



COMPETÊNCIA EM SUPORTE BÁSICO DA VIDA NAS COMUNIDADES ESCOLARES: UMA PERSPECTIVA DE CIDADANIA

Christine Branquinho¹

Pedro João Soares Gaspar²

1 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica | Enfermeira no Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE.

2 PhD, MSc, RN. Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal.

RESUMO

A paragem cardíaca súbita é uma importante causa de morte no mundo. Qualquer pessoa pode e deve aprender as manobras de SBV o que facilita o início vital precoce das mesmas, pois os serviços de emergência raramente conseguem aceder à vítima nos primeiros minutos após o colapso, pois grande parte das PCR ocorrem num ambiente pré-hospitalar. A escola é um bom local para a introdução do ensino em SBV pois a maioria da população passa pelo sistema de ensino. A Assembleia da República resolve a 15 de março 2013, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que: “Introduza nas escolas nacionais (...) uma formação de frequência obrigatória dirigida aos alunos do 3.º ciclo do ensino básico e com uma duração total de seis a oito horas” denominada de SBV. Este estudo analisa o nível de conhecimentos em SBV e a motivação para SBV da comunidade escolar (alunos, professores e auxiliares de ação educativa) e o reconhecimento que estes têm do Enfermeiro como formador nesta área. Estudou-se também um padrão de formação em SBV para as profissões de Saúde nas Escolas Superiores de Saúde. Com base numa amostra acidental de 951 indivíduos de três escolas e de uma amostra de 11 Escolas Superiores de Saúde concluiu-se que 90,1% da comunidade escolar não tem formação em SBV. Os alunos evidenciam um maior nível de conhecimentos em SBV em relação aos professores e aos auxiliares de ação educativa. As competências nos fatores de Reconhecimento e Ativação de Socorro são tendencialmente mais elevadas do que nos fatores Execução de Manobras de Reanimação. A comunidade escolar no seu geral reconhece mais competência ao Enfermeiro para ser formador em SBV. Todas as Escolas Superiores de Saúde referiram ministrar SBV numa média de 15 horas com aulas teóricas, práticas e teórico-práticas.

Palavras-chave: Suporte Básico de Vida; Comunidade Escolar; Cidadania

ABSTRACT

Sudden cardiac arrest is a leading cause of death worldwide. Anyone can and should learn the Basic Life Support (BLS) which facilitates the early onset of these vital procedures, because emergency services can rarely access the victim in the first minutes after the collapse, since much of Cardio-respiratory arrest occur in a pre-hospital environment. The school is a good place to introduce the teaching BLS since the majority of the population goes through the education system. The Republic's Assembly decided to, on March 15, 2013, under paragraph 5 of Article number 166 of the Constitution, to recommend the Government in order to: "Introduce in national schools system (...) a mandatory formation aimed to students of the 3rd cycle of basic education and a total duration of six to eight hours "called BLS. This cross-sectional and correlated study analyzes the level of knowledge and the motivation for BLS in the school community (students, teachers and educational assistants) and the recognition that they have of the nurse as an educator in this area. It has been as well studied a standard training in BLS for the Health Professionals in Health Schools. Based on a random sample of 951 individuals from three schools and a sample of 11 Health Science Schools and thus was not complied with recommendation government for this year. Students show a greater level of knowledge in BLS than teachers and educational assistants. The capacity in the Recognition and Activation Relief factors tend to be higher than in factors Performing Maneuvers Resuscitation. The school community recognizes in its general higher competencies in the nurse to being a trainer in BLS. All Health Science Schools reported to teach BLS, an average of 15 hours with theoretical, practical and theoretical-practical.

Keywords: Basic Life Support; School community; Citizenship.

INTRODUÇÃO

O conhecimento em SBV “é um ato de solidariedade, de responsabilidade social e de consciência cívica que se inscreve nos direitos e deveres de cidadania” (International Liaison Committee on Resuscitation, 2005, p.3). Por este motivo, acredita-se que é extremamente necessário formar os cidadãos para que estes adquiram conhecimentos básicos de atuação nestas áreas.

A paragem cardíaca súbita é uma importante causa de morte na Europa e nos Estados Unidos (Jones, Owen, Thome e Hulme, 2012). Na Europa afeta cerca de 700.000 indivíduos por ano como refere ILCOR (2005). Atingindo 3 a 4 minutos de hipoxia, as lesões cerebrais começam a surgir.

Para Oliveira e Martins (2013, p. 123) é “desejável a promoção (...) de programas de formação e informação para a população, em suporte básico de vida e primeiros socorros, para tornar mais viável o trabalho das equipas de suporte imediato e avançado de vida”, pois como refere o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2011) a chegada ao local de um meio de socorro pode demorar 6 minutos.

Segundo Bonito (2002, p.5) citando a Direção Geral de Viação (1999) “Qualquer pessoa pode aprender a socorrer. Até uma criança pode aprender gestos simples que salvam.” Contudo verifica-se que a população leiga possui conhecimentos insuficientes sobre SBV (Pergola e Araújo, 2009) sendo essa uma grande lacuna e uma das principais causas da quebra no 2º elo da cadeia de sobrevivência.

O Suporte Básico de Vida segundo o INEM (2011, p.25) “... é um conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas, que tem como objetivo reconhecer as situações de perigo de vida iminente, saber como e quando pedir ajuda e saber iniciar de imediato, sem recurso a qualquer dispositivo, manobras que contribuam para a preservação da ventilação e da circulação.”

