



SUPORTE BÁSICO DE VIDA: FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS, EDUCAÇÃO, LOGÍSTICA E DIMENSÕES ÉTICO-SOCIAIS NO CUIDADO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Resumo: Este capítulo apresenta uma abordagem abrangente e sistêmica do Suporte Básico de Vida, fundamentada nas mais recentes diretrizes internacionais e na literatura científica contemporânea. Inicialmente, são explorados os fundamentos do SBV, destacando seu papel como primeiro elo técnico da cadeia de sobrevivência e a centralidade das compressões torácicas de alta qualidade na preservação da viabilidade neurológica e miocárdica durante a parada cardiorrespiratória. A sequência CAB, o reconhecimento precoce da PCR, a atuação do telefonista na RCP assistida e a desfibrilação precoce com DEA são analisados à luz das evidências mais atuais. A questão central foi discutir a transição do modelo expositivo tradicional para abordagens pedagógicas baseadas em metodologias ativas. A metodologia baseou-se em revisão narrativa da literatura. O capítulo detalha, ainda, os conteúdos essenciais que devem compor os programas de treinamento em SBV, organizados nas dimensões cognitiva, psicomotora e atitudinal. Abordam-se as técnicas de compressão torácica, ventilação, uso do DEA, manejo da obstrução de vias aéreas por corpo estranho e as especificidades do atendimento pediátrico, bem como as estratégias para superação de barreiras subjetivas que inibem a ação do socorrista leigo. A educação comunitária e a inclusão são tratadas como pilares para a redução das desigualdades na resposta à PCR, com ênfase na atuação em escolas, adaptação cultural e linguística dos materiais, acessibilidade para pessoas com deficiência e articulação com políticas públicas orientadas por princípios de equidade em saúde. O capítulo oferece uma visão integrada e multidimensional do Suporte Básico de Vida, reafirmando que a efetividade da reanimação cardiopulmonar depende não apenas do domínio técnico das manobras, mas de um sistema complexo e articulado que envolve educação de qualidade, logística eficiente, inclusão social, avaliação contínua e sólida fundamentação ético-legal, tendo como objetivo último a preservação da vida com a melhor qualidade neurológica possível.

Palavras-Chave: Educação em Emergências; Equidade em Saúde; Inclusão Social; Suporte Básico de Vida; Treinamento em SBV.

Ana Carla Henrique Entringer¹

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário – Multivix, Cachoeiro de Itapemirim-ES, Brasil. Contato: anacarla_he@hotmail.com

Eliana Aparecia Henrique Steins²

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário – Multivix, Cachoeiro de Itapemirim-ES, Brasil. Contato: elianaaphsteins@gmail.com

Enzo Perim Carreiro³

Acadêmico de Medicina do Centro Universitário – Multivix, Cachoeiro de Itapemirim-ES, Brasil. Contato: enzoperim2@gmail.com

Hugo Almeida Tomazini⁴

Acadêmico de Medicina do Centro Universitário – Multivix, Cachoeiro de Itapemirim-ES, Brasil. Contato: hugoalmeidat@gmail.com

Kalebe Dias da Cunha⁵

Acadêmico de Medicina do Centro Universitário – Multivix, Cachoeiro de Itapemirim-ES, Brasil. Contato: kalebe@gmail.com

Roselena Abreu Guedes⁶

Acadêmica de Medicina do Centro Universitário – Multivix, Cachoeiro de Itapemirim-ES, Brasil. Contato: rosinhafarma25@gmail.com

Vanderson Bras Pope⁷

Acadêmico de Medicina do Centro Universitário – Multivix, Cachoeiro de Itapemirim-ES, Brasil. Contato: vandersonbraspoppe@hotmail.com

Nelson Coimbra Ribeiro Neto⁸

Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente. UNIAN/RJ. e Professor Co-Orientador do Centro Universitário – Multivix – ES. Contato: nelson.coimbra@multivix.edu.br

Wallace Fraga Rizo⁹

Doutor em Ciências USP/RP e Professor Orientador do Centro Universitário – Multivix – ES. Contato: walacerizo@professor.multivix.edu.br



BASIC LIFE SUPPORT: SCIENTIFIC FOUNDATIONS, EDUCATION, LOGISTICS, AND ETHICAL-SOCIAL DIMENSIONS IN CARDIAC ARREST CARE

Abstract: This chapter presents a comprehensive and systemic approach to Basic Life Support, grounded in the most recent international guidelines and contemporary scientific literature. Initially, the fundamentals of BLS are explored, highlighting its role as the first technical link in the chain of survival and the centrality of high-quality chest compressions in preserving neurological and myocardial viability during cardiorespiratory arrest. The CAB sequence, early recognition of cardiac arrest, the dispatcher's role in telephone-assisted CPR, and early defibrillation with AEDs are analyzed in light of the most current evidence. The central issue addressed is the transition from the traditional expository model to pedagogical approaches based on active methodologies. The methodology was based on a narrative literature review. The chapter further details the essential content that should comprise BLS training programs, organized into cognitive, psychomotor, and attitudinal dimensions. Chest compression techniques, ventilation, AED use, management of foreign body airway obstruction, and the specificities of pediatric care are addressed, along with strategies for overcoming subjective barriers that inhibit lay rescuer action. Community education and inclusion are treated as pillars for reducing disparities in cardiac arrest response, with emphasis on school-based programs, cultural and linguistic adaptation of materials, accessibility for people with disabilities, and articulation with public policies guided by principles of health equity. The chapter offers an integrated and multidimensional view of Basic Life Support, reaffirming that the effectiveness of cardiopulmonary resuscitation depends not only on the technical mastery of maneuvers but on a complex and articulated system involving quality education, efficient logistics, social inclusion, continuous evaluation, and a solid ethical-legal foundation, with the ultimate goal of preserving life with the best possible neurological outcome.

