

# Conhecimento de fisioterapeutas sobre a atuação em suporte básico de vida

## *Physical therapists' knowledge on basic life support*

Laura Maria Tomazi Neves<sup>1</sup>, Márcio Souza Vieira da Silva<sup>2</sup>, Saul Rassy Carneiro<sup>3</sup>,  
Victor da Silva Aquino<sup>4</sup>, Helder José Lima Reis<sup>5</sup>

Estudo desenvolvido no DCMH/Uepa – Depto. de Ciência do Movimento Humano da Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil

<sup>1</sup> Fisioterapeuta especialista; mestranda no PPG – Programa de Pós Graduação – em Fisioterapia da UFSCar – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP

<sup>2</sup> Fisioterapeuta especialista

<sup>3</sup> Fisioterapeuta; Prof. Ms. titular da Universidade da Amazônia, Belém, PA

<sup>4</sup> Fisioterapeuta especialista; mestrando no PPG em Fisioterapia da UFSCar

<sup>5</sup> Médico; Prof. auxiliar do Depto. de Saúde Integrada da Uepa

ENDEREÇO PARA  
CORRESPONDÊNCIA

Laura Maria Tomazi Neves  
Av. Liberdade 225 apto.21  
Jardim Nova Santa Paula  
13564-331 São Carlos SP  
e-mail: lmtomazi@hotmail.com

Uma versão deste estudo foi apresentada em forma de *banner* ao XXX Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, abril-maio de 2009, São Paulo.

APRESENTAÇÃO  
set. 2009

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO  
jan. 2010

**RESUMO:** O estudo visou avaliar o conhecimento de fisioterapeutas e graduandos em Fisioterapia sobre diagnóstico e atendimento de urgência à parada cardiorrespiratória. A amostra foi composta de 72 estudantes e 108 fisioterapeutas, dos quais 64 atuam no ambiente extra-hospitalar e 44 no ambiente hospitalar. Foi aplicado aos participantes um questionário sobre ressuscitação cardiopulmonar (RCP) baseado nas diretrizes da American Heart Association de 2005. As respostas foram analisadas estatisticamente. Quanto ao diagnóstico da parada cardíaca, os grupos comportaram-se de maneira semelhante, optando pela avaliação da “presença de pulso e respiração”. Quanto à seqüência de atendimento da RCP, a seqüência preconizada foi corretamente indicada por 52,8% do grupo estudante, 65,9% do subgrupo hospitalar e 40,6% do subgrupo extra-hospitalar. Quanto à relação compressão/ventilação, apenas 4,1% do grupo estudante, ninguém do extra-hospitalar e 25% do subgrupo hospitalar indicaram a relação preconizada atualmente. Quase todos (94%) os participantes reconheceram a importância do conhecimento em RCP para o fisioterapeuta. Assim, a maioria dos atuais e futuros fisioterapeutas reconhecem a importância da RCP para sua atuação profissional, mas têm conhecimento insuficiente sobre o tema e apenas uma pequena parcela busca atualizar-se.

**DESCRIPTORES:** Fisioterapia (Especialidade); Parada cardíaca/reabilitação; Prática profissional; Ressuscitação cardiopulmonar/educação

**ABSTRACT:** This study aimed at assessing undergraduates' and physical therapists' knowledge on diagnosing and emergency treating cardiopulmonary arrest. Subjects were 72 students and 108 physical therapists – of which 64 were active in non-hospital environment and 44 in hospitals – who answered a questionnaire on cardiopulmonary resuscitation (CPR) based on the American Heart Association 2005 guidelines. Answers were statistically analysed. As to diagnosing cardiopulmonary arrest, groups behaved similarly, having chosen the option “absence of consciousness, pulse and breath”. Concerning the pattern of CPR assistance, the recommended ABCD sequence was recognized by 52.8% of the students, 65.9% of the hospital subgroup, and 40.6% of the non-hospital subgroup; nobody of the latter, only 4.1% of the students, and 25% of hospital professionals indicated the currently recommended compression/ventilation ratio. Almost all (94%) participants acknowledged the importance of CPR knowledge in physical therapy practice. Thus, though most current and future physical therapists recognize the importance of CPR for their professional role, they have insufficient knowledge about the subject and only few of them seek to update their knowledge.