López-Messa, Martín-Hernández, Pérez-Vela, Molina-Latorre e Herrero-Ansola (2011) referenciam que o ideal seria que todos os cidadãos tivessem conhecimento em SBV, tanto os profissionais de saúde como os leigos. Em relação aos leigos, estes mesmos autores dizem que a escola é um bom local para a introdução do ensino em SBV porque perto de 100% da população passa pelo sistema de ensino citando ILCOR e a AHA que já em 2003 e 2004 recomendaram a implementação do ensino em SBV no currículo escolar para toda a comunidade escolar. Roppolo e Pepe (2009) também defendem que existem múltiplos benefícios em ensinar crianças em idade escolar por se conseguir fazer um ensino desta temática em gerações inteiras, por estarem na idade do ensino obrigatório. Desta forma, o ensino precoce de SBV pode lançar as bases para um senso de obrigação social nesta temática e reforçar a importância do conhecimento nesta área para atuar em situações de emergência. Concluem que, ao ensinar gerações de crianças na escola, teríamos um enorme número de cidadãos capazes de in-

tervir numa PCR fora do hospital, podendo aumentar o número de vidas salvas. Já Meissner, Kloppe e Hanefeld (2012) também concordam com os autores anteriores, recomendando o ensino de SBV obrigatório em currículo escolar. Mas importante mesmo é lembrar que qualquer cidadão deve estar preparado para atuar, pois a PCR pode ocorrer em qualquer local, a qualquer hora e em qualquer circunstância pois Vancini-Campanharo, Rizzo-Cohrs, Batista, Okuno, Lira, Andrade e Vancini (2013) referem que a morte súbita relacionada com a atividade física é cada vez mais frequente.

Em Portugal apenas a 15 março de 2013 e segundo a Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013, a Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que: “Introduza nas escolas nacionais, no início do ano letivo de 2013 -2014, uma formação de frequência obrigatória dirigida aos alunos do 3.º ciclo do ensino básico e com uma duração total de seis a oito horas” denominada de SBV. Esta recomendação vai ao encontro daquilo que outros países já defenderam anteriormente, começando a formação obrigatória pelas escolas. Em relação ao formador para ministrar estas formações, as escolas serão livres de escolher, desde que as instituições escolhidas sejam tuteladas pelo INEM. A Direção Geral de Saúde (DGS) (2014, p.29) refere que “é importante que a Escola disponha de um local próprio para primeiros socorros e que a maioria dos profissionais de educação possua formação em SBV”.

Segundo López-Messa, Martín-Hernández, Pérez-Vela, Molina-Latorre e Herrero-Ansola (2011) crianças com 13 anos e com um peso de 50 kg são pessoas fisicamente e psicologicamente capacitados para a realização de SBV, no sentido em que a forma de atuação (em termos de aplicação de força) consegue já ser como a de um adulto. Por outro lado, dizem que não há limite máximo de idade para aprender SBV, e que indivíduos entre os 50 e os 75 anos adquirem perfeitamente as competências para a realização de SBV em caso de necessidade.

Quanto as horas de formação em SBV para leigos, não há consenso variando entre as 4 horas e as 6 horas. Miotto, Camargos, Ribeiro, Goulart e Moreira (2009) defendem que aulas práticas e teórico-práticas podem conduzir a competências em SBV de qualidade. O SBV pode muitas vezes também estar enquadrado dentro de uma formação em Primeiros Socorros em que as horas rondam entre as 12 horas (Cruz Vermelha Portuguesa, 2014) e as 21 horas (Escola Nacional de Bombeiros, 2014). Muitos cursos profissionais nesta área podem rondar entre as 25 horas e as 50 horas baseadas no Catálogo Nacional das Qualificações pela Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. (2008).

Em relação ao formador em SBV, Petric, Mali ki, Markovi e Meštrovi (2013) defendem que a formação deve ser feita por um profissional de Saúde e não por professores do ensino. Desta forma, a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (2014) desenvolveu uma formação muito interessante para enfermeiros

que queriam ministrar formações em SBV para se sentirem mais bem preparados que tem uma duração de 18 horas. Esta formação assume toda a pertinência quando Couto (2011) demonstra no seu estudo que os alunos de enfermagem têm conhecimentos apenas suficientes em SBV.

METODOLOGIA

Com o objectivo de identificar a literacia em SBV da comunidade escolar do 3º ciclo e ensino secundário; verificar se esta comunidade já sentiu necessidade de atuar em SBV; determinar a sua necessidade de formação em SBV; identificar o reconhecimento do enfermeiro como formador em SBV e determinar se existe um padrão de formação em SBV para as profissões de Saúde nas Escolas Superiores de Saúde desenvolveu-se um estudo quantitativo, analítico e descritivo-correlacional numa amostra não probabilística de professores, auxiliares de ação educativa e os alunos frequentadores do 3º ciclo de escolaridade e secundário de comunidade escolar, e um estudo é quantitativo, descritivo, exploratório simples numa amostra não probabilística de escolas superiores de saúde de Portugal continental e ilhas.

No estudo A usámos um questionário construído para o efeito com questões acerca das características sociodemográficas da amostra, um conjunto de questões acerca dos conhecimentos de SBV, um conjunto de questões sobre a percepção de competências em SBV e um conjunto de questões sobre as características da formação (necessidades específicas de formação nesta área) e motivação para SBV. As questões relativas ao conhecimento em SBV resultaram da pesquisa bibliográfica e da experiência dos investigadores na área. Para cada item de conhecimento a pontuação máxima foi de 1 ponto (onde as afirmações assinaladas corretamente foram cotadas com um ponto e as erradas com zero pontos). A compreensibilidade do questionário foi previamente averiguada com um pré-teste efetuado a uma subamostra com características similares à da amostra do estudo. No estudo B usámos um questionário com um conjunto de questões de caracterização da escola em relação aos cursos ministrados e um conjunto de questões sobre a carga horária despendida para o SBV e tipologia das aulas.

Foi pedida e obtida autorização legal ao Ministério da Educação para a aplicação dos questionários aos alunos, e posteriormente foi pedida e obtida autorização ao Agrupamento de Escolas dos Marrazes, Agrupamento de Escola Marinha Grande Nascente e à Escola Secundária Afonso Lopes Vieira. A todos os intervenientes foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados e foi considerado como consentimento informado a decisão voluntária de preenchimento do questionário.

RESULTADOS

Características psicométricas da escala de auto-percepção de competências para Suporte Básico de Vida (EAPSBV)

A elaboração e validação da escala de auto-percepção de competências para Suporte Básico de Vida (EAPSBV) fez-se com base em doze questões do tipo Likert com cinco respostas alternativas (Nada preparado(a), Pouco preparado(a), Preparado(a), Bastante preparado(a) e Muito preparado(a). Os itens foram pontuados de 1 para a resposta *Nada preparado(a)*, a 5 para a resposta *Muito preparado(a)*. Pontuações mais elevadas correspondem a percepções mais positivas de competências para Suporte Básico de Vida.