Keywords: Emergency Education; Health Equity; Social Inclusion; Basic Life Support; BLS training.

1. INTRODUÇÃO

O Suporte Básico de Vida constitui o alicerce fundamental da abordagem à parada cardiorrespiratória em qualquer sistema de saúde, congregando um conjunto de intervenções simples, porém rigorosamente tempo-dependentes, que podem ser executadas tanto por leigos quanto por profissionais de saúde treinados. As diretrizes de Reanimação Cardiopulmonar e Emergência Cardiovascular publicadas entre 2020 e 2025 reforçam, de maneira consistente, que a qualidade do SBV é fator determinante para a sobrevivência e o prognóstico neurológico dos pacientes, posicionando este conjunto de manobras como o primeiro elo técnico da cadeia de sobrevivência (Aha, 2025).

A cadeia de sobrevivência, consolidada como modelo organizador das ações em parada cardiorrespiratória, evoluiu nas atualizações recentes para incorporar explicitamente componentes de prevenção, cuidados pós-parada e equidade em saúde. No contexto extra-hospitalar, a sequência inclui o reconhecimento precoce da parada e ativação do serviço de emergência, a RCP precoce por testemunhas, a desfibrilação rápida, o suporte avançado eficaz e os cuidados integrados pós-parada. No ambiente intra-hospitalar, os elos são adaptados para

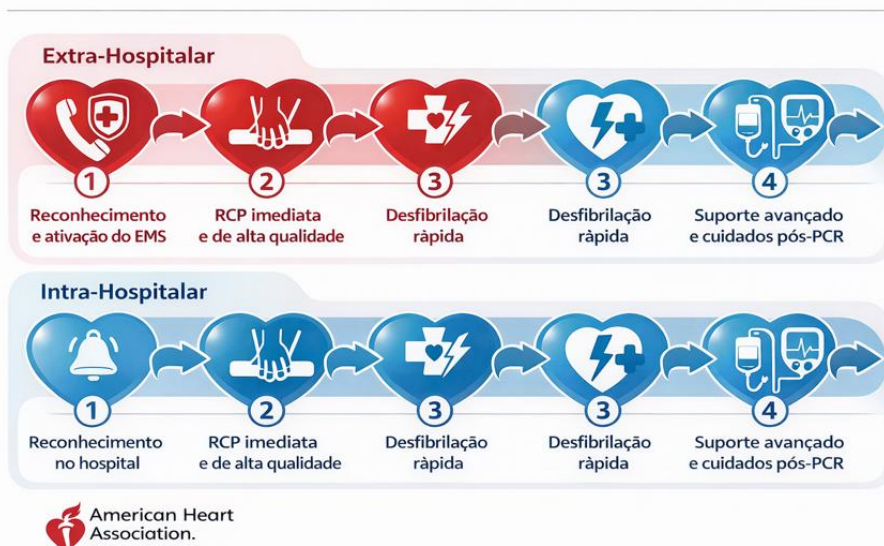


ênfatisar sistemas de alerta precoce, equipes de resposta rápida e monitorização contínua. Este modelo expressa que o SBV, embora isoladamente não seja suficiente, constitui condição necessária para que as intervenções subsequentes possam alcançar efetividade (Aha, 2025).

A Figura 1 apresenta a cadeia de sobrevivência proposta pela American Heart Association, destacando seus elos essenciais nos contextos extra-hospitalar e intra-hospitalar. Este modelo conceitual organiza de forma integrada as ações necessárias para o manejo eficaz da parada cardiorrespiratória, evidenciando que a sobrevivência do paciente depende de uma sequência coordenada e tempo-dependente de intervenções. Ao posicionar o reconhecimento precoce da emergência, a reanimação cardiopulmonar imediata e a desfibrilação rápida como etapas iniciais e interdependentes, a figura permite compreender o papel central do Suporte Básico de Vida como fundamento sobre o qual se apoiam o suporte avançado e os cuidados pós-parada. Assim, a representação gráfica facilita a assimilação do arcabouço conceitual que orienta todo o desenvolvimento deste capítulo.

Figura 1 – Cadeia de Sobrevivência da AHA: da identificação precoce aos cuidados pós-parada cardiorrespiratória.

A Cadeia de Sobrevivência da AHA



Fonte: Adaptado de American Heart Association (AHA). *Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*, 2020–2025.

O presente capítulo aborda o SBV em sua multidimensionalidade, explora seus fundamentos científicos, as estratégias educacionais para sua disseminação, os conteúdos



essenciais dos programas de treinamento, os aspectos logísticos necessários à sua implementação efetiva, as ações de educação comunitária orientadas pela inclusão e equidade, os métodos de avaliação de impacto e, finalmente, as considerações éticas e legais que permeiam a prática da reanimação cardiopulmonar.

