



Conhecimento da população portuguesa sobre Suporte Básico de Vida e disponibilidade para realizar formação

Knowledge of the portuguese population on Basic Life Support and availability to attend training

Conocimiento de la población portuguesa acerca del Soporte Básico De Vida y disponibilidad para realizar formación

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe¹, José Carlos Rodrigues Gomes¹

¹ Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria, Unidade de Investigação em Saúde, Leiria, Portugal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the level of knowledge and the availability of the Portuguese population to attend training in Basic Life Support (BLS) and identify factors related to their level of knowledge about BLS. **Method:** Observational study including 1,700 people who responded to a questionnaire containing data on demography, profession, training, interest in training and knowledge about BLS. **Results:** Among 754 men and 943 women, only 17.8% (303) attended a course on BLS, but 95.6% expressed willingness to carry out the training. On average, they did not show good levels of knowledge on basic life support (correct answers in 25.9 ± 11.5 of the 64 indicators). Male, older respondents who had the training and those who performed BLS gave more correct answers, on average ($p < 0.01$). **Conclusion:** The skill levels of the Portuguese population are low, but people are available for training, hence it is important to develop training courses and practice to improve their knowledge.

DESCRIPTORS

Cardiopulmonary Resuscitation; First Aid; Knowledge; Health Education.

Autor Correspondente:

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe
Escola Superior de Saúde de Leiria, Campus 2,
Morro do Lena, Alto do Vieiro, Apartado 4137
2411-901 - Leiria - Portugal
maria.dixe@ipleiria.pt

Recebido: 24/06/2014
Aprovado: 13/05/2015

INTRODUÇÃO

Uma emergência médica é a atividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa, desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, com o restabelecimento do nível de saúde adequado⁽¹⁻²⁾. Em Portugal, os intervenientes no sistema integrado de emergência médica são: o público, os operadores das centrais de emergência (112), os técnicos do centro de orientação de doentes urgentes (CODU), agentes da autoridade, bombeiros, tripulantes de ambulância, os técnicos de ambulância de emergência, médicos e enfermeiros, pessoal técnico-hospitalar, pessoal técnico de telecomunicações e de informática⁽¹⁾.

Salvar uma vida envolve uma sequência de passos que constituem a “cadeia de sobrevivência”, com quatro elos: acesso precoce ao sistema integrado de emergência médica; início precoce de suporte básico de vida (SBV); desfibrilação precoce e suporte avançado de vida (SAV)⁽¹⁻²⁾.

O SBV que compete ao cidadão⁽¹⁾ é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas que tem como objetivos: reconhecer as situações em que há risco de vida iminente; saber quando e como pedir ajuda; saber iniciar, de imediato e sem recurso a qualquer equipamento, manobras que contribuam para preservar a oxigenação e circulação até a chegada das equipas diferenciadas e eventualmente o restabelecimento do funcionamento cardíaco e respiratório normal⁽¹⁻²⁾.

A prevalência de acidentes em Portugal tem ocasionado vítimas em casa, no trabalho, e na via pública, sendo um problema de saúde atual que reflete a forma de vida e a organização dos espaços e da sociedade. Em 2011, ocorreram 32.541 acidentes de viação, em Portugal, dos quais resultaram 42.851 vítimas. As vítimas mortais (contabilização a 30 dias) ascenderam a 891⁽³⁾.

A doença cardíaca isquêmica é a principal causa de morte no mundo. Na Europa e nos EUA a doença cardíaca isquêmica é considerada a principal causa de parada cardíaca súbita⁽¹⁻²⁾. Cerca de um terço das vítimas de enfarte agudo do miocárdio morre antes de chegar ao hospital, a maioria na primeira hora após o início dos sintomas. Dados de vários países da Europa indicam que a incidência anual de paradas cardíacas no sistema pré-hospitalar é de quase 40 por 100.000⁽¹⁻²⁾.

A parada cardiorrespiratória súbita representa cerca de 11% das mortes por ano na Alemanha⁽⁴⁾. Nesta e noutras situações de emergência, a rápida intervenção salvaria pessoas e preveniria complicações. Cerca de 50 a 65% das paradas cardíacas acontecem em casa. Nestes casos, são os familiares que estão perto que têm possibilidade de intervir. Muitas destas pessoas seriam salvas se fossem socorridas nos primeiros 3 a 4 minutos após o evento crítico^(1-2,4). Por este fato, vários são os autores que salientam a importância de incluir a formação em primeiros socorros nos currículos escolares⁽⁵⁻⁸⁾.

Para prestar atendimento correto, a população necessita de conhecimentos suficientes e adequados sobre SBV, o que por vezes não acontece, sendo necessária a formação⁽⁸⁻⁹⁾,

presencial ou *online*⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Esta última, se apresentar qualidade⁽¹²⁾, pode favorecer o aumento do número de pessoas treinadas, por reduzir a necessidade de deslocamentos para frequentar os cursos.

