



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Desenho e avaliação do impacto de um programa de formação em Suporte Básico de Vida nas escolas

Ana Rafaela Marques Ribeiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Dra. Juliana Sá
Coorientador: Dr. Ricardo Tjeng

Covilhã, maio de 2019

Dedicatória

Aos meus pais, espero um dia poder retribuir tudo o que fizeram por mim.

Agradecimentos

À Dr.^a Juliana Sá, pela orientação e por ter encorajado um projeto que se tornou numa das melhores experiências da minha formação médica.

Ao Dr. Ricardo Tjeng, pelas críticas e sugestões que serviram de base para a construção deste trabalho.

À direção da Escola Quinta das Palmeiras e a todos os professores e alunos que voluntariamente permitiram que este projeto fosse possível e, um bem-haja em particular, à Professora Maria Nunes, pela prontidão e acompanhamento.

Ao Enfermeiro Ricardo Santos e à Daniela, pela presença na formação e pela partilha de experiências e ideias.

Aos meus pais e à minha irmã por todo o apoio e por terem sempre acreditado no meu valor durante este longo percurso.

Aos meus colegas, por me terem proporcionado um percurso académico cheio de boas recordações, foi um prazer fazer esta caminhada ao vosso lado.

Um agradecimento especial ao Carlos, por toda a motivação e cumplicidade.

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

Citação

“Hi Anneli, My name is X and I have survived an out-of-hospital cardiac arrest. One day in January, I suddenly felt confused and shortly thereafter I collapsed. My heart stopped beating. My wife and one of our neighbours started chest compressions and mouth-to-mouth ventilation but before doing this, they called the dispatch centre for further help. After 20 minutes, the fire brigade and the ambulance arrived and continued the process. I was admitted to hospital and, for the second time, I was treated with percutaneous coronary intervention. Some days later, I woke up in the intensive care unit and slowly came back to reality. I am grateful that I have been given a second chance and I wonder what kind of register I am in?”

Resumo

Introdução: O tempo entre o estabelecimento da paragem cardiorrespiratória e o início do suporte básico de vida é fundamental, encurtar este intervalo de tempo é a melhor forma de aumentar a probabilidade de sobrevivência da vítima. Neste sentido, vários estudos e *guidelines* internacionais recomendam o ensino de reanimação cardiopulmonar nas escolas, a crianças e adolescentes. Esta população, facilmente acessível e motivada, permite que a educação sobre suporte básico de vida tenha um efeito a longo prazo e um impacto na sociedade. Este trabalho pretende contribuir para a construção de programas de educação sobre Suporte Básico de Vida para as escolas e criação de estratégias para aumentar a consciência social e cívica dos alunos para a prestação de socorro de forma correta, perante uma paragem cardiorrespiratória.

Materiais e Métodos: Foram incluídos no estudo cinquenta e cinco alunos do 8º ano do ensino básico de uma escola. Um grupo de 24 alunos participou numa formação teórico-prática de 60 minutos sobre Suporte Básico de Vida, enquanto que um segundo grupo de 28 alunos respondeu apenas aos inquéritos sem receber qualquer formação. Ambos os grupos responderam a um inquérito inicial antes da formação e a um inquérito de acompanhamento um mês depois. O grupo que recebeu formação respondeu também imediatamente após a mesma. O inquérito consistiu em perguntas de escolha múltipla com nove itens sobre o conhecimento teórico, um item sobre autoavaliação da capacidade de realização de Suporte Básico de vida e um item sobre medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma paragem cardiorrespiratória. Os resultados foram analisados e comparados usando o software SPSS©.

Resultados: No grupo que recebeu formação, antes de esta decorrer, observa-se que a média de respostas corretas para as 9 questões, valorizadas entre 0 e 9, era de 4,29 e as médias de respostas às questões sobre a capacidade e o medo de agir, valorizadas entre 1 e 4, eram 2,38 e 2,70, respetivamente. Um mês depois, verificou-se que a capacidade de agir aumentou para 3,46 e o medo diminuiu para 1,96. A média do total de respostas corretas do grupo que recebeu formação foi 7,67, sendo a do grupo que não recebeu 4,43. Não houve alterações significativas nos itens analisados no grupo que não recebeu formação.

Conclusão: O treino de adolescentes em suporte básico de vida parece ser eficaz para aumentar o seu conhecimento sobre este tema e a sua confiança autopercebida para agir, mesmo com apenas uma sessão, e o conhecimento parece manter-se ao longo do tempo.

Palavras-chave

Suporte básico de vida, paragem cardiorrespiratória, formação, escolas.

Abstract

Introduction: The time between the establishment of a cardiorespiratory arrest and the beginning of the basic life support is fundamental, shortening this period of time is the best way to increase the probability of the victim's survival. In this regard, several studies and international guidelines recommend teaching cardiopulmonary resuscitation in schools, to children and teenagers. This easily accessible and motivated population enables basic life support education to have a long-term effect and impact on society. This work intends to contribute to the construction of basic life support education programs for schools and the creation of strategies to increase students' social and civic awareness to provide correct assistance in the face of a cardiorespiratory arrest.

Materials and Methods: Fifty-five students from the 8th year of elementary school education were included in the study. A group of 24 students participated in a 60-minute theoretical-practical training on Basic Life Support, while a second group of 28 students answered only to the surveys without receiving any training. Both groups responded to an initial survey prior to training and to a follow-up survey one month later. The group that received training also answered immediately after it. The survey consisted of multiple-choice questions with nine items on theoretical knowledge, an item on self-assessment of the ability to perform Basic Life Support, and an item on self-perceived fear of being the first to respond to a cardiorespiratory arrest. The results were analyzed and compared using SPSS© software.

Results: In the group that received training, before this happens, it was observed that the average of correct answers for the 9 questions, valued between 0 and 9, was 4.29 and the mean answers to questions about capacity and fear of acting, valued between 1 and 4, were 2.38 and 2.70, respectively. One month later, it was found that the ability to act increased to 3.46 and the fear decreased to 1.96. The mean of the total correct answers of the group that received training was 7.67, and that of the group that did not receive 4.43. There were no significant changes in the items analyzed in the group that did not receive training.

Conclusion: The training of teenagers in basic life support seems to be effective in increasing their knowledge about this subject and their self-perceived confidence to act, even with just one session, and the knowledge seems to maintain over time.

Keywords

Basic life support, cardiorespiratory arrest, training, schools.

Índice

1.	Introdução.....	1
1.1.	Questões de Investigação	2
1.2.	Objetivos.....	2
1.2.1.	Objetivos específicos	2
2.	Materiais e Métodos.....	3
2.1.	Desenho do estudo e Participantes.....	3
2.2.	Autorizações.....	3
2.3.	Consentimento Informado.....	3
2.4.	Inquérito	4
2.5.	Formação em SBV.....	5
2.6.	Análise estatística	6
3.	Resultados.....	7
3.1.	Caracterização dos Grupos no Inquérito Inicial	7
3.1.1.	Análise Demográfica	7
3.1.2.	Conhecimento teórico sobre SBV em Qi	7
3.1.3.	Autoavaliação da capacidade de realização de SBV em Qi	9
3.1.4.	Medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR em Qi10	9
3.2.	Evolução do grupo que recebeu formação	11
3.2.1.	Conhecimentos teóricos sobre SBV	11
3.2.2.	Autoavaliação da capacidade de realização de SBV.....	12
3.2.3.	Medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR	13
3.3.	Evolução do grupo que não recebeu formação	13
3.3.1.	Conhecimentos teóricos sobre SBV	13
3.3.2.	Autoavaliação da capacidade de realização de SBV.....	14
3.3.3.	Medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR	14
3.4.	Comparação entre o grupo que recebeu formação e o grupo que não recebeu um mês após a formação	15
3.4.1.	Conhecimentos teóricos sobre SBV	15
3.4.2.	Autoavaliação da capacidade de realização de SBV.....	15

3.4.3.	Medo autopercibido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR	16
3.5.	Factores que podem influenciar o grau de retenção do conhecimento de SBV	17
3.5.1.	Logo após a formação	17
3.5.2.	Um mês depois da formação	18
3.6.	Relacionar a autoavaliação e o medo com a retenção do conhecimento (Q2i e Q2t)	18
3.6.1.	Para o Grupo que recebeu Formação	18
3.6.2.	Para a totalidade de dados recolhidos.....	19
4.	Discussão	21
4.1.	Conhecimento teórico e intervenções sobre SBV nas escolas	21
4.2.	Autoavaliação da capacidade de realizar SBV e medo autopercibido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR	22
4.3.	Impacto de um programa de formação em Suporte Básico de Vida nas escolas	23
4.4.	Implementação do ensino de SBV nas escolas.....	23
4.5.	Limitações do estudo	24
5.	Conclusões e Perspetivas Futuras	25
6.	Bibliografia	27
7.	Anexos.....	29
7.1.	Declaração de Colaboração da Escola Quinta das Plameiras	29
7.2.	Parecer da Comissão de Ética	30
7.3.	Consentimento Informado	31
7.3.1.	Grupo que recebeu formação	31
7.3.2.	Grupo que não recebeu formação	32
7.4.	Inquérito	33

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição das respostas a P10 no grupo que recebeu formação em Qi.....	9
Figura 2 - Distribuição das respostas a P10 no grupo que não recebeu formação em Qi.	9
Figura 3 - Distribuição das respostas a P11 no grupo que recebeu formação em Qi.....	10
Figura 4 - Distribuição das respostas a P11 no grupo que não recebeu formação em Qi.	10
Figura 5 - Distribuição das respostas a P10 no grupo que recebeu formação em Q2t.	15
Figura 6 - Distribuição das respostas a P10 no grupo que não recebeu formação em Q2t.....	16
Figura 7 - Distribuição das respostas a P11 no grupo que recebeu formação em Q2t.	16
Figura 8 - Distribuição das respostas a P11 no grupo que não recebeu formação em Q2t.....	17