2. FUNDAMENTOS DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Do ponto de vista fisiopatológico, o propósito fundamental do SBV é manter fluxo sanguíneo mínimo, porém crítico, para o coração e o cérebro durante o período de interrupção da circulação espontânea, preservando a viabilidade miocárdica e neurológica até que seja possível restabelecer um ritmo cardíaco perfusor ou reverter a causa subjacente da PCR. Evidências experimentais e clínicas demonstram que compressões torácicas eficazes geram pressão de perfusão coronariana e cerebral suficiente para retardar a instalação de dano anóxico irreversível, desde que realizadas com frequência e profundidade adequadas e com o mínimo possível de interrupções. O tempo de isquemia "não tratada" configura-se como o principal determinante de lesão neurológica, o que explica por que atrasos de poucos minutos no início da RCP associam-se a quedas acentuadas na probabilidade de sobrevivência com boa função cerebral (Aha, 2024-2).

As diretrizes contemporâneas consolidaram a sequência CAB — compressões, via aérea, respiração — para o manejo inicial da PCR, invertendo a lógica tradicional do ABC e simbolizando o papel central das compressões torácicas na fase inicial da reanimação. Para adultos, a recomendação destinada a leigos é, em muitos cenários, priorizar a RCP apenas com compressões ("hands only"), particularmente quando há insegurança quanto à realização de ventilação boca a boca, reforçando o princípio de que "qualquer RCP é melhor do que nenhuma RCP". Em ambientes profissionais, mantêm-se as compressões associadas à ventilação, com relação de 30:2 para atendimentos realizados por um ou dois socorristas, podendo esta relação ser modulada conforme o contexto — adulto, pediátrico ou na presença de via aérea avançada. Em crianças e lactentes, a ventilação assume maior relevância, considerando a maior frequência de causas respiratórias como desencadeantes da PCR neste grupo etário (Raffay *et al.*, 2025).

A identificação precoce da PCR constitui fundamento basilar do SBV. As diretrizes enfatizam que qualquer pessoa, ao deparar-se com um indivíduo não responsivo e



aparentemente sem respiração normal, deve acionar imediatamente o serviço de emergência e iniciar as compressões torácicas, sem perder tempo com checagens complexas ou prolongadas. O foco desloca-se, assim, de diagnósticos refinados para o reconhecimento prático da situação caracterizada por "sem resposta + sem respiração normal", que, no contexto comunitário, apresenta alta correlação com a ocorrência de PCR. A padronização destes critérios simplifica a educação em massa e reduz atrasos potencialmente fatais (Aha, 2025).

Outro fundamento crucial do SBV é o papel desempenhado pelo telefonista da central de regulação médica — o "dispatcher" — como elo ativo do processo de reanimação. As atualizações mais recentes descrevem a "RCP assistida por telefonista" como recomendação de alto grau de evidência, ressaltando que protocolos estruturados permitem ao atendente identificar a suspeita de PCR a partir de poucas perguntas objetivas e instruir a realização de compressões torácicas passo a passo, mesmo para leigos sem qualquer treinamento prévio. Esta abordagem reduz significativamente a lacuna temporal entre o colapso da vítima e o início efetivo da RCP, ampliando o alcance funcional dos programas de treinamento formais (Youngstrom *et al.*, 2024).

A desfibrilação precoce figura como componente essencial dentro dos fundamentos do SBV, particularmente nos ritmos cardíacos chocáveis, como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso. A introdução e disseminação do Desfibrilador Externo Automático transformaram radicalmente o cenário da PCR extra-hospitalar, possibilitando que leigos, orientados por comandos de voz, realizem análise do ritmo cardíaco e apliquem o choque quando indicado, com segurança e elevada taxa de sucesso técnico. Programas de desfibrilação de acesso público demonstraram aumento significativo nas taxas de sobrevivência em ambientes como aeroportos, cassinos, estádios esportivos e escolas que dispõem de DEAs facilmente acessíveis e equipes minimamente treinadas. O fundamento conceitual subjacente é aproximar o choque elétrico do momento do colapso, reduzindo a duração durante a qual os ritmos desfibriláveis permanecem não tratados (Youngstrom *et al.*, 2024).

As bases científicas do SBV derivam de revisões sistemáticas e processos internacionais de consenso, como os promovidos pelo International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), que sintetizam evidências provenientes de ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais, registros de grande escala e modelos animais. A American Heart Association,



a partir destes sumários de evidências, elabora recomendações graduadas por classe de recomendação e nível de evidência, que são periodicamente atualizadas e integradas a algoritmos simples destinados ao uso na prática clínica e em programas de treinamento. Desta forma, mesmo manobras aparentemente "simples" — como a profundidade ideal das compressões ou a relação entre compressões e ventilações — são fruto de extensa e rigorosa investigação científica (Aha, 2024-2).

Os fundamentos do SBV incluem ainda a compreensão de que a ressuscitação é um processo sistêmico, não um evento isolado. As versões mais recentes das diretrizes enfatizam que a qualidade da RCP realizada em campo depende de uma complexa rede de fatores inter-relacionados, tais como educação em massa da população, acesso facilitado à informação, disponibilidade de equipamentos adequados, organização eficiente dos serviços de emergência, protocolos intra-hospitalares bem estabelecidos e políticas públicas de suporte. Desta perspectiva, o SBV deve ser entendido como uma prática distribuída na sociedade, compartilhada entre profissionais de saúde, instituições e comunidade em geral (Aha, 2025).

