

NATALYA DE CARVALHO LIMA

Conhecimentos, atitudes, percepções e segurança de acadêmicos de
medicina sobre suporte básico de vida: levantamento entre alunos da
Universidade Federal do Delta do Parnaíba

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Medicina da
Universidade Federal do Delta do Parnaíba,
redigido na forma de artigo científico para
publicação, como pré-requisito para obtenção
do grau de bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Deodato Narciso de
Oliveira Castro Neto.

PARNAÍBA

2023

RESUMO

Introdução: O Suporte Básico de Vida (SBV) desponta como o fundamento para salvar vidas durante a parada cardiorrespiratória (PCR). A eficácia das manobras de SBV é essencial para o prognóstico da vítima. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento, atitudes, percepções e segurança dos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba sobre SBV. **Métodos:** Estudo transversal e descritivo com 228 estudantes de Medicina da UFDPAr. Um questionário estruturado foi utilizado para acessar o nível de conhecimento, atitudes infligidas, percepções e grau de segurança dos alunos em SBV. **Resultados:** Apenas 39,4% dos estudantes obtiveram um resultado satisfatório no questionário de conhecimentos e atitudes sobre SBV. A média geral na avaliação foi de 64,7% de acertos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o conhecimento dos alunos do ciclo básico (CB), clínico (CC) e internato (IN). 47,4% e 33,8% dos participantes não são seguros para liderar uma PCR e engasgo, respectivamente. Os estudantes do CC e IN são mais seguros para liderar essas situações do que os estudantes do CB. **Conclusão:** O nível de conhecimento, atitudes e segurança em SBV dos estudantes de Medicina da UFDPAr é baixo; o conhecimento parece não evoluir ao longo do curso, apesar da segurança aumentar. A Instituição deve revisar e reformular o modo de ensino dessa habilidade básica e essencial.

Palavras-chave: Educação médica; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Reanimação Cardiopulmonar; Medicina de Emergência.

ABSTRACT

Introduction: Basic Life Support (BLS) emerges as the basis for saving lives during cardiac arrest (CA). The effectiveness of BLS maneuvers is essential for the victim's prognosis. **Objective:** To evaluate the knowledge, attitudes, perceptions and confidence of medical students at the Federal University of Delta do Parnaíba (UFDPAr) about BLS. **Methods:** Cross-sectional and descriptive study with 228 medical students at UFDPAr. A structured questionnaire was used to assess students' level of knowledge, inflicted attitudes, perceptions and level of confidence in BLS. **Results:** Only 39,4% of the students obtained a satisfactory result in the BLS knowledge and attitude questionnaire. The general average in the evaluation was 64,7% of correct answers. There was no statistically significant difference between students in the basic (BA), clinical (CL) and boarding (BO) cycles. 47,4% and 33,8% of the participants are not confident to lead a cardiac arrest and choking, respectively. CL and BO

students are more confident to lead these situations than BA students. **Conclusion:** The level of knowledge, attitudes and safety in BLS of medical students at UFDPAr is low; knowledge does not seem to evolve throughout the course, despite increasing security. The Institution must review and reformulate the way of teaching this basic and essential skill.

Keywords: Medical education; Knowledge, Attitudes and Practice in Health; Cardiopulmonary Resuscitation; Emergency Medicine.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA	7
2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	7
2.2 INSTRUMENTOS.....	7
2.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	8
2.4 LOCAL DO ESTUDO.....	8
2.5 ANÁLISE DE DADOS	8
3 RESULTADOS.....	9
3.1 CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE SBV	9
3.2 PERCEPÇÕES SOBRE SBV	11
3.3 SEGURANÇA EM SBV	11
4 DISCUSSÃO	13
5 CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS.....	16
ANEXO.....	20

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) refere-se à cessação súbita da atividade cardíaca, associada a colapso hemodinâmico, tipicamente devido a ritmos cardíacos malignos como taquicardia ventricular sem pulso e fibrilação ventricular.¹ A prevalência exata de PCRs é desconhecida; nos Estados Unidos, estudos estimam entre 180.000 a 450.000 eventos por ano^{2,3} sendo que, desses, mais de 350.000 americanos são vítimas de PCR extra-hospitalar (PCREH), ou seja, PCR em ambientes como residências, shopping centers, aeroportos, estádios, etc. A PCREH possui sobrevida média de 7 a 9%.⁴⁻⁵ Os dados quanto à incidência de PCR no Brasil também são escassos; estima-se cerca de 200.000 PCRs ao ano no Brasil, sendo metade dos casos ocorrendo em ambiente hospitalar, e a outra metade no extra-hospitalar. Acredita-se também que a maioria das PCREHs seja em decorrência de ritmos como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, enquanto que, em ambiente hospitalar, a atividade elétrica sem pulso e a assistolia respondam pela maioria dos casos.⁵

As doenças cardíacas envolvidas na gênese das arritmias malignas que resultam em PCR são variadas, entretanto a PCR ocorre principalmente em pacientes com doença arterial coronariana (DAC), na maioria das vezes não previamente diagnosticada.¹ De acordo com dados do estudo GBD 2019, abrangente estudo epidemiológico acerca da mortalidade e morbidade pelas principais doenças, o número de portadores de DAC no Brasil aumentou de 1,48 milhão em 1990 para mais de 4 milhões em 2019, e a prevalência bruta de DAC passou de 0,99% para 1,85% no período.⁶ Nesse contexto, a DAC, principal causa de morte no Brasil e no mundo^{6,7}, também configura-se como a principal determinante de PCR.⁵ Por esse motivo, a maior parte das PCRs ocorre em adultos, apesar de que crianças também são afetadas, com atenção para o ambiente hospitalar.⁵

Apesar de avanços nos últimos anos relacionados à prevenção e ao tratamento, muitos são os óbitos relacionados à PCR no Brasil, ainda que não haja a exata dimensão do problema pela falta de estatísticas robustas a este respeito.⁵

