versão Inicial Brasileira: Sbicigo, Teixeira, Dias e Dell'aglio, 2012.

Versão Brasileira Final Gomes-Valério, 2016.

NOME: _____ Data: ____/____/____

A seguir são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e circule o número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

- 1- não é verdade a meu respeito
- 2- é dificilmente verdade a meu respeito
- 3- é moderadamente verdade a meu respeito
- 4- é totalmente verdade a meu respeito

1. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário. 1 2 3 4
2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero. 1 2 3 4
3. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos 1 2 3 4
4. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas. 1 2 3 4
5. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas. 1 2 3 4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante. 1 2 3 4
7. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas. 1 2 3 4
8. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas

soluções. 1 2 3 4

9. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída. 1 2 3 4

10. Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentar enfrentá-la. 1 2 3 4

APÊNDICE C – ESCALA NÃO VALIDADA

1. Você se sente preparado para reconhecer e agir em uma situação de parada cardiorrespiratória?

1 2 3 4

2. Em caso de engasgo (OVACE), você se sente preparado para realizar os procedimentos de primeiros socorros adequados?

1 2 3 4

3. Quão confiante você se sente em lidar com situações de sangramento e aplicar os primeiros socorros necessários para controlá-lo?

1 2 3 4

6. Você sabe como realizar corretamente a manobra de Heimlich em caso de engasgo em adultos e crianças?

1 2 3 4

7. Em situações de parada cardiorrespiratória, você se sente capaz de realizar a RCP (ressuscitação cardiopulmonar) de forma eficaz?

1 2 3 4

8. Você conhece os passos para controlar um sangramento grave até a chegada do atendimento médico especializado?

1 2 3 4