Face ao exposto e ao potencial valor da formação em primeiros socorros como um elemento estratégico para reduzir a mortalidade e a morbilidade provocados por acidentes e emergências⁽¹¹⁾, este estudo teve como objetivos: avaliar o nível de conhecimento da população portuguesa sobre SBV; conhecer a sua disponibilidade para realizar a formação sobre SBV e identificar alguns fatores (idade, sexo, frequência a um curso de SBV e experiência anterior em SBV) relacionados ao nível de conhecimento sobre SBV.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional do tipo descritivo, correlacionado. A população foi a portuguesa residente em Portugal continental e ilhas dos Açores e da Madeira, com idade igual ou superior a 18 anos, que sabia ler e escrever e que se encontrava trabalhando em instituições públicas e privadas. A seleção dos locais de coleta de dados e da amostra foi efetuada da seguinte forma:

- Realizada uma lista de todas as instituições públicas e privadas a que tivemos acesso nas páginas amarelas;
- Sorteio de duas instituições públicas ou privadas de cada cidade de Portugal, incluindo as ilhas dos Açores e da Madeira;
- Envio do protocolo do estudo e respectivos pedidos de autorização aos conselhos de administração e comissões de ética das instituições sorteadas;
- Após as autorizações, foram definidos colaboradores em cada instituição, que ficaram responsáveis por aplicar os instrumentos. A estes foram enviadas as instruções para a colheita de dados;
- Os instrumentos foram aplicados aos inquiridos numa sala disponibilizada para isso, antes do início ou no final da atividade laboral.
- Após o seu preenchimento e para manter o anonimato, os questionários foram introduzidos pelos respondentes em uma urna que se encontrava na sala;
- Os questionários preenchidos foram devolvidos pelos colaboradores por correio aos investigadores.

A amostra, do tipo não probabilístico, foi constituída por 1.700 inquiridos de ambos os sexos (55,6% de mulheres e 44,4% de homens) com média de idade de 37,7 anos (DP=10,5) que exerciam funções em 250 instituições das 318 selecionadas (taxa de adesão de 78,6%).

O instrumento aplicado continha três partes, descritas a seguir:

Dados sociodemográficos e profissionais: residência; idade; sexo; estado civil; habilitações literárias e profissão.

Formação e interesse na formação sobre SBV: frequência a algum curso de SBV; experiência em prestar SBV; qualquer cidadão pode socorrer uma vítima em perigo de vida: quem deve ter conhecimentos sobre SBV; opinião sobre o início da formação em SBV no programa de ensino; formação sobre SBV nos locais de trabalho; formação sobre SBV em associações; entidades formadoras em SBV; interesse em

receber formação em SBV; disponibilidade para a formação em SBV e experiências anteriores de voluntariado ou em instituições de saúde.

Conhecimentos sobre SBV: 64 afirmações baseadas em orientações definidas em *guidelines* nacionais e internacionais para esta matéria^(1-2,13). As respostas certas foi atribuída a classificação de um e às erradas, zero. Desse modo, a pontuação obtida poderia oscilar entre zero e 64 pontos. Para a validação do conteúdo, o instrumento foi apreciado por especialistas da área (médicos e enfermeiros) e efetuado um pré-teste com 20 pessoas com as mesmas características da população-alvo. Não houve necessidade de efetuar alterações.

O protocolo de investigação foi aprovado por todas as comissões de ética das instituições onde foi aplicado. Nas instituições em que não havia comissão de ética (180 instituições) o protocolo foi aprovado pelos seus conselhos de administração. Antes da aplicação dos instrumentos, os objetivos e as finalidades do estudo foram explicados a todos os sujeitos. Antes do preenchimento todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17, e usada a estatística descritiva e inferencial. Em virtude da variável nível de conhecimentos sobre suporte básico de vida apresentar distribuição normal (Kolmogorov-Smirnov), foram utilizadas a correlação de Pearson e o t de Student, estabelecendo um grau de significância de 95% com $p < 0,05$.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DA AMOSTRA

Mais da metade dos respondentes era do sexo feminino (55,6%), casados (60,7%), com idade média de $37,7 \pm 10,5$ anos. A escolaridade da maioria (65,1%) foi o 12º ano ou o ensino superior, e 30,2% dos respondentes era pessoal administrativo e similares (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das respostas da amostra quanto às características sociodemográficas e profissionais - Portugal, 2010-2012.

Variáveis	Nº	%
Sexo (n = 1.697)	Masculino	754 44,4
	Feminino	943 55,6
Estado Civil (n=1.690)	Casado	1025 60,7
	Divorciado	190 11,2
	Solteiro	461 27,3
	Viúvo	14 0,8
Habilitações Literárias (n= 1.690)	Primária incompleta	13 0,8
	Ensino primário	175 10,4
	6º ano de escolaridade	112 6,6
	9º ano de escolaridade	289 17,1
	12º ano de escolaridade	572 33,8
	Curso superior	529 31,3
Profissão (1.644)	Membros das forças armadas	6 0,4

continua...

...continuação

Variáveis	Nº	%
Profissão (1.644)	Quadros superiores da adm. pública	20 1,2
	Esp. das profissões intelectuais e científicas	380 23,1
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	214 13,0
	Pessoal administrativo e similares	497 30,2
	Pessoal dos serviços e vendedores	171 10,4
	Trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	18 1,1
	Operários, artífices e trabalhadores similares	69 4,2
	Operadores de instalações e máquinas	40 2,4
	Trabalhadores não qualificados	113 6,9
	Estudante, trabalhador-estudante	83 5,0
	Aposentado	15 0,9
Desempregado	15 0,9	
Militar	3 0,2	

FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Apenas 303 (17,8%) haviam frequentado um curso sobre SBV, a maioria na Cruz Vermelha Portuguesa (23,5%) ou em centros de formação qualificados (21,8%); 14,6% tiveram necessidade de prestar SBV, sendo a situação mais citada o acidente de viação (22,5%). A intervenção mais realizada (47,5%) foi ligar para o 112 (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das respostas da amostra quanto à formação e experiência em SBV - Portugal, 2010-2012.