Nesse contexto, o Suporte Básico de Vida (SBV) desponta como o fundamento para salvar vidas durante uma situação de PCREH. O SBV consiste na reanimação cardiopulmonar (RCP) e desfibrilação com o desfibrilador externo automático (DEA). A chave para a sobrevivência de uma PCREH é o seu reconhecimento e tratamento imediatos, especificamente, o início imediato e excelente da RCP e a desfibrilação precoce.⁸⁻⁹ O SBV abrange uma combinação de habilidades básicas, incluindo ventilações para ofertar oxigenação e compressões torácicas para fornecer circulação sanguínea para os tecidos;

conhecer essas manobras pode garantir a sobrevivência do paciente até a chegada do serviço médico.⁹ Nesse contexto, a RCP realizada pela testemunha do evento é um passo crítico na cadeia de sobrevivência da PCREH, com seu início imediato melhorando significativamente o desfecho e prognóstico da vítima, uma vez que, a cada minuto sem a RCP, a vítima apresenta queda de 10% na sobrevivência.^{4,11} Entretanto, estudos analisando a qualidade das RCPs e o prognóstico das vítimas apontaram que, de todas as RCPs realizadas, 50% foram consideradas de boa qualidade, e as vítimas que as recebem apresentam quatro vezes maior chance de sobrevivência com alta hospitalar em comparação com as vítimas cujas RCPs fornecidas foram inadequadas.¹²⁻¹⁴ Além disso, a realização imediata de RCP, ainda que for apenas com compressões torácicas no pré-hospitalar, contribui sensivelmente para o aumento das taxas de sobrevivência das vítimas de PCREH.⁵

Com o objetivo de definir consensos e diretrizes sobre o manejo da PCREH, o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), liga que inclui representantes de diversos órgãos, como *American Heart Association* (AHA), reúne-se regularmente, fornecendo à comunidade científica atualizações e revisão de informações relevantes sobre RCP e atendimento cardiovascular de emergência. O conhecimento repassado nas faculdades médicas (FM) e demais graduações em saúde é baseado nas diretrizes desses órgãos. Embora, idealmente, a população geral devesse ter conhecimento sobre SBV, muitas vezes essa habilidade fica restrita aos profissionais e acadêmicos da área da saúde. Ainda em 1987, *The Royal College of Physicians* estabeleceu que todos os estudantes de medicina deveriam ser capacitados em SBV nos primeiros anos de graduação, e essa competência deveria ser reavaliada e reforçada ao longo da formação médica, por meio da disponibilização pelas FMs de manequins para o treinamento das manobras.¹⁵ Entretanto, estudos com discentes de cursos da área da saúde, que deveriam ser uma grande liderança em situações de PCREH, têm conhecimento e prática insuficientes para realizar com eficácia o protocolo de SBV.^{10,16-17}

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar os conhecimentos, atitudes, percepções e segurança sobre SBV dos acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr). Como objetivos específicos: 1) Avaliar os conhecimentos dos alunos acerca da identificação, técnica e sequência de medidas aplicadas durante uma PCREH, 2) Analisar as atitudes infligidas durante uma PCR e o nível de segurança dos alunos em SBV, 3) Constatar as percepções dos graduandos acerca da importância das manobras de SBV, 4) Comparar o conhecimento, a tomada de atitudes, o nível de segurança e a percepção da importância do SBV durante as fases do curso, 5) Comparar com os dados da literatura com os resultados obtidos por esta pesquisa e 6)

Reconhecer a efetividade do ensino e da consolidação de conhecimentos básicos de Medicina de Emergência no curso de Medicina da UFDPAr.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e descritivo, de corte transversal, com acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: 1) Participantes matriculados, até o início da coleta dos dados, no primeiro (1º) ao décimo segundo (12º) semestre do curso de Bacharelado em Medicina da UFDPAr do ano de 2022; 2) Participantes que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 3) Participantes maiores de 18 anos de idade. Por sua vez, os critérios de exclusão foram: 1) Participantes que não preencherem completamente o questionário, 2) Participantes que desistiram da pesquisa, 3) Participantes autores da presente pesquisa.

Instrumentos

Para o levantamento de dados, foi utilizado um questionário estruturado do tipo fechado (ANEXO I) para acessar os conhecimentos, atitudes, percepções e segurança sobre SBV. O questionário consistiu em 34 itens divididos em três seções. A primeira seção abordou dados demográficos, como o ano de ingresso e egresso dos graduandos, período, ano e ciclo atual da graduação. A segunda seção do questionário foi adaptada de estudos similares prévios¹⁸⁻¹⁹ e buscou acessar os conhecimentos e atitudes sobre SBV dos acadêmicos por meio de 24 itens de múltipla escolha, com apenas uma alternativa correta. Os aspectos interrogados nessa seção foram sobre o significado das siglas SBV, SAMU e DEA, como identificar uma PCR, a sequência do manejo de uma PCR, a técnica das compressões e ventilações em adultos e crianças, ritmos de parada e tomada de decisão em cenários de PCR ou engasgo. Todos os itens estão em consonância com o consenso mais atual sobre ressuscitação cardiopulmonar da ILCOR²⁰. Os participantes foram orientados a responder o questionário de acordo com seu melhor conhecimento atual, sem consultar materiais. Já a terceira seção do questionário, também baseada em questionário de pesquisa similar prévia,²¹ abordou as percepções dos acadêmicos quanto à importância do SBV e o nível de segurança em lidar com situações nas quais o SBV era necessário, com dez itens apresentando afirmações seguidas por três alternativas: “Discordo”, “Neutro” e “Concordo”. Os itens sobre segurança foram subdivididos em duas partes: a primeira parte buscou acessar a segurança em geral do

estudante, com as afirmações: “Eu me sinto seguro para liderar uma PCREH” e “Eu me sinto seguro para liderar um engasgo”. A segunda parte avaliou se o ensino em SBV da UFDPAr proporciona segurança ao estudante (“Eu acho que minha Universidade contempla de forma adequada o ensino teórico-prático sobre SBV”). Para quantificar os resultados obtidos na seção das percepções e segurança, foi acordado entre os pesquisadores que a alternativa “Discordo” pontuaria 1, “Neutro” pontuaria 2 e “Concordo” pontuaria 3. Assim, a subseção das percepções poderia variar entre 5-15, a da segurança do aluno, entre 2-6 e a da segurança que a UFDPAr proporciona, entre 3-9. Dessa forma, maior a pontuação do participante nas subseções, mais consciente da importância das manobras de SBV, mais seguro em praticá-las e mais seguro com o ensino da UFDPAr o participante seria. Um resultado de 70% para cada uma das seções foi considerado como resultado satisfatório.

Aspectos éticos

A pesquisa foi iniciada a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana (CEP) da UFDPAr (CAAE 59626922.2.0000.0192; Parecer de aprovação 5.519.654).

Levantamentos de dados

Os questionários foram aplicados entre os meses de setembro de 2022 e agosto de 2022 pelos autores deste estudo, após a aprovação pelo CEP. Além do formato impresso, o questionário também foi disponibilizado virtualmente por meio de formulário eletrônico do *GoogleForms*, através do aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp* e via e-mail institucional a todos os alunos matriculados em Medicina na UFDPAr, para contactar aqueles estudantes que, por algum motivo, não tenha sido possível o acesso presencial. Em ambos os formatos, o questionário foi apresentado aos participantes somente após a anuência obtida a partir do aceite do TCLE.