**KEY WORDS:** Cardiopulmonary resuscitation/education; Heart arrest/rehabilitation; Physical therapy (Specialty); Professional practice

## INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais de saúde no atendimento emergencial encontra-se defasada. Somente na última década começaram a surgir disciplinas específicas relacionadas ao atendimento de vítimas de emergências clínico-cardiológicas<sup>1</sup>. Com isso, a maior parte dos profissionais de saúde, dentre eles o fisioterapeuta, não se sentem capacitados para atuar nessas situações<sup>2,3</sup>. A situação emergencial predominante é a parada cardiorrespiratória (PCR), situação em que o débito cardíaco está inadequado para manter a vida<sup>4</sup>. A conduta de emergência que deve ser adotada nesse caso é a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), para manter a circulação de sangue oxigenado para o organismo. Nessa situação, há uma relação direta entre o tempo e a preservação das funções miocárdicas e cerebrais, além da redução do risco de seqüelas com o atendimento precoce<sup>5,6</sup>.

Estima-se que anualmente 500.000 pacientes sejam submetidos à RCP durante a internação hospitalar, sendo que no ambiente extra-hospitalar esse número é reduzido à metade<sup>7</sup>. Todo profissional de saúde, independente da área de trabalho, desde sua formação deve saber não só reconhecer os sinais e sintomas da PCR, mas também prestar os primeiros cuidados do suporte básico de vida (SBV) e manter-se atualizado sobre o assunto<sup>8,9</sup>. No entanto, os instrumentos de avaliação quanto ao conhecimento sobre suporte básico de vida por profissionais de saúde ainda são diversos e não validados para a língua portuguesa<sup>2,3,10-12</sup>. Como conseqüência, o nível de conhecimento e as atitudes desses profissionais frente à RCP ainda não foram suficiente motivo de estudo em nosso país.

Nesse contexto, constata-se a necessidade de avaliar o conhecimento dos profissionais, com o intuito de propor mudanças no processo ensino-aprendizagem e de educação permanente. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento dos atuais e futuros profissionais de fisioterapia em diferentes campos de atuação quanto ao reconhecimento, atendimento de emergência e atitudes em face da parada cardiorrespiratória.

## METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital das Clínicas Gaspar Vianna, Belém, PA. Compuseram a amostra do estudo concluintes do Curso de Fisioterapia em 2007 de três instituições de ensino superior e de fisioterapeutas do município de Belém. Foram excluídos da amostra fisioterapeutas que não atuassem com população adulta ou que atuassem exclusivamente na docência.

O cálculo amostral foi feito com auxílio do programa BioEstat 4. Foi adotado erro de 8% para os grupos estudante e profissional, sendo sugeridas amostras de 120 e 63, respectivamente. Por motivo de indisponibilidade de indivíduos, foi obtida uma amostra de 108 profissionais, além de 72 estudantes. Para a análise de algumas situações, o grupo dos profissionais foi submetido a uma subdivisão em dois subgrupos, segundo trabalhassem em ambiente hospitalar ou extra-hospitalar (subgrupo composto exclusivamente por fisioterapeutas que trabalhavam em locais como clínicas, centros de reabilitação e clubes).