Formação e experiência em SBV	Nº	%
Frequência de curso sobre SBV (n= 1.700)		
Sim	302	17,8
Não	1.398	82,2
Entidade onde realizou formação (n= 293)		
Universidade/Escola Superior	49	16,7
Hospital/Centros de Saúde	6	2,0
Centros de Formação Qualificados	64	21,8
Cruz Vermelha Portuguesa	69	23,5
Instituto Nacional de Emergência Médica (NEM)	7	2,4
Bombeiros	48	16,4
Instituição Militar	11	3,8
Trabalho	16	5,5
Escola secundária	7	2,4
Associação Guias Portugal	1	0,3
Escuteiros	4	1,4
Federação Portuguesa de Ginástica	1	0,3
Câmara Municipal	10	3,4

continua...

...continuação

Formação e experiência em SBV	Nº	%
Alguma vez teve de prestar SBV (n= 1.668)		
Sim	243	14,6
Não	1.425	85,4
Em que situações prestou SBV (n= 405)		
Afogamento	30	7,4
Acidente viação	91	22,5
Asfixia	41	10,1
Ataque cardíaco	47	11,6
Acidente Vascular cerebral (AVC)	48	11,9
Queimadura	38	9,4
Intoxicação e/ou Envenenamento	28	6,9
Eletrocussão	11	2,7
Outras situações	71	17,5
Atividade realizada (n= 238 referências)		
Telefonou aos Bombeiros	38	16
Telefonou à Polícia	6	2,5
Ligou ao 112	113	47,5
Chamou alguém	10	4,2
Atuou na vítima	71	29,8
Atividade realizada na vítima (n= 100)		
Elevou as pernas	13	13,0
Deitou no chão	21	21,0
Estancou hemorragia	3	3,0
Pôs água no membro afetado	1	1,0
Pancadas interescapulares	9	9,0
Primeiros Socorros	30	30,0
Manteve a vítima consciente	1	1,0
Resgatou a vítima	5	5,0
Colocou na Posição Lateral de Segurança	5	5,0
Massagem cardiopulmonar e ventilação	5	5,0
Aplicação SBV	6	6,0
Manobra de Heimlich	1	1,0

Para 54,1% dos participantes qualquer cidadão pode socorrer uma vítima e, para isso, deve ter conhecimentos sobre SBV (81,4%). Referiram igualmente que a formação deve ser efetuada nos locais de trabalho (84,9%). O Instituto Nacional de Emergência Médica (63,6%) e os Bombeiros (62,1%) foram os mais citados para realizar formação sobre SBV (Tabela 3).

Dos inquiridos, 522 (30,9%) salientaram que a formação sobre SBV deve ser iniciada no 2º ciclo; 482 (29,8%) no 1º ciclo, 502 (28,6%) no 3º ciclo, 155 (9,8%) no secundário e 13 (0,8%) mencionaram que deve ser integrada ao ensino superior (0,4%) e igual percentual referiu que não deve integrar (0,4%). Quanto à disponibilidade para realizar a formação, 655 (38,6%) disseram ter muita disponibilidade, 378 (22,2%) disponibilidade, 592 (34,8%) referiram estar pouco disponíveis e 75 (4,4%) não manifestaram qualquer disponibilidade.

Tabela 3 – Distribuição das respostas da amostra quanto à opinião sobre quem deve efetuar formação sobre SBV e onde - Portugal, 2010-2012.

Quem deve realizar a formação sobre SBV e onde?	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Qualquer cidadão pode socorrer uma vítima em perigo de vida	857	54,1	728	45,9
Todos os cidadãos devem ter conhecimentos sobre SBV	1.320	81,4	301	18,6
Os professores devem ter conhecimentos sobre SBV	249	15,4	1.372	84,6
Os bombeiros devem ter conhecimentos sobre SBV	461	28,4	1.160	71,6
Os profissionais de saúde devem ter conhecimentos sobre SBV	436	26,9	1.185	73,1
Além dos referenciados, outros devem ter conhecimentos sobre SBV	79	4,9	1.542	95,1
Os militares devem ter conhecimentos sobre SBV	263	16,2	1.358	83,8
Os polícias devem ter conhecimentos sobre SBV	297	18,4	1.317	81,6
A formação sobre SBV deve ser efetuada nos locais de trabalho	1.436	84,9	256	15,1
A formação sobre SBV deve ser efetuada em associações culturais e recreativas, dirigidas a grupos da comunidade	1.446	88,4	189	11,6
A formação sobre SBV deve ser realizada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica	1.048	63,6	599	36,4
A formação sobre SBV deve ser realizada pelo Ministério da Saúde	823	50,0	824	50,0
A formação sobre SBV deve ser realizada pelo Conselho Português de Ressuscitação	187	11,4	1.459	88,6
A formação sobre SBV deve ser realizada pela Cruz Vermelha	814	49,4	834	50,6
A formação sobre SBV deve ser realizada pelos Bombeiros	1.024	62,1	624	37,9
A formação sobre SBV deve ser realizada pela Proteção Civil	578	35,1	1.068	64,9
A formação sobre SBV deve ser realizada pelas Escolas	783	47,5	866	52,5

CONHECIMENTOS DA POPULAÇÃO SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Diante de uma vítima que respira, mais de 90% dos inquiridos pediria a alguém para chamar o 112 (número da Emergência Médica Portuguesa). Mais de metade dos inquiridos acertou vários indicadores, entre os quais se destacam: antes de abordar uma vítima, deve-se avaliar as condições de segurança (79,9%); perante uma situação de eletrocussão, o reanimador deve garantir que a fonte de energia elétrica foi desligada antes de se aproximar da vítima (79,6%); garantir que tem condições de segurança para se aproximar da vítima (79%); procurar ver, ouvir e sentir se a vítima respira durante 10 segundos (77,9%).