Lista de Tabelas

Tabela 1- Estatística descritiva e Teste do Qui-quadrado: relações entre idade, sexo e participação anterior numa formação sobre SBV dos dois grupos.....	7
Tabela 2 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: relações entre as questões P1 a P9 nos dois grupos.	8
Tabela 3 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relação entre o total de respostas corretas nos dois grupos.	8
Tabela 4 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P10 nos dois grupos.	9
Tabela 5 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P11 nos dois grupos.	10
Tabela 6 - Estatística descritiva: Relações entre as questões P1 a P9 nos três momentos (Q_i , Q_{2i} e Q_{2t}), para o Grupo que recebeu Formação.	11
Tabela 7 - Testes de Mann-Whitney: Relações entre as questões P1 a P9 para cada par de momentos (Q_i vs Q_{2i} , Q_i vs Q_{2t} e Q_{2i} vs Q_{2t}), para o Grupo que recebeu Formação.	12
Tabela 8 - Estatística descritiva: Relação entre as respostas a P10 nos três momentos (Q_i , Q_{2i} e Q_{2t}), para o Grupo que recebeu Formação.	12
Tabela 9 - Testes de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P10 nos três momentos (Q_i , Q_{2i} e Q_{2t}), para o Grupo que recebeu Formação.	13
Tabela 10 - Estatística descritiva: Relação entre as respostas a P11 nos três momentos (Q_i , Q_{2i} e Q_{2t}), para o Grupo que recebeu Formação.	13
Tabela 11- Testes de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P11 nos três momentos (Q_i , Q_{2i} e Q_{2t}), para o Grupo que recebeu Formação.	13
Tabela 12 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre as questões P1 a P9 nos dois momentos (Q_i e Q_{2t}), para o Grupo que não recebeu formação.	14
Tabela 13 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P10 nos dois momentos (Q_i e Q_{2t}), para o Grupo que não recebeu formação.	14
Tabela 14 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P11 nos dois momentos (Q_i e Q_{2t}), para o Grupo que não recebeu formação.	14
Tabela 15 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre o total de respostas corretas nos dois grupos, no momento Q_{2t}	15
Tabela 16 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P10 nos dois grupos, no momento Q_{2t}	16
Tabela 17 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P11 nos dois grupos, no momento Q_{2t}	17
Tabela 18 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre o total de respostas corretas e o sexo.....	17

Tabela 19 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre o total de respostas corretas e a idade.	17
Tabela 20 - Estatística descritiva e teste t: Relação entre o total de respostas corretas e o sexo, no Grupo que recebeu Formação.	18
Tabela 21 - Estatística descritiva e teste t: Relação entre o total de respostas corretas e a idade, no Grupo que recebeu Formação.....	18
Tabela 22 - Correlação de Pearson: Relação entre o total de respostas corretas e a autoavaliação da capacidade de realização de SBV e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR, para o grupo que recebeu formação em Q2i e Q2t.	19
Tabela 23 - Correlação de Pearson: Relação entre o total de respostas corretas e a autoavaliação da capacidade de realização de SBV e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR, na totalidade dos dados recolhidos.....	19

Lista de Acrónimos

AHA	American Heart Association
DAE	Desfibrilador Automático Externo
ERC	European Resuscitation Council
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PCREH	Paragem Cardiorrespiratória Extra Hospitalar
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
SBV	Suporte Básico de Vida

1. Introdução

O tempo entre o início de uma paragem cardiorrespiratória (PCR) e a prestação de cuidados é fundamental, e encurtar esse tempo é uma das melhores maneiras de reduzir os índices de morbilidade e mortalidade e aumentar a probabilidade de sobrevivência da vítima¹. No entanto, os níveis de conhecimento de Suporte Básico de Vida (SBV) da população portuguesa são baixos². Em Portugal, a taxa de sobrevivência perante uma Paragem Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar (PCREH) é de 3%, o que pode estar associado à falta de preparação da sociedade civil para atuar³.

A ausência de formação em SBV acarreta um problema de saúde pública⁴. Por conseguinte, a American Heart Association (AHA) recomenda o ensino de reanimação cardiopulmonar (RCP) nas escolas⁵. A Organização Mundial da Saúde (OMS) defendeu a Declaração “Kids Save Lives” em 2015, recomendando duas horas de treino em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) anualmente, a partir dos 12 anos de idade, em todas as escolas do mundo⁶.

Diversos estudos descreveram intervenções educativas de sucesso em escolas. Foi relatado que as crianças mais novas podem aprender os princípios teóricos, mas só entre os 13-14 anos conseguem executar compressões torácicas eficazes⁸, embora a idade ideal para o início da aprendizagem não seja consensual⁴. Adicionalmente, verificou-se um aumento da autoconfiança para atuar numa situação real nos grupos que receberam treino nesta área⁹.

Os alunos são o grupo de atuação preferencial, de fácil acesso e motivação, assegurando que a educação tenha um efeito a longo prazo. A implementação de um programa de formação em SBV nas escolas permitirá: 1) a aprendizagem de um grande número de crianças, que, com o tempo, aumentará a proporção de adultos treinados; 2) aumentar a consciencialização da importância de agir perante uma paragem cardíaca, potenciando, assim, respostas automáticas; 3) provisão de treino quando a aprendizagem é a principal atividade, permitindo uma melhor retenção do conhecimento numa fase em que o condicionamento físico já é suficiente para fornecer SBV; 4) aumento da autoestima e introdução de ideias de responsabilidade para provisão de ajuda em situações de emergência; 5) exposição da informação e materiais de treino a um segundo nível de aprendizes em casa¹⁰.

Apesar de já ter sido aprovada em Assembleia da República uma recomendação ao Governo, no sentido de introduzir no terceiro ciclo do Ensino Básico das escolas nacionais uma formação de frequência obrigatória em SBV¹¹, ainda não foi feito um programa estruturado para o ensino generalizado desta técnica a crianças e adolescentes em Portugal.

1.1. Questões de Investigação

Colocaram-se as seguintes questões:

Q1: Uma sessão de treino sobre SBV permitirá que ao longo do tempo haja um aumento do conhecimento e da confiança para a realização de SBV, bem como um decréscimo do medo autopercebido para ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR?

Q2: Existem diferença entre a retenção dos conhecimentos teóricos e a autoavaliação da capacidade de realização de SBV e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR do grupo que recebeu formação comparativamente ao grupo que não recebeu?

Q3: Existem fatores (sexo e idade) que possam influenciar o grau de retenção de conhecimento sobre SBV?

Q4: Existe relação entre a retenção dos conhecimentos teóricos e a autoavaliação da capacidade de realização de SBV e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR?

1.2. Objetivos

Esta dissertação pretende contribuir para a construção de programas de educação sobre SBV para as escolas e criação de estratégias para aumentar a consciência social e cívica dos alunos para a prestação de socorro de forma correta, perante uma PCR.

1.2.1. Objetivos específicos

- Desenhar um programa de formação em SBV;
- Realizar uma ação educativa para o reconhecimento rápido de sinais de uma PCR e como agir;
- Instruir para a realização de chamadas para o número de emergência de forma pertinente e eficaz;
- Permitir que os alunos aprendam como executar manobras de RCP com compressões torácicas de boa qualidade.

2. Materiais e Métodos

2.1. Desenho do estudo e Participantes

O presente trabalho de investigação foi desenvolvido na Escola Secundária Quinta das Palmeiras/3, na Covilhã, no ano letivo de 2017-18, no âmbito de uma dissertação de Mestrado Integrado em Medicina.

Este estudo é de tipo coorte prospetivo. Para a sua aplicação foi selecionada, por conveniência, a Escola Secundária/ 3º ciclo Quinta das Palmeiras da Covilhã.

Procurou-se que a população-alvo abrangida pelo estudo tivesse entre 13-14 anos, pois, segundo estudos já realizados, a partir desta faixa etária conseguem realizar compressões torácicas efetivas. Neste sentido, a população-alvo do estudo incluiu os alunos do 8º ano (n=135).

Aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Os indivíduos a estudar são os alunos do 8º ano da Escola Secundária/ 3º ciclo Quinta das Palmeiras.
- Os alunos incluídos no projeto pertencem às turmas selecionadas pela escola para participar no estudo, sendo que a escola indicou 4 turmas.
- Como critério de exclusão têm-se o não preenchimento do consentimento informado por parte dos encarregados de educação, uma vez que os participantes são menores.

Os alunos foram divididos em dois grupos determinados pela escola, sendo que apenas um participou na ação teórico-prática sobre SBV. Foram obtidas duas amostras, uma constituída por 25 alunos que viria a receber formação em SBV e outra constituída por 30 alunos que não viria a receber a formação, a fim de verificar que os resultados obtidos se deveriam à formação e não a qualquer outro fator.

2.2. Autorizações

O protocolo de investigação foi aprovado pelo Conselho Diretivo da Escola Secundária/ 3º ciclo Quinta das Palmeiras (Anexo 1), tendo posteriormente obtido parecer favorável pela Comissão de Ética da UBI (Anexo 2).

2.3. Consentimento Informado

Todos os participantes foram informados sobre o propósito do estudo de forma oral e escrita. Tratando-se de menores, foi enviado um consentimento informado escrito aos respetivos encarregados de educação (Anexo 3).

Após explicação dos objetivos do estudo, do protocolo de atuação, dos benefícios da participação e reforçada a inexistência de riscos, foi-lhes garantida a total confidencialidade

dos dados. Os participantes foram informados de que não receberiam remuneração pela participação e que poderiam desistir a qualquer momento, sem qualquer consequência.

Apenas participaram no estudo alunos devidamente autorizados.

2.4. Inquérito

Para colheita de dados foi aplicado um inquérito desenvolvido pelos investigadores.

O inquérito continha cinco partes (Anexo 4):

- 1- Dados demográficos: sexo e ano de nascimento.
- 2- Participação anterior numa formação sobre SBV.
- 3- Perguntas de escolha múltipla sobre conhecimentos teóricos de SBV (itens 1-9).
- 4- Pergunta de escolha múltipla sobre autoavaliação da capacidade de realização de SBV (item 10).
- 5- Pergunta de escolha múltipla sobre medo autopercibido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR (item 11).

A elaboração dos itens sobre conhecimentos teóricos de SBV foi baseada nas *guidelines* da AHA e do European Resuscitation Council (ERC) para esta matéria^{12, 13}. Cada um destes itens continha apenas uma resposta certa. Às respostas certas foi atribuída a classificação de um ponto, às erradas zero, podendo a pontuação total obtida variar entre zero e nove. Quanto maior o valor obtido, melhor o nível de retenção de conhecimento teórico sobre SBV dos alunos.

O item 10, “Como avalias a tua capacidade para realizar Suporte Básico de Vida?”, foi avaliado atribuindo um ponto à resposta “Sou completamente incapaz”, dois pontos a “Com dúvidas e, provavelmente não ajudaria”, três pontos a “Sei a teoria, mas não as habilidades práticas” e quatro pontos a “Bem preparado para poder agir”.

