

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM UMA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS EXCEPCIONAIS

Data de aceite: 01/03/2023

Letícia Moraes Rezende

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Laura Fernandes Ferreira

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Luiz Fernando Fonseca Tavares

Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Cátia Milena Silva

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Vinicius Slonski Delboni

Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Sarah Lucas Ribeiro Ramos

Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Juliana Ribeiro Gouveia Reis

Doutora em Promoção de Saúde – UNIFRAN; Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

RESUMO: **Introdução:** Suporte Básico de Vida (SBV) é a primeira abordagem da vítima de parada cardiorrespiratória e, se realizada por devidamente capacitados e informados, pode aumentar a sobrevivência e diminuir as sequelas de tais vítimas. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar o nível de conhecimento sobre SBV e orientar profissionais que trabalham na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais acerca do SBV, voltado para o público infanto-juvenil. **Metodologia:** Pesquisa de campo intervencional, prospectiva, com abordagem quantitativa, constituída por uma amostra não probabilística intencional. **Resultados:** No total, 24 pessoas participaram do estudo. Dessas, 29,2% afirmaram que já tiveram alguma aula ou curso sobre SBV, mas apenas 42,8% desses se sentiam preparados para lidar com situações de emergência. 70,8% constataram que nunca

tiveram essas aulas ou cursos e ainda relataram que nunca receberam nenhum tipo de instrução sobre. Ademais, 41,6% nunca ouviram falar sobre SBV e, apesar disso, 66,6% já presenciaram alguma situação de urgência/emergência e se sentiram nervosos perante a mesma. **Discussão:** A instrução à população quanto ao SBV é um enorme desafio, visto que na grande maioria das vezes, só é oferecida nos cursos da área da saúde. Existem evidências sobre a redução da mortalidade em vítimas de PCR que receberam, de maneira imediata, as manobras de reanimação cardiopulmonar por voluntários aptos e obtiveram a preservação das funções cardíaca e cerebral. **Conclusão:** Foi demonstrado que instruções e orientações teórico-práticas conseguem capacitar leigos a realizarem o protocolo e se tornarem aptos a salvar vidas.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Ensino; Reanimação cardiopulmonar

ABSTRACT: Introduction: Basic Life Support (BLS) is the first approach to the victims of cardiac arrest and, if performed by properly trained and informed professionals, it can increase survival and reduce sequelae for victims. The objective of this research was to evaluate the level of knowledge about BLS and guide professionals who work in the Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais about BLS, aimed at children and youth. **Methodology:** Interventional, prospective field research, with a quantitative approach, understood by an intentional non-probabilistic sample. **Results:** In total, 24 people participated in the study. Of these, 29.2% stated that they had already taken a class or course on BLS, but only 42.8% of them felt prepared to deal with emergency situations. 70.8% found that they never took classes or courses and even reported that they never received any type of instruction about. In addition, 41.6% had never heard about BLS and, despite this, 66.6% had already witnessed an urgent/emergency situation and felt nervous about it. **Discussion:** Instructing the population about BLS is a huge challenge, since most of the time it is only offered in courses in the health area. There is evidence on the reduction of mortality in CRA victims who immediately received cardiopulmonary resuscitation maneuvers by qualified personnel and obtained preservation of heart and brain diseases. **Conclusion:** It was demonstrated that theoretical-practical instructions and guidelines can enable lay people to carry out the protocol and become able to save lives.

KEYWORDS: Health Education; Teaching; Cardiopulmonary Resuscitation.

INTRODUÇÃO

A instrução da população quanto ao Suporte Básico de Vida (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). Em 1961, a American Heart Association fundou um comitê de reanimação cardiopulmonar (RCP) que conta com diretrizes as quais mostram como a RCP pode salvar vidas e dobrar ou triplicar a chance de sobrevivência das vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2018).

As doenças cardiorrespiratórias são uma das principais causas de mortes anuais no Brasil e no mundo, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

e a Organização Mundial de Saúde (OMS). A falta de reconhecimento dos sintomas e a desvalorização da situação encontrada levam a 80% dos óbitos no ambiente extra-hospitalar e ocasionam atraso no acionamento de atendimento especializado (PERGOLA; ARAÚJO, 2009).