Dos 64 indicadores, os participantes acertaram em média 25,9 ± 11,5, ou seja, menos de metade dos indicadores propostos. O nível de conhecimentos sobre SBV ($r=0,98$;

p <0,01) aumentou à medida que aumentou a idade dos inquiridos. Os do sexo masculino, os que efetuaram formação e os que já prestaram SBV acertaram, em média, mais questões do que os do sexo feminino, que não efetuaram formação ou que não prestaram SBV (p<0,01), como mostra a Tabela 5.

DISCUSSÃO

Mais de metade da amostra deste estudo era do sexo feminino (55,6%), à semelhança do que se passa na população portuguesa⁽¹⁴⁾. De acordo com o Censo de 2011⁽¹⁵⁾, cerca de 47% da população é casada. Neste estudo os dados são dife-

Tabela 4 – Distribuição das respostas da amostra quanto aos conhecimentos sobre SBV - Portugal, 2010-2012.

Áreas Indicadores	Errou		Acertou	
	Nº	%	Nº	%
Perante uma pessoa aparentemente inanimada deve:				
Procurar aproximar-se, mesmo que se exponha ao perigo	684	39,9	1.029	60,1
Garantir que tem condições de segurança para se aproximar da vítima	360	21,0	1.353	79,0
Verificar se responde ou não a estímulos (tocando-lhe no ombro e perguntando-lhe se está bem)	501	29,2	1.212	70,8
Estimulá-la, abanando-lhe a cabeça	381	22,2	1.332	77,8
Quando uma vítima não responde à estimulação deve:				
Colocar-lhe um casaco debaixo da cabeça para que não se magoe no chão	991	57,9	722	42,1
Gritar por ajuda	522	30,5	1.191	69,5
Dar-lhe água com açúcar	703	41,0	1.010	59,0
Verificar se tem algum objeto dentro da boca	815	47,6	898	52,4
Para continuar uma atuação correta deve:				
Colocar a vítima de lado para que não se engasgue	1.430	83,5	283	16,5
Fazer extensão da cabeça e/ou elevação do queixo	1.249	72,9	464	27,1
Procurar ver, ouvir e sentir se a vítima respira durante 10 segundos	378	22,1	1.335	77,9
Colocar um objeto rígido na boca para que não morda a língua	1.258	73,4	455	26,6
Se a vítima respira deve:				
Colocar a vítima de lado, se não for um politraumatizado	833	48,6	880	51,4
Pesquisar sinais de circulação	1.548	90,4	165	9,6
Pedir a alguém para ligar ao 112	131	7,6	1.582	92,4
Mesmo se estiver sozinho, não deve abandonar a vítima	1.569	91,6	144	8,4
Se a vítima não respira, tosse e não tem qualquer movimento deve:				
Pedir alguém para ligar ao 112	126	7,4	1.587	92,6
Dar-lhe quatro pancadas fortes no peito para estimular a respiração	956	55,8	757	44,2
Se estiver só, deixar a vítima e ir pedir ajuda	1.217	71,0	496	29,0
Colocar a vítima de lado	1.241	72,4	472	27,6
Iniciar, imediatamente, a compressão torácica	1.034	60,4	679	39,6
Quando verifica que a vítima não respira, e após pedir ajuda, deve:				
Soprar para a boca da vítima, verificando se o tórax se move	1.127	65,8	586	34,2
Esperar pela chegada de ajuda especializada	1.464	85,5	249	14,5
Observar, de novo, a boca da vítima, caso o sopro não tenha sido ser eficaz	1.437	83,9	276	16,1
Iniciar compressões torácicas	1.052	61,4	661	38,6
Tapar o nariz da vítima com indicador e polegar	1.431	83,5	282	16,5
Na execução das compressões torácicas deve:				
Comprimir o tórax da vítima com os braços esticados	1.026	59,9	687	40,1
Colocar a vítima de lado	978	57,1	735	42,9
Iniciar compressões torácicas ao ritmo de 50 por minuto	1.371	80,0	342	20,0
Comprimir o tórax o maior nº de vezes possível	1.203	70,2	510	29,8
Contar alto o nº de compressões torácicas executadas	1.061	61,9	652	38,1

continua...