Com vista a uma resposta mais fácil de identificar, o item 11 “Como te sentirias se tivesses que ser o primeiro a dar resposta perante uma paragem cardíaca?”, foi avaliado numa escala visual analógica legendada, atribuindo-se um ponto à resposta equivalente a “Sem medo”, dois pontos a “Medo leve”, três pontos a “Medo moderado” e quatro pontos a “Medo intenso”.

Com vista a adequar o registo de língua à faixa etária e assegurar que as perguntas eram compreensíveis e não ambíguas, o inquérito foi revisto por uma professora de Português do Ensino Básico. Um teste piloto foi aplicado a cinco adolescentes de 13 anos não pertencentes à escola em estudo, para determinar o tempo necessário para ser completado. Foram efetuadas as adaptações necessárias e excluídos termos técnicos. Posteriormente foi sujeito a aprovação por parte da psicóloga da escola bem como pelo Conselho Diretivo.

Ambos os grupos em estudo respondem ao inquérito em papel. O grupo que participou na formação respondeu em três momentos: 1) imediatamente antes da sessão de treino (Q1), 2) imediatamente após a sessão de treino (Q2i), e 3) um mês após a sessão de treino (Q2t). O grupo que não recebeu formação respondeu aquando de Q1 e Q2t.

2.5. Formação em SBV

A formação decorreu na escola, sendo que cada turma presenciou uma sessão de um total de duas sessões. O conteúdo da formação foi baseado nas *guidelines* da AHA e do ERC para esta matéria^{12, 13}.

Cada sessão foi dividida numa componente expositiva teórica de 20 minutos e numa componente prática de 40 minutos.

A formadora foi uma estudante de medicina do 5º ano, sem experiência prévia de ensino de SBV, autora do estudo, com anterior aprovação no curso “Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador Automático Externo” organizado pelo Centro de Formação em Suporte Básico de Vida LaC/FCS/UBI. Para a componente prática teve a colaboração de dois enfermeiros com experiência em ensino de SBV, o que permitiu a divisão das turmas em grupos de treino mais pequenos.

Na componente expositiva, com recurso a uma apresentação Powerpoint, foram abordados aspetos relacionados com apresentações de PCR, importância da cadeia de sobrevivência, reconhecimento da necessidade de aplicação imediata de RCP, como contactar um serviço de emergência de forma oportuna, terminando com uma introdução ao desfibrilador automático externo (DAE), alertando sobre a localização dos equipamentos mais próximos.

Na componente prática os alunos praticaram a RCP através do uso de um manequim como substituto para a vítima. A instrutora exemplificou como proceder desde o momento da identificação da PCR e como fazer compressões torácicas e ventilações com máscara de bolso. No treino dos alunos, salientou-se o facto de as compressões serem decisivas mesmo na ausência de ventilações^{14,15}. Os alunos foram divididos em grupos, permitindo que todos realizassem manobras de SBV num de dois manequins e que fossem corrigidos eventuais erros de execução. Foram simulados cinco casos potencialmente reais, nos quais os alunos tinham que identificar uma PCR, simular que ligavam 112 e iniciar manobras ininterruptamente até à chegada dos meios de socorro. Para clarificar os conceitos, num dos casos a vítima apresentava respiração agónica (*gaspings*), sendo diferenciado de respiração normal e identificado como o início de uma PCR; noutra caso procedeu-se perante uma vítima inconsciente e a respirar, sendo exemplificado como colocar uma vítima em posição lateral de segurança num aluno voluntário. Procurou-se dar feedback acerca do desempenho da RCP de cada um, nomeadamente ao nível da frequência e profundidade das compressões torácicas e retorno do tórax.

No final da sessão, os alunos foram incentivados a explicar aos familiares e amigos o que tinham aprendido.

2.6. Análise estatística

Os inquéritos foram conferidos manualmente e todos foram considerados válidos. Relativamente às perguntas sobre conhecimento teórico, aos itens não respondidos foi atribuída a classificação de zero pontos.

O processamento e análise dos dados colhidos foram efetuados usando o software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics - versão 25.0®) e o Microsoft Excel®. A significância estatística, para testes bilaterais, foi fixada em 5%.

A estatística descritiva foi utilizada para descrever as características dos participantes. As variáveis quantitativas foram analisadas a partir dos valores medidos, apresentando-se a média obtida para cada questão, o desvio padrão e o coeficiente de variação. As questões 10 e 11 foram tratadas como variáveis em escala de Likert.

Na estatística indutiva, para as variáveis nominais optou-se pelo teste do qui-quadrado. Para estudar a evolução do grupo que recebeu formação ao longo do tempo e comparar os dois grupos foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. As variáveis sexo e idade do grupo que recebeu formação apresentavam distribuição normal pelo que se optou pelo teste t *de Student* para analisar os factores que podem influenciar o grau de retenção do conhecimento de SBV. Para relacionar a autoavaliação da capacidade de realização de SBV e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR com a retenção dos conhecimentos teóricos de SBV foi aplicado o coeficiente de Correlação de Pearson.

3. Resultados

Participaram 55 alunos no estudo, dos quais três não estiveram presentes no dia da formação, pelo que o inquérito foi respondido por 24 alunos que receberam formação e por 28 alunos que não receberam. Todos os participantes responderam ao primeiro inquérito no mesmo dia. Não houve qualquer desistência ao longo do estudo.

3.1. Caracterização dos Grupos no Inquérito Inicial

3.1.1. Análise Demográfica

No grupo que recebeu formação, 54% dos alunos são do sexo feminino (N=13) e 46% são do sexo masculino (N=11); 92% têm 14 anos (N=22) e os restantes 8% têm 15 anos (N=2); 25% afirmaram ter participado anteriormente em alguma formação sobre SBV (N=5).

No grupo que não recebeu formação, também 54% são do sexo feminino (N=15) e 46% são do sexo masculino (N=13); 96% têm 14 anos (N=27) e os restantes 4% têm 15 anos (N=1); 18% afirmaram ter participado anteriormente em alguma formação sobre SBV (N=5).

Para averiguar se o sexo, idade e participação anterior numa formação sobre SBV eram independentes do grupo, recorreu-se ao teste do Qui-quadrado. Verificou-se que, no início do estudo, ou seja aquando Q_i , não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nestas variáveis.

Tabela 1- Estatística descritiva e Teste do Qui-quadrado: relações entre idade, sexo e participação anterior numa formação sobre SBV dos dois grupos.

	Com formação		Sem formação		$\chi^2_{(1)}$	p
	N	%	N	%		
Sexo feminino	13	54,2%	15	45,%	0,002	0,966
Sexo masculino	11	53,6%	13	46,4%		
Idade 14	22	91,7%	27	8,3%	0,539	0,436
Idade 15	2	96,4%	1	3,6%		
Participou anteriormente numa formação de SBV	15	75,0%	23	82,1%	0,361	0,548
Não participou anteriormente numa formação de SBV	5	25,0%	5	17,9%		

3.1.2. Conhecimento teórico sobre SBV em Q_i

Relativamente ao conhecimento teórico sobre SBV, no primeiro momento de aplicação do inquérito, ou seja antes de a formação decorrer, as frequências de respostas corretas por cada grupo podem ser observadas na tabela 2.

Tabela 2 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: relações entre as questões P1 a P9 nos dois grupos.

	Grupo	N	% corretas	Desvio padrão	U	P
P1. Cadeia de sobrevivência	Com formação	24	87,5%	33,8%	330,0	0,842
	Sem formação	28	89,3%	31,5%		
P2. Avaliar as condições de segurança	Com formação	23	17,4%	38,8%	312,0	0,764
	Sem formação	28	14,3%	35,6%		
P3. Avaliar a estado de consciência	Com formação	24	62,5%	49,5%	306,0	0,520
	Sem formação	28	53,6%	50,8%		
P4. Permeabilizar a via aérea	Com formação	24	25,0%	44,2%	288,0	0,179
	Sem formação	28	10,7%	31,5%		
P5. Avaliar respiração	Com formação	23	69,6%	47,0%	293,0	0,467
	Sem formação	28	78,6%	41,8%		
P6. Quando ligar 112	Com formação	24	20,8%	41,5%	226,0	* 0,017
	Sem formação	28	53,6%	50,8%		
P7. Realizar manobras de SBV	Com formação	23	4,3%	20,9%	301,5	0,405
	Sem formação	28	10,7%	31,5%		
P8. Manter SBV	Com formação	24	41,7%	50,4%	315,0	0,843
	Sem formação	27	44,4%	50,6%		
P9. Como ligar 112	Com formação	24	83,3%	38,1%	316,0	0,535
	Sem formação	28	89,3%	31,5%		

* p < 0,05

A percentagem de respostas corretas a P2, P3 e P4 é superior para o grupo que recebeu formação e a percentagem de respostas corretas a P1, P5, P7, P8 e P9 é superior para o grupo que não recebeu, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). No entanto, no caso de P6, a percentagem de respostas corretas é superior para o grupo que não recebeu formação (53,6%) e inferior para o grupo que recebeu formação (20,8%), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($U=226,0$; $p=0,017$).

No grupo que recebeu formação, antes de esta decorrer, 50% dos alunos acertaram em 4 respostas ($N=12$), 17% em 5 respostas ($N=4$), 13% em 6 respostas ($N=3$), 8% em 2 ou 3 respostas ($N=2$ para cada) e 4% em 7 respostas ($N=1$). Por sua vez, no grupo que não recebeu formação, 29% acertaram em 4 respostas ($N=8$), 18% em 3, 5 ou 7 respostas ($N=5$ para cada), 11% em 6 respostas ($N=3$) e 7% em 2 respostas ($N=2$).

Quanto à média do total de respostas corretas, esta é superior para o grupo que não recebeu formação ($M=4,61$) e inferior para o grupo que recebeu ($M=4,29$), no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($U=303,0$; $p=0,530$).

Tabela 3 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relação entre o total de respostas corretas nos dois grupos.

Grupo	N	Média	Desvio padrão	U	P
Com Formação	24	4,29	1,197	303,0	0,530
Sem Formação	28	4,61	1,548		

3.1.3. Autoavaliação da capacidade de realização de SBV em Qi

Perante a questão P10, “Como avalias a tua capacidade para realizar Suporte Básico de Vida?”, apenas 17% dos alunos do grupo que recebeu formação (N=4) e 7% do grupo que não recebeu (N=2) afirmaram estar preparados para agir.