3. FUNDAMENTOS PARA O ENSINO DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA

A educação em emergências, aplicada ao contexto do Suporte Básico de Vida, deslocou-se nas últimas décadas de um modelo centrado em cursos pontuais e expositivos para uma abordagem baseada em ciência da educação, aprendizagem ativa e manutenção de competências ao longo do tempo. As diretrizes da AHA e de outras organizações internacionais incorporaram explicitamente princípios pedagógicos, reconhecendo que a forma como se ensina RCP e SBV é tão crítica quanto o conteúdo em si. Nesse cenário, educação em emergências passa a significar um conjunto de estratégias planejadas para formar, atualizar e engajar leigos e profissionais, de modo que estejam aptos a reconhecer e manejar situações críticas com rapidez e segurança (Aha, 2025).

Um princípio central da educação em emergências é a adequação do conteúdo e da metodologia ao público-alvo. Para leigos, a ênfase recai em poucos passos críticos: reconhecer a emergência, acionar o serviço de emergência, iniciar compressões torácicas e, quando disponível, usar o DEA, com linguagem simples e reforço de que qualquer ajuda é valiosa. Para profissionais de saúde, além desses passos, abordam-se algoritmos completos, integração com



suporte avançado, comunicação em equipe e tomada de decisão sob pressão. A diferenciação de objetivos protege contra a sobrecarga de informações nos cursos para leigos e contra a superficialidade na formação de profissionais (Aha, 2024-2).

As orientações recentes de educação em ressuscitação defendem fortemente o uso de metodologias ativas, como simulação realística e prática deliberada. Nesses modelos, o estudante deixa de ser receptor passivo de informações para assumir papel central na resolução de cenários que reproduzem o ambiente real de emergência, com manequins, alarmes, múltiplos atores e necessidade de priorização de condutas. O debriefing, conduzido após o cenário, permite análise estruturada das ações, identificação de acertos e oportunidades de melhoria, integrando aspectos técnicos, de comunicação e de liderança. Estudos associam essa abordagem a melhor retenção de habilidades e maior transferência do aprendizado para a prática (Júnior *et al.*, 2016).

Outro elemento chave da educação em emergências é a frequência e a distribuição do treinamento ao longo do tempo. Evidências mostram que competências em RCP declinam rapidamente após um curso único, muitas vezes em poucos meses, especialmente entre indivíduos que não utilizam essas habilidades regularmente no trabalho. Em resposta, ganha força o conceito de “low-dose, high-frequency training”, que consiste em sessões curtas, focadas e frequentes de prática, em vez de cursos longos e esporádicos. Essa estratégia parece particularmente eficaz em ambientes hospitalares e em escolas, onde é possível inserir pequenos blocos de prática na rotina (Onbasilar *et al.*, 2025).

A tecnologia exerce papel crescente na educação em emergências. Simuladores de baixa, média e alta fidelidade, manequins com feedback de compressão, plataformas on-line, aplicativos e realidade virtual ampliam as possibilidades de treinamento, permitindo que alunos pratiquem em diferentes cenários e recebam retorno objetivo sobre desempenho. As diretrizes mais recentes atribuem recomendação de classe 1 ao uso de dispositivos de feedback em treinamentos, destacando seu impacto positivo na qualidade das compressões e na retenção de habilidades. Recursos digitais também viabilizam módulos teóricos assíncronos, otimizando o uso do tempo presencial para prática e discussão (Tian *et al.*, 2024).

A educação em emergências tem se preocupado, ainda, com a integração entre treinamento formal e campanhas de sensibilização em massa. Estratégias como vídeos curtos



em redes sociais, cartazes em locais públicos, demonstrações em eventos comunitários e inserções em mídias tradicionais ajudam a reforçar mensagens simples sobre reconhecimento da PCR e importância de chamar o serviço de emergência e iniciar compressões. Tais campanhas não substituem a formação estruturada, mas funcionam como amplificadores de alcance e reforço de conceitos-chave, principalmente em populações com acesso limitado a cursos presenciais (Dos Santos *et al.*, 2021).

Do ponto de vista institucional, a educação em emergências exige planejamento contínuo, com definição de público prioritário, metas de cobertura, cronogramas de reciclagem e indicadores de desempenho. Hospitais, serviços de emergência, escolas e empresas que implementam programas sistemáticos de treinamento em SBV tendem a apresentar melhor desempenho em indicadores como tempo até RCP, taxa de RCP por colegas de trabalho e confiança da equipe em situações críticas. Estudos quase experimentais em serviços de atenção primária, por exemplo, mostram melhora significativa de conhecimentos e habilidades após programas de capacitação estruturados em SBV. Essa evidência reforça que educação em emergências é investimento com retorno consistente em desempenho assistencial (Borges *et al.*, 2025).

A dimensão emocional da educação em emergências também vem ganhando atenção. Enfrentar uma PCR, participar de manobras de RCP ou testemunhar um óbito súbito são experiências potencialmente traumáticas para leigos e profissionais, e a educação deve prepará-los não apenas tecnicamente, mas também para lidar com o impacto emocional. Programas de treinamento que incluem discussão sobre reações emocionais, estratégias de autocuidado e recursos de apoio psicológico contribuem para reduzir sofrimento moral e burnout. As diretrizes europeias de ética em ressuscitação sugerem incluir o raciocínio ético e a reflexão sobre experiências difíceis como competências centrais na formação em emergências (Raffay *et al.*, 2025).