Dessa forma, o Instituto Nacional de Emergência Médica (2017) considera fundamental a intervenção rápida e adequada de uma PCR, que corresponde a um evento trágico o qual antecipa o fim da vida. Pergola e Araújo (2009) define SBV como a primeira abordagem da vítima e compreende etapas que podem ser iniciadas fora do ambiente hospitalar e, se realizadas por leigos devidamente capacitados e informados, pode aumentar a sobrevivência e diminuir as sequelas das vítimas de PCR.

Dada a importância da disseminação dos conhecimentos acerca do suporte básico de vida (SBV), o objetivo dessa pesquisa foi avaliar nível de conhecimento sobre SBV e orientar profissionais que trabalham na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais acerca do Suporte Básico de Vida (SBV), voltado para o público infanto-juvenil.

MÉTODOS

O estudo realizou uma pesquisa de campo do tipo intervencional, prospectiva, com abordagem quantitativa, constituída por uma amostra não probabilística intencional.

Os participantes incluídos na pesquisa foram os trabalhadores de uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de uma cidade do interior de Minas Gerais que tenham contato direto com as crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais. Os trabalhadores que estavam de férias ou de licença foram excluídos da amostra, assim como aqueles que possuíam alguma deficiência que os incapacitavam de realizar as manobras.

A pesquisa foi feita em dois momentos. A primeira etapa foi dividida em três fases: (1) avaliação, (2) educacional e (3) reavaliação. Na coleta de dados, os profissionais preencheram uma ficha contendo dados pessoais e acerca da vivência prévia ou não de alguma emergência. Também realizaram um pré-teste, no qual foi analisado o conhecimento prévio sobre o Suporte Básico de Vida Pediátrico e seus procedimentos.

A fase educacional constou numa aula teórica, intitulada “REANIMA”, contendo a descrição sobre as técnicas de realização do SBV de acordo com os critérios adotados pela AHA. A aula abrangeu a história da fundação do comitê de RCP, e também as definições de PCR, RCP, o que é e o objetivo de dar suporte à vítima de PCR com a realização do SBV até a chegada do SAV. Também foi ensinado como avaliar a segurança do local e a resposta da vítima para se diagnosticar a parada. Em sequência foi explicado o algoritmo do SBV, as manobras de desengasgo e o processo para minimizar os danos de convulsões. Após o término da aula teórica, os pesquisadores orientaram os participantes a realizarem a prática das manobras preconizadas pelo SBV.

Já na fase devolutiva, foi aplicado novamente o questionário inicial, agora como um

pós-teste, para avaliar o conhecimento adquirido nas aulas teórica e prática.

A coleta de dados foi realizada de outubro a dezembro de 2021, após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas sob o parecer de número 5.037.411.

Inicialmente os dados foram armazenados em planilha do Excel do Microsoft Office. Posteriormente, foram analisados através de estatística descritiva em porcentagem.

RESULTADOS

No total, 24 pessoas participaram do estudo. Dessas, 29,2% afirmaram que já tiveram alguma aula ou curso sobre SBV, mas apenas 42,8% desses se sentiam preparados para lidar com situações de emergência. Os que constataram que nunca tiveram essas aulas ou cursos e ainda relataram que nunca receberam nenhum tipo de instrução sobre foram 70,8%.

Ademais, 41,6% nunca ouviram falar sobre SBV e, apesar disso, 66,6% já presenciaram alguma situação de urgência/emergência e se sentiram nervosos perante a mesma. Nessas situações, a maioria (68,75%) se portou como auxiliar do SAMU; 12,5% estiveram ao lado dos bombeiros e 18,75% não fizeram nada.

Ao serem questionados sobre a possibilidade de fazerem massagem cardíaca em desconhecidos, 87,5% se mostraram dispostos e 100% consideravam importante aprender sobre o SBV. Os que não se apresentaram propensos a realização, disseram não saber o porquê de tal.