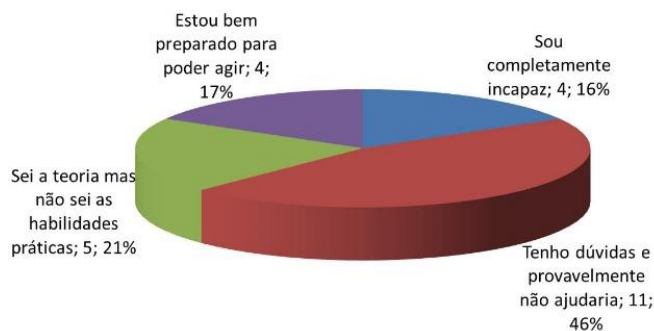


Figura 1 - Distribuição das respostas a P10 no grupo que recebeu formação em Qi.

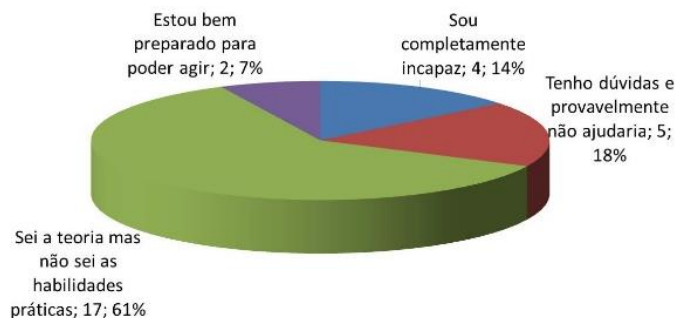


Figura 2 - Distribuição das respostas a P10 no grupo que não recebeu formação em Qi.

Nesta pergunta, a média é superior para o grupo que não recebeu formação (M=2,61) e inferior para o grupo que recebeu formação (M=2,38), no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (U=275,0; p=0,235).

Tabela 4 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P10 nos dois grupos.

Grupo	N	Média	Desvio padrão	U	p
Com Formação	24	2,38	,970	275,0	0,235
Sem Formação	28	2,61	,832		

3.1.4. Medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR em Qi

Perante a questão P11, “Como te sentirias se tivesses que ser o primeiro a dar resposta perante uma paragem cardíaca?”, apenas 9% dos alunos do grupo que recebeu formação (N=2) e 7% do grupo que não recebeu (N=2) afirmaram não ter medo de agir. Verifica-se uma não resposta no grupo que recebeu formação.

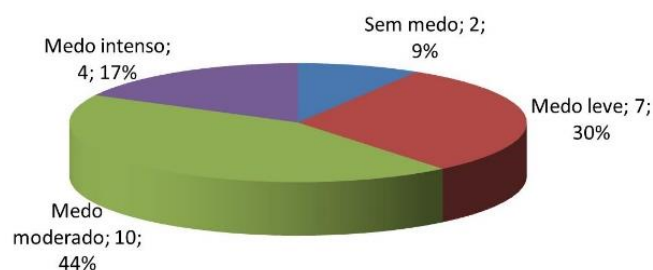


Figura 3 - Distribuição das respostas a P11 no grupo que recebeu formação em Qi.

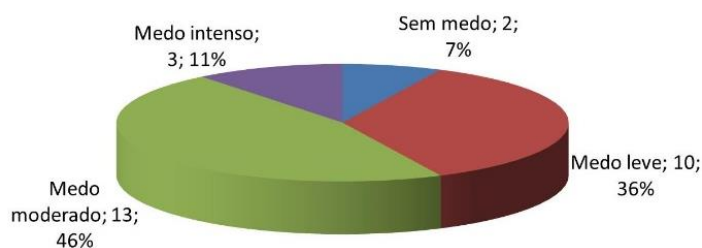


Figura 4 - Distribuição das respostas a P11 no grupo que não recebeu formação em Qi.

Nesta pergunta, a média é superior para o grupo que recebeu formação ($M=2,70$) e inferior para o grupo que não recebeu ($M=2,61$), no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($U=302,0$; $p=0,685$).

Conclui-se que acontece a situação desejável de os dois grupos não apresentarem, em Qi, diferenças significativas entre si, relativamente ao sexo, à idade, à participação anterior numa formação sobre SBV, ao conhecimento teórico sobre SBV (com exceção da questão P6), à autoavaliação da capacidade de realização de SBV e ao medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR.

Tabela 5 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P11 nos dois grupos.

Grupo	N	Média	Desvio padrão	U	p
Com Formação	23	2,70	,876	302,0	0,685
Sem Formação	28	2,61	,786		

3.2. Evolução do grupo que recebeu formação

3.2.1. Conhecimentos teóricos sobre SBV

Na distribuição do total de respostas corretas entre cada par de momentos, observa-se que a média do total de respostas corretas aumenta de Qi (M=4,29) para Q2i (M=7,63) de forma estatisticamente significativa (U=18,0; p<0,001), aumentando depois ligeiramente para Q2t (M=7,67) mas de forma não significativa (U=275,5; p=0,790), sendo as diferenças entre Qi e Q2t também estatisticamente significativas (U=28,0; p<0,001).

Portanto, o conhecimento teórico sobre SBV aumenta de Qi para Q2i e de Qi para Q2t, e não se altera de Q2i para Q2t.

Tabela 6 - Estatística descritiva: Relações entre as questões P1 a P9 nos três momentos (Qi, Q2i e Q2t), para o Grupo que recebeu Formação.

	Momento	N	% corretas	Desvio padrão
P1. Cadeia de sobrevivência	Qi	24	87,5%	33,8%
	Q2i	24	16,7%	38,1%
	Q2t	24	50,0%	51,1%
P2. Avaliar as condições de segurança	Qi	23	17,4%	38,8%
	Q2i	24	87,5%	33,8%
	Q2t	24	83,3%	38,1%
P3. Avaliar a estado de consciência	Qi	24	62,5%	49,5%
	Q2i	24	91,7%	28,2%
	Q2t	23	73,9%	44,9%
P4. Permeabilizar a via aérea	Qi	24	25,0%	44,2%
	Q2i	24	54,2%	50,9%
	Q2t	24	66,7%	48,2%
P5. Avaliar respiração	Qi	23	69,6%	47,0%
	Q2i	24	95,8%	20,4%
	Q2t	24	83,3%	38,1%
P6. Quando ligar 112	Qi	24	20,8%	41,5%
	Q2i	24	87,5%	33,8%
	Q2t	24	91,7%	28,2%
P7. Realizar manobras de SBV	Qi	23	4,3%	20,9%
	Q2i	24	87,5%	33,8%
	Q2t	24	54,2%	50,9%
P8. Manter SBV	Qi	24	41,7%	50,4%
	Q2i	23	78,3%	42,2%
	Q2t	23	78,3%	42,2%
P9. Como ligar 112	Qi	24	83,3%	38,1%
	Q2i	24	100,0%	0,0%
	Q2t	24	95,8%	20,4%

Tabela 7 - Testes de Mann-Whitney: Relações entre as questões P1 a P9 para cada par de momentos (Qi vs Q2i, Qi vs Q2t e Q2i vs Q2t), para o Grupo que recebeu Formação.

	Momento	U	P
P1. Cadeia de sobrevivência	Qi vs Q2i	84,0	*** 0,000
	Q2i vs Q2t	192,0	* 0,015
	Qi vs Q2t	180,0	** 0,006
P2. Avaliar as condições de segurança	Qi vs Q2i	82,5	*** 0,000
	Q2i vs Q2t	276,0	0,686
	Qi vs Q2t	94,0	*** 0,000
P3. Avaliar a estado de consciência	Qi vs Q2i	204,0	* 0,017
	Q2i vs Q2t	227,0	0,109
	Qi vs Q2t	244,5	0,406
P4. Permeabilizar a via aérea	Qi vs Q2i	204,0	* 0,041
	Q2i vs Q2t	252,0	0,381
	Qi vs Q2t	168,0	** 0,004
P5. Avaliar respiração	Qi vs Q2i	203,5	* 0,018
	Q2i vs Q2t	252,0	0,161
	Qi vs Q2t	238,0	0,270
P6. Quando ligar 112	Qi vs Q2i	96,0	*** 0,000
	Q2i vs Q2t	276,0	0,640
	Qi vs Q2t	84,0	*** 0,000
P7. Realizar manobras de SBV	Qi vs Q2i	46,5	*** 0,000
	Q2i vs Q2t	192,0	* 0,012
	Qi vs Q2t	138,5	*** 0,000
P8. Manter SBV	Qi vs Q2i	175,0	* 0,011
	Q2i vs Q2t	264,5	1,000
	Qi vs Q2t	175,0	* 0,011
P9. Como ligar 112	Qi vs Q2i	240,0	* 0,039
	Q2i vs Q2t	84,0	*** 0,000
	Qi vs Q2t	192,0	* 0,015

*** p < 0,001 * p < 0,05

3.2.2. Autoavaliação da capacidade de realização de SBV

A média das respostas a P10, “Como avalias a tua capacidade para realizar Suporte Básico de Vida?”, aumenta de Qi (M=2,38) para Q2i (M=3,83) de forma estatisticamente significativa (U=67,5; p<0,001), diminuindo depois para Q2t (M=3,46) de forma também significativa (U=198,5; p=0,035), sendo as diferenças entre Qi e Q2t também estatisticamente significativas (U=116,5; p<0,001).

Portanto, a autoavaliação da capacidade de realização de SBV aumenta de Qi para Q2i e de Qi para Q2t, mas diminui de Q2i para Q2t.

Tabela 8 - Estatística descritiva: Relação entre as respostas a P10 nos três momentos (Qi, Q2i e Q2t), para o Grupo que recebeu Formação.

Momento	N	Média	Desvio padrão
Qi	24	2,38	0,970
Q2i	23	3,83	0,491
Q2t	24	3,46	0,779

Tabela 9 - Testes de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P10 nos três momentos (Qi, Q2i e Q2t), para o Grupo que recebeu Formação.

Momento	U	p
Qi vs Q2i	67,5	*** 0,000
Q2i vs Q2t	198,5	* 0,035
Qi vs Q2t	116,5	*** 0,000
	*** p<0,001	* p<0,05

3.2.3. Medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR

A média das respostas a P11 diminui de Qi (M=2,70) para Q2i (M=2,08) de forma estatisticamente significativa (U=165,0; p=0,011), diminuindo depois ligeiramente para Q2t (M=1,96) mas de forma não significativa (U=249,0; p=0,523), sendo as diferenças entre Qi e Q2t também estatisticamente significativas (U=142,0; p=0,004).

Logo o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR diminui de Qi para Q2i e de Qi para Q2t, mas não se altera significativamente de Q2i para Q2t.