Finalmente, a educação em emergências deve dialogar com a realidade local, articulando-se com políticas de saúde, cultura organizacional e necessidades específicas de cada comunidade. Em contextos de baixa renda podem, por exemplo, ser priorizados materiais de baixo custo, manequins improvisados e parcerias com instituições de ensino e lideranças comunitárias para ampliar o alcance do ensino de RCP. Em ambientes de alta tecnologia, por



outro lado, a ênfase pode recair sobre simulação avançada e integração de dados de desempenho em sistemas de melhoria contínua. Em todos os casos, o eixo comum é reconhecer a educação em emergências como pilar estruturante da resposta social à PCR (Dos Santos *et al.*, 2021).

4. TREINAMENTO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

O treinamento em Suporte Básico de Vida deve ser concebido como um percurso estruturado que desenvolve competências cognitivas, psicomotoras e atitudinais, alinhadas às diretrizes científicas vigentes e às necessidades do público-alvo. Os conteúdos essenciais desse treinamento precisam equilibrar simplicidade e precisão, garantindo que os participantes sejam capazes de reconhecer a PCR, iniciar rapidamente manobras eficazes, acionar o sistema de emergência e utilizar o DEA com segurança. As atualizações de 2020–2025 reforçam que o foco deve recair naquilo que comprovadamente impacta desfechos: compressões torácicas de alta qualidade, desfibrilação precoce, coordenação entre socorristas e continuidade do cuidado até a chegada de suporte avançado (Aha, 2025).

No eixo cognitivo, o conteúdo central inclui conceitos de PCR, cadeia de sobrevivência, sinais de alerta de deterioração clínica, critérios práticos para reconhecimento de parada e passos básicos da sequência de atendimento. Os participantes precisam compreender que a PCR é uma emergência tempo-dependente, na qual cada minuto sem RCP reduz a chance de sobrevivência, e que a dúvida não deve atrasar a intervenção. São abordadas ainda noções de segurança da cena, importância da ativação precoce do serviço de emergência e papel do telefonista na orientação da RCP. Em treinamentos para profissionais, acrescentam-se aspectos de fisiologia básica, ritmos chocáveis e não chocáveis e integração com suporte avançado (Youngstrom *et al.*, 2024).

No campo psicomotor, o coração do treinamento de SBV é a execução correta das compressões torácicas. Os alunos devem praticar frequentemente a posição adequada das mãos, a postura do socorrista, a profundidade (geralmente 5 a 6 cm em adultos) e a frequência de compressões recomendada, além da importância de permitir retorno completo do tórax e reduzir ao mínimo as interrupções. A coordenação entre compressões e ventilação, quando indicada, também é treinada, incluindo uso de barreiras de proteção e dispositivos simples, como máscara de bolso. Nas últimas diretrizes, o uso de manequins com feedback digital foi alçado a



recomendação de alta prioridade para cursos, dado seu impacto na melhoria da qualidade das compressões e na retenção de habilidades (Aha, 2025).

É fundamental transmitir aos participantes a mensagem de que o DEA é especificamente projetado para uso por leigos, incorporando algoritmos de segurança que, em geral, impedem a aplicação de choque quando o ritmo cardíaco não é passível de desfibrilação. Este conhecimento contribui significativamente para reduzir o medo de "errar" ou causar dano. Em cenários simulados, os alunos praticam a integração fluente do uso do DEA à sequência completa de SBV, aprendendo a retomar as compressões torácicas imediatamente após a eventual aplicação do choque, com o mínimo de interrupção possível (Aha, 2020).

Para públicos pediátricos e profissionais que atendem crianças, conteúdos específicos são incluídos, como diferenças anatômicas, causas frequentes de PCR em pediatria, adaptações na técnica de compressão (uso de uma ou duas mãos, compressões com dois dedos em lactentes) e importância relativa da ventilação. Aborda-se também o uso de DEA com atenuadores de dose quando disponíveis, bem como a prioridade de suporte ventilatório em situações de afogamento e obstrução de vias aéreas. Essas nuances garantem que o treinamento não se limite ao modelo adulto, que embora frequente, não cobre toda a gama de emergências vivenciadas na prática (Raffay *et al.*, 2025).

A desobstrução de vias aéreas por corpo estranho é um componente tradicional dos cursos de SBV e permanece como conteúdo essencial. Os alunos aprendem a reconhecer sinais de engasgo grave (incapacidade de falar, tossir ou respirar eficazmente), a realizar tapas interescapulares e compressões abdominais (manobra de Heimlich) em adultos e crianças, e manobras adaptadas para lactentes e gestantes. Simulações e prática repetida em manequins específicos ajudam a consolidar essas habilidades, que têm alto potencial de serem aplicadas em ambientes domésticos e escolares. Trata-se de conteúdo particularmente relevante para programas comunitários e escolares (Sadjadi *et al.*, 2025).