A EAPSBV ficou constituída por doze itens e pretende avaliar a percepção acerca das competências presentes para Suporte Básico de Vida auto relatadas pelos alunos de 3º ciclo e secundário, professores e auxiliar de ação de educação.

A fidelidade e validade

Procedeu-se ao estudo da fidelidade determinando o coeficiente Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo excluídos um a um, e à inspeção da validade dos itens através da inspeção da correlação de cada item com a escala total excluindo o item (tabela 1), análise factorial pelo método de condensação em componentes principais, forçando 2 fatores e seguida de rotação ortogonal do tipo *varimax*, e inspeção da correlação entre fatores (tabela 2). Neste processo foram seleccionados os 12 itens iniciais, pois apresentam correlações com a escala total, excluindo o item, superiores a 0,20 pontos, aumentam o Alfa de Cronbach (à exceção dos itens 1 e 2 que pela sua pertinência teórica, e por não baixarem drasticamente a fidelidade da escala quando excluídos, optamos por manter), não saturam em mais que um fator (diferenças superiores a 0,1 ponto) e apresentam saturação, no fator, superior a 0,550 pontos.

Tabela 1 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EAPSBV (N.º=951)

Descrição do item (<i>sinto-me preparado para...</i>)	Limites	M	DP	r do total sem o item	Alfa de Cronbach quando o item é excluído
1 Para ligar 112.	1-5	4,03	1,09	0,28	0,927
2 Para descrever a situação (o que aconteceu, o local, etc) ao telefone.	1-5	3,36	1,02	0,45	0,919
3 Para me aproximar em segurança de alguém inanimado.	1-5	3,01	1,05	0,60	0,913
4 Para avaliar se a vítima respira.	1-5	2,95	1,09	0,65	0,911
5 Para colocar as mãos no sítio correto para fazer compressões no tórax.	1-5	2,26	1,13	0,78	0,905

(continuação)

Descrição do item (sinto-me preparado para...)	Limites	M	DP	r do total sem o item	α de Cronbach quando o item é excluído
6 Para respeitar a relação de compressões/respirações que deve fazer.	1-5	2,19	1,07	0,78	0,905
7 Para mexer na vítima, se necessário, sem agravar a sua situação.	1-5	2,26	1,10	0,73	0,908
8 Para fazer corretamente respirações "boca-a-boca" à vítima.	1-5	1,93	1,11	0,71	0,908
9 Para fazer corretamente respirações "boca-máscara" à vítima.	1-5	1,92	1,09	0,74	0,907
10 Para fazer compressões no tórax a um ritmo adequado (100 por minuto)1-5		1,96	1,02	0,78	0,906
11 Para fazer compressões no tórax com a força adequada (suficiente para provocar abaixamento de 5cm do tórax).	1-5	1,99	1,08	0,78	0,905
12 Para parar/deixar de fazer Suporte Básico de Vida quando se justifica.	1-5	2,22	1,12	0,68	0,909
Escala Total EAPSBV		12-60	30,10	9,38	0,917

Ao fator 1 (itens 1,2 e 3) está associada 54,47% da variância total. Este fator é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a identificação da situação, gravidade e o alerta, e por isso atribuímos-lhe a designação de **Reconhecimento e Ativação do Socorro**.

Ao fator 2 (itens 4,5,6,7,8,9,10,11 e 12) está associada 12,98% da variância total, é sobretudo saturado pelos itens relacionados com a avaliação da vítima e realização do algoritmo de Suporte Básico de Vida, e por isso atribuímos-lhe a designação **Execução de Manobras de Reanimação**.

Foi rejeitada a hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade ($\chi^2=7460,77$; $p<0,0001$) e a medida de Keiser-Meyer-Olkin (KMO=0,924) aproxima-se da unidade, garantido que a adequação do modelo factorial a esta matriz de correlação é elevada (tabela 2).

Tabela 2 - Análise fatorial da EAPSBV pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (N.º=951)

Descrição do item	h ²	F1	F2
1 Para ligar 112.	0,746	-0,021	0,863
2 Para descrever a situação (o que aconteceu, o local, etc) ao telefone.	0,744	0,178	0,844
3 Para me aproximar em segurança de alguém inanimado.	0,562	0,466	0,587
4 Para avaliar se a vítima respira.	0,533	0,582	0,440
5 Para colocar as mãos no sítio correto para fazer compressões no tórax.	0,728	0,831	0,194
6 Para respeitar a relação de compressões/respirações que deve fazer.	0,740	0,843	0,171
7 Para mexer na vítima, se necessário, sem agravar a sua situação.	0,626	0,756	0,235
8 Para fazer corretamente respirações "boca-a-boca" à vítima.	0,653	0,802	0,100

(continuação)

Descrição do item	h^2	F1	F2
9 Para fazer corretamente respirações "boca-máscara" à vítima.	0,681	0,816	0,124
10 Para fazer compressões no tórax a um ritmo adequado (100 por minuto).	0,750	0,854	0,145
11 Para fazer compressões no tórax com a força adequada (suficiente para provocar abaixamento de 5cm do tórax).	0,753	0,858	0,130
12 Para parar/deixar de fazer Suporte Básico de Vida quando se justifica.	0,579	0,746	0,149
Eigenvalues		6,54	1,56
Variância Explicada ($\Sigma=67,45\%$)		54,47	12,98
Número de itens		9	3
Alfa do fator		0,935	0,722
KMO=0,924			
Teste da esfericidade de Bartlett= 7460,77; $p<0,0001$			

Na tabela 3 podemos observar que todas as correlações entre os fatores e o total da escala são fortes, positivas e muito significativas ($p<0,0001$), o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais. Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos subtotais dos fatores.