Tabela 10 - Estatística descritiva: Relação entre as respostas a P11 nos três momentos (Qi, Q2i e Q2t), para o Grupo que recebeu Formação.

Momento	N	Média	Desvio padrão
Qi	23	2,70	,876
Q2i	24	2,08	,654
Q2t	23	1,96	,706

Tabela 11- Testes de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P11 nos três momentos (Qi, Q2i e Q2t), para o Grupo que recebeu Formação.

Momento	U	p
Qi vs Q2i	165,0	* 0,011
Q2i vs Q2t	249,0	0,523
Qi vs Q2t	142,0	** 0,004
	** p<0,01	* p<0,05

3.3. Evolução do grupo que não recebeu formação

3.3.1. Conhecimentos teóricos sobre SBV

Na distribuição do total de respostas corretas entre cada par de momentos, observa-se que a média do total de respostas corretas diminui de Qi (M=4,61) para Q2t (M=4,43), mas as diferenças não são estatisticamente significativas (U=376,5; p=0,794).

Portanto, verifica-se que o total de respostas corretas não se altera significativamente, logo o conhecimento teórico sobre SBV não se altera significativamente de Qi para Q2t.

Tabela 12 - Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre as questões P1 a P9 nos dois momentos (Qi e Q2t), para o Grupo que não recebeu formação.

	Momento	N	% corretas	Desvio padrão	U	p
P1. Cadeia de sobrevivência	Qi	28	89,3%	31,5%	378,0	0,642
	Q2t	28	92,9%	26,2%		
P2. Avaliar as condições de segurança	Qi	28	14,3%	35,6%	334,0	0,285
	Q2t	27	25,9%	44,7%		
P3. Avaliar a estado de consciência	Qi	28	53,6%	50,8%	364,0	0,592
	Q2t	28	60,7%	49,7%		
P4. Permeabilizar a via aérea	Qi	28	10,7%	31,5%	378,0	0,642
	Q2t	28	7,1%	26,2%		
P5. Avaliar respiração	Qi	28	78,6%	41,8%	378,0	0,754
	Q2t	28	75,0%	44,1%		
P6. Quando ligar 112	Qi	28	53,6%	50,8%	350,0	0,427
	Q2t	28	42,9%	50,4%		
P7. Realizar manobras de SBV	Qi	28	10,7%	31,5%	364,0	0,304
	Q2t	28	3,6%	18,9%		
P8. Manter SBV	Qi	27	44,4%	50,6%	343,5	0,502
	Q2t	28	53,6%	50,8%		
P9. Como ligar 112	Qi	28	89,3%	31,5%	320,5	0,147
	Q2t	27	74,1%	44,7%		

3.3.2. Autoavaliação da capacidade de realização de SBV

Na amostra, a média das respostas a P10, “Como avalias a tua capacidade para realizar Suporte Básico de Vida?”, aumenta ligeiramente de Qi (M=2,61) para Q2t (M=2,64), mas as diferenças não são estatisticamente significativas (U=390,5; p=0,978).

Portanto, verifica-se que a autoavaliação da capacidade de realização de SBV não se altera significativamente de Qi para Q2t.

Tabela 13 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P10 nos dois momentos (Qi e Q2t), para o Grupo que não recebeu formação.

Momento	N	Média	Desvio padrão	U	P
Qi	28	2,61	,832	390,5	0,978
Q2t	28	2,64	,870		

3.3.3. Medo autopercibido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR

Na amostra, a média das respostas a P11 diminui ligeiramente de Qi (M=2,61) para Q2t (M=2,57), mas as diferenças não são estatisticamente significativas (U=382,5; p=0,868). Logo, o medo autopercibido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR não se altera significativamente de Qi para Q2t.

Tabela 14 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P11 nos dois momentos (Qi e Q2t), para o Grupo que não recebeu formação.

Momento	N	Média	Desvio padrão	U	P
Qi	28	2,61	,786	382,5	0,868
Q2t	28	2,57	,879		

3.4. Comparação entre o grupo que recebeu formação e o grupo que não recebeu um mês após a formação

3.4.1. Conhecimentos teóricos sobre SBV

No grupo que recebeu formação, um mês após esta decorrer, 29% acertarem em 9 respostas (N=7), 25% em 7 ou 8 respostas (N=6 para cada), 8% em 6 respostas (N=2), 4% em 4, 5 ou 10 respostas (N=1 para cada). Por sua vez, no grupo que não recebeu formação, 42% acertarem em 5 respostas (N=12), 25% em 3 respostas (N=7), 14% em 4 respostas (N=4), 11% em 6 respostas (N=3), 4% em 2 ou 7 respostas (N=1 para cada).

Tabela 15 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre o total de respostas corretas nos dois grupos, no momento Q2t.

Grupo	N	Média	Desvio padrão	U	p
Formação	24	7,67	1,435	36,0	*** 0,000
Sem formação	28	4,43	1,200		

*** p<0,001

A média do total de respostas corretas é superior para o grupo que recebeu formação (M=7,67) e inferior para o grupo que não recebeu (M=4,43), sendo as diferenças estatisticamente significativas (U=36,0; p<0,001).

Portanto, verifica-se que o conhecimento teórico sobre SBV é significativamente superior para o grupo que recebeu formação em comparação com o grupo que não recebeu, no momento Q2t.

3.4.2. Autoavaliação da capacidade de realização de SBV

Perante a questão P10, “Como avalias a tua capacidade para realizar Suporte Básico de Vida?”, 58% dos alunos do grupo que recebeu formação (N=14) afirmaram estar preparados para agir, enquanto que apenas 14% do grupo que não recebeu formação deu a mesma resposta (N=4).



Figura 5 - Distribuição das respostas a P10 no grupo que recebeu formação em Q2t.

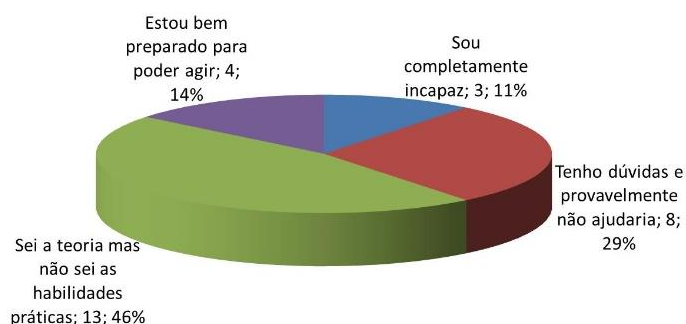


Figura 6 - Distribuição das respostas a P10 no grupo que não recebeu formação em Q2t.

Tabela 16 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P10 nos dois grupos, no momento Q2t.

Grupo	N	Média	Desvio padrão	U	p
Com Formação	24	3,46	,779	159,5	** 0,001
Sem formação	28	2,64	,870		

** p<0,01

A média das respostas nesta pergunta é superior para o grupo que recebeu formação ($M=3,46$) e inferior para o grupo que não recebeu ($M=2,64$), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($U=159,5$; $p=0,001$).

Logo a autoavaliação da capacidade de realização de SBV é significativamente superior para o grupo que recebeu formação em comparação com o grupo que não recebeu, no momento Q2t.

3.4.3. Medo autopercibido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR

Perante a questão P11, “Como te sentirias se tivesses que ser o primeiro a dar resposta perante uma paragem cardíaca?”, 26% dos alunos do grupo que recebeu formação ($N=6$) afirmaram não ter medo de agir, enquanto que apenas 11% do grupo que não recebeu formação deu a mesma resposta ($N=3$).

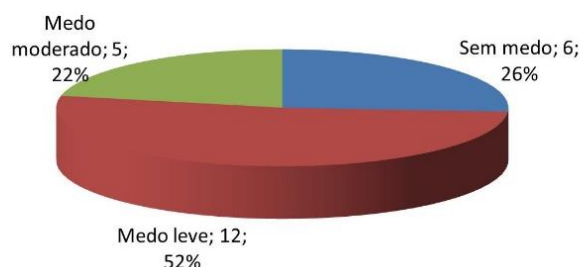


Figura 7 - Distribuição das respostas a P11 no grupo que recebeu formação em Q2t.

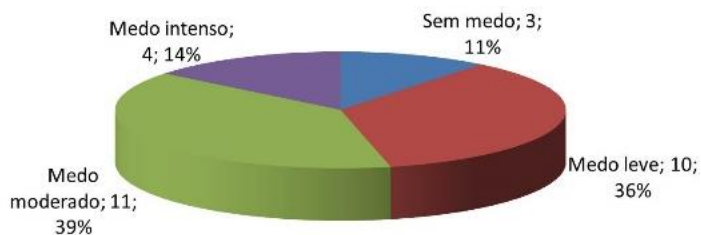


Figura 8 - Distribuição das respostas a P11 no grupo que não recebeu formação em Q2t.

Tabela 17 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre as respostas a P11 nos dois grupos, no momento Q2t.

Grupo	N	Média	Desvio padrão	U	P
Formação	23	1,96	,706	197,5	* 0,012
Sem formação	28	2,57	,879		

* p<0,05

A média das respostas nesta pergunta é inferior para o grupo que recebeu formação (M=1,96) e superior para o grupo que não recebeu (M=2,57), sendo as diferenças estatisticamente significativas (U=197,5; p=0,012).

Logo o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR é significativamente inferior para o grupo que recebeu formação em comparação com o grupo que não recebeu, no momento Q2t.

3.5. Factores que podem influenciar o grau de retenção do conhecimento de SBV

3.5.1. Logo após a formação

A média do total de respostas corretas é superior para o sexo feminino (M=8,00) e inferior para o sexo masculino (M=7,18), mas as diferenças não são estatisticamente significativas (U=42,0; p=0,093).

Tabela 18 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre o total de respostas corretas e o sexo.

Sexo	N	Média	Desvio padrão	U	p
Feminino	13	8,00	1,080	42,0	0,093
Masculino	11	7,18	1,168		

Na amostra, a média do total de respostas corretas é superior para a idade 15 anos (M=8,00) e inferior para a idade 14 anos (M=7,59), mas as diferenças não são estatisticamente significativas (U=18,0; p=0,664).

Tabela 19 - Estatística descritiva e teste de Mann-Whitney: Relação entre o total de respostas corretas e a idade.

Idade	N	Média	Desvio padrão	U	p
14	22	7,59	1,182	18,0	0,664
15	2	8,00	1,414		

3.5.2. Um mês depois da formação

Na amostra, a média do total de respostas corretas é superior para o sexo feminino ($M=7,92$) e inferior para o sexo masculino ($M=7,36$), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($t_{22}=0,950$; $p=0,352$).