Local do estudo

Os estudantes foram abordados na própria instituição de ensino – UFDPAr – e no principal campo do internato – Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA) – e convidados a participar da pesquisa. A UFDPAr e o HEDA localizam-se no município de Parnaíba, Piauí.

Análise de dados

Após a fase de coleta de dados, os dados obtidos foram tabulados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSSTM) versão 21.0, utilizado também para a análise estatística. Foi realizada análise exploratória e descritiva nas variáveis sociodemográficas. Para variáveis quantitativas e qualitativas, os dados foram apresentados como média e medidas de frequências absolutas e relativas. Para avaliação dos escores em relação às variáveis qualitativas, foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis,

uma vez que tais variáveis não seguiram a distribuição normal, conforme avaliação pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Um nível de significância de $p < 0,05$ foi usado nas análises.

RESULTADOS

Dos 375 alunos matriculados no curso de medicina da UFDPAr no ano de 2022, 237 participaram da pesquisa (*response rate* 63,2%). 131 alunos não responderam o questionário *online* e/ou não estavam presentes em sala de aula/campo de estágio no momento da coleta presencial e 07 alunos não foram incluídos na coleta de dados, pois são coautores do estudo. 05 participantes foram excluídos por não terem preenchido todos os itens do questionário e 04 participantes foram excluídos por serem menores de idade. Ao todo, 228 participantes foram incluídos na pesquisa (96,2%), conforme os critérios de inclusão e exclusão; desses, 126 participantes foram abordados presencialmente e 102 por meio do formulário online.

De início, é válido estabelecer que todas as FMs do Brasil possuem um currículo de seis anos (12 semestres), sendo assim, o currículo da maioria das FMs brasileiras comporta-se da seguinte forma: os dois primeiros anos compreendem o ciclo básico (CB), nos dois anos seguintes o estudante adentra o ciclo clínico (CC) e os dois últimos anos de graduação compreende o internato (IN). Dito isso, os alunos do primeiro ano de graduação compreenderam 42 dos participantes da pesquisa (18,4%), do segundo ano, 51 participantes (22,4%), do terceiro ano, 74 participantes (32,5%), do quarto ano, 24 participantes (14,9%), do quinto ano, 15 participantes (6,6%) e do sexto ano, 11 participantes (5,3%). 94 participantes foram do CB (41,2%), 110 foram do CC (48,2%) e 24 foram do IN (10,5%).

Conhecimentos e atitudes sobre SBV

224 alunos (98,2%) acertaram o significado da sigla SBV, 125 (54,8%) o significado de DEA e 216 (94,7%) a sigla SAMU. A maioria dos estudantes reconheceu que a primeira conduta em PCREH é garantir a segurança da cena (79,8%) e que a conduta em pacientes arresponsivos é acionar o SAMU (57,5%). A maioria também soube a forma correta de checar os sinais vitais do indivíduo (86,8%), e o tempo máximo para a checagem (66,7%). 88,2% dos participantes souberam indicar e realizar RCP em adulto e 51,8% souberam a indicar e realizar ventilações em adulto; 40,8% acertaram o modo de administração da ventilação em lactentes. 50,0% acertaram a localização das compressões em adultos e 43,9% em lactentes. 76,8% reconheceram que podem até não realizar a ventilação boca a boca, mas que as compressões cardíacas são essenciais. 71,9% e 49,1% souberam precisar a profundidade da compressão torácica em adultos e crianças, respectivamente, e 74,6% e 40,8% acertaram a taxa de compressão em adultos e crianças, respectivamente. 86,4% acertaram a proporção

compressão-ventilação em adultos. 42,3% souberam os ritmos chocáveis pelo DEA e 53,9% souberam os ritmos não chocáveis. 49,6% acertaram que, na dúvida sobre a presença de pulso, o mais prudente é iniciar a RCP. 90,4% acertaram sobre a troca de função caso exaustão do socorrista. 86% souberam indicar e realizar a RCP em lactente esgasgado, mas apenas 24,1% acertaram a conduta no engasgo parcial em adultos. A Tabela 1 detalha o número e a porcentagem de acertos conforme cada item da seção.

Tabela 1. Distribuição conforme o número de acertos e a sua frequência na seção “Conhecimentos e atitudes sobre SBV”.

Questão de múltipla escolha	Número de acertos	%
1. Significado da sigla SBV	224	98,2
2. Primeira conduta em PCREH	182	79,8
3. Primeira conduta em pacientes arresponsivos	131	57,5
4. Significado da sigla SAMU	216	94,7
5. Checagem de sinais vitais	198	86,8
6. Tempo máximo para checagem	152	66,7
7. Indicação e realização de RCP	201	88,2
8. Indicação e realização de ventilações na PR	118	51,8
9. Administração de ventilação em lactentes	93	40,8
10. Local de compressão em adultos	114	50,0
11. Local de compressão em lactentes	100	43,9
12. Obrigatoriedade de realizar as compressões	175	76,8
13. Profundidade de compressão em adultos	164	71,9
14. Profundidade de compressão em lactentes	112	49,1
15. Taxa de compressão torácica em adultos	170	74,6
16. Taxa de compressão torácica em lactentes	93	40,8
17. Proporção compressão-ventilação em adultos	197	86,4
18. Significado da sigla DEA	125	54,8
19. Ritmos de PCR chocáveis	96	42,3
20. Ritmos de PCR não chocáveis	123	53,9
21. Iniciar RCP na dúvida sobre presença de pulso	113	49,6
22. Troca de função caso exaustão	206	90,4
23. Conduta em lactente com obstrução de VA	196	86,0
24. Conduta em engasgo parcial em adultos	55	24,1

39,4% dos estudantes obtiveram um resultado considerado satisfatório no questionário de conhecimentos e atitudes sobre SBV, ou seja, maior ou igual a 70% de acertos. A média geral da pontuação obtida foi 64,7% de acertos nessa seção. Apenas cinco alunos da amostra (2,1%) pontuaram entre 90-99%; 23 alunos (10%) pontuaram de 80-89%; 62 alunos (27,1%) pontuaram entre 70-79%; 25 alunos (10,9%) pontuaram menos de 50%. A Tabela 2 detalha a pontuação e frequência obtidas pelos participantes. Dentre os internos, 12 (50% deles) alcançaram nota satisfatória; dentre os estudantes do CC, 44 (40%); e do CB, 34 (36,1%). A taxa de acertos do CB, CC e IN foi, respectivamente, 64,3%, 64,66% e 67,2%. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que não há efeito dos grupos CB, CC e IN sobre a pontuação nessa

seção [$X^2(2) = 0,621$; $p > 0,05$], conforme apresentou a Tabela 3.