Tabela 3 - Matriz de correlações de Pearson entre os dois fatores e o total EAPSBV

Fatores		F1	F2
F1	Reconhecimento e Ativação do Socorro	1,00	0,46*
F2	Execução de Manobras de Reanimação	0,46 *	1,00
EAPSBV Total		0,86	0,85 *

*Significativo para $p=0,001$

Caraterísticas sociodemográficas da amostra

Dos 951 indivíduos inqueridos, 856 foram alunos (90% da amostra). Os restantes 10% da dividem-se entre os 67 professores (7,0%) e os 28 auxiliares de ação educativa (3%). A média de idades dos alunos inqueridos foi de 14,5 anos ($\pm 1,74$). Já entre os professores a média de idades fixou-se nos 48,2 anos ($\pm 6,28$), valor muito semelhante aos dos auxiliares de ação educativa que foi de 48,4 anos ($\pm 6,76$). Relativamente ao sexo observamos que entre o universo de 854 alunos, 51,2% são do sexo feminino, correspondendo a 437 alunas. Entre os professores a grande maioria são mulheres com 72,7% e esta tendência mantém-se nos auxiliares de ação educativa com 96,0% (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra (n= 951) por Status

Status	N.º	%	Idade				Sexo	
			M	DP	X min	X máx.	Mas (%)	Fem (%)
Alunos	856	90,0	14,5	1,74	9	20	417 (48,8)	437 (51,2)
Professores	67	7,0	48,2	6,28	34	63	18 (27,3)	48 (72,7)
Auxiliares de Ação Educativa	28	3,0	48,4	6,76	35	62	01 (4,0)	24 (96,0)
Total da amostra	951	100,0						

Em relação à formação em Suporte Básico de Vida, podemos concluir que apenas 9,9% da amostra têm formação em SBV. Numa análise mais pormenorizada constata-se que apenas 9,2% (77) alunos já tiveram formação. Menos ainda se observa nos professores (apenas 6 em em 67). São os auxiliares de ação educativa que apresentam dados mais positivos em relação aos outros grupos analisados, sendo que 36,0% destes profissionais já frequentaram formação em SBV (tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos grupos Com Formação e Sem Formação em função do Status

Formação em SBV (n.º=835)	Alunos (n.º=67)		Professores (n.º=25)		Aux. Ap. Educ.		TOTAL	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Sim	77	9,2	6	9,0	9	36,0	92	9,9
Não	758	90,8	61	91,0	16	64,0	835	90,1

Na amostra que revelou ter formação em SBV, fez-se o levantamento das horas de formação que tiveram (tabela 6) e o mínimo apurado foram 20 minutos e o máximo de 40 horas. Quer os alunos, os professores e os auxiliares de acção educativa referenciaram a Escola como o local onde maioritariamente decorreram as formações.

Tabela 6 - Caracterização das horas de formação em SBV em função do Status

Horas de Formação em SBV	M	DP	X min	X máx.
Alunos (n.º=59)	3,30	6,07	0,20	30,00
Professores (n.º=2)	5,00	,00	5,00	5,00
Auxiliares de Ação Educativa (n.º=4)	30,00	7,07	25,00	40,00

Na tabela 7, verificamos que 31,5% dos alunos já se depararam com uma vítima inconsciente, tal como 33,3% dos professores e dos auxiliares de ação educativa.

Tabela 7 - Distribuição da amostra quanto à presença de uma vítima inconsciente

Vítima inconsciente	N.º	%
Alunos (n.º=841)	Sim	265
	Não	576
Professores (n.º=66)	Sim	22
	Não	44
Auxiliares de Ação Educativa (n.º=27)	Sim	9
	Não	18

Entre os 235 alunos que já tiveram na presença de uma vítima inconsciente e caracterizaram a sua atuação, 42,6% pediu ajuda e aproximou-se da vítima para ajudar, 26% aproximou-se da vítima para pedir ajuda no fim de compreender a gravidade da situação e 16,6% não fez nada ficando apenas a assistir. Em relação aos 18 professores, 72,2% aproximaram-se da vítima para poder pedir ajuda no fim

de entender a gravidade da situação e 22,2% pediram ajuda e depois aproximaram-se da vítima para ajudar. Dos 25% dos auxiliares de ação educativa que caracterizaram a sua atuação, 75% aproximaram-se da vítima para poder pedir ajuda no fim de entender a gravidade da situação (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição da amostra quanto à atuação perante uma vítima inconsciente

Atuação perante a Vítima inconsciente		N.º	%
Alunos (n.º=235)	Nada, fiquei apenas a ver	39	16,6
	Abandonei o local	9	3,8
	Liguei o 112 sem fazer mais nada	26	11,1
	Aproximei-me da vítima e poder pedir ajuda no fim perceber a gravidade	61	26,0
Professores (n.º=18)	Pedi ajuda e aproximei-me da vítima para ajudar	100	42,6
	Liguei o 112 sem fazer mais nada	1	5,6
	Aproximei-me da vítima e poder pedir ajuda no fim perceber a gravidade	13	72,2
Auxiliares de Ação Educativa (n.º=8)	Pedi ajuda e aproximei-me da vítima para ajudar	4	22,2
	Aproximei-me da vítima e poder pedir ajuda no fim perceber a gravidade	6	75,0
	Pedi ajuda e aproximei-me da vítima para ajudar	2	25,0

Conforme a análise da tabela 9, são os auxiliares de ação educativa que relatam sentir mais necessidade de formação em SBV ($M=3,93$; $DP=1,00$) e são os alunos que os que relatam sentir menos necessidade de formação em SBV ($M=3,01$; $DP=3,01$). Em relação à motivação para executar SBV são os professores que se encontram mais motivados ($M=3,24$; $DP=1,11$) e os que também sentem necessidade de formação nesta área ($M=3,73$; $DP=0,81$).

Tabela 9 - Caracterização da amostra quanto à necessidade de formação em SBV e à motivação sentida para executar SBV

	M	DP	X min.	X máx.
Alunos Necessidade SBV (n.º= 824)	3,01	1,08	1,00	5,00
Motivação (n.º= 846)	3,01	1,11	1,00	5,00
Professores Necessidade SBV (n.º= 67)	3,73	,81	3,00	5,00
Motivação (n.º= 66)	3,24	1,11	1,00	5,00
Auxiliares de Ação Educativa Necessidade SBV (n.º= 27)	3,93	1,00	2,00	5,00
Motivação (n.º= 26)	3,04	1,15	1,00	5,00

A principal razão evocada para a necessidade de formação em SBV, tanto pelos professores como pelas auxiliares de ação educativa (tabela 10) é a questão da cidadania (87,5% nos professores e 72,7% nos auxiliares de ação educativa).