Tabela 20 - Estatística descritiva e teste t: Relação entre o total de respostas corretas e o sexo, no Grupo que recebeu Formação.

Sexo	N	Média	Desvio padrão	F	P	t	p
Feminino	13	7,92	1,553	0,11 1	0,742	0,950	0,352
Masculino	11	7,36	1,286				

A média do total de respostas corretas é superior para a idade 15 anos ($M=8,50$) e inferior para a idade 14 anos ($M=7,59$), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ($t_{22}=-0,853$; $p=0,403$).

Tabela 21 - Estatística descritiva e teste t: Relação entre o total de respostas corretas e a idade, no Grupo que recebeu Formação.

Idade	N	Média	Desvio padrão	F	P	t	p
14	22	7,59	1,469	1,2 18	,282	-,853	0,403
15	2	8,50	,707				

Tanto no momento Q2i, após a sessão de treino, como no momento Q2t, um mês após a sessão de treino, não se verificam diferenças significativas no conhecimento teórico sobre SBV entre os fatores sexo e idade. Conclui-se que estes factores não influenciam o grau de retenção do conhecimento de SBV.

3.6. Relacionar a autoavaliação e o medo com a retenção do conhecimento (Q2i e Q2t)

3.6.1. Para o Grupo que recebeu Formação

Para o grupo que recebeu formação, no momento Q2i, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre as respostas acertadas e a autoavaliação da capacidade de realizar SBV ($r=0,260$; $p=0,231$), nem entre as respostas acertadas e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR ($r=-0,184$; $p=0,389$), sendo ambas relações negligenciáveis. Logo a autoavaliação da capacidade de realização de SBV não varia de forma significativa com a retenção dos conhecimentos teóricos de SBV e o medo autopercebido também não varia de forma significativa com a retenção dos conhecimentos teóricos de SBV.

Para o grupo que recebeu formação, no momento Q2t, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre as respostas acertadas e autoavaliação da capacidade de

realizar SBV ($r=0,065$; $p=0,763$), nem entre as respostas acertadas e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR ($r=0,163$; $p=0,457$), sendo ambas relações negligenciáveis. Logo a autoavaliação da capacidade de realização de SBV não varia de forma significativa com a retenção dos conhecimentos teóricos de SBV e o medo autopercebido também não varia de forma significativa com a retenção dos conhecimentos teóricos de SBV.

Tabela 22 - Correlação de Pearson: Relação entre o total de respostas corretas e a autoavaliação da capacidade de realização de SBV e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR, para o grupo que recebeu formação em Q2i e Q2t.

		P10.	P11.
Q2i	Coef. Correlação (r)	,260	-,184
	Valor de prova (p)	,231	,389
	N	23	24
Q2t	Coef. Correlação (r)	,065	,163
	Valor de prova (p)	,763	,457
	N	24	23

3.6.2. Para a totalidade de dados recolhidos

Para a totalidade dos dados recolhidos, verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre as respostas acertadas e autoavaliação da capacidade de realizar SBV ($r=0,504$; $p<0,001$), que é uma relação moderada positiva e entre as respostas acertadas e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR ($r=-0,324$; $p<0,001$), que é uma relação baixa negativa.

Logo a autoavaliação da capacidade de realização de SBV aumenta de forma significativa com o aumento dos conhecimentos teóricos de SBV e o medo autopercebido diminui de forma significativa com o aumento dos conhecimentos teóricos de SBV.

Tabela 23 - Correlação de Pearson: Relação entre o total de respostas corretas e a autoavaliação da capacidade de realização de SBV e o medo autopercebido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR, na totalidade dos dados recolhidos.

	P10.	P11.
Coef. Correlação (r)	,504(**)	-,324(**)
Valor de prova (p)	,000	,000
N	127	126

*** $p < 0,001$.

4. Discussão

Os principais achados deste estudo foram:

- Antes da sessão de treino, em 9 perguntas, a média de respostas corretas no inquérito do grupo que recebeu formação foi 4,29 e a média do grupo que não recebeu foi 4,61. Apenas 17% dos alunos do grupo que recebeu formação e 7% do grupo que não recebeu afirmaram estar preparados para agir e apenas 9% dos alunos do grupo que recebeu formação e 7% do grupo que não recebeu afirmaram ser capazes de iniciar manobras de SBV uma vítima de PCR.
- Uma sessão de treino de 20 minutos de componente expositiva teórica e 40 minutos de componente prática, baseada nas *guidelines* do ERC e da AHA, lecionada por uma aluna de medicina, teve impacto em capacitar a agir correctamente perante uma PCR. Comparativamente ao início do estudo, tanto logo após a sessão de treino, como um mês depois, o conhecimento e a autoconfiança aumentaram e o medo de intervir diminuiu, sendo as diferenças para os dois momentos, estatisticamente significativas.
- Um mês depois, os alunos mantinham um bom nível de conhecimento em quase todos os itens analisados e conhecimento superior ao do grupo controlo. A média do total de respostas corretas do grupo que recebeu formação foi 7.67, sendo a do grupo que não recebeu 4,43.
- Não houve alterações significativas nos itens analisados no grupo que não recebeu formação.

4.1. Conhecimento teórico e intervenções sobre SBV nas escolas

No decorrer da aprendizagem, os alunos mostraram empenho e motivação, o que permitiu uma sessão teórica interativa e um treino prático focado em maximizar a qualidade da RCP. Após a sessão de treino, o conhecimento dos alunos aumentou em todos os itens, tanto logo após a formação, como um mês depois, sendo superior comparativamente ao grupo que não recebeu, salvo no reconhecimento do primeiro elo da cadeia de sobrevivência, em que o nível de conhecimento diminuiu no grupo que recebeu formação, não podendo este facto ser fundamentado pelas características da investigação. “Como ligar 112” teve uma taxa de acertados elevada, possivelmente devido ao nível de dificuldade da pergunta ser baixo.

Em relação aos fatores que podem influenciar o grau de retenção do conhecimento, o sexo e a idade não foram associados a um melhor conhecimento teórico.

4.2. Autoavaliação da capacidade de realizar SBV e medo autopercibido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR

No início do estudo, os alunos apresentavam razoáveis níveis de autoconfiança. A média de respostas à questão sobre a autoavaliação da capacidade de realizar SBV foi de 2,38 no grupo que recebeu formação e 2,61 no grupo que não recebeu, medida num valor entre 1 e 4. Enquanto que a média de respostas à questão sobre o medo autopercibido de ser o primeiro a dar resposta perante uma PCR foi de 2,70 no grupo que recebeu formação e 2,61 no grupo que não recebeu. Estes valores podem dever-se a influência de aulas de biologia, educação física, séries e filmes.

Apesar de o medo e a autoconfiança não terem sido diretamente abordados na formação, os alunos relataram sentir-se melhor preparados para poder agir. Um mês depois, verifica-se que a capacidade de realizar SBV do grupo que recebeu formação aumentou para 3,46 e o medo diminuiu para 1,96. A resposta mais prevalente foi “Estou bem preparado para poder agir”, embora a maioria assuma um medo leve.

De modo semelhante, num estudo norueguês¹⁶, feito numa escola secundária, em que 89% dos alunos tinham tido treino em SBV, apesar de apresentarem um bom nível de conhecimento teórico, a confiança de que o seu conhecimento seria suficiente era apenas modesta.

São observadas algumas barreiras que condicionam a confiança para agir. Bonh et al.⁹, numa revisão de literatura, identificaram como principais motivos para que os cidadãos não iniciem manobras de SBV: a falha no reconhecimento da PCR, a falta de conhecimentos sobre SBV, o medo de fazer algo errado e o medo de infeção. A possibilidade de treino em ambiente de simulação permite não só a aprendizagem conceptual, mas também treinar modos de atuação, o que resulta na diminuição da ansiedade face a uma situação real. Em idade escolar, as habilidades psicomotoras são adquiridas de maneira muito mais natural e fácil, o que permite reduzir o medo de cometer erros. Crianças em idade escolar têm uma abordagem menos inibida para o treino de RCP, neste sentido, o ensino de SBV permite-lhes aprender a ter sentido de responsabilidade social, assim como, adquirir competências sociais⁶. Por outro lado, a não obrigatoriedade de fazer ventilações tem também um papel de relevo, na medida em que diminui a relutância em iniciar manobras de SBV em desconhecidos.

4.3. Impacto de um programa de formação em Suporte Básico de Vida nas escolas

No final da sessão de aprendizagem, os alunos foram incentivados a explicar aos familiares e amigos o que tinham aprendido, permitindo que as competências em RCP fossem ainda mais disseminadas.

Considerando o impacto da formação iniciada em crianças nos futuros adultos, podemos perspetivar uma sociedade repleta de cidadãos que dominam as habilidades relacionadas com RCP e mais despertos para a realização de manobras de reanimação, sempre que necessário. Tal possibilitaria grandes ganhos em saúde ao nível da prevenção da morte súbita cardíaca, permitindo diminuir as taxas de morbidade e mortalidade das PCREH.

Nos últimos anos, vários países têm-se focado na implementação de várias medidas que contribuiriam para o aumento do número de leigos com competências em SBV. Em Portugal ocorrem cerca de 10.000 casos de PCR por ano¹⁷, 27 por dia. Entre 2013 e 2014 foram registadas 23347 PCREH associadas a uma taxa de sobrevivência de 4,43%, enquanto que para o mesmo período, esta taxa foi de 21% na Holanda e 25% na Noruega¹⁸. Esta elevada discrepância denuncia a necessidade de criação de programas de formação em SBV que sejam efetivos e acessíveis ao maior número de pessoas possível.

4.4. Implementação do ensino de SBV nas escolas

Um programa de ensino de SBV que seja adequado deve permitir a aquisição e a renovação das competências de SBV, e deve poder ser repetido de forma sustentável. No entanto, vários aspetos chave para alcançar uma implementação bem-sucedida permanecem desconhecidos, como a duração e a sequência de repetição de sessões de treino, o conteúdo, o instrutor e os métodos ou materiais que devem ser usados, pelo que é premente realizar estudos com carácter inovador sobre esta temática.

Uma curta sessão de treino de uma hora, como a que decorreu neste estudo, é suficiente para alcançar bons resultados ao nível da aquisição das habilidades e conhecimentos, sendo um período de tempo de fácil inclusão nos currículos escolares, comparativamente às duas horas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁹.