No eixo atitudinal, o treinamento em SBV deve dedicar atenção específica ao trabalho sobre crenças limitantes, medos e barreiras subjetivas que influenciam decisivamente a disposição do indivíduo para agir diante de uma emergência real. Muitos participantes experimentam temores significativos: causar dano adicional à vítima, ser responsabilizado legalmente por suas ações ou "fazer algo errado" diante da complexidade de uma PCR, o que



pode resultar em paralisia decisória no momento crítico. Os conteúdos essenciais incluem, portanto, discussões abertas sobre as leis de proteção ao socorrista (princípios do "Good Samaritan"), apresentação de evidências científicas demonstrando que compressões torácicas realizadas em pessoa que não se encontra em PCR raramente causam danos grave, e o reforço consistente de que a omissão de socorro costuma ser muito mais perigosa que a ação bem-intencionada, mesmo quando imperfeita. Ao abordar explicitamente estas questões, os treinamentos procuram transformar espectadores passivos em atores ativos e confiantes na cadeia de sobrevivência (Aha, 2025; Dainty *et al.*, 2024; Raffay *et al.*, 2025).

A organização didática do curso é outro conteúdo “invisível”, mas essencial. As diretrizes de educação em ressuscitação recomendam que cursos de SBV sejam estruturados com objetivos claros, conteúdo modular (por exemplo, reconhecimento e acionamento, compressões, ventilação, DEA, engasgo) e tempo adequado para prática de cada habilidade. A proporção instrutora-aluno deve permitir supervisão próxima e feedback individual, e a avaliação do desempenho deve ser coerente com os objetivos do curso, utilizando checklists baseados nas diretrizes e, quando possível, indicadores objetivos de qualidade de compressão. Estudos brasileiros mostram melhora significativa de desempenho após cursos assim estruturados em equipes da atenção básica (Júnior *et al.*, 2016).

A avaliação formativa, com feedback contínuo durante o treinamento, é componente fundamental dos conteúdos essenciais de um curso moderno de SBV. Em vez de focar apenas em provas finais, instrutores são encorajados a intervir ao longo da prática, corrigindo postura, ritmo, profundidade e sequência de ações, e a promover reflexão sobre o desempenho, em linguagem construtiva. Esse modelo favorece a aprendizagem ativa e a correção precoce de erros, evitando que padrões inadequados se cristalizem. A avaliação somativa (certificação) continua relevante, mas é ancorada em um processo pedagógico que prioriza, antes de tudo, a aquisição sólida de competências (Raffay *et al.*, 2025).

Os conteúdos essenciais de treinamento em SBV devem incluir a noção de continuidade e atualização. A mensagem transmitida aos participantes é que o curso não encerra o processo, mas inaugura uma trajetória de aperfeiçoamento. Esta trajetória compreende: com necessidade de reciclagens periódicas; prática em cenários simulados; atualização frente a mudanças de



diretrizes e participação em ações de educação de pares e comunidade. Ao situar o SBV como competência em constante construção, o treinamento contribui para uma cultura de segurança e prontidão, na qual leigos e profissionais se percebem responsáveis por manter suas habilidades afiadas (Onbasilar *et al.*, 2025).

5. ASPECTOS PRÁTICOS E LOGÍSTICOS DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA

A implementação efetiva do Suporte Básico de Vida (SBV) em uma população não depende apenas do conhecimento técnico das manobras, mas de um arranjo logístico robusto que conecte pessoas, equipamentos, serviços e políticas em torno da cadeia de sobrevivência. As diretrizes AHA 2020–2025 enfatizam que o SBV precisa estar inserido em sistemas organizados de atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR), com fluxos bem definidos desde o reconhecimento do colapso até os cuidados pós-parada. Isso implica planejamento de recursos, definição de responsabilidades institucionais, integração tecnológica e monitoramento de indicadores assistenciais (Aha, 2025).

Um primeiro eixo prático é a organização da resposta pré-hospitalar, ancorada nas centrais de regulação e comunicação. A figura do telefonista/operador de emergência passa a ser entendida como elo ativo da cadeia de sobrevivência, responsável por identificar rapidamente sinais de PCR a partir de perguntas simples e padronizadas, e por orientar RCP assistida (“telephone-CPR”) enquanto a equipe de suporte profissional se desloca. A adoção de roteiros estruturados (“não responde?”, “respira normalmente?”) reduz atrasos e erros de triagem, e a integração com sistemas de geolocalização permite localizar mais rapidamente o paciente e eventuais desfibriladores externos automáticos (DEA) próximos (Aha, 2024-2).

A disponibilidade e distribuição estratégica de DEAs são componentes logísticos cruciais. Programas de desfibrilação de acesso público recomendam mapear locais de grande circulação e maior risco de PCR – aeroportos, terminais de transporte, arenas esportivas, centros comerciais, instituições de ensino e prédios públicos – a fim de posicionar equipamentos em pontos de fácil acesso, com sinalização clara e tempo de deslocamento inferior a poucos minutos. Idealmente, cria-se um cadastro regional ou nacional de DEAs, integrado às centrais de emergência, de modo que o telefonista possa informar ao socorrista leigo onde encontrar o



equipamento mais próximo. Essa rede só funciona, porém, se houver também programas de treinamento para funcionários e frequentadores desses locais (Youngstrom *et al.*, 2024).

A logística de manutenção de DEAs e outros equipamentos de SBV frequentemente é subestimada. Baterias, pás adesivas, alarmes de auto-teste e integridade física do equipamento precisam ser verificados periodicamente, com responsáveis designados e registros de inspeção. Falhas na manutenção podem resultar em indisponibilidade do DEA no momento crítico, anulando investimentos significativos. Da mesma forma, manequins de treinamento, dispositivos de feedback, máscaras de bolso e outros insumos devem ser gerenciados por centros de treinamento para garantir qualidade e segurança nas atividades educacionais (Aha, 2025).