O instrumento de coleta de dados foi elaborado após leitura e análise da bibliografia revisada que aborda os princípios da aplicação da RCP. O questionário foi dividido em duas partes: identificação do respondente, experiência e atualização em RCP, com questões

fechadas e abertas; e questões fechadas sobre a RCP na prática. Para validação do conteúdo, o instrumento foi apreciado individualmente por juízes (três fisioterapeutas e três estudantes) quanto à presença ou ausência de critérios de abrangência, objetividade e pertinência<sup>13</sup>. Os juízes de ambos os grupos julgaram o instrumento de maneira geral abrangente, objetivo e pertinente. Foram questionadas a objetividade das perguntas 1 e 4 e a pertinência da pergunta 4 por 23% de ambos os grupos (fisioterapeutas e estudantes), a abrangência da pergunta 4 e a pertinência da pergunta 1 por 23% dos fisioterapeutas e estudantes respectivamente. Após a apreciação, o instrumento foi reestruturado segundo as críticas e sugestões manifestadas, resultando no questionário cuja segunda parte é apresentada no Quadro 1.

O questionário foi preenchido individualmente, sem consulta a bibliografia e sob supervisão de um dos pesquisadores. Os participantes foram orientados quanto ao preenchimento do questionário e o pesquisador responsável estava à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida que o participante pudesse apresentar.

Para a análise estatística das respostas foram utilizados os programas BioEstat 4, Microsoft Excel e o banco de dados Microsoft Access. Avaliou-se a concordância das respostas entre os grupos e em relação às diretrizes vigentes de RCP

### Quadro 1 Questionário sobre ressuscitação cardiopulmonar: 2ª parte

- 1 Diagnóstico da PCR : Para o diagnóstico inicial de PCR, o que deve ser avaliado?  
( ) Presença de pulso e respiração ( ) Traçado do ECG  
( ) Ausência de pulso ( ) Inconsciência
- 2 Atendimento inicial à PCR: Qual a seqüência recomendada?  
A - Compressão torácica; B - Desfibrilação; C- Abertura de vias aéreas;  
D - Ventilação  
Seqüência: ( - - - )
- 3 Atualização nas diretrizes AHA (2005-210): Qual a relação compressão/ventilação atual, se o paciente está em PCR e não foi ainda intubado?  
( ) 30/2 ( ) 15/02 ( ) 5/1 ( ) 15/01
- 4 Vivência em PCR: Qual a modalidade de PCR mais comum no ambiente extra-hospitalar e no hospitalar?  
( ) Assistolia e AESP ( ) Sempre assistolia ( ) Sempre FV ( ) FV e assistolia
- 5 Carga do DEA: Qual carga inicial do choque na desfibrilação (DEA monofásico) você aplicaria?  
( ) 100 J ( ) 150 J ( ) 200 J ( ) 360 J

da American Heart Association (AHA) de 2005. Foram comparadas as respostas fornecidas pelo grupo de profissionais e de estudantes, bem como entre os subgrupos hospitalar e extra-hospitalar, sendo utilizado o teste do qui-quadrado de aderência. Para todos os testes foi fixado o nível alfa de 0,05 para rejeição da hipótese de nulidade.

## RESULTADOS

A amostra caracterizou-se por indivíduos adultos jovens ( $28,4 \pm 5,3$  anos), do sexo feminino (75%). Considerando-se apenas o grupo profissional, a média de tempo de atuação como fisioterapeutas foi de  $7,2 \pm 5,2$  anos, sendo que 50% do subgrupo extra-hospitalar e 45,45% do subgrupo hospitalar tinham menos de quatro anos de atuação profissional. Quanto à formação acadêmica, a amostra contemplou um pequeno número de mestres (3,7%) e nenhum doutor (Tabela 1).

**Tabela 1** Distribuição dos profissionais (n, %) por formação acadêmica, segundo o subgrupo de local de atuação (n=108)

Formação / especialização	Hosp (n=44)	Extra-hosp (n=64)
Graduado	2 (4,5)	16 (25,0)
Osteomioarticular	8 (18,2)	34 (53,1)
Cardiorrespiratória	32 (72,7)	6 (9,3)
Neurologia	0	6 (9,3)

Hosp = hospitalar

Os participantes foram inquiridos sobre a participação em RCP, o tipo e o local de treinamento em RCP. Aproximadamente 50% dos estudantes de fisioterapia formam-se sem ter passado por treinamento algum em suporte básico de vida. Além disso, dependendo do ambiente de trabalho, até 65% dos fisioterapeutas permanecem sem qualquer tipo de treinamento.