Todos os participantes responderam a um mesmo questionário em dois momentos: como Pré Teste, no início do estudo, e como Pós Teste, após as aulas teórico-práticas e discussões. No Pré Teste, a questão 1 avaliou o conhecimento dos participantes a respeito da sigla SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), onde 87,5% dos participantes responderam corretamente. A questão 2 ponderou a conduta em situação de parada cardiorrespiratória e 79,2% dos participantes responderam corretamente que se deve fazer o suporte básico de vida até que o SAMU chegue ao local.

A questão 3 falava sobre sinais de parada cardiorrespiratória. 95,8% dos participantes responderam corretamente que ausência de pulso em grandes artérias, apneia e inconsciência são sinais de PCR.

A questão 4 afirmava que é essencial que o socorrista chame o serviço de ambulância e inicie a reanimação em caso de PCR. 100% dos participantes responderam corretamente que tal proposição é verdadeira.

A questão 5 avaliou os passos do Suporte Básico de Vida até a chegada do Suporte Avançado de Vida. 41,7% dos participantes responderam corretamente que se deve avaliar a resposta da vítima, acionar o serviço de emergência, checar a presença de respiração efetiva e pulso, iniciar ciclos de 30 compressões torácicas externas para duas ventilações

e aplicar o desfibrilador externo automático assim que disponível.

A questão 6 avaliou os recursos de primeiros socorros para a recuperação das funções cardiorrespiratórias. 91,7% dos participantes responderam corretamente que tais recursos são massagem cardíaca e respiração artificial.

A questão 7 avaliou qual o tempo preconizado pelo Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) para a troca entre si de socorristas durante compressões torácicas. 29,2% dos participantes responderam corretamente que a troca deve ser realizada a cada 2 minutos.

A questão 8 questiona o mecanismo de funcionamento das compressões torácicas. Todos os participantes (100%) responderam corretamente no pré teste que as compressões garantem a circulação do sangue, promovem a oxigenação pulmonar e evitam a morte das células, principalmente do cérebro e do coração. No entanto, no pós teste, os acertos caíram para 95,8%.

A questão 9 apresentou um cenário de PCR em uma vítima deitada em uma cama e avaliou a conduta correta para tal situação. 37,5% dos participantes responderam corretamente que a vítima deveria ser removida para uma superfície plana e dura para poder iniciar as manobras do Suporte Básico de Vida.

No Pós Teste, os acertos da primeira pergunta passaram de 87,5% para 95,8%. Na segunda, de 79,2% para 100%. Na terceira, de 95,8% para 100%. Na quarta, permaneceram 100%. Na quinta, foram de 41,7% para 95,8%. Na sexta, continuaram 91,7%. Na sétima, passaram de 29,2% de acertos para 87,5%. Na oitava, de 100% caíram para 95,8%. E, na nona, foram de 37,5% para 79,2, como exemplificado na tabela 1 abaixo.

Questão	Pré Teste	Pós Teste
1	87,50%	95,80%
2	79,20%	100%
3	95,80%	100%
4	100%	100%
5	41,70%	95,80%
6	91,70%	91,70%
7	29,20%	87,50%
8	100%	95,80%
9	37,50%	79,20%

Tabela 1: Comparação do percentual de acertos no Pré e Pós Teste

DISCUSSÃO

No Brasil, a instrução à população quanto ao Suporte Básico de Vida SBV é um

enorme desafio, visto que não é obrigatória na grade escolar e que, na grande maioria das vezes, só é oferecida nos cursos da área da saúde. A inserção do SBV na grade é uma recomendação já feita entre 2003 e 2004 pela AHA (American Heart Association) e pelo ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), sendo a escola considerada um bom lugar para orientar os indivíduos acerca da realização das técnicas de RCP e familiarizá-los com o uso de Desfibrilador Externo Automático – DEA (LÓPEZ-MESSA *et al.*, 2011).

Em nosso estudo, foi registrado um baixo nível de conhecimento dos participantes sobre SBV, o estudo de Pergola e Araujo em 2009, mostra que a população no geral é leiga a respeito do SBV e possui conhecimentos incorretos e incompletos acerca do tema, podendo realizar manobras e procedimentos incorretos na tentativa de salvar uma vida.