No ambiente intra-hospitalar, aspectos práticos e logísticos envolvem a padronização de carrinhos de parada, a disponibilidade de desfibriladores em áreas estratégicas, sistemas de alarme específicos (como o “código azul”) e equipes de resposta rápida. Carrinhos organizados de forma uniforme em toda a instituição, com checklists diários e localização fixa, reduzem tempo de busca e diminuem o risco de falhas durante a RCP. Equipes de resposta rápida, treinadas em SBV e suporte avançado, são acionadas diante de sinais precoces de deterioração clínica, buscando prevenir PCR ou garantir resposta imediata quando ela ocorre. Trata-se de um arranjo sistêmico que depende de protocolos escritos, treinamento e cultura institucional (Aha, 2025).

O transporte do paciente em PCR ou pós-ROSC constitui outra dimensão logística. No cenário extra-hospitalar, a decisão entre iniciar deslocamento precoce ou priorizar RCP prolongada no local, especialmente diante de ritmos não chocáveis, deve seguir protocolos adaptados à realidade local e à distância até o hospital de referência. Evidências recentes favorecem, em diversos contextos, a realização da RCP e desfibrilação no local com mínima interrupção, em vez de transporte durante compressões ineficazes, especialmente quando há possibilidade de intervenção avançada no cenário pré-hospitalar. Após o ROSC, a logística volta-se para o encaminhamento a unidades capazes de prover cuidados pós-parada integrados, incluindo suporte hemodinâmico, controle de temperatura e monitorização neurológica (Aha, 2025).



Nos serviços de saúde de menor complexidade, como unidades de atenção primária, clínicas e serviços de diagnóstico, a organização prática do SBV passa pela definição de fluxos simples, treinamento periódico das equipes e disponibilização mínima de equipamentos (DEA, máscara de bolso, oxímetro, fonte de oxigênio). Estudos brasileiros mostram que intervenções educativas estruturadas nessas unidades melhoram significativamente o conhecimento e a confiança das equipes para manejar emergências até a chegada do suporte especializado. A logística nesses cenários deve contemplar também a atualização de listas de contatos e a definição de rotas de transporte para o hospital de referência (Júnior *et al.*, 2016).

Em nível comunitário, aspectos logísticos incluem parcerias entre serviços de saúde, escolas, empresas, associações de bairro e organizações não governamentais para viabilizar treinamentos, campanhas e implantação de DEAs. Programas bem-sucedidos costumam articular múltiplos atores: universidades e instituições de ensino superior que ofertam instrutores, secretarias de saúde e educação, bombeiros, defesa civil e lideranças comunitárias que mobilizam participantes e cedem espaços físicos. Essa articulação reduz custos, amplia o alcance geográfico e fortalece a percepção da ressuscitação como responsabilidade coletiva (Dos Santos *et al.*, 2021).

O uso de tecnologias móveis acrescenta uma camada inovadora aos aspectos práticos e logísticos do SBV. Aplicativos que identificam automaticamente chamadas de emergência relacionadas a possível PCR e acionam “respondedores cidadãos” treinados nas proximidades têm mostrado aumento da taxa de RCP por testemunhas e do uso de DEAs antes da chegada da ambulância. Esses sistemas dependem de integração com as centrais de emergência, georreferenciamento dos voluntários e, idealmente, de um mapa vivo dos DEAs cadastrados. Ao mesmo tempo, levantam questões éticas e legais que precisam ser contempladas na fase de planejamento (Aha, 2025).

Por fim, aspectos práticos e logísticos incluem a definição de indicadores e rotinas de avaliação contínua. Taxa de RCP por testemunhas, tempo até a primeira compressão, tempo até desfibrilação, proporção de PCR atendidas em locais com DEA disponível e cobertura populacional de cursos de SBV são alguns exemplos de métricas que permitem monitorar a “saúde” do sistema de ressuscitação. A coleta e análise sistemática desses dados retroalimentam decisões sobre onde instalar novos DEAs, quais comunidades priorizar em treinamentos e que



fluxos devem ser revisados. Assim, a logística deixa de ser mera questão operacional e se torna componente estratégico da política de SBV (Aha, 2025).

6. EDUCAÇÃO INCLUSÃO EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA

A educação comunitária em SBV é reconhecida como um dos pilares para aumento da taxa de RCP por testemunhas, uso precoce do DEA e melhoria de desfechos em PCR extrahospitalar. Diferentemente dos programas voltados apenas para profissionais, a educação comunitária busca ampliar a base de cidadãos capazes de identificar uma parada, chamar ajuda e iniciar compressões com segurança. As diretrizes recentes destacam que essa expansão do conhecimento não pode ocorrer de forma homogênea e abstrata, devendo ser orientada por princípios de inclusão e equidade (Aha, 2024).