Tabela 10 - Distribuição da amostra relativamente às razões que as leva a sentir necessidade de formação em SBV.

Razões pelas quais sente necessidade de formação em SBV		N.º	%
Professores (n.º=64)	Aspetos legais	3	4,7
	Por uma questão de cidadania	56	87,5
	Outros	5	7,8
Auxiliares de Ação Educativa (n.º=22)	Aspetos legais	2	9,1
	Por uma questão de cidadania	16	72,7
	Outros	4	18,2

Nível de conhecimentos em SBV em função do status socioprofissional

Analisando os resultados do teste ANOVA para o nível de conhecimentos em SBV em função do Status Socioprofissional (tabela 11), constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os vários Status socio-profissionais e o seu nível de conhecimentos em SBV. As médias globais mais elevadas foram as dos estudantes evidenciado que estes têm um maior nível de conhecimentos em SBV ($M = 9,55$; $DP = 1,72$) em relação aos professores e aos auxiliares de ação educativa. Na amostra estudada foram os professores que apresentaram o menor nível de conhecimento em SBV ($M = 8,82$; $DP = 2,42$).

Tabela 11- Resultados do teste Anova para o nível de conhecimentos sobre SBV, em função dos Status socioprofissional

Conhecimentos	Alunos (n.º=856)		Professores (n.º=67)		Aux. Ação Educ. (n.º=28)		ANOVA	
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
1. Quando vejo alguém caído no chão aproximo-me imediatamente dela.	0,27	0,45	0,36	0,48	0,18	0,39	1,791	0,167
2. Antes de me aproximar de uma vítima certifico-me que não corro perigo	0,84	0,37	0,84	0,37	0,75	0,44	0,731	0,482
3. A primeira avaliação que faço à vítima é ver se ela está inanimada ou não	0,90	0,31	0,84	0,37	1,00	0,00	2,900	0,055
4. É importante avaliar se a vítima respira	0,98	0,14	0,94	0,24	0,93	0,26	3,819	0,022
5. Tenho que avaliar sempre o pulso (para avaliar se o coração bate)	0,13	0,34	0,29	0,45	0,21	0,42	6,229	0,002
6. Tenho que avaliar durante 3 minutos se a vítima respira.	0,70	0,46	0,57	0,50	0,50	0,51	4,601	0,010
7. Primeiro ligo ao 112 e só depois vejo se a vítima respira	0,79	0,40	0,64	0,48	0,64	0,49	5,815	0,003
8. Se a vítima não respirar tenho de fazer respiração "boca-a-boca", mesmo sem conhecer a vítima.	0,63	0,48	0,76	0,43	0,57	0,50	2,514	0,081
9. Se não tiver uma máscara de proteção individual, para fazer respiração "boca-a-boca", devo optar por fazer só compressões no tórax, sem parar	0,66	0,47	0,54	0,50	0,71	0,46	2,379	0,093
10. Para ver se a vítima respira tenho que avaliar se há movimentos no tórax, ouvir os sons respiratórios e sentir o ar a sair (expiração) durante 10 segundos	0,87	0,34	0,70	0,46	0,71	0,46	9,122	0,000
11. Para fazer as respirações preciso de fazer extensão do pescoço e elevação do queixo.	0,55	0,50	0,60	0,49	0,75	0,44	2,480	0,048
12. No fim de avaliar a vítima e perceber que está em paragem cardio-respiratória ligo para o 112.	0,71	0,45	0,48	0,50	0,5	0,51	10,388	0,000
13. Perante uma vítima em paragem cardio-respiratória faço 30 compressões no tórax seguidas de 2 respirações.	0,64	0,48	0,42	0,50	0,64	0,49	6,342	0,002
14. Para as compressões serem bem-feitas, tenho sempre de partir pelo menos 2 costelas.	0,89	0,32	0,87	0,34	0,96	0,19	0,989	0,372
Conhecimentos TOTAL	9,55	1,72	8,82	2,42	9,07	1,82	6,054	0,002

Ainda na tabela 11 verificamos que existem duas questões de conhecimento onde, no geral, existe mais dificuldade entre todos os grupos socioprofissionais. Na questão nº 1- “Quando vejo alguém caído no chão aproximo-me imediatamente dela”, o valor mais elevado obtido foi de $M=0,36$; $DP=0,48$ e na questão nº 5- “Tenho que avaliar sempre o pulso (para avaliar se o coração bate)” foi de $M=0,29$; $DP=0,45$, demonstrando o desconhecimento em relação a avaliação das condições de segurança e à avaliação primária da vítima.

Também de salientar que foi na questão nº 4 - “É importante avaliar se a vítima respira” que se obteve a melhor média geral, sendo que a média mais baixa foi de $M=0,93$; $DP=0,26$, demonstrando que em geral todos os status socioprofissionais sabem que a avaliação da ventilação faz parte da avaliação primária da vítima.

A auto-percepção de competências para SBV em função do status socioprofissional

Pela análise dos resultados do teste ANOVA para a EAPSBV em função dos Status socioprofissionais (tabela 12), verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). As diferenças observaram-se tanto a nível dos itens como dos fatores e para o total da escala.

Os professores revelaram menor auto percepção de competência para SBV em quase todos os itens ($M=2,55$; $DP=0,46$), em comparação com os alunos que revelaram uma maior auto percepção de competência para SBV em quase todos os itens ($M=2,86$; $DP=0,75$).

Podemos também concluir, independentemente do status, que as competências nos fatores de **Reconhecimento e Ativação de Socorro** são tendencialmente mais elevadas do que nos fatores **Execução de Manobras de Reanimação** em todos os status socioprofissionais analisados.

Tabela 12 - Resultados do teste Anova para a EAPSBV, em função dos Status socioprofissional.