Não foi encontrado na literatura, nenhuma pesquisa com trabalhadores de uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, destacamos a importância do treinamento desse público, pois, permanecem em contato direto com as crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais, os quais estão sujeitos a ocorrências de situações adversas em saúde.

No campo da saúde, o desconhecimento sobre os procedimentos de SBV entre estudantes de saúde, o conhecimento sobre foi evidenciado na pesquisa de CAMPOS *et al.* em 2019, que foi realizada com estudantes de odontologia, demonstrou também conhecimento insatisfatório o que foi atribuído a poucas orientações teóricas durante a graduação.

Gomes em 2015, caracterizou a “cadeia de sobrevivência” como uma série de etapas que visam salvar uma vida, sendo elas: o rápido reconhecimento da PCR e acionamento do serviço de emergência médica; o precoce início das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP); a rápida desfibrilação e, por fim, a realização do suporte avançado de vida (SAV) (DIXE; GOMES, 2015).

Outro estudo realizado por PRETO, 2020, também identificou resultados semelhante entre estudantes do ensino superior de ciências da saúde. Foi verificado que acadêmicos de saúde tem conhecimentos e competências a desejar sobre a área, devendo ser mais desenvolvidos.

Dessa forma fica evidente a necessidade de capacitação da área da saúde e da sociedade como um todo a respeito do SBV. Assim identificar uma PCR e suas causas é de extrema importância. Silva *et al.* (2017) por quatro ritmos: Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sem pulso (TVSP), ritmos de assistolia ou atividade elétrica sem pulso (AESP). Nesse sentido, uma vez constatado estas condições, devem-se iniciar imediatamente a RCP para prevenir lesões irreversíveis, principalmente, no cérebro, já que o mesmo não suporta a hipóxia por um período superior que cinco minutos (SILVA *et al.*, 2017; TALLO *et al.*, 2012).

A FV é a contração descoordenada do miocárdio decorrente da atividade caótica

de diferentes grupos de fibras miocárdicas, resultando na ineficiência do músculo cardíaco em manter o rendimento de volume sanguíneo. No eletrocardiograma (ECG), observa-se ausência de complexos ventriculares singulares os quais são substituídos por ondas irregulares em zigzague, variando-se a amplitude e duração (TALLO et al., 2012; BRASIL, 2016).

Na TVSP, ocorre a sucessão rápida de batimentos ectópicos ventriculares, podendo causar deterioração da hemodinâmica. Assim, o pulso arterial palpável torna-se ausente, quando então, deve-se tratar com o mesmo vigor da FV. No ECG, observa-se a repetição dos complexos QRS alargados e não precedidos pelas ondas P – caso estejam presentes, não há relação com os complexos ventriculares (TALLO et al., 2012; BRASIL, 2016).

Já a assistolia é a cessação de qualquer atividade elétrica ou mecânica dos ventrículos, que no ECG, caracteriza-se pela ausência de qualquer ação ventricular, observada em, ao menos, duas derivações (TALLO et al., 2012; BRASIL, 2016). Por fim, a AESP é a ausência de pulso palpável na presença de alguma atividade elétrica, excluindo-se taquicardia e fibrilação ventricular. No ECG, observa-se a presença de movimento elétrico organizado, mas sem produção de resposta contrátil eficiente e detectável (TALLO et al., 2012; BRASIL, 2016).

O SBV é considerado base para o atendimento em casos de PCR e nele é definida a sequência primária de reanimação para salvar vidas, incluindo reconhecimento imediato do agravo, ativação do sistema de resposta de emergência e a realização de RCP precoce (TOMAZINI, 2017). A simples atuação de um leigo que imediatamente reconhece uma PCR, realiza compressões torácicas e chama por socorro especializado previne a deterioração miocárdica e cerebral (PERGOLA; ARAUJO, 2009).