...continuação

Áreas	Indicadores	Errou		Acertou	
		Nº	%	Nº	%
Ao efetuar a reanimação cardiopulmonar deve:					
	Manter-se em silêncio para não se distrair ao contar as compressões torácicas	1.398	81,6	315	18,4
	Alternar 30 compressões torácicas, com 2 ventilações eficazes	1.367	79,8	346	20,2
	Saber há quanto tempo a vítima está sendo reanimada	1.529	89,3	184	10,7
	Manter o SBV até chegar ajuda diferenciada ou a vítima recuperar sinais de circulação	1.379	80,5	334	19,5
	Alternar 15 compressões torácicas, com 2 ventilações eficazes (15:2)	908	53,0	805	47,0
	Suspender a reanimação cardiopulmonar quando se sentir exausto	1.480	86,4	233	13,6
Quando uma pessoa se engasga deve:					
	Estimular apenas a vítima a tossir, se esta estiver consciente	827	48,3	886	51,7
	Deitar a vítima	779	45,5	934	54,5
	Retirar dentaduras ou outros corpos estranhos que possam estar soltos na boca	546	31,9	1.167	68,1
	Aplicar palmadas nas costas se a vítima não conseguir tossir	913	53,3	800	46,7
	Abandonar a vítima e pedir ajuda	695	40,6	1.018	59,4
	No caso de a vítima ficar inconsciente, voltar a inspecionar a boca à procura de corpos estranhos	908	53,0	805	47,0
	Aplicar a manobra de Heimlich	1.148	67,0	565	33,0
Relativamente à segurança do reanimador					
	Antes de abordar uma vítima, deve-se avaliar as condições de segurança	345	20,1	1.368	79,9
	Não há risco de contágio ao contato com o suor da vítima	1.288	75,2	425	24,8
	O lenço de bolso é uma proteção eficaz à transmissão de doenças em reanimação	1.126	65,7	587	34,3
	Em caso de vítima de choque elétrico, agarrar de imediato a vítima para afastá-la do perigo	582	34,0	1.131	66,0
	Numa vítima que ingeriu pesticida e não respira, não deve soprar na boca da vítima	967	56,5	746	43,5
Perante a vítima criança					
	Inconsciente, fazer 1 minuto de SBV antes de chamar ajuda	1.328	77,5	385	22,5
	Lactente em paragem respiratória, fazer compressões torácicas é uma técnica correta	1.415	82,6	298	17,4
	Em lactente, em paragem cardiopulmonar, deve alternar-se 15 compressões torácicas com 2 ventilações	1.502	87,7	211	12,3
	Com mais de 1 ano de idade, as compressões torácicas realizam-se com 2 dedos sobre a linha mediana intermamilar	1.397	81,6	316	18,4
	Lactente em paragem cardiopulmonar, deve alternar-se cinco compressões torácicas com duas ventilações	1.511	88,2	202	11,8
Relativamente a situações especiais					
	Numa vítima com dor intensa no peito e falta de ar, o reanimador deve deitar a vítima para que esta não se canse	1.489	86,9	224	13,1
	Numa vítima com dor de cabeça violenta, perda súbita da fala e dificuldade em mobilizar uma parte do corpo, deve colocar-se a vítima de lado	1.421	83,0	292	17,0
	Perante uma vítima com hemorragia visível, é importante calçar luvas, expor a ferida e comprimir a zona que sangra com compressas ou um lenço	571	33,3	1.142	66,7
	Se uma ferida com hemorragia tiver um corpo estranho, este deve ser retirado e colocado um garrote na raiz do membro, se a ferida for num braço ou numa perna	1.409	82,3	304	17,7
	Perante a vítima com suspeita de uma reação alérgica grave deve-se afastar a vítima da possível causa e pedir imediatamente ajuda – chamar 112	540	31,5	1.173	68,5
	Numa vítima intoxicada, o nome tóxico, a quantidade, a hora de ocorrência e a situação em que ocorreu são aspectos de pouca importância	477	27,8	1.236	72,2
	Perante uma situação de eletrocussão, o reanimador deve garantir que a fonte de energia elétrica foi desligada antes de se aproximar da vítima	349	20,4	1.364	79,6
	Em toda e qualquer vítima é importante prevenir a hipotermia	623	36,4	1.090	63,6
	Numa vítima de afogamento, deve-se suspeitar sempre de lesão da coluna cervical	1.258	73,4	455	26,6
	Numa vítima grávida, os procedimentos na reanimação são idênticos às outras vítimas, mas deve elevar-se a anca direita	1.634	95,4	79	4,6

Tabela 5 – Resultados da aplicação do teste t de Student sobre o nível de conhecimento* da amostra sobre SBV – sexo, frequência de algum curso de SBV e prestação de SBV - Portugal, 2010-2012.

Variáveis		N	Média de acertos	Desvio Padrão	t	P
Sexo	Masculino	754	27,3	12,0	4,521	0,000
	Feminino	943	24,8	11,0		
Frequentar algum curso de SBV	Sim	303	35,6	10,7	17,481	0,000
	Não	1.398	23,8	10,6		
Alguma vez teve de prestar SBV	Sim	243	31,0	11,5	7,627	0,000
	Não	1.425	25,0	11,3		

*valores poderiam oscilar entre 0 e 64.

rentes, havendo um maior número de casados (60,7%). No entanto, os dados incluíram 13% de indivíduos que vivem em união, o que não acontece no Censo de 2011.

No Censo, a proporção da população com ensino superior é de 15%⁽¹⁴⁾, valor muito inferior ao observado neste estudo (31,3%). Cerca de 30,2%, da amostra tem uma profissão da área do pessoal administrativo e similar, sendo este valor justificado pela seleção dos locais de coleta de dados (empresas e escolas). Na população em geral, o *comércio, alojamento, transportes e comunicações e outras atividades de serviços*, são as atividades profissionais onde mais pessoas estão empregadas, cerca de 30% e 29%, respectivamente⁽¹⁴⁾.

Os resultados encontrados em vários estudos comprovam que a implementação de medidas de suporte básico de vida pelo cidadão/leigo com formação reduz a taxa de mortalidade e morbidade^(7,15-16). Os indivíduos que receberam ressuscitação cardiopulmonar (CPR) de um cidadão/leigo com formação têm quatro vezes mais probabilidade de sobreviver por 30 dias que aqueles a quem a CPR não foi aplicada⁽¹⁷⁾.