Tabela 2. Distribuição conforme o número de acertos e a sua frequência na seção “Conhecimentos e atitudes sobre SBV”.

Número de acertos	Frequência	Porcentagem válida
5-9 (<40%)	5 alunos	2,1%
10-11 (40-49%)	20 alunos	8,7%
12-14 (50-59%)	63 alunos	27,6%
15-16 (60-69%)	50 alunos	22%
17-19 (70-79%)	62 alunos	27,1%
20-21 (80-89%)	23 alunos	10%
22 (90-99%)	5 alunos	2,2%
Total	228	100,0%

Tabela 3. Efeito do ciclo do estudante nos conhecimentos e atitudes, percepções e segurança.

	Pontuação conhecimentos e atitudes	Pontuação percepções	Pontuação segurança	Pontuação UFDPAr
Qui-quadrado	0,621	3,781	13,628	23,772
df	2	2	2	2
Sig. Assint.*	0,733	0,151	0,001	0,000

*Valor de p; significância de $p < 0,05$

Percepções sobre SBV

No questionário de percepções, 223 alunos (97,8%) concordaram com a afirmativa de que o ensino de SBV é essencial nas universidades e nas escolas. 225 participantes (98,6%) consideraram o SBV como uma competência médica básica e essencial. Apenas um participante discordou da afirmação “Eu acho que o conhecimento sobre SBV pode salvar vidas”. 218 participantes (95,6%) concordaram que, se tivessem bom conhecimento sobre RCP, não hesitaria em usá-lo caso necessário. Apenas um participante não teve resultado considerado satisfatório no questionário de percepções. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que não há efeito dos grupos ciclo básico, ciclo clínico e internato sobre a pontuação na seção das percepções sobre SBV [$X^2(2) = 3,781$; $p > 0,05$] (Tabela 3).

Segurança em SBV

Conforme a Tabela 4 apresenta, apenas 43 participantes (18,9%) concordaram com a afirmação de que estão seguros para liderar uma PCREH, 108 (47,4%) discordaram e 77 (33,8%) foram neutros. Dentre os alunos que afirmaram estarem seguros, 11 foram do CB (11,7% do grupo CB), 24 do CC (21,8% do grupo CC) e 8 do IN (33,3% do grupo IN). Os resultados da afirmação “Me sinto seguro para liderar uma situação de engasgo” se comportaram como: 87 (38,1%) responderam concordo, 64 (28,1%) foram neutros e 77 (33,8%) discordaram da afirmação. 25 alunos do CB (26,5% do grupo CB) mostraram-se

seguros; esse valor para alunos do CC foi 50 (45,4% do grupo CC) e para o IN foi 12 (50% do grupo IN). 29,8% dos estudantes obtiveram resultado satisfatório nessa seção.

Tabela 4. Distribuição de respostas na seção “Segurança em SBV”

Afirmção	Concordo	Neutro	Discordo
Me sinto seguro(a) para liderar uma situação de PCR extra-hospitalar	43 (18,9%)	77 (33,8%)	108 (47,4%)
Me sinto seguro(a) para liderar uma situação de engasgo	87 (38,1%)	64 (28,1%)	77 (33,8%)
Eu acho que minha Universidade contempla de forma adequada o ensino teórico-prático sobre SBV	37 (16,2%)	72 (31,6%)	119 (52,2%)
Eu acho que tive quantidade suficiente de aulas teórico-práticas sobre SBV na faculdade	9 (3,9%)	31 (13,6%)	188 (82,5%)
Só teria segurança para liderar uma situação de PCR extra-hospitalar caso fizesse algum curso extracurricular	148 (64,9%)	56 (24,6%)	24 (10,5%)

Ao comparar o nível de segurança, houve efeito dos grupos CB, CC e IN sobre o nível de segurança apresentado [$X^2(2) = 13,628$; $p = 0,001$] (Tabela 3); houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos CB e CC ($p = 0,003$) e CB e IN ($p = 0,023$), sendo que estudantes do CC e IN se sentem mais seguros que estudantes do CB para liderar tais situações. Não houve diferença estatisticamente significativa entre CC e IN (Tabela 5). Apenas 29,8% dos estudantes obtiveram resultado considerado satisfatório nessa seção.

Tabela 5. Efeito das comparações entre pares no nível de segurança em SBV

Comparações de pares	Estatística de teste	Erro padrão	Estatística de Teste Padrão	Sig	Sig. Aj.*
Ciclo básico-Ciclo clínico	-29,677	9,014	-3,292	0,001	0,003
Ciclo básico-Internato	-39,124	14,676	-2,666	0,008	0,023
Ciclo clínico-Internato	-9,447	14,458	-0,653	0,514	1,000

*Valor de p; significância de $p < 0,05$

Ao avaliar a segurança em SBV proporcionada pela graduação, conforme a Tabela 4, a maioria dos participantes (52,2%) discordou da afirmação “Eu acho que minha Universidade contempla de forma adequada o ensino teórico-prático sobre SBV”, 72 (31,6%) foram neutros e apenas 37 (16,2%) concordaram; nenhum dos internos concordou. Apenas nove participantes (3,9%) concordaram que tiveram quantidade suficiente de aulas teórico-práticas sobre SBV na faculdade, 188 (82,5%) discordaram e 31 (13,6%) foram neutros; nenhum dos internos concordou, 22 (91,6% do grupo IN) discordam e dois foram neutros (8,3% do grupo IN). 148 participantes (64,9%) afirmaram que só teriam segurança para liderar uma PCREH caso fizessem curso extracurricular, 24 (10,5%) discordaram e 56 (24,6%) foram neutros. 18 internos (75% do grupo IN) afirmaram que só teriam segurança após curso. 17 estudantes (7,4%) avaliaram o ensino da UFDPAR como satisfatório.

Houve efeito do ciclo na segurança que o ensino da UFDPPar em SBV fornece [$X^2(2) = 23,772$; $p < 0,001$] (Tabela 3). A Tabela 6 demonstra o nível de segurança proporcionado pelo ensino da UFDPPar ao comparar os grupos CB-CC, CB-IN e CC-IN. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos CB e CC ($p < 0,001$) e CB e IN ($p < 0,001$): estudantes do CC e IN estão mais descontentes com o ensino e consideram que a UFDPPar proporciona menos segurança em SBV em comparação com estudantes do CB. Não houve diferença significativa ao comparar CC e IN ($p = 0,448$).