As respostas obtidas na segunda parte do questionário são representadas pelo número de acertos em cada pergunta, em relação às diretrizes do AHA de 2005 (Tabela 3). Na pergunta 1, quanto ao diagnóstico de PCR, foram consideradas duas respostas como corretas “presença de pulso e respiração” e “ausência de

**Tabela 2** Distribuição dos respondentes (n, %) segundo a participação em RCP e em curso de treinamento em RCP, segundo os grupos (n=180)

Participação	Estudante (n=72)		Profissional	
	Total (n=108)	Hosp (n=44)	Extra-hosp (n=64)	
em RCP	1 (1,4)	25 (23,2)	25 (56,8)	0
em Curso:				
SAVC	0	3 (2,8)	3 (6,8)	0
SBV	12 (16,7)	7 (6,5)	3 (6,8)	4 (6,3)
FCCS	0	5 (4,6)	5 (11,4)*	0
Outros	3 (4,2)	13 (12,0)	11 (25,0)*	2 (3,1)
Nenhum	57 (79,2)	80 (74,1)	22 (50,0)*	58 (90,6)
Local				
Faculdade	26 (36,1)	21 (19,4)	9 (20,5)	12 (18,8)
Especialização	0	11 (10,2)	6 (13,6)	5 (7,8)
Outros	12 (16,7)	19 (17,6)	14 (31,8)	5 (7,8)
Não indicado	34 (47,2)	57 (52,8)	15 (34,1)	42 (65,6)

Hosp = hospitalar; RCP = ressuscitação cardiopulmonar; SAVC = Suporte avançado em cardiologia (*Advanced cardiac life support*); SBV = Suporte básico de vida; FCCS = Suporte fundamental ao paciente crítico (*Fundamental critical care support*) \* $p < 0,05$

**Tabela 3** Acertos (%) em cada pergunta da segunda parte do questionário segundo os grupos (n=180)

Pergunta	Estudante (n=72)	Total (n=108)	Profissional Hosp (n=44)	Extra-hosp (n=64)
1a	51 (70,8)	83 (76,9)	36 (81,8)	47 (73,4)
2a	38 (52,8)	55 (50,9)	29 (65,9)	26 (40,6)
3a	3 (4,2)	11 (10,2)	11 (25,0)	0
4a	19 (26,4)	31 (28,7)	20 (45,5)	11 (17,2)
5a	7 (9,7)	12 (11,1)	10 (22,7)	2 (3,1)

Hosp = hospitalar

**Tabela 4** Opinião (frequência e %) quanto à importância da RCP, atitude ao presenciar uma PCR e posicionamento quanto à realização de ventilação “boca-a-boca” (n= 180)

Questão	Estudante (n=72)	Total (n=108)	Profissional Hosp (n=44)	Extra-hosp (n=64)
Importância da RCP				
Sim	69 (95,8)	99 (91,7)	41 (93,2)	58 (90,6)
Não	3 (4,2)	9 (8,3)	3 (6,8)	6 (9,4)
Ao presenciar PCR				
A+C	59 (81,9)	77 (71,3)	36 (81,8)	41 (64,1)
A+NC	0	1 (0,9)	0	1 (1,6)
NA+C	10 (13,9)	26 (24,1)	7 (15,9)	19 (29,7)
Não sei	3 (4,2)	4 (3,7)	1 (2,3)	3 (4,7)
Ventilação boca-a-boca				
NFD	20 (27,8)	33 (30,6)	19 (43,2)	14 (21,9)
SR	15 (20,8)	21 (19,4)	9 (20,5)	12 (18,8)
NR	37 (51,4)	54 (50,0)	16 (36,4)	38 (59,4)