No estudo agora apresentado é de salientar a baixa percentagem (17,8%) de pessoas que frequentaram um curso de SBV. Nesta matéria, os vários estudos têm resultados diversos: se em alguns a grande maioria dos espectadores de eventos críticos também não tinha formação em primeiros socorros^(7,18), em outros, por outro lado, mais da metade da amostra (54,1%) tinha formação em CPR e 21,2% iniciou imediatamente a CPR⁽¹⁹⁾. Em outro estudo⁽¹¹⁾, os autores verificaram que 77,9% dos participantes tinham frequentado algum tipo de preparação na área de primeiros socorros, embora 61% não tinham efetuado nenhuma formação nos últimos cinco anos⁽²⁰⁾.

Entre os locais mais citados para a realização de formação estão os centros de formação qualificados (21,8%) e a Cruz Vermelha Portuguesa (23,5%), dados diferentes dos encontrados em outros estudos^(16,20-22). Num estudo realizado por entrevista telefônica com 7.320 inquiridos, as fontes mais comuns de formação na área dos primeiros socorros perante queimaduras foram os livros (41,7%) e a internet (32,9%). Apenas em 9,8% das situações as fontes de informação/formação a que os inquiridos recorreram foram as entidades de saúde e os médicos de cirurgia⁽²³⁾. Por outro lado, num estudo realizado no Brasil, os autores⁽¹⁶⁾ verificaram que 35,6% realizaram formação no curso de formação de condutores e 20,6% no local de trabalho. Estas diferenças podem dever-se ao tipo de amostra, local e tipo de instrumento de coleta de dados.

Dos participantes neste estudo, 1.425 (85,4%) em 1.668 nunca tiveram de prestar SBV. O acidente de viação foi a situação mais relatada (22,5%) pelos que já prestaram auxílio, dado ligeiramente superior (12,2%) ao encontrado em outro estudo⁽¹⁶⁾.

Várias foram as medidas aplicadas pelos cidadãos perante uma emergência: a aplicação de um curativo⁽¹⁸⁾, posicionamento do acidentado^(11,18), controle de hemorragia^(11,18), garantir a segurança no local de acidente^(10,16), libertação do acidentado⁽¹⁶⁾, abertura das vias respiratórias^(11,18), precauções contra hipotermia⁽¹⁶⁾, reanimação cardiopulmonar⁽¹⁶⁾ e proporcionar tranquilidade ao acidentado^(11,18).

Tendo em conta a probabilidade de evitar 4,5% das potenciais mortes pré-hospitalares com SBV imediato⁽²⁴⁾ e considerando o primeiro elo da cadeia de sobrevivência⁽¹⁾, neste estudo, 47,5% dos participantes pediram ajuda acionando de imediato o sistema de emergência médica (112), o que vai ao encontro (31%) dos resultados de outra investigação⁽¹⁶⁾.

Quando indagados sobre quem deve fazer formação, 63,6% referiram o Instituto Nacional de Emergência Médica. Nesta instituição a formação é realizada por médicos e enfermeiros, o que está de acordo com o salientado na bibliografia ao afirmar que esta deve ser efetuada por pessoal capacitado^(7,10,16).

Cerca de 95,6% da amostra manifestou-se disponível para realizar formação, resultado semelhante (94,45%) ao encontrado em pesquisa realizada com estudantes⁽²⁵⁾. Esta deve ser realizada em associações culturais, dirigidas a grupos da comunidade (88,4%) ou nos locais de trabalho (84,9%). Essas opções facilitarão a adesão ao treinamento, pois evitarão o deslocamento dos participantes.

A formação em SBV deve se iniciar na população estudantil e antes de entrada no ensino superior⁽⁶⁾. Autores de estudos recentes⁽⁴⁾ demonstraram que mesmo as crianças com 9 anos podem realizar CPR se devidamente preparadas. A realização de formação é importante e deve ser reciclada para melhorar os conhecimentos e a confiança dos intervenientes^(4,6).

Num estudo quase-experimental realizado com estudantes com uma média de idade de 21,5 ± 0,74 anos, que receberam formação e prática formal em primeiros socorros, os autores⁽²⁵⁾ verificaram que estes apresentavam melhores conhecimentos do que os que não o tinham realizado (p < 0,001). Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores⁽⁸⁾ num estudo realizado em estudantes dinamarqueses (média de idade de 17,5 ± 1,2 anos) e em es-

tudantes de 13 países europeus⁽²⁶⁾. Algumas investigações demonstraram que mesmo os indivíduos que fizeram formação apresentam valores baixos de conhecimento^(25,27) e alguns referiram não se sentirem preparados^(16,26). Ainda assim, está comprovado que a formação de adultos em SBV é efetiva e necessária⁽²⁸⁻²⁹⁾, reforçando a necessidade de atualização⁽⁷⁾.

Quanto ao nível de conhecimentos, à semelhança de outro estudo⁽⁷⁾, verificou-se que a população estudada possui conhecimentos insuficientes e alguns incorretos. Os inquiridos do sexo masculino que frequentaram um curso de SBV e os que já tiveram experiência em SBV apresentam em média melhores níveis de conhecimentos em SBV. Em estudo realizado com estudantes, os autores⁽²⁵⁾ verificaram que as mulheres e os que realizaram formação anterior apresentaram maior nível de conhecimentos sobre SBV. A taxa de acertos nas 64 questões foi de 25,9%, superior aos 10% encontrada em outro estudo⁽¹⁶⁾. No entanto, o conteúdo e as questões não são similares a este (grau de dificuldade/abrangência diferentes).

De acordo com as *guidelines* internacionais^(1-2,13), mais de 50% errou nas questões relativas às compressões torácicas. No entanto, 79,9% dos inquiridos acertaram os itens relativos à segurança do reanimador.