Tabela 6. Efeito das comparações entre pares no nível de segurança em SBV proporcionado pela graduação em Medicina da UFDPPar

Comparações de pares	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig. Assint.*
Ciclo básico-Ciclo clínico	3568,500	9673,500	-3,943	0,000
Ciclo básico-Internato	560,000	860,000	-3,901	0,000
Ciclo clínico-Internato	1192,500	7297,500	-0,759	0,448

*Valor de p; significância de $p < 0,05$

DISCUSSÃO

O *American College of Emergency Physicians* (ACEP), há quase 40 anos, já abordava a importância da Medicina de Emergência na formação médica: em sua *guideline* de 1987, defendeu a certificação em SBV como essencial durante o primeiro ano da graduação, por ser o período de maior adesão a esses cursos.²² Em *guidelines* atuais, a ACEP estabeleceu que o público espera que os estudantes de Medicina sejam capazes de prover cuidados básicos em emergências, portanto, esse grupo deve receber exposição clínica a pacientes da emergência, supervisionados por médicos emergencistas. Além disso, preconiza que as instituições de ensino devem formular um currículo específico para o ensino da Medicina de Emergência ou incorporar os principais tópicos da disciplina no currículo preexistente.²³

Segundo o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da UFDPPar,²⁴ o tema Suporte Básico de Vida é introduzido no primeiro período do curso, no módulo de Habilidades Médicas I, com uma aula teórico-prática que inclui RCP e uso do DEA. Seis semestres depois, a ementa do módulo Habilidades Médicas VII prevê a abordagem das urgências médicas, que inclui habilidades em manobras avançadas de ressuscitação cardiorrespiratória. No mesmo período, no módulo Bases da Prática Médica V, é abordado o tema emergências médicas em pediatria. Segundo o Regimento do Internato da UFDPPar²⁵ “o internato, obrigatoriamente, será cumprido nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Tocoginecologia, Pediatria, Saúde Mental e Saúde Coletiva. A área de Urgência e Emergência

médica será vivenciada dentro de cada especialidade médica citada anteriormente.” Entende-se, assim, que não houve plano específico para o ensino da Medicina de Emergência; o projeto pedagógico buscou alocar os tópicos em Emergências médicas dentro do currículo existente, a fim, também, de atender a resolução de 2014 do Ministério da Educação, que estabeleceu 30% de carga horária do internato, no mínimo, destinada ao estágio nos Departamentos de Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Atenção Primária à Saúde.²⁶

Nesse contexto, no presente estudo, apenas 39,4% dos estudantes de Medicina da UFDPPar obtiveram nível de conhecimento considerado satisfatório em SBV, sem diferença significativa entre o nível de conhecimento entre os alunos do CB, CC e IN. Tais resultados apontam um grave déficit de aprendizado entre os alunos da UFDPPar, entretanto a situação não é isolada, uma vez que vários estudos apresentaram resultados similares. Em estudo recente com formandos da área da saúde de uma universidade brasileira pública, 46,2% dos formandos em Medicina alcançaram resultado satisfatório em SBV.²⁷ Entretanto, aparentemente o problema não é tão atual: no estudo de Uribe et al.²⁸ (1992) sobre avaliação de conhecimento sobre RCP, com participação de médicos e estudantes de Medicina no Chile, a qual a porcentagem média de acertos foi de 55,8 e 47,4%, respectivamente; a maioria dos estudantes que obteve resultado satisfatório no estudo realizou o curso extracurricular *Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)* oferecido pela AHA, e esse achado se repete em estudos mais recentes. Moura et al.,²⁹ (2016) em seu estudo para avaliar o conhecimento em ressuscitação cardiopulmonar entre estudantes do último ano do curso de Medicina de três universidades piauienses demonstrou que apenas 23,04% dos participantes obtiveram resultado considerado satisfatório conforme os critérios dos pesquisadores, com média de 56,74% de acertos; os estudantes que participaram de curso *ACLS* relataram mais confiança em realizar as manobras de RCP do que aqueles que participaram de outros cursos ou de nenhum curso. Esses resultados são sugestivos de que uma abordagem de ensino mais estruturada e intensiva é mais efetiva do que aulas esporádicas e pontuais.

Entre os itens de múltipla escolha do questionário de conhecimentos e atitudes, as menores taxas de acerto foram sobre conduta no engasgo parcial em adulto (24,2%), taxa de compressões torácicas em lactentes (40,8%) e modo de administração de ventilação em lactentes (40,8%). As respostas estão de acordo com o último consenso em ressuscitação cardiopulmonar de 2022,²⁰ o que reflete a falta de atualização científica dos estudantes. Além disso, observa-se grande déficit no manejo da PCR pediátrica, haja vista a baixa taxa de acertos sobre peculiaridades dessa população. No estudo de Pelek, Silva-Junior e Muller²⁷

(2021) também houve baixa porcentagem de acerto na pergunta que versava sobre RCP pediátrica. No estudo de Moura et al.,²⁹ por sua vez, as menores taxas de acerto dos acadêmicos de Medicina foram relacionadas à frequência das compressões torácicas em adultos (28,11%) e ao uso da atropina (32,26%).

A maioria dos participantes do estudo é consciente de que o ensino de SBV é essencial nas universidades e nas escolas (97,8%) e consideraram o SBV como uma competência médica básica essencial (98,6%). Entretanto, os dados revelaram que 52,2% dos estudantes não concordam com a afirmação de que a UFDPAr consiga contemplar de forma adequada o ensino teórico-prático em SBV e 96,1% não concordam com a afirmação de que tiveram aulas teórico-práticas suficientes sobre SBV na faculdade. Esses resultados são mais alarmantes à medida que se analisa que nenhum dos internos concordou com as afirmações acima, fato que reflete um profundo descontentamento por parte dos estudantes quanto ao ensino que lhes é ofertado, não apenas nos primeiros anos de curso, como também próximo ao final da graduação. Os achados são concordantes com estudo de Pillow et al.³⁰ (2013), conduzido com estudantes norte-americanos, que demonstrou que 29,4% dos acadêmicos de Medicina do 4º ano ainda não haviam recebido treinamento formal em manejo de PCR. No estudo de Pelek, Silva-Junior e Müller,²⁷ 60,2% dos formandos da área da saúde consideraram a disciplina de SBV insuficiente e 90% manifestaram a necessidade de realização de novos cursos dentro do tema. Assim, reconhecer essa deficiência em suas formações provavelmente é o motivo pelo qual 64,9% dos estudantes da UFDPAr afirmaram que só teriam segurança para liderar uma situação de PCREH caso fizessem curso extracurricular; essa deficiência é ainda mais grave ao avaliar que 75% dos internos só teriam segurança após o curso.