Hosp = hospitalar; RCP = ressuscitação cardiopulmonar; PCR = parada cardíaca respiratória A+C= Atenderia e chamaria ajuda; A+NC= Atenderia e não chamaria ajuda; NA+C= Não atenderia e chamaria ajuda; NFD= Não faria em pessoa desconhecida; SR = Sempre se recusaria a fazer; NR = Nunca se recusaria a fazer



pulso". Ambas as respostas são aceitáveis, pois dependendo da situação pode-se apenas avaliar o pulso do indivíduo em suspeita de PCR. A pergunta 2 continha a os itens do ABCD da RCP desordenados, sendo a seqüência correta de resposta C-D-A-B. "ABCD" é a sigla em inglês da seqüência airway maintenance (manutenção das vias aéreas livres), breathing rescue (recuperação da respiração, ventilação), chest compression (compressão torácica) e defibrillation (desfibrilização). Na pergunta 3, a resposta correta da razão entre compressão e ventilação preconizada era "30:2". Na pergunta 4, quanto ao ritmo de parada mais comum nos ambientes extra-hospitalar e hospitalar, respectivamente, a resposta correta estipulada foi "FV (fibrilação ventricular) e Assistolia". Na pergunta 5, quanto à carga inicial do choque no desfibrilador externo automático (DEA) monofásico, a resposta considerada correta era "360 J".

Outros aspectos abordados foram a opinião dos participantes quanto à importância da RCP, a atitude ao presenciar uma PCR e o posicionamento desses quanto à realização ou não de ventilação "boca-a-boca". Nessas situações observou-se a concordância dos fisioterapeutas e estudantes quanto à importância da RCP para o profissional da fisioterapia e da iniciativa destes no atendimento de uma PCR.

## DISCUSSÃO

Uma das dificuldades enfrentadas durante a formulação do questionário foi que os estudos que também utilizaram questionários apenas divulgaram os resultados e não o instrumento utilizado. Em virtude disso, não foi possível contrastar as questões do questionário utilizado no presente estudo com outras da literatura, sendo possível apenas comparar os resultados obtidos.

É importante avaliar o conhecimento e as atitudes que os atuais e futuros profissionais de fisioterapia detêm sobre a ressuscitação cardiopulmonar, para poder propor mudanças efetivas no processo educacional e garantir a atualização constante desses profissionais. Neste estudo, os participantes reconhecem a importância da RCP para a atuação do

fisioterapeuta, porém os conhecimentos ainda são insatisfatórios em relação ao que é preconizado pelas diretrizes do AHA e apenas uma pequena parcela busca atualizar-se.

No grupo de estudantes, os baixos níveis de participação são esperados, em virtude de sua pequena inserção em práticas emergenciais e da insegurança no atendimento a situações de emergência<sup>2,3</sup> – embora os alunos do último ano atendam pacientes sob supervisão de fisioterapeutas, como parte de seu processo de formação. Por sua vez, no subgrupo hospitalar (7,0±4,3 anos de atuação), mais da metade relatou já ter participado de uma RCP. Apesar de o nível de participação ser significativamente maior nesse grupo, esta ainda é considerada baixa, visto que a RCP faz parte da rotina hospitalar<sup>14,15</sup>. Nyman e Sihvonon<sup>10</sup>, em seu estudo com estudantes de enfermagem e enfermeiras, constataram que 96% das enfermeiras e 26% dos estudantes já haviam efetuado RCP na prática, mas não informam o tempo de atuação das profissionais.

Quanto à busca de conhecimento em RCP e o local onde esse conhecimento foi obtido, foi observado que a proporção de busca de conhecimentos adicionais à faculdade foi similar entre os grupos (de estudantes e profissionais). Dentre esses últimos, é compreensível que a maior proporção dos que fizeram algum curso seja daqueles que atuam no âmbito hospitalar: além do fato de quase três quartos deles serem especializados em fisioterapia cardiopulmonar, sua maior procura por formação complementar, especialmente o curso de Suporte Fundamental ao Paciente Crítico (Fundamental critical care support, FCCS), já era esperada, por sua atuação direta com pacientes críticos. Esses dados são semelhantes aos observados por Moretti *et al.*<sup>4</sup>, de que, nas equipes hospitalares, 46% apresentavam treinamento prévio em SBV ou em Suporte avançado de vida. Chama a atenção a proporção de estudantes que fizeram o curso na faculdade, quando comparados aos profissionais já formados. O aparente aumento do compromisso das instituições de ensino é um aspecto positivo da formação na área de emergência, o que se reflete em práticas como a inclusão de disciplinas específicas nos

currículos de formação em saúde<sup>16,17</sup>.