Quando a vítima respira, e se não é politraumatizada, 51,4% acertaram a questão sobre o posicionamento adequado, valor superior ao encontrado em outro estudo⁽¹⁴⁾. A vítima deve ser colocada na posição lateral a fim de prevenir a obstrução da via aérea e consequente parada respiratória⁽¹⁻²⁾.

Quando a vítima se engasga, apenas 33% dos inquiridos referiram que deve ser realizada a manobra de Heimlich, que deve ser realizada sempre que a obstrução da via aérea seja grave e o acidentado esteja consciente. Se o engasgo for ligeiro e a tosse eficaz, deve-se encorajar a tosse e vigiar a pessoa. Se, pelo contrário, a pessoa estiver inconsciente e a obstrução for grave, deve-se chamar o 112 e iniciar RCP⁽¹⁻²⁾.

Foi na área das intervenções à criança que se verificou uma menor taxa percentual de acertos, entre 22,5% (perante a criança inconsciente, fazer 1 minuto de SBV antes de

chamar ajuda) e 11,8% (em lactente, em parada cardiorrespiratória deve-se alternar cinco compressões torácicas com duas ventilações). Em lactentes, as compressões torácicas devem obedecer à relação compressão ventilação de 15:2 (com dois reanimadores)⁽¹⁻²⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade da capacitação da população leiga em SBV, a fim de diminuir as taxas de mortalidade e morbidade em situações de acidente e doença súbita em cenário extra-hospitalar. Apesar de em Portugal existirem vários cursos na comunidade, presenciais e *online*, alguns de caráter obrigatório, há necessidade de começar a introduzir o mais precocemente possível a matéria nos currículos escolares de todos os jovens. Programas de formação teórica e prática devem ser realizados em escolas e locais de trabalho, com o objetivo de capacitar a população nesta área, diminuindo assim a mortalidade e morbidade decorrentes de acidentes e emergências.

Os inquiridos apresentaram baixos níveis de conhecimentos sobre SBV, salientando a necessidade e a disponibilidade para realizar a formação. Os cursos devem ser geridos por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, rentabilizando as competências destes profissionais em SBV. Apesar de algumas dificuldades no preenchimento do instrumento, dada a sua extensão, os respondentes acharam-no útil para perceber as lacunas de conhecimento e a importância de realizar a formação.

Encoraja-se a replicação do estudo em outros cenários de investigação, nomeadamente com crianças e professores. Em estudos futuros, seria importante aumentar o tamanho da amostra e desenvolver estudos longitudinais, após a realização de formação teórica e prática, a fim de avaliar sua eficácia. Seria igualmente interessante desenvolver análises documentais para verificar a mortalidade e morbidade de pessoas acidentadas ou com doença súbita, socorridas ou não por leigos com e sem preparação.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento e a disponibilidade da população portuguesa para realizar formação sobre Suporte Básico de Vida (SBV) e identificar alguns fatores relacionados ao seu nível de conhecimento sobre SBV. **Método:** Estudo observacional realizado com 1.700 pessoas que responderam a um questionário composto por dados sociodemográficos e profissionais, formação, interesse na formação e conhecimentos sobre SBV. **Resultados:** Dos 754 homens e 943 mulheres, apenas 17,8% (303) frequentou um curso sobre SBV, mas 95,6% manifestou disponibilidade para realizar a formação. Em média, não apresentaram bons níveis de conhecimentos em suporte básico de vida (acertaram em $25,9 \pm 11,5$ dos 64 indicadores). Os inquiridos mais velhos, do sexo masculino, os que efetuaram formação e os que já prestaram SBV acertaram em média mais questões ($p < 0,01$). **Conclusão:** Os níveis de conhecimento da população portuguesa são baixos, mas as pessoas estão disponíveis para formação, sendo importante desenvolver cursos de formação e treino para melhorar os seus conhecimentos.

DESCRITORES

Ressuscitação Cardiopulmonar; Primeiros Socorros; Conhecimento; Educação em Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento y la disponibilidad de la población portuguesa para llevar a cabo la formación sobre Soporte Básico de Vida (SBV) e identificar algunos factores relacionados con su nivel de conocimiento acerca del SBV. **Método:** Estudio observacional realizado con 1.700 personas que respondieron a un cuestionario compuesto de datos sociodemográficos y profesionales, formación, interés en la formación y conocimientos sobre SBV. **Resultados:** De los 754 hombres y 943 mujeres, solo el 17,8% (303) asistió a un curso sobre SBV, pero el 95,6% manifestó disponibilidad para realizar la formación. En promedio, no presentaron buenos

niveles de conocimientos en soporte básico de vida (contestaron bien 25,9 ± 11,5 de los 64 indicadores). Los respondedores mayores, del sexo masculino, los que llevaron a cabo la formación y los que ya prestaron SBV contestaron bien, en promedio, más cuestiones ($p < 0,01$). **Conclusión:** Los niveles de conocimiento de la población portuguesa son bajos, pero las personas están disponibles para la formación, por lo que es importante desarrollar cursos de formación y entrenamiento a fin de mejorar sus conocimientos.