Apenas 29,8% dos estudantes da amostra apresentaram nível de segurança em SBV considerado satisfatório, sendo que 18,9% dos participantes da amostra afirmaram que estão seguros para liderar uma PCREH e 38,1% foram seguros para liderar um engasgo. Resultado semelhante foi observado em estudo com 488 estudantes de Medicina italianos do último ano, no qual 35% dos participantes não se sentiam preparados para ajudar uma vítima de PCR.¹⁷ Uma observação notável foi que, apesar dos alunos do CC e IN apresentarem mais segurança em comparação aos alunos do CB para liderar as situações, esse fato não significa que os grupos CC e IN possuem mais conhecimento, uma vez que não houve diferença significativa entre o nível de conhecimento entre os grupos. Não foram encontrados outros estudos que realizaram essa análise. Essa conclusão é alarmante uma vez que o maior grau de segurança dos alunos mais próximos do término do curso pode falsear a deficiência de conhecimento, de forma a perpetuar esse déficit e comprometer a sobrevivência dos pacientes. Os dados obtidos no

estudo fazem alusão ao conhecido Efeito Dunning-Kruger, um viés metacognitivo que discorre sobre o fato de pessoas com pouco conhecimento sobre determinado tópico tenderem a superestimar sua expertise sobre o mesmo, pois não apresentam a cognição necessária para reconhecer as próprias limitações; ao obter mais entendimento, o indivíduo passa a reconhecer suas deficiências, e o grau de segurança diminui.³¹ Assim, alguns acadêmicos podem estar superestimando seus conhecimentos em SBV, haja vista que, apesar da segurança ter elevado, o nível de conhecimento não a acompanhou; entretanto, o quadro geral permanece de grande insegurança quanto a manejar situações que demandem as manobras do SBV.

CONCLUSÃO

O conhecimento e as atitudes dos acadêmicos de Medicina da UFDPAr sobre as manobras de SBV, conforme as principais *guidelines*, bem como o seu nível de segurança em realizá-las, estão gravemente prejudicados. Apesar do grau de segurança das turmas mais avançadas ser maior, o nível de conhecimento não aumentou com o decorrer do curso de Medicina. Esse cenário é mais preocupante ao analisar os dados na literatura e observar que o achado não é isolado. Além disso, há grande descontentamento por parte dos acadêmicos quanto ao ensino em SBV ofertado pela UFDPAr. Esse estudo torna evidente a necessidade de revisitar e reformular o modo pelo qual o ensino do SBV e das emergências médicas ocorre nas instituições de ensino, a fim de formar profissionais capacitados para assistir a pacientes em tais situações ameaçadoras à vida.

REFERÊNCIAS

1. Podrid, PJ. Pathophysiology and etiology of sudden cardiac arrest. 2020. In S. Lee (Ed.), UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em 12 nov 2022
2. Kong MH, Fonarow GC, Peterson ED, et al. Systematic review of the incidence of sudden cardiac death in the United States. J Am Coll Cardiol 2011; 57:794. doi: 10.1016/j.jacc.2010.09.064. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21310315/>. Acesso em 24 fev 2023.
3. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS et al; on behalf of the American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2022;145:e153–e639. doi: 10.1161/CIR.0000000000001052. Acesso em 24 fev 2023.

4. Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AWS, Piscopo A, Soeiro AM, et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq. Bras. Cardiol. 2019;113(3):449-663. doi: 10.5935/abc.20190203. Acesso em 24 fev 2023.
5. Gonzalez M.M., Timerman S., Gianotto-Oliveira R., Polastri T.F., Canesin M.F., Lage S.G., et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013; 101(2Supl.3): 1-221. Acesso em 24 fev 2023.
6. GBD 2019 Demographics Collaborators. Global Age-Sex-Specific Fertility, Mortality, Healthy Life Expectancy (HALE), and Population Estimates in 204 Countries and Territories, 1950-2019: A Comprehensive Demographic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1160-203. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30977-6. Acesso em 24 fev 2023.
7. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Acesso em: 12 nov 2022.
8. Pozer, C. N.; Walls, R. N. Adult basic life support (BLS) for health care providers. 2021. In S. Lee (Ed.), UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em 12 nov 2022
9. Kleinman ME, Brennan EE, Goldberger ZD, Swor RA, Terry M, Bobrow BJ, Gazmuri RJ, Travers AH, Rea T. Part 5: adult basic life support and cardiopulmonary resuscitation quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015;132(suppl 2):S414–S435. doi: 10.1161/CIR.0000000000000259. Acesso em 24 fev 2023.
10. Zaheer H, Haque Z. Awareness about BLS (CPR) among medical students: status and requirements. J Pak Med Assoc. 2009 Jan;59(1):57-9. PMID: 19213385. Acesso em 24 fev 2023.
11. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. Ann Emerg Med. 1993;22(11):1652-1658. DOI: [10.1016/s0196-0644\(05\)81302-2](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)81302-2). Acesso em 24 fev 2023.
12. Gallagher EJ, Lombardi G, Gennis P. Effectiveness of bystander cardiopulmonary resuscitation and survival following out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 1995; 274:1922–1925. PMID: 8568985. Acesso em 24 fev 2023.