Existem evidências sobre a redução da mortalidade em vítimas de PCR que receberam, de maneira imediata, as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) por voluntários e obtiveram a preservação das funções cardíaca e cerebral (PERGOLA; ARAUJO, 2009; GONZALEZ *et al.*, 2013).

Em nosso estudo os profissionais foram treinados seguindo as Recomendações da AHA, em apoio ao treinamento encontramos o estudo de Pergola e Araújo (2009) que destacam como fundamentais o esclarecimento e a capacitação da população no atendimento à PCR, favorecendo a memorização das etapas do SBV de forma a tornar o processo mecânico e evitar a perda de tempo ao pensar na próxima tarefa a ser executada.

Em uma situação de PCR, primeiramente o socorrista deve verificar a segurança do local. Com o local seguro, ao abordar a vítima, toque-a pelos ombros e cheque se ela se encontra consciente, verificar respiração da vítima e chamar por ajuda. O “CABD primário” pode ser utilizado para descrever as etapas simplificadas do atendimento em SBV, entre elas: *circulation*, checar o pulso da vítima e realizar compressões torácicas (30 compressões); *airway*, abertura das vias aéreas; *breathing*, executar ventilação (2 ventilações após 30 compressões torácicas) e *defibrillation*, efetuar a desfibrilação (GONZALEZ *et al.*, 2013).

Para avaliação da respiração, o socorrista deve: ver se há movimentação torácica; ouvir se há ruído de ar durante a respiração e sentir se há fluxo de ar. Cabe ressaltar que a queda da língua é a causa mais comum de obstrução das vias aéreas em vítima inconsciente e, quando não há evidência de trauma de coluna vertebral, deve-se elevar o queixo de modo a permitir a abertura das vias aéreas (PERGOLA; ARAUJO, 2009).

A realização da RCP deve ser feita conforme as seguintes etapas: posicione-se ao lado da vítima, que deve ter o tórax desnudo, coloque a região hipotênar da mão sobre o esterno da vítima e a outra mão sobre a primeira, entrelaçando-a, estenda os braços e se posicione cerca de 90° acima da vítima, comprima na frequência de, no mínimo, 100 compressões/minuto, com profundidade de, no mínimo, 5 cm e permita o retorno completo do tórax após cada compressão, sem retirar o contato das mãos com o mesmo. Minimizar interrupções das compressões e reveze com outro socorrista a cada dois minutos para evitar a fadiga e compressões de má qualidade (AHA, 2015; GONZALEZ *et al.*, 2013).

Ademais, dados da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) afirmam que a taxa de sobrevivência para PCR fora do hospital é inferior a 7%, porém manobras de ressuscitação cardiopulmonar quando realizadas precocemente podem elevar a taxa de sobrevivência para 60%. Tal diretriz também estima que a cada 1 minuto de PCR sem atendimento, cerca de 10% da função cerebral é comprometida, entretanto, o desafio de ampliar o acesso ao ensino das manobras de RCP ainda é enorme.

Segundo Cardoso *et al.* (2017), estatísticas apontam que apenas 1/3 de indivíduos que sofrem PCR, são socorridos em ambientes extra-hospitalar. A AHA recomendou que as escolas americanas estabelecessem uma meta para treinar todos os professores e estudantes em RCP considerando enfaticamente a inclusão do SBV no currículo escolar. Entretanto, ainda com a evidente necessidade de capacitar os cidadãos para a realização do Suporte Básico de Vida, no Brasil ainda não existe uma legislação que assegure o treinamento compulsório em SBV nas escolas (AHA, 2015).

Tendo em vista que um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a participação popular para a promoção, prevenção e manutenção da saúde, é válido ressaltar que a capacitação da população em primeiros socorros e avaliação dos riscos em situações emergências contribui de forma significativa para a diminuição dos agravos e da mortalidade das próprias pessoas que compõem a sociedade (CARDOSO *et al.*, 2017; BRASIL, 2013).

CONCLUSÃO

A população mostra-se leiga a respeito do suporte básico de vida e a realização de manobras que salvam vidas, como a ressuscitação cardiopulmonar. Contudo, foi demonstrado que instruções e orientações teórico-práticas conseguem capacitar leigos a

realizarem o protocolo e se tornarem aptos a salvar vidas.