DESCRIPTORES

Resucitación Cardiopulmonar; Primeros Auxilios; Conocimiento; Educación en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Portugal. Instituto Nacional de Emergência Médica. Manual de suporte avançado de vida. 2ª ed. Lisboa: INEM; 2011.
2. European Resuscitation Council. Guidelines for Resuscitation [Internet]. 2010 [cited 2014 Apr 10]. Available from: <http://www.cprguidelines.eu/2010/>
3. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas dos transportes. Lisboa: INE; 2011.
4. Meissner TM, Kloppe G, Hanefeld C. Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 10];20:31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353161/>
5. Lešnik D, Lešnik D, Golub J, Križmarić M, Mally S, Grmec S. Impact of additional module training on the level of basic life support knowledge of first year students at the University of Maribor. *Int J Emerg Med* [Internet]. 2011 [cited 2014 Apr 10];4:16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3095545/>
6. Miró Andreu O, Escalada Roing X, Jiménez-Fábrega X, Díaz Miranda N, Sanclemente G, Villena O, et al. Programa de Reanimación Cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): conclusiones tras 5 años de experiencia. *Rev Soc Esp Med Urgencias Emerg*. 2008;20(4):229-36.
7. Pergola A M, Araujo IEM. Laypeople and basic life support. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2014 Apr 10];43(2):335-42. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a12v43n2.pdf
8. Marton J, Pandúr A, Pék E, Deutsch K, Bánfai B, Radnai B, et al. Knowledge about basic life support in European students. *Orv Hetil*. 2014;25;155(21):833-7.
9. Hall A, Wotton K, Hutton A. Bystander experiences at and after a motor vehicle accident: a review of the literature. *Austr J Paramed* [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 12];10(4). Available from: <http://ro.ecu.edu.au/jephc/vol10/iss4/2>
10. Mori S, Whitaker IY, Marin HF. Evaluation of an educational website on first aid. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 10];47(4):950-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0950.pdf
11. Arbon P, Hayes J. First aid and harm minimization for victims of road trauma: a population study. Final Report June 2007 [Internet]. Adelaide, Australia: Flinders University; 2007 [cited 2014 Apr 24]. Available from: http://clicktosave.com.au/wp-content/uploads/2013/06/Australian_Population_Study_on_victims_of_Road_Trauma1.pdf
12. Liu KY, Haukoos JS, Sasson C. Availability and quality of cardiopulmonary resuscitation information for Spanish-speaking population on the Internet. *Resuscitation*. 2014;85(1):131-7.
13. American Heart Association. 2010 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Circulation [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 10];122 Suppl 3:S639-946. Available from: http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_ps/2010-aha-guidelines.pdf
14. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011. XV Recenseamento Geral da População. V Recenseamento Geral da Habitação. Resultados definitivos. Lisboa: INE; 2012.
15. Murad MK, Husum H. Trained lay first-helpers reduce trauma mortality: a controlled study of rural trauma in Iraq. *Prehosp Disaster Med*. 2010;25(6):533-9.
16. Pergola AM, Araujo IEM. The layperson in emergency situations. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2014 Aug 10];42(4):769-76. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a20.pdf
17. Wissenberg M, Lippert FK, Folke F, Weeke P, Hansen CM, Christensen EF, et al. Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2013;310(13):1377-84.
18. Mauritz W, Pelinka LE, Kaff A, Segall B, Fridrich P. First aid measures provided by bystanders at the accident site: a prospective epidemiological study in the area of Vienna. *Wien Klin Wochenschr*. 2003;115(19-20):698-704.
19. Swor R, Khan I, Domeier R, Domeier RM. CPR training and CPR performance: do CPR-trained bystanders perform CPR? *Acad Emerg Med*. 2006;13(6):596-601.
20. Larsson EM, Martensson NL, Alexanderson KA. First-aid training and bystander actions at traffic crashes: a population study. *Prehosp Disaster Med*. 2002;17(3):134-41.
21. Jones CM, Owen A, Thorne CJ. Comparison of the quality of basic life support provided by rescuers trained using the 2005 or 2010 ERC guidelines. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20:53.
22. Akpek EA, Kayhan Z. Knowledge of basic life support: a pilot study of the Turkish population by Baskent University in Ankara. *Resuscitation*. 2003;58(2):187-92.
23. Harvey LA, Bar ML, Poulos RG, Finch CF, Sherker S, Harvey JG. A population-based survey of knowledge of burns in New South Wales. *Med J Aust*. 2011;195(8):465-8.

24. Ashour A, Cameron P, Bernard S, Fitzgerald M, Smith K, Walker T. Could bystander first-aid prevent trauma deaths at the scene of injury. *Emerg Med Australas*. 2007; 19(2):163-8.
25. Khan A, Shaikh S, Shuaib F, Sattar A, Samani SA, Shabbir Q, et al. Knowledge attitude and practices of undergraduate students regarding first aid measures. *J Pak Med Assoc*. 2010;60(1):68-72.
26. Aaberg AMR, Larsen CEB, Rasmussen BS, Hansen CM, Larsen JM. Basic life support knowledge, self-reported skills and fears in Danish high school students and effect of a single 45-min training session run by junior doctors; a prospective cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2014, 22:24.
27. Cheung B, Ho C, Kou O, Kuong EE, Lai KW, Leow PL, et al. Knowledge of cardiopulmonary resuscitation among the public in Hong Kong: telephone questionnaire survey'. *Hong Kong Med J*. 2003; 9(5):323-8.
28. Janisha KP, Priya V, Fermina J. Effectiveness of planned teaching programme on knowledge regarding basic life support among young adults. *Int J Nurs Educ*. 2012;4 (1):28.
29. Miyadahira AMK, Quilici AP, Martins CC, Araújo GL, Pellicciotti JSS. Cardiopulmonary resuscitation with semi-automated external defibrillator: assessment of the teaching-learning process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2014 Aug 10];42(3):532-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a16.pdf