A segunda parte do questionário inquiria sobre conhecimentos práticos de RCP. No que se refere à seqüência do atendimento, as proporções de acerto são similares entre os grupos, sendo que aproximadamente metade deles respondeu corretamente. É surpreendente que quase metade não tenha sido capaz de reconhecer a seqüência do ABCD primário: níveis maiores de acertos eram esperados, visto que esta é uma informação disponível inclusive para o público leigo<sup>6,18</sup>. Contudo, Galinski *et al.*<sup>19</sup> também observaram conhecimento insuficiente da seqüência do ABCD por médicos e enfermeiras: diante de uma PCR, 50% abririam via aérea, 75% iniciariam pela ventilação, 86% começariam massagem cardíaca externa, enquanto apenas 42% chamariam ajuda.

Quanto à razão entre compressão e ventilação – isto é, ao intervalo de quantas compressões torácicas deve-se prover ventilação – as taxas de acertos foram quase nulas nos grupos estudante e extra-hospitalar; no subgrupo hospitalar o número de acertos foi baixo, considerando-se a recorrência da situação de PCR. Isso sugere que a amostra do estudo, independente do grupo, está desatualizada ou não sabe a relação correta. Esses dados correlacionam-se à pouca experiência de participação em RCP e às baixas proporções de busca por formação complementar para o atendimento emergencial, mesmo com o reconhecimento da importância da RCP para o dia-a-dia do fisioterapeuta. Nos achados de Rosa e Colenci<sup>20</sup> e nos de Bertoglio *et al.*<sup>11</sup>, 53,3% e 69,6% das equipes de enfermagem referiram conhecimento adequado da razão compressão/ventilação atualmente preconizada (contra apenas 25% dos fisioterapeutas que atuam em hospital, neste estudo).

Novamente, a pouca experiência de participar de uma RCP, aliada à limitada busca de conhecimento, transparece nos reduzidos percentuais de acerto à questão sobre os mais freqüentes tipos de PCR nos ambientes hospitalar e extra-hospitalar. O subgrupo hospitalar mostrou maior percentual de acertos, porém ainda muito baixo quando comparados aos de outros profissionais da área de saúde<sup>11,12</sup>. No estudo de Zanini

et al.<sup>12</sup> com enfermeiros/as e auxiliares de enfermagem, houve um percentual de 73,7% de acerto quanto à identificação dos sinais da PCR considerando a ausência de pulsos carotídeos. Em relação ao SBV, no ambiente extra-hospitalar o conhecimento do ritmo de parada não é primordial, pois esse reconhecimento só é possível se houver um desfibrilador externo automático ao alcance – que fará o diagnóstico automaticamente.

Os baixos níveis de acerto em relação à carga a ser aplicada pelo DEA já eram esperados, visto que este é previamente calibrado e que é possível ensinar profissionais da saúde a utilizá-lo com relativamente pouco treino<sup>21</sup>. Segundo Timerman et al.<sup>1</sup>, todos os profissionais de saúde que atuam em ambiente pré-hospitalar devem ser capazes de prover suporte básico de vida e desfibrilação externa automática, se necessário, a uma vítima de emergência cardiológica. Porém em nosso país, apesar da obrigatoriedade pela legislação, há escassez de DEA principalmente no ambiente extra-hospitalar, o que dificulta o treinamento de profissionais de saúde e de leigos<sup>22</sup>.