López et al.²⁰ considera que formar os professores pode ser o primeiro passo para implementar o ensino de SBV nas escolas. Dotar as escolas de um corpo pedagógico capaz de ensinar SBV, tem sido considerado tão eficaz como o treino fornecido por profissionais de saúde²¹, além de que permite a reciclagem de conhecimentos no momento mais adequado. Outros estudos sugerem que os professores sejam treinados por estudantes de medicina²².

Neste estudo, a formação dada por uma estudante de medicina foi bem-sucedida. Breckwoldt et al.²³ concluiu que estudantes de medicina que ensinam SBV a crianças em idade escolar como um elemento obrigatório de sua própria formação médica mostraram habilidades práticas superiores em SBV em comparação com estudantes de medicina que

apenas aprendem SBV segundo o ensino convencional. O ensino obrigatório poderia ser sustentável, mas seriam necessários estudos sobre a motivação dos alunos de medicina. Sugere-se que os alunos de medicina pudessem participar em cursos opcionais para o efeito, nos quais receberiam formação para ser instrutores de SBV.

4.5. Limitações do estudo

A comparação deste estudo com outros semelhantes é dificultada pelo número reduzido de participantes. No entanto, esta foi a amostra possível atendendo à dependência da disponibilidade da escola e da autorização dos encarregados de educação. Outra limitação da amostra é o facto de não incluir outros anos escolares.

Existe algum risco de viés de seleção, porque, por razões logísticas, apenas foi estudada uma escola.

Dado o tempo disponível para a sua realização, o efeito a longo prazo de uma única sessão de treino não pode ser avaliado neste estudo. Também o tempo disponibilizado para a formação pode condicionar os resultados, pois 60 minutos representa metade do tempo recomendado pela OMS.

O estudo apresenta ainda falta de precisão para comparar se houve melhorias no domínio das habilidades práticas, nomeadamente da realização de compressões torácicas, uma vez que a valorização da aprendizagem se levou a cabo mediante um inquérito e não mediante um exercício prático.

Os inquéritos foram respondidos de forma anónima, pelo que não foi possível estudar a evolução de cada aluno, nem averiguar se a participação anterior numa formação em SBV influencia a retenção do conhecimento de SBV.

De entre as limitações do estudo, deve também citar-se que a formadora não recebeu formação para ser instrutora de SBV.

5. Conclusões e Perspetivas Futuras

O conhecimento de SBV dos estudantes do ensino básico é baixo, o que reflete a incipiente cultura de emergência médica da população portuguesa em geral. Os resultados deste estudo reforçam que a inclusão de programas de formação teórico-práticos de SBV nos currículos escolares pode ser uma mais-valia na capacitação da população leiga na resposta perante uma PCR.

A educação em ressuscitação ainda é um campo relativamente novo, carente de investigação de alta qualidade. Os estudos são heterogéneos no *design* e no risco de viés e, portanto, difíceis de comparar. Parecem não restar dúvidas que as crianças em idade escolar são o grupo preferencial para o ensino de SBV, no entanto, evidências sobre os melhores métodos de ensino são escassas.

Apesar de neste estudo, o conhecimento ter sido adquirido de maneira satisfatória, a manutenção das habilidades de RCP requer treino repetitivo, como tal seria importante estudar a retenção do conhecimento num prazo superior a um mês.

Na revisão de literatura realizada, não foi identificada nenhuma publicação de carácter científico realizada em Portugal nesta área, pelo que este estudo pretende abrir caminho a outras investigações. Seria interessante a realização de estudos de carácter prospetivo, avaliando o impacto da formação iniciada em crianças nos futuros adultos e também sobre a inclusão de estudantes de medicina em programas de ensino de SBV.

,

6. Bibliografia

1. Shinozaki K, Nonogi H, Nagao K, Becker L. Strategies to improve cardiac arrest survival: a time to act. *Acute Medicine & Surgery*. 2016;3(2):61-64.
2. Dixe M, Gomes J. Conhecimento da população portuguesa sobre suporte básico de vida e disponibilidade para realizar formação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(4):640-649.
3. Noronha N. Apenas 3% das paragens cardiorrespiratórias sobrevivem [internet]. *Radio Regional*. 2018 Feb 20 [cited 27 November 2018]. Available from: <https://radioregional.pt/apenas-3-das-paragens-cardiorrespiratoria-sobrevivem>
4. Tavares A, Pedro N, Urbano J. Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016;34(1):101-104.
5. Cave D, Aufderheide T, Beeson J, Ellison A, Gregory A, Hazinski M et al. Importance and Implementation of Training in Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillation in Schools. *Circulation*. 2011;123(6):691-706.
6. Böttiger BW, Van Aken H. Kids save lives: training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*. 2015;94:A5-A7.
7. Jones I, Whitfield R, Colquhoun M, Chamberlain D, Vetter N, Newcombe R. At what age can schoolchildren provide effective chest compressions? An observational study from the Heartstart UK Schools Training Programme. *BMJ*. 2007;334(7605):1201.
8. Roppolo L, Pepe P. Retention, retention, retention: targeting the young in CPR skills training!. *Critical Care*. 2009;13(5):185.
9. Bohn A, Van Aken H, Möllhoff T, Wienzek H, Kimmeyer P, Wild E et al. Teaching resuscitation in schools: annual tuition by trained teachers is effective starting at age 10. A four-year prospective cohort study. *Resuscitation*. 2012;83(5):619-625.
10. Plant N, Taylor K. How best to teach CPR to schoolchildren: A systematic review. *Resuscitation*. 2013;84(4):415-421.
11. Resolução da Assembleia da República nº 33/2013. *Diário da República*. 1ª Série. 53. (2013-03-15)
12. Travers A, Rea T, Bobrow B, Edelson D, Berg R, Sayre M et al. Part 4: CPR Overview: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18_suppl_3):S676-S684.
13. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI et al. ERC Guidelines 2015 Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2015;95:1-80.
14. Nolan J, Soar J, Zideman D, Biarent D, Bossaert L, Deakin C et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2010;81(10):1219-1276.

15. Svensson L, Bohm K, Castrèn M, Pettersson H, Engerström L, Herlitz J et al. Compression-Only CPR or Standard CPR in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(5):434-442.
16. Kanstad B, Nilsen S, Fredriksen K. CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway. *Resuscitation*. 2011;82(8):1053-1059.
17. Dados estatísticos - Fundação Portuguesa Cardiologia [Internet]. Fundação Portuguesa Cardiologia. [cited 3 January 2019]. Available from: <http://www.fpcardiologia.pt/atividades/projeto-salva-vidas/dados-estatisticos/>
18. Caldeira P. A sobrevivência da paragem cardiorespiratória e o investimento em iniciativas de intervenção na população [Mestrado em Gestão]. Atlântica - University Higher Institution; 2016.
19. Böttiger B, Van Aken H. Kids save lives. *Resuscitation*. 2015;94:A5-A7.
20. Pichel López M, Martínez-Isasi S, Barcala-Furelos R, Fernández-Méndez F, Vázquez Santamariña D, Sánchez-Santos L et al. Un primer paso en la enseñanza del soporte vital básico en las escuelas: la formación de los profesores. *Anales de Pediatría*. 2018;89(5):265-271.
21. Schroeder D, Ecker H, Wingen S, Semeraro F, Böttiger B. "Kids Save Lives" - Wiederbelebungstrainings für Schulkinder. *Der Anaesthesist*. 2017;66(8):589-597.
22. Toner P, Connolly M, Laverty L, McGrath P, Connolly D, McCluskey D. Teaching basic life support to school children using medical students and teachers in a 'peer-training' model—Results of the 'ABC for life' programme. *Resuscitation*. 2007;75(1):169-175.
23. Breckwoldt J, Beetz D, Schnitzer L, Waskow C, Arntz H, Weimann J. Medical students teaching basic life support to school children as a required element of medical education: A randomised controlled study comparing three different approaches to fifth year medical training in emergency medicine. *Resuscitation*. 2007;74(1):158-165.

7. Anexos

7.1. Declaração de Colaboração da Escola Quinta das Palmeiras



ESCOLA SECUNDÁRIA QUINTA DAS PALMEIRAS • CÓDIGO 404676
Rua de Timor 6201-006 Covilhã / Tel 275320580 / Fax 275327959
info@quintadaspalmeiras.pt / www.quintadaspalmeiras.pt



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Escola Secundária/3 Quinta das Palmeiras – Covilhã irá colaborar no trabalho de investigação intitulado “**Desenho e Avaliação do Impacto de um Programa de Formação em Suporte Básico de Vida nas Escolas**”, no âmbito da tese de mestrado em medicina - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, da mestranda Ana Rafaela Marques Ribeiro.