Estudos populacionais mostram que a probabilidade de uma vítima de PCR receber RCP por testemunhas varia amplamente entre bairros, cidades e grupos sociais, refletindo desigualdades em educação, renda, raça e acesso prévio a treinamentos. Comunidades com menor nível socioeconômico e minorias raciais tendem a apresentar taxas mais baixas de RCP por testemunhas e os piores resultados de sobrevivência, mesmo em sistemas de emergência bem estruturados. Esses achados levaram as diretrizes a enfatizar a necessidade de programas de educação comunitária deliberadamente direcionados às populações subatendidas, sob pena de ampliação das disparidades em saúde (Youngstrom *et al.*, 2024).

A escola surge como espaço privilegiado para a educação comunitária em SBV, com potencial de impacto intergeracional. Programas que inserem RCP no currículo escolar, especialmente no ensino fundamental e médio, demonstram aumento expressivo do conhecimento e das habilidades dos estudantes, com boa retenção a médio prazo e influência positiva sobre familiares. A proposta “Kids Save Lives”, adotada e apoiada por diversas entidades científicas, recomenda pelo menos duas horas anuais de treinamento em RCP para crianças e adolescentes. No contexto latino-americano, experiências de projetos de extensão universitária em escolas públicas mostram viabilidade e aceitação dessa abordagem, mesmo com recursos limitados (Borges *et al.*, 2025).

Para além da escola, a educação comunitária pode se expandir por meio de campanhas de mídia, ações em locais de grande circulação e parcerias com empresas. Vídeos educativos



em televisão e internet, demonstrações em praças e shoppings, treinamentos rápidos (“flash mobs” de RCP) em eventos esportivos e culturais são estratégias que aumentam a visibilidade do tema e estimulam a curiosidade e o engajamento da população. Empresas podem incluir módulos de SBV em programas de saúde ocupacional, treinando funcionários e facilitando a implantação de DEAs em ambientes corporativos. Esse tipo de ação amplia o alcance geográfico e social do conhecimento em RCP (Sadjadi *et al.*, 2025).

A inclusão, no entanto, exige mais do que oferta ampla; requer adaptação cultural e linguística dos materiais e estratégias de ensino. Em comunidades com baixa escolaridade, por exemplo, textos longos e linguagem técnica tendem a ser pouco efetivos, sendo preferíveis materiais visuais, demonstrações práticas e uso de linguagem simples. Em contextos multiculturais, produzir materiais em diferentes idiomas, envolver lideranças locais e incorporar valores e crenças da comunidade aumenta a aderência e a confiança. Projetos latino-americanos relatam bons resultados ao integrar RCP a ações de saúde mais amplas, como campanhas de prevenção cardiovascular e feiras de saúde comunitária (Borges *et al.*, 2025).

A educação inclusiva em SBV também precisa contemplar pessoas com deficiência e grupos com necessidades específicas. Materiais em braile, vídeos com legenda e interpretação em língua de sinais, descrições em áudio e adaptações práticas para cadeirantes e pessoas com limitações motoras são exemplos de recursos que tornam o treinamento mais acessível. Nessas situações, o foco pode ser ajustado para enfatizar reconhecimento da emergência, acionamento do serviço de emergência e coordenação de ajuda com outras pessoas presentes, sem excluir a possibilidade de participação ativa em compressões quando factível. Essa abordagem reforça a ideia de que todos podem contribuir em algum elo da cadeia de sobrevivência (Raffay *et al.*, 2025).

A tecnologia digital oferece novas ferramentas para educação comunitária e inclusão. Aplicativos e plataformas on-line podem disponibilizar módulos breves de treinamento, quizzes interativos, vídeos demonstrativos e lembretes periódicos, facilitando o acesso de pessoas que não conseguem frequentar cursos presenciais. Alguns aplicativos combinam educação com ativação prática, cadastrando voluntários treinados que podem ser acionados em emergências na vizinhança, reforçando o vínculo entre conhecimento e prática real. As redes sociais, por sua



vez, permitem campanhas virais que disseminam mensagens simples sobre reconhecer uma PCR e iniciar compressões (Aha, 2024).

A educação comunitária e a inclusão em SBV devem ser necessariamente articuladas a políticas públicas consistentes e sustentáveis. Leis que tornam obrigatória a inclusão do ensino de RCP no currículo escolar, que incentivam ou exigem a presença de DEAs em determinados tipos de estabelecimentos de grande circulação e que protegem legalmente o socorrista leigo contra responsabilização civil indevida criam um ambiente normativo favorável à expansão e sustentabilidade destas iniciativas no longo prazo. Planos municipais, estaduais e nacionais de saúde podem e devem incorporar metas específicas e mensuráveis relacionadas à oferta de treinamentos comunitários, à cobertura territorial por DEAs e à redução progressiva das desigualdades geográficas e sociais na resposta à parada cardiorrespiratória. Desta forma, a educação comunitária e a inclusão deixam de ser percebidas como projetos isolados, dependentes exclusivamente da boa vontade de grupos temporários, e passam a constituir eixos estruturantes e permanentes da política pública de atenção às emergências cardiovasculares (Aha, 2025; Raffay *et al.*, 2025; Youngstrom *et al.*, 2024).

7. AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

O impacto dos programas de SBV e das estratégias de educação e inclusão só pode ser plenamente compreendido quando acompanhado de processos sistemáticos de avaliação. As diretrizes AHA 2020–2025 destacam que sistemas de ressuscitação devem ser “dirigidos por dados”, com coleta, análise e retroalimentação contínuas de informações sobre desempenho e desfechos. Isso significa avaliar, em múltiplos níveis, se as intervenções propostas estão de fato