13. Van Hoeyweghen RJ, Bossaert LL, Mullie A, et al. Quality and efficiency of bystander CPR. Belgian Cerebral Resuscitation Study Group. *Resuscitation* 1993; 26:47–52. DOI: [10.1016/0300-9572\(93\)90162-j](https://doi.org/10.1016/0300-9572(93)90162-j). Acesso em 24 fev 2023.
14. Wik L, Steen PA, Bircher NG. Quality of bystander cardiopulmonary resuscitation influences outcome after prehospital cardiac arrest. *Resuscitation* 1994; 28:195–203. DOI [10.1016/0300-9572\(94\)90064-7](https://doi.org/10.1016/0300-9572(94)90064-7). Acesso em 24 fev 2023.
15. Royal College Of Physicians. Resuscitation from cardiopulmonary arrest. Training and organization. A report of the Royal College of Physicians. *J J. R. Coll. Physicians Lond.* Vol. 21,3 (1987): 175-82. Acesso em 24 fev 2023.
16. Baldi E, Contri E, Bailoni A, Rendic K, Turcan V, Donchev N. et al. Final-year medical students' knowledge of cardiac arrest and CPR: We must do more! *Int. J. Cardiol.* V. 296, p. 76–80, 2019. DOI [10.1016/j.ijcard.2019.07.016](https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.07.016). Acesso em 24 fev 2023.
17. Contri E, Bonomo MC, Costantini G, et al. Are final year medical students ready to save lives in Italy? Not yet. *Emerg Med J* Published Online First: [21 de Junho de 2017]. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/34/8/556>. Acesso em 24 fev 2023.
18. Chandrasekaran S, Kumar S, Bhat SA, Saravanakumar, Shabbir PM, Chandrasekaran V. Awareness of basic life support among medical, dental, nursing students and doctors. *Indian J. Anaesth.* Vol. 54,2 (2010): 121-6. doi:10.4103/0019-5049.63650. Acesso em 24 fev 2023.
19. Almesned A, Almeman A, Alakhtar AM, AlAboudi AA, Alotaibi AZ, Al-Ghasham YA et al. Basic life support knowledge of healthcare students and professionals in the Qassim University. *Int. J. Health Sci.* Vol. 8,2 (2014): 141-50. doi:10.12816/0006080. Acesso em 24 fev 2023.
20. Wyckoff MH, Greif R, Morley PT, Ng Kee-Chong, Olasveengen TM, Singletary EM et al. 2022 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: summary from the basic life support; advanced life support; pediatric life support; neonatal life support; education, implementation, and teams; and first aid task forces. *Circulation*, v. 146, n. 25, p. 483-557, 20 dez. 2022. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000001095>.
21. Tsegaye W., Tesfaye M., Alemu M. Knowledge, Attitude and Practice of Cardiopulmonary Resuscitation and Associated Factors in Ethiopian University Medical Students. *J en Pract* 3: 206. (2015) doi: 10.4172/2329-9126.1000206. Acesso em 24 fev 2023.

22. American College of Emergency Physicians. Guidelines for Undergraduate Education in Emergency Medicine (1987). *Ann Emerg Med*, 16(1), 117-119; doi 10.1016/s0196-0644(87)80301-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3800064/>. Acesso em 24 fev 2023.
23. American College of Emergency Physicians. Guidelines for Undergraduate Education in Emergency Medicine. 2023. Disponível em: <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/guidelines-for-undergraduate-education-in-emergency-medicine>. Acesso em 03 jun 2023.
24. Ministério da Educação. Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina – Campus Ministro Reis Velloso. 2020. Acesso em 24 fev 2023.
25. Universidade Federal do Piauí Campus Ministro Reis Velloso. Regimento do internato. Brasil. 16 de abril de 2018. Disponível em: https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/curso/documentos.jsf?lc=pt_BR&id=6563129.
26. Brasil. Ministério da Educação. Resolução no 3, de 20 de junho de 2014. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2014. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view#:~:text=Institui%20Diretrizes%20Curriculares%20Nacionais%20do,Medicina%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias. Acesso em 24 fev 2023.
27. Pelek CA; Silva-Junior MF; Müller EV. Nível de conhecimento sobre suporte básico de vida entre formandos da área de saúde. *Rev Bras Educ Med*, [S.L.], v. 45, n. 2, p. 45-47, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200516>.
28. Uribe MM, Bianchi V, Carvajal CH, Kauffman R. Evaluación de conocimientos sobre paro cardiorespiratorio. *Rev. Méd. Chile*. 1992; 120(11):1231-4. Disponível em: <https://mgyf.org/nivel-de-conocimientos-en-reanimacion-cardiopulmonar-de-profesionales-sanitarios-de-atencion-primaria-de-valladolid-este-y-sus-determinantes-asociados/>. Acesso em 24 fev 2023
29. Moura FS; Carvalho FV; Martins MCC; Vasconcelos GM; Mello PMVC. Knowledge of Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation among Brazilian Medical Students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S.L.], v. 40, n. 1, p. 77-85, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01772015>. Acesso em 24 fev 2023

30. Pillow MT, Stader D, Nguyen M, Cao D, McArthur R, Hoxhaj S. Perception of basic, advanced, and pediatric life support training in a United States Medical School. The Journal of Emergency Medicine. In press 2013. DOI [10.1016/j.jemermed.2013.08.055](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.08.055). Acesso em 24 fev 2023.
31. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. J Pers Soc Psychol. 1999 Dec;77(6):1121-34. doi: 10.1037//0022-3514.77.6.1121. PMID: 10626367.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO

PRIMEIRA SEÇÃO - QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

- Ano de ingresso na faculdade de Medicina:
- Ano de egresso da faculdade de Medicina:
- Período atual:
- Ciclo atual:
- Estou no ____ ano da faculdade de Medicina

SEGUNDA SEÇÃO - CONHECIMENTOS E ATITUDES

1. O que significa a sigla “SBV”?
 - a. Sistema básico de vida
 - b. **Suporte básico de vida**
 - c. Suporte brasileiro de vida
 - d. Serviço básico de vida
2. Ao encontrar alguém caído no meio da rua, qual deve ser sua primeira conduta? (Nota: Você está sozinho no local)
 - a. Iniciar ventilações
 - b. Iniciar compressões torácicas
 - c. **Garantir a segurança da cena**
 - d. Checar sinais vitais
3. Caso confirme que a pessoa não te responde mesmo após estímulo verbal e tátil, qual seria sua próxima conduta? (Nota: Você está sozinho no local)
 - a. Iniciar RCP
 - b. **Acionar o SAMU**
 - c. Checar pulso central
 - d. Observar
4. Qual a maneira correta de checar os sinais vitais do indivíduo?
 - a. **Simultaneamente, investigar ausência de respiração - ou respiração do tipo gasping - e checar pulso**
 - b. Checar reatividade pupilar e pulso central.
 - c. Simultaneamente, quantificar a frequência respiratória e cardíaca.
 - d. Estimular o indivíduo de forma tátil e verbal.
5. Tempo máximo para checagem da ausência ou presença do pulso:
 - a. 2 segundo
 - b. 5 segundos
 - c. **10 segundos**
 - d. 30 segundos
6. Caso o indivíduo apresente pulso, mas esteja com a respiração anormal:
 - a. **Iniciar ventilação - 1 ventilação a cada 6 segundos**
 - b. Iniciar RCP
 - c. Iniciar ventilação - 1 ventilação a cada 2 segundos
 - d. Observar
7. Caso o indivíduo não apresente pulso nem respiração:
 - a. **Iniciar ciclo de 30 compressões e 2 ventilações**
 - b. Iniciar ciclo de 100 compressões e 2 ventilações
 - c. Aguardar o SAMU
 - d. Aguardar o DEA
8. Qual é a localização correta para compressão no adulto?
 - a. Lado esquerdo do tórax
 - b. Lado direito do tórax
 - c. **Centro do tórax**
 - d. Processo xifoide
9. Qual a localização da RCP em lactentes?
 - a. **Abaixo da linha intermamária**
 - b. Lado esquerdo do tórax
 - c. Linha intermamária
 - d. Processo xifoide
10. Se você não quiser fazer manobra de boca a boca, o seguinte pode ser feito, EXCETO:
 - a. Ventilação com máscara bucal e compressão torácica