Auto-percepção de competência para SBV	Alunos (n=856)		Professores (n=67)		Aux. Ação Educ.		ANOVA (n=28)	
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
1 Para ligar 112	4,01	1,10	4,45	0,86	3,72	0,98	6,314	0,002
2 Para descrever a situação (o que aconteceu, o local, etc) ao telefone	3,34	1,02	3,73	0,91	3,25	0,97	4,888	0,008
3 Para me aproximar em segurança de alguém inanimado	3,04	1,06	2,70	0,97	2,82	0,86	3,812	0,022
F1 Reconhecimento e ativação do socorro	3,46	0,86	3,63	0,67	3,26	0,78	2,035	0,131
4 Para avaliar se a vítima respira.	2,99	1,10	2,55	0,86	2,79	0,74	5,456	0,004
5 Para colocar as mãos no sítio correto para fazer compressões no tórax	2,32	1,15	1,60	0,72	2,14	0,85	13,149	0,000
6 Para respeitar a relação de compressões/respirações que deve fazer	2,26	1,09	1,39	0,58	1,89	0,57	22,471	0,000
7 Para mexer na vítima, se necessário, sem agravar a sua situação	2,34	1,10	1,40	0,63	1,82	0,61	26,574	0,000

(continuação)

Auto-percepção de competência para SBV	Alunos (n=856)		Professores (n=67)		Aux. Ação Educ.		ANOVA (n=28)	
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
8 Para fazer corretamente respirações "boca-a-boca" à vítima	1,99	1,14	1,28	0,52	1,61	0,63	14,068	0,000
9 Para fazer corretamente respirações "boca-máscara" à vítima	1,99	1,11	1,24	0,46	1,54	0,58	17,288	0,000
10 Para fazer compressões no tórax a um ritmo adequado (100 por minuto)	2,02	1,04	1,27	0,51	1,86	0,89	17,527	0,000
11 Para fazer compressões no tórax com a força adequada (suficiente para provocar abaixamento de 5cm do tórax)	2,05	1,10	1,28	0,52	1,75	0,93	17,058	0,000
12 Para parar/deixar de fazer Suporte Básico de Vida quando se justifica	2,31	1,13	1,32	0,53	1,75	0,59	28,498	0,000
F2 Execução de manobras de reanimação	2,25	0,89	1,48	0,47	1,90	0,57	26,530	0,000
EAPSBV TOTAL	2,86	0,75	2,55	0,46	2,58	0,58	6,974	0,001

A necessidade de formação em SBV e a motivação para a sua prática em função do status socioprofissional

Na tabela 13 observamos que os auxiliares de ação educativa autoreportaram uma maior necessidade de formação (M=3,93; DP=0,99) logo seguidos dos professores (M=3,73; DP=0,81) enquanto que os alunos autoreportaram a menor necessidade de formação (M=3,01; DP=1,08). Foram também os alunos aqueles que revelaram uma menor motivação para praticar SBV se necessário (M=3,01; DP=1,11). A maior motivação para prática de SBV é sentida pelos professores (M=3,24; DP=1,11).

Tabela 13 - Resultados do teste Anova para Necessidade em SBV, em função dos Status socioprofissional

Necessidade formação em SBV	Alunos (n.º=824)		Professores (n.º=67)		Aux. Ação Educ. (n.º=27)		ANOVA	
	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
Necessidade formação em SBV	3,01	1,08	3,73	0,81	3,93	0,99	22,911	0,000
Motivação para SBV	3,01	1,11	3,24	1,11	3,04	1,15	1,380	0,252

No que diz respeito aos alunos, pela análise da tabela 14 (na página seguinte) podemos concluir que em relação as necessidades de formação *versus* a motivação para SBV os resultados indicam uma correlação positiva moderada e estatisticamente muito significativa, o que indicia que nos alunos, à medida que aumenta a necessidade de formação, aumenta também a sua motivação para SBV. O mesmo se observa para a motivação *versus* auto percepção das competências (embora com correlações positivas mas fracas).

Em relação as necessidades de formação *versus* a motivação para SBV, no que diz respeito aos professores, no mesmo quadro observamos uma correlação

Tabela 14 - Análise da Correlação entre os conhecimentos em SBV, as necessidades de formação, a motivação e a auto percepção das competências, entre os alunos

		Conhecimentos em SBV	Necessidade de formação percebida	Motivação para SBV	F1	F2	Escala Total
Alunos (n.º=824)	Conhecimentos em SBV	r	1	0,069	0,070	0,050	0,038
		p		0,024	0,022	0,071	0,136
	Necessidade de formação percebida	r	0,069	1	0,458	0,01	0,072
		p	0,024		0,000	0,490	0,020
Professores (n.º=67)	Motivação para SBV	r	0,070	0,458	1	0,239	0,322
		p	0,022	0,000	0,000	0,000	0,000
	Conhecimentos em SBV	r	1	-0,040	0,059	0,166	0,120
		p		0,373	0,320	0,090	0,167
Aux. Ação Educ. (n.º=27)	Necessidade de formação percebida	r	-0,040	1	0,293	0,132	0,306
		p	0,373		0,008	0,143	0,006
	Motivação para SBV	r	0,059	0,293	1	0,140	-0,021
		p	0,320	0,008	0,008	0,131	0,434
Aux. Ação Educ. (n.º=27)	Conhecimentos em SBV	r	1	-0,242	-0,388	0,042	-0,385
		p		0,112	0,025	0,415	0,022
	Necessidade de formação percebida	r	-0,242	1	-0,005	-0,065	0,059
		p	0,112		0,491	0,374	0,384
Aux. Ação Educ. (n.º=27)	Motivação para SBV	r	-0,388	-0,005	1	0,476	0,532
		p	0,025	0,491	0,007	0,003	0,001

positiva fraca mas estatisticamente significativa, o que indicia que nestes, à medida que aumenta a necessidade de formação aumenta também a motivação. O mesmo se observa para o Fator 2 - **Execução de manobras de reanimação** e o total da escala EAPSBV. E em relação aos auxiliares de acção educativa podemos verificar que em relação ao conhecimento *versus* a motivação para SBV os resultados mostram uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa, o que indicia que nestes auxiliares quanto mais aumenta o conhecimento em SBV, menor é a motivação para a sua prática em caso de necessidade. Também se observa a mesma tendência no que diz respeito à relação entre conhecimentos em SBV versus Fator 2 - **Execução de manobras de reanimação** onde menores níveis de conhecimento correspondem a mais elevadas auto percepções de competências em SBV. Observamos ainda que à medida que a motivação aumenta, aumenta também a auto percepção de competências em SBV.