Quanto à atitude da amostra em face da PCR, os grupos responderam de forma semelhante, concordando em atender e chamar ajuda. No entanto, se considerarmos que a amostra está desatualizada em relação às diretrizes atuais de RCP e não possui experiência em situações de emergência, o atendimento emergencial prestado pode não estar cumprindo sua função ou até agravando o caso. Achatos semelhantes em relação à atitude dos profissionais foram encontrados no estudo de Celenza et al.<sup>18</sup> com grupos

treinados e não-treinados em RCP: no grupo treinado, 61,8% iniciariam a RCP ou chamariam a ambulância e no grupo não-treinado, 58,7% tomariam essa mesma atitude.

Ao analisar-se a atitude do participante perante a possibilidade da execução da ventilação “boca-a-boca”, observaram-se altas taxas de recusa em fazê-la em uma pessoa desconhecida. Essa maior rejeição é explicada pela precaução do socorrista quanto à aquisição de infecções<sup>6</sup>. No estudo de Lester et al.<sup>23</sup>, mais de 80% dos entrevistados fariam ventilação e compressão apenas caso as vítimas fossem crianças, indivíduos de meia-idade ou idosos desconhecidos.

Independente de quem seja a competência para tratar tais situações, os profissionais da área de saúde têm obrigação de reconhecer tais situações, além de também terem obrigação de reciclar-se a respeito do assunto<sup>8</sup>. Há necessidade de treinamento em condutas de emergência desde os primeiros anos de formação universitária e de sua continuidade na pós-graduação, com intervalo máximo de dois anos entre os treinamentos<sup>24</sup>.

O uso de questionário neste caso é uma forma de avaliação que tem como principal função, por um lado, orientar o processo e as metodologias de ensino e, por outro, possibilitar a melhora do desempenho dos profissionais avaliados. Por esse motivo, vem sendo constantemente usado para avaliação do treinamento em SBV<sup>2,3,10-12</sup>. Nesse modelo há uma sofisticação no processo avaliativo, pois pode ser reprodutível e acurado para verificar mudanças na aprendizagem. Além disso, é um instrumento

frequentemente utilizado em metodologias ativas de ensino<sup>12</sup>.

Uma das limitações do estudo foi a inexistência de um questionário auto-preenchível validado para a avaliação do conhecimento do RCP em estudantes e profissionais da área da saúde. A não-validação do questionário utilizado pelo estudo ocorreu em virtude da urgência em conhecer a situação do ensino e aprendizagem da RCP por uma das classes de profissionais da saúde que mais cresce nesse país: a Fisioterapia. Outra limitação foi a não-mensuração do nível de recusa da amostra em responder ao questionário. Com isso, pode ter havido um viés de seleção da amostra, superestimando o conhecimento dos entrevistados, pois é provável que tal recusa, se tivesse ocorrido, teria acontecido entre os profissionais e estudantes que se sentiram menos à vontade ao responder sobre o tema. Além dessas limitações, deve-se destacar que o estudo não avaliou o desempenho dos participantes na prática da RCP, apenas seu conhecimento teórico. Este estudo poderá servir como uma proposta para educação permanente dos profissionais de saúde no que concerne à formação e à atualização acerca da RCP.

## CONCLUSÃO

Embora os fisioterapeutas e estudantes reconheçam a importância da ressuscitação cardiopulmonar em seu trabalho, apresentam um conhecimento insuficiente e apenas uma pequena parcela busca formação complementar para atualizar-se sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