- b. Apenas compressão torácica
 - c. Ventilação por máscara de bolsa com compressão torácica
 - d. Não realizar RCP**
- 11. Como você administra a respiração de resgate em neonatos?
 - a. Boca a boca com o nariz comprimido
 - b. Boca a boca e nariz**
 - c. Apenas boca e nariz
 - d. Boca a boca sem pinçar o nariz
- 12. A profundidade de compressão em adultos durante a RCP é de:
 - a. pelo menos 3 cm
 - b. pelo menos 4 cm
 - c. pelo menos 5 cm**
 - d. pelo menos 6 cm
- 13. Profundidade da compressão em crianças durante a RCP
 - a. pelo menos 3 cm
 - b. pelo menos 5 cm
 - c. metade a um terço do diâmetro do tórax - cerca de 4 cm**
 - d. pelo menos 6
- 14. Taxa de compressões torácicas em adultos durante a RCP:
 - a. 100-120/min**
 - b. 120-140/ min
 - c. 80-100/ min
 - d. 60-100/ min
- 15. Taxa de compressões torácicas em crianças durante a RCP:
 - a. 100-120/min**
 - b. 120-140/ min
 - c. 80-100/ min
 - d. 60-100/ min
- 16. A proporção de compressão e ventilação para um socorrista único em adultos é:
 - a. 15:2
 - b. 5:1
 - c. 30:2**
 - d. 15:1
- 17. O que significa a sigla DEA?
 - a. Desfibrilador externo automático**
 - b. Desfibrilar elétrico automático
 - c. Desfibrilador elétrico avançado
 - d. Desfibrilador externo avançado
- 18. O que significa a sigla SAMU?
 - a. Sistema de atendimento médico universal
 - b. Sistema de atendimento médico único
 - c. Serviço de assistência médica única
 - d. Serviço de atendimento móvel de urgência**
- 19. Os ritmos de PCR chocáveis pelo DEA são:
 - a. Atividade elétrica sem pulso e assistolia
 - b. Taquicardia supraventricular e fibrilação atrial
 - c. Taquicardia ventricular sem pulso e fibrilação ventricular**
 - d. Fibrilação atrial e taquicardia ventricular sem pulso
- 20. Os ritmos de PCR não chocáveis pelo DEA são:
 - a. Atividade elétrica sem pulso e assistolia**
 - b. Taquicardia supraventricular e fibrilação atrial
 - c. Taquicardia ventricular sem pulso e fibrilação ventricular
 - d. Fibrilação atrial e taquicardia ventricular sem pulso
- 21. Um socorrista leigo presencia uma senhora caída no chão, inconsciente. Os dois estão sozinhos no local. Ao checar os sinais vitais, ele não consegue ter certeza da ausência de pulso. Nesse cenário:
 - a. Ele deve checar mais vezes o pulso central e iniciar a RCP só se tiver certeza da ausência dele
 - b. Ele deve acionar o SAMU e aguardar um profissional capacitado realizar a RCP
 - c. Ele deve realizar apenas a ventilação, pois não tem certeza se a senhora está em PCR. Uma RCP mal indicada pode ocasionar traumas e lesões internas.
 - d. Ele deve iniciar a RCP, pois as vantagens de iniciar superam os riscos**
- 22. Você e seu amigo estão revezando a RCP de um senhor em PCR, quando você se cansa na metade do ciclo de RCP, e suas compressões tornam-se ineficazes. Nesse cenário:
 - a. Mesmo exausto e com RCP insuficiente, você deve finalizar o ciclo
 - b. Você deve trocar imediatamente de função com seu amigo**
 - c. Você pode interromper o RCP para descansar
 - d. Você deve diminuir a frequência e a intensidade do RCP
- 23. Você está presenciando um bebê que de repente começou a engasgar enquanto brincava com o brinquedo. Você confirmou que ele não consegue chorar nem tossir. Qual será sua primeira resposta?
 - a. Inicie a RCP imediatamente
 - b. Tente remover o corpo estranho suspeito pela técnica de varredura com os dedos às cegas

- c. **Golpes nas costas e compressão torácica de cinco ciclos cada, então abra a boca e remova o corpo estranho somente quando for visto.**
 - d. Dê água ao bebê
24. Você está almoçando com um amigo quando, de repente, ele para de conversar, começa a tossir incessantemente. Nesse cenário:
- a. Ele pode ter se engasgado. prontamente, você inicia a manobra de Heimlich
 - b. Ele pode estar em crise anafilática. Você deve ligar para o SAMU.
 - c. **Ele pode ter se engasgado parcialmente. A conduta é estimulá-lo a tossir.**
 - d. Ele pode ter se engasgado parcialmente. A conduta é efetuar compressões no dorso.

TERCEIRA SEÇÃO - PERCEPÇÕES E SEGURANÇA

1. Eu acho essencial o ensino de suporte básico de vida nas universidades
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo
2. Eu acho essencial o ensino de suporte básico de vida para escolares
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo
3. Eu acho o SBV uma competência médica básica e essencial
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo
4. Eu acho que o conhecimento sobre SBV pode salvar vidas
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo
5. Se eu tivesse bom conhecimento sobre RCP, não hesitaria em usá-lo caso fosse necessário
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo
6. Me sinto seguro(a) para liderar uma situação de PCR extra-hospitalar
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo
7. Me sinto seguro(a) para liderar uma situação de engasgo
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo
8. Eu acho que minha Universidade consegue contemplar de forma adequada o ensino teórico-prático sobre SBV
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo
9. Eu acho que tive quantidade suficiente de aulas teórico-práticas sobre SBV na faculdade
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo
10. Só teria segurança para liderar uma situação de PCR extra-hospitalar caso fizesse algum curso extracurricular
 - a. Concordo
 - b. Neutro
 - c. Discordo