Competência para formador em SBV, em função do status socioprofissional

A análise da tabela 15 mostra-nos que a comunidade escolar no seu geral reconhece mais competência ao Enfermeiro para ser formador em SBV, seguido do Médico e do Bombeiro.

Tabela 15 - Distribuição da amostra em relação à competência para formador em SBV, em função do status

Competência reconhecida	Alunos (n.º=849)		Professores (n.º=66)		Aux. Ação Educ. (n.º=25)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Competência do Bombeiro	3,89	1,05	4,05	0,87	4,48	0,71
Competência do Enfermeiro	3,83	1,05	4,46	0,70	4,54	0,72
Competência do Médico	4,04	1,04	4,43	0,85	4,52	1,00
Competência de Outro	2,06	1,48	2,05	1,20	4,50	1,22

Entre as “outras profissões” que foram assinaladas, as que tiveram mais destaque foram a Polícia seguido dos Nadadores Salvadores, Professores, Militares e profissões ligadas ao Desporto nomeadamente no Futebol.

Reconhecimento e competências do enfermeiro na formação em SBV

Dado o papel importante do enfermeiro enquanto formador em SBV, e que este estudo confirma pelo reconhecimento reportado pela comunidade escolar, sentimos necessidade de averiguar o nível de formação em SBV que estes profissionais recebem formalmente nas escolas. Questionamos as escolas com responsabilidade na formação dos enfermeiros no Continente e Ilhas onde perguntamos se ministravam formação em SBV aos seus estudantes de enfermagem, o número de horas e a tipologia das aulas.

Dos resultados (tabela16) destacamos que todas as Escolas (11) que responderam ao questionário referiam ministrar SBV aos estudantes de enfermagem; a tipologia das aulas referenciada foi aulas teóricas, práticas e teórico-práticas; em média as escolas dedicam 6,64 horas teórico-práticas, 4,45 horas práticas e 3,72 horas teóricas ao SBV e , em média, o número de horas total dedicado são 15 horas.

Tabela 16 - Caracterização das horas dedicadas à formação em SBV das Escolas Superiores de Saúde (n.º=11)

Aulas	M	DP	X min.	X máx.
Teóricas	3,72	3,69	0,00	12,00
Práticas	4,45	3,42	0,00	12,00
Teórico-práticas	6,64	10,33	0,00	30,00
Horas TOTAIS	14,82	7,99	6,00	30,00

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Na amostra deste estudo apenas 9,9% da amostra tem formação em SBV. Estes dados são preocupantes e significam que 90,1% da nossa amostra não saberia atuar perante de uma situação destas e que ainda não foi cumprida cabalmente a Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013, nos termos do

n.º 5 do artigo 166.º da Constituição que entrava em vigor no ano letivo 2013-2014, e que introduzia uma formação de frequência obrigatória dirigida aos alunos do 3.º ciclo do ensino básico e com uma duração total de seis a oito horas em SBV.

O local onde foi ministrada a formação, mais referenciado pelos alunos, professores e auxiliares de ação educativa foi a Escola. Isto vai de encontro ao que defende Roppolo e Pepe (2009) e Meissner, Kloppe e Hanefeld (2012), em que a formação de SBV deve começar nas escolas para abranger o máximo de cidadãos possíveis. Também vai ao encontro da DGS (2014) que refere que a maioria dos profissionais de educação devem ter formação nesta área.

Em relação às horas de formação verifica-se um mínimo apurado de 20 minutos e um máximo de 40 horas. O número mínimo não é coerente com nenhum autor conhecido, sendo o mínimo apurado de 4 horas (Escola Nacional de Bombeiros, 2014). Em relação ao número máximo, pensamos que possa estar incorporado num Curso de Primeiros Socorros, pois muitos cursos profissionais nesta área podem rondar entre as 25 horas e as 50 horas baseadas no Catálogo Nacional das Qualificações pela Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. (2008).

Na comunidade escolar, os poucos que já estiveram numa situação com uma vítima inconsciente revelaram saber pedir ajuda, visto que 42,6% dos alunos relataram que pediram ajuda e aproximaram-se da vítima para ajudar, 72,2% dos professores relataram que aproximaram-se da vítima para poder pedir ajuda no fim de entender a gravidade da situação, tal como 75% dos auxiliares de ação educativa. Estes resultados vão ao encontro de Rodrigues (2009) que concluiu que 75% dos indivíduos nunca estiveram na presença de uma vítima inconsciente, e dos 23% que referiram ter assistido, 46% mencionam ter pedido ajuda e se ter aproximado da vítima a fim de prestar auxílio.

A principal razão evocada para a necessidade de formação em SBV, tanto pelos professores (87,5%) como pelas auxiliares de ação educativa (72,7%), foi a questão da cidadania. Este resultado converge com Rodrigues (2009) que defende que saber os primeiros passos a ter em conta face a uma PCR é um compromisso civil que salva vidas. López-Messa *et al.* (2011) acrescentam ainda que o ideal seria que todos os cidadãos tivessem conhecimento em SBV, tanto os profissionais de saúde como os leigos.

As médias globais mais elevadas, de conhecimentos em SBV, foram as dos alunos. Os professores foram quem apresentou o menor nível de conhecimento em SBV. Também no estudo de Petric *et al.* (2013) se concluiu que os estudantes tinham uma atitude mais positiva em relação ao conhecimento em SBV que os adultos. Destacamos também que os auxiliares de ação educativa auto reportam uma maior necessidade de formação, logo seguidos dos professores.

Também em relação à auto percepção de competência para SBV, os

professores pontuaram menos em comparação com os alunos. Podemos também concluir, independentemente do status, que as competências nos fatores de Reconhecimento e Ativação de Socorro são tendencialmente mais elevadas do que nos fatores Execução de Manobras de Reanimação. Tais resultados vão ao encontro de Rodrigues (2009) pois 84% da sua amostra sabia ativar os meios de socorro corretos (112) enquanto apenas 44% sabia o rácio de compressões/insuflações de SBV. Estes resultados indiciam que quanto mais conhecimento se tem em SBV, maior é a competência para SBV.