- 1 Timerman S, Gonzalez MM, Ramires JA. Ressuscitação e emergências cardiovasculares: do básico ao avançado. Barueri: Manole; 2007.
- 2 Ranse J, Arbon P. Graduate nurses' lived experience of in-hospital resuscitation: a hermeneutic phenomenological approach. *Aust Crit Care*. 2008;21(1):38-47.
- 3 Menezes BF, Morgan R. Attitudes of doctors in training to cardiopulmonary resuscitation. *Clin Med*. 2008;8(2):149-51.
- 4 Moretti MA, Bento AM, Quilici AP, Martins M, Cardoso LF, Timerman S. Analysis of the intra-hospital attending of ventricular fibrillation/ventricular taquicardia simulated events. *Arq Bras Cardiol*. 2005;84(6):449-51.
- 5 Timerman S, Ramires JAF. Morte súbita: aspectos epidemiológicos. *Rev Soc Cardiol*. 2006;16(1):8-23.
- 6 Pergola AM, Araujo IEM. O leigo e o suporte básico de vida. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):335-42.
- 7 Eisenberg MS, Mengert TJ. Primary care: cardiac resuscitation. *N Eng J Med*. 2001;344(17):1304-13.
- 8 Moule P, Albarran JW. Automated external defibrillation as part BLS: implications for education and practice. *Resuscitation*. 2002;54(3):223-30.
- 9 Marzola C, Griza GL. Profissionais e acadêmicos de Odontologia estão aptos para salvar vidas? *Rev Odontol [periódico on-line]* 2006;4:280-97 [citado nov 2007]. Disponível em <http://www.actiradentes.com.br/revista/lista.php?pagi=3>.
- 10 Nyman J, Sihvonen M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation*. 2000;47(2):179-84.
- 11 Bertoglio VM, Azzolin K, Souza EN, Rabelo ER. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. *Rev Gaucha Enferm*. 2008;29(3):454-60.
- 12 Zanini J, Nascimento LRPN, Barra DCCB. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(2):143-7.
- 13 Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:1417-32.
- 14 Castle N, Garton H, Kenward G. Confidence vs competence: basic life support skills of health professionals. *Br J Nurs*. 2007;16(11):664-6.
- 15 Gomes AMCG, Timerman A, Souza CAM, Mendes MC, Póvoas Filho HP, Oliveira AM, et al. Fatores prognósticos de sobrevida pós-reanimação cardiorrespiratória cerebral em hospital geral. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(4):262-71.
- 16 Sardo PMG, Dal Sasso GTM. Aprendizagem baseada em problemas em ressuscitação cardiopulmonar: suporte básico de vida. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):777-84.
- 17 Robak O, Kuling J, Sterz F, Uray T, Haugk M, Kliegel A, et al. CPR in medical schools: learning by teaching BLS to sudden cardiac death survivors – a promising strategy for medical students? *BMC Med Educ*. 2006;6(27):1-10.
- 18 Celenza T, Gennat HC, O'Brien D, Jacobs IG, Lynch DM, Jelick GA. Community competence in cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2002;55(2):157-65.
- 19 Galinski M, Loubardi N, Duchossoy MC, Chauvin M. In-hospital cardiac arrest resuscitation: medical and paramedical theory skill assessment in a university hospital. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2003;22(3):179-82.
- 20 Rosa D, Colenci R. Conhecimento de uma equipe de enfermagem de um hospital sobre parada cardiorrespiratória. In: VII Semana de Enfermagem 2009. Anais. São Manuel: Faculdade Marechal Rondon; 2009. Disponível em: [http://www.fmr.edu.br/centro/anais\\_enf\\_2009](http://www.fmr.edu.br/centro/anais_enf_2009).
- 21 Mattei LC, McKay U, Lepper MW, Soar J. Do nurses and physiotherapists require training to use an automated external defibrillator? *Resuscitation*. 2002;53:277-80.
- 22 Canesin MF, Grion CMC. Carta ao editor. *Arq Bras Cardiol*. 2001;77(2):196-7.
- 23 Lester CA, Donnelly PD, Assar D. Lay CPR trainees: retraining, confidence and willingness to attempt resuscitation 4 years after training. *Resuscitation*. 2000;45(2):77-82.
- 24 Smith CM, Perkins GD, Bullock I, Blon JF. Undergraduate training in the care of the acutely ill patient: a literature review. *Intensive Care Med*. 2007;33(5):901-7.