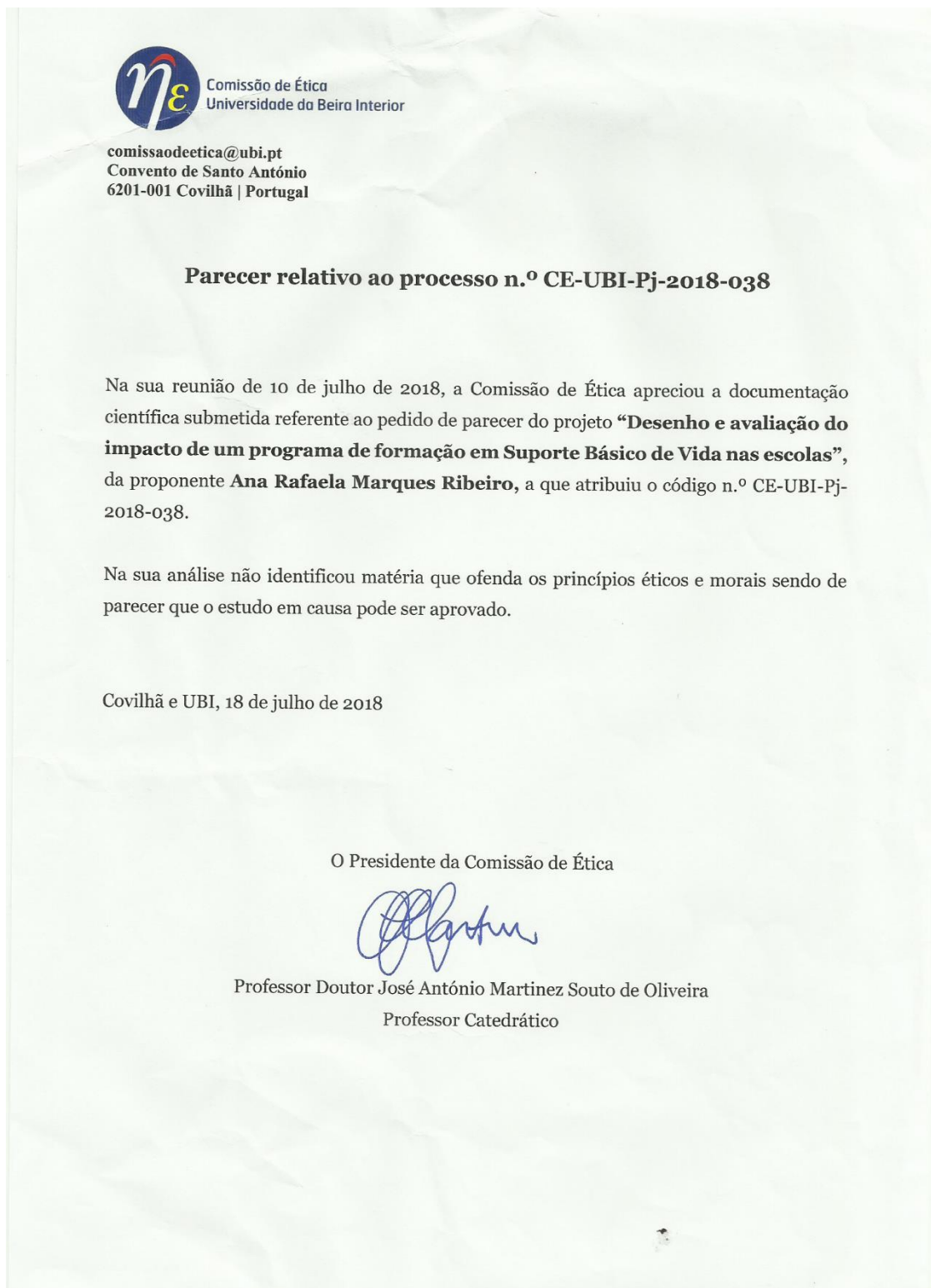
Covilhã, 09 de abril de 2018

O Diretor



(João Paulo Ramos Duarte Mineiro)

7.2. Parecer da Comissão de Ética



7.3. Consentimento Informado

7.3.1. Grupo que recebeu formação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

O seu educando está a ser convidado a participar no trabalho de investigação intitulado “Desenho e avaliação do impacto de um programa de formação em Suporte Básico de Vida nas escolas” que decorre no âmbito de uma tese de Mestrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Trata-se de um estudo sem financiamento, cujos objetivos são construir programas de educação sobre Suporte Básico de Vida para as escolas e criar estratégias para aumentar a consciência social e cívica dos alunos para a prestação de socorro de forma correta, perante uma Paragem Cardiopulmonar.

Caso autorize, o seu educando irá participar numa sessão de treino sobre Suporte Básico de Vida que incluirá aspetos teóricos e práticos. Através de questionários, serão analisados os conhecimentos teóricos, autoavaliação da capacidade de realização de Suporte Básico de Vida e autoconfiança para a sua execução. Os questionários serão feitos em três momentos: 1) imediatamente antes da sessão de treino, 2) imediatamente após a sessão de treino e 3) um mês após a sessão de treino.

Esta será uma oportunidade para que o seu educando pratique e domine habilidades psicomotoras relacionadas com reanimação cardiopulmonar, não tendo a participação riscos associados.

O seu educando não receberá remuneração pela participação. A participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir. A recusa não trará prejuízos na relação com os investigadores ou com a instituição em que ele estuda.

Os investigadores envolvidos são Ana Rafaela Ribeiro, aluna do Mestrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Dra. Juliana Sá e Dr. Ricardo Tjeng, docentes da mesma faculdade. Os três asseguram a confidencialidade dos dados dos participantes.

Se houver interesse, poderá solicitar mais informações acerca do projeto, através do e-mail xxxxx@gmail.com.

✂

Eu, _____, declaro que

autorizo

não autorizo

a participação do meu educando, _____, nº ____ da turma ____ do ____ ano, no trabalho de investigação sobre de Suporte Básico de Vida.

Covilhã, de de 2018

Assinatura Encarregado de Educação

Assinatura Investigador

7.3.2. Grupo que não recebeu formação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

O seu educando está a ser convidado a participar no trabalho de investigação intitulado “Desenho e avaliação do impacto de um programa de formação em Suporte Básico de Vida nas escolas” que decorre no âmbito de uma tese de Mestrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Trata-se de um estudo sem financiamento, cujos objetivos são construir programas de educação sobre Suporte Básico de Vida para as escolas e criar estratégias para aumentar a consciência social e cívica dos alunos para a prestação de socorro de forma correta, perante uma Paragem Cardiopulmonar.

Caso autorize, o seu educando irá responder a dois questionários sobre conhecimentos teóricos, autoavaliação da capacidade de realização de Suporte Básico de Vida e autoconfiança para a sua execução. Os questionários serão feitos com o intervalo de um mês. Trata-se de uma participação sem riscos associados.

O seu educando não receberá remuneração pela participação. A participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir. A recusa não trará prejuízos na relação com os investigadores ou com a instituição em que ele estuda.

Os investigadores envolvidos são Ana Rafaela Ribeiro, aluna do Mestrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Dra. Juliana Sá e Dr. Ricardo Tjeng, docentes da mesma faculdade. Os três asseguram a confidencialidade dos dados dos participantes. Se houver interesse, poderá solicitar mais informações acerca do projeto, através do e-mail xxxxx@gmail.com.

✂ _____

Eu, _____, declaro que

autorizo

não autorizo

a participação do meu educando, _____, nº ____ da turma ____ do ____ ano, no trabalho de investigação sobre de Suporte Básico de Vida.

Covilhã, de de 2018

Assinatura Encarregado de Educação

Assinatura Investigador

7.4. Inquérito

FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE -UBI



MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA Ano letivo 2017-18

Através do preenchimento deste inquérito, estás a participar num trabalho de investigação da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI. Os investigadores envolvidos são Ana Rafaela Ribeiro, Dra. Juliana Sá e Dr. Ricardo Tjeng. Agradecemos a tua participação. Poderás solicitar mais informações através do e-mail xxxxx@gmail.com.

Sexo: _____

Ano de nascimento: _____

Participaste anteriormente em alguma formação sobre Suporte Básico de Vida? Sim Não

1. Encontras uma pessoa inconsciente, o que deves fazer em primeiro lugar?

- Correr a procurar ajuda.
- Iniciar manobras de reanimação cardio-pulmonar.
- Ligar para o 112.
- Procurar um desfibrilhador automático externo (DAE).

2. Vais a andar no passeio e vês uma vítima caída no chão. O que deves fazer em primeiro lugar?

- Correr para junto da vítima e verificar se responde à chamada.
- Antes de me aproximar, verificar as condições de segurança e avançar apenas se estiverem garantidas.
- Ligar para o 112.
- Perceber se tem algum ferimento.

3. Para avaliar o estado de consciência, deves:

- Abanar os ombros da vítima com cuidado e perguntar em voz alta: “Está-me a ouvir?”.
- Abanar os ombros da vítima com muita força e perguntar em voz baixa: “Está-me a ouvir?”
- Abanar os ombros da vítima com cuidado e perguntar em voz baixa: “Está-me a ouvir?”.
- Abanar os ombros da vítima com muita força e perguntar em voz alta: “Está-me a ouvir?”.

4. Garantir que a pessoa é capaz de respirar e o restabelecimento da respiração são essenciais no Suporte Básico de Vida. Como se deve proceder?

- Despir a vítima da cintura para cima para detetar se há movimentos torácicos.
- Deitar a vítima de lado, na posição lateral de segurança.
- Com a vítima sentada, colocar uma mão no pescoço e inclinar a cabeça para a frente para evitar a queda da língua e conseqüente bloqueio da via aérea.
- Com a vítima deitada, colocar uma mão na testa, inclinar a cabeça para trás e elevar o queixo.

5. Após garantir que a pessoa é capaz de respirar, como se avalia a respiração de uma vítima inconsciente?

- Verifica-se se a vítima respira normalmente, realizando até 10 segundos o VOS: Ver os movimentos torácicos; Ouvir os sons respiratórios saídos da boca/nariz; Sentir o ar expirado na face do reanimador.
- Mantem-se a via aérea permeável e realiza-se o VOS durante 10 minutos.
- Realiza-se o VOS: Ventilação, Oxigenação e Suporte Básico de Vida.
- Inicia-se respiração boca-a-boca e verifica-se se o tórax expande.

6. Quando deves ligar para o 112?

- Quando vejo alguém que parece necessitar de socorro.
- Quando verifico que a vítima não responde e não respira normalmente.
- Após 1 minuto de manobras de reanimação cardiopulmonar sem sucesso.
- Devo procurar um adulto, só ele pode fazer a chamada.

7. Se não te sentires capaz ou tiveres dúvidas de como fazer ventilações a um desconhecido, o que deves fazer?

- Não fazer nada, apenas aguardar pela chegada dos meios de socorro.
- Colocar a vítima numa posição segura e limitar-se a aguardar pela chegada dos meios de socorro.
- Fazer apenas compressões torácicas, que devem ser contínuas, cerca de 100 por minuto (não existindo momentos de pausa).
- Fazer apenas compressões torácicas, descansando entre cada 30.

8. Quando se podem parar as manobras de Suporte Básico de Vida?

- Quando chegarem os meios de socorro.
- Quando estiver farto.
- Após um ciclo de compressões, sendo retomadas após período de descanso.
- Após 2 minutos se não houver nenhuma alteração.

9. Ao ligar 112, devo:

- Ligar insistentemente, se a minha chamada não for imediatamente atendida.
- Fornecer informações que respondam às questões onde?, o quê?, quem? e como?.
- Desligar a chamada para poupar bateria, depois de fornecer a informação necessária.
- Ocultar o meu nome e número de telefone, de modo a manter a confidencialidade.

10. Como avalias a tua capacidade para realizar Suporte Básico de Vida?

- Sou completamente incapaz.
- Com dúvidas e, provavelmente não ajudaria.
- Sei a teoria, mas não as habilidades práticas.
- Bem preparado para poder agir.

11. Como te sentirias se tivesses que ser o primeiro a dar resposta perante uma paragem cardíaca?



- 1** **2** **3** **4**

- 1 – Sem medo
- 2 – Medo leve
- 3 – Medo moderado
- 4 – Medo intenso