Já em relação à motivação para prática de SBV são os professores que auto reportam mais motivação, não obstante revelarem menos conhecimento, menor auto perceção de competência para SBV e maior necessidade de formação. Num contexto onde a população leiga possui conhecimentos insuficientes sobre SBV e que, além de incompletos, alguns são incorretos, podendo comprometer o socorro prestado (Pergola & Araújo, 2009), vislumbramos nestes resultados uma área prioritária de atuação procurando aumentar a formação e competência dos professores em SBV para que esta seja mais catalisadora da motivação para a atuação que eles apresentam. Em relação aos alunos deve-se trabalhar mais a motivação para a prática de SBV, não descurando, contudo, a formação.

A comunidade escolar no seu geral reconhece competência ao Enfermeiro para ser formador em SBV, colocando-o em primeira ordem, seguido do Médico e do Bombeiro. Este resultado vai ao encontro de Petric *et al.* (2013) que defendem que a formação em SBV deve ser feita por um profissional de Saúde e não por professores do ensino.

Em relação à formação dos Enfermeiros (reconhecidos socialmente como formadores de SBV) nas Escolas Superiores de Saúde concluímos que, das 11 escolas que responderam, todas referiam ministrar SBV aos estudantes de enfermagem. A tipologia das aulas referenciada foi aulas teóricas, práticas e teórico-práticas, sendo que em média as escolas dedicam 6,64 horas teórico-práticas, 4,45 horas práticas e 3,72 horas teóricas ao SBV, perfazendo no total e em média 15 horas de formação. Miotto *et al.* (2009) defendem que aulas práticas e teórico-práticas podem conduzir a competências em SBV de qualidade enquanto um ensino apenas com aulas teóricas não será capaz de produzir competências em SBV de boa qualidade, principalmente nas manobras como abertura da via aérea, posicionamento correto das mãos/compressão do tórax e nas ventilações. Desta forma, verificamos que as estratégias de aulas utilizadas nestas Escolas Superiores de Saúde estão adequadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional (2008). Catalogo Nacional de Qualificações . In: Detalhes da UFCD. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P Acedido a 6 de Setembro 2014 em <http://www.catalogo.anqep.gov.pt/Ufcd/Detalhe/3133>
- Bonito, J. (2002). A Formação em Primeiros Socorros de Auxiliares de Acção Educativa: ma experiência em Évora. Actas do II Encontro Nacional de Promoção e Educação para a Saúde. Beja: Politécnico de Beja.
- Couto, P. (2011). Conhecimentos dos alunos dos 2o, 3o e 4o anos de Enfermagem sobre SBV – estudo numa amostra de estudantes da Universidade Fernando Pessoa. Projeto de Graduação de Licenciatura. Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.
- Cruz Vermelha Portuguesa (2014). Curso de Suporte Básico de Vida. In: Ensino de Socorrismo. Lisboa: Cruz Vermelha Portuguesa. Acedido a 6 de Setembro 2014 em <http://www.cruzvermelha.pt/actividades/ensino-de-socorrismo.html>
- Direção Geral de Saúde (2014). Formação em Emergência e Primeiros Socorros no local de trabalho (4a ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Escola Nacional de Bombeiros (2014). Curso de Suporte Básico de Vida. In: Área de Primeiros Socorros. Lisboa: Escola Nacional de Bombeiros. Acedido a 6 de Setembro 2014 em <http://www.enb.pt/outros/ENBeSuporteBasicoVida4h.pdf>
- Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (2014). Formação de monitores em Suporte Básico de Vida. In: Formação Inter pares em Suporte Básico de Vida. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Acedido a 6 de Setembro 2014 em <http://www.estesl.ipl.pt/estesl/formacao-de-monitores-em-suporte-basico-de-vida>.
- International Liaison Committee on Resuscitation. (2005). Part 1: introduction. Resuscitation, 67(2), 181-186.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Manual de Suporte Avançado de Vida (2ª ed.). Lisboa: INEM.
- Jones, C. M., Owen, A., Thorne, C. J., & Hulme, J. (2012). Comparison of the quality of basic life support provided by rescuers trained using the 2005 or 2010 ERC guidelines. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine, 20(1), 53.
- López-Messa, J., Martín-Hernández, H., Pérez-Vela, J., Molina-Latorre, R. & Herrero-Ansola, P. (2011). Novelities in resuscitation training methods. Medicina Intensiva, 35 (7), 433-441.
- Meissner, T., Kloppe, C. & Hanefeld, C. (2012). Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 20 (31). Acedido a 6 de Setembro 2014 em <http://www.sjtrem.com/content/20/1/31>
- Miotto, H., Camargos, F., Ribeiro, C., Goulart, E. & Moreira, M. (2009). Efeito na Ressuscitação Cardiopulmonar Utilizando Treinamento Teórico versus Treinamento Teórico-Prático. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 95 (3), 328-331.
- Oliveira, A. & Martins, J. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. Revista de Enfermagem Referência, 9, 115-124.

- Pergola, A. & Araújo, I. (2009). O leigo e o suporte básico de vida. *Revista Escolar Enfermagem USP*, 43 (2), 335-342.
- Petri, J., Mali ki, M., Markovi, D. & Meštrovi, J. (2013). Students' and parents' attitudes toward basic life support training in primary schools. *Medical education*, 54, 376-380. Acedido a 6 de Setembro 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760662/>
- Resolução da Assembleia da República n.º 33/2013 de 15 de março (2013). *Diário da República I Série No 53 (15-03-13)*, 1630.
- Rodrigues, V. (2009). *Conhecimentos da População do Conselho de Monção sobre Suporte Básico de Vida. Monografia de Licenciatura. Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.*
- Roppolo, L. & Pepe, P. (2009). Retention, retention, retention: targeting the young in CPR skills training!. *Critical Care*, 13, 185-186. Acedido a 6 de Setembro 2014 em <http://ccforum.com/content/13/5/185>
- Vancini-Campanharo, C., Rizzo-Cohrs, C., Batista, R., Okuno, M., Lira, C., Andrade, M. & Vancini, R. (2013). As técnicas de Suporte Básico de Vida e as diretrizes da American Heart Association podem auxiliar na prevenção da morte súbita relacionada à actividade física? *Pensar a Prática*, 16 (3), 942-955.