Ainda são necessários estudos a respeito do tema, mas percebe-se que a capacitação nas escolas e demais ambientes seria uma forma de instruir e facilitar a disseminação de conhecimento, tornando mais pessoas capazes de realizar RCP. Assim, o número de mortes por parada cardíaca poderia se reduzir.

REFERÊNCIAS

AHA. American Heart Association. Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC. **American Heart Association**, p. 1-34, 2015.

AHA. American Heart Association. History of the American Heart Association. **American Heart Association**. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolos de Suporte Básico de Vida. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília/DF, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília/DF, 2013.

CAMPOS, A.C.M, et al. Nível de conhecimento sobre suporte básico de vida dos estudantes de odontologia. **HU rev**. 2019.

CARDOSO, R. R.; SOARES, L. G. B.; CALIXTO, F. R. P.; CARVALHO, L. F. S.; DURANTE, R. V.; VELOSO, R. C. Suporte básico de vida para leigos: uma revisão integrativa, **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 19, n.2, p. 158-167, 2017.

CORONEL, B.M, et al. Protocolos das Unidades de Pronto Atendimento 24H. **UPAS**. 2010.

DAST. Departamento de Atenção a Saúde do Trabalhador. NOÇÕES DE PRIMEIROS SOCORROS EM AMBIENTES DE SAÚDE. **UFMG**. 2018.

DUFF, J. P.; TOPJIAN,; BERG, M. D.; HASKELL, S. E.; JOYNER, B. L. J.; LASA, J. J.; LEY, S. J.; RAYMOND, T. T.; SUTTON, R. M.; HAZINSKI, M. F.; ATKINS, D. L. American Heart Association Focused Update on Pediatric Advanced Life Support: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circularion**. Dallas/TX, v.138, n.23, p.731-739, 2018.

FERNANDES, J. M. G.; LEITE, A. L. S.; AUTO, B. S. D.; LIMA, J. E. G.; RIVERA, I. R.; MENDONÇA, M. A. Ensino de suporte básico de vida para alunos de escolas pública e privada do ensino médio. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, 2014.

GONZALEZ, M. M.; TIMERMAN, S.; OLIVEIRA, R. G.; POLASTRI, T. F.; DALLAN, L. A. P.; ARAÚJO, S.; LAGE, S. G.; SCHMIDT, A.; BERNOCHE, C. S. M.; CANESIN, M. F.; MANCUSO, F. J. N.; FAVARATO, M. H. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v. 100, n. 2, p. 105-113, 2013.

INEM. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto. **Departamento de Formação em Emergência Médica**. [S. l.: s. n.], 2017.

International Liaison Committee on Resuscitation. Part 1: introduction. **Resuscitation**. 67(2), 181-186. 2005.

MARTIS, H.S, et al. Emergencias Clínicas: abordagem prática. **Editora MANOLE**. 2 edição. Barueri, São Paulo. 2016.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Doenças cardiovasculares. **OPAS e OMS**. [S. I.], 2017.

PERGOLA, A. M.; ARAUJO, I. E. M. O leigo e o suporte básico de vida. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 335-342, 2009.

PRETO, P.M.B. Conhecimento sobre suporte básico de vida em estudantes do ensino superior de ciências da saúde. Tese. **Bragança**. 2020.

SILVA, K. R.; ARAÚJO, S. A. S. T.; ALMEIDA, W. S.; PEREIRA, I. V. D. S.; CARVALHO, E. A. P.; ABREU, M. N. S. Parada Cariorrespiratória e o Suporte Básico de Vida no Ambiente Pré-hospitalar: O Saber Acadêmico. **Saúde**. Santa Maria/RS, v.43, n.1, p.53-59, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**. 2013; 101, (2 Supl. 3): 1-240

TALLO, F. S.; JUNIOR, R. M.; GUIMARÃES, H. P.; LOPES, R. D.; LOPES, A. C. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo/SP, v.10, n.3, p.194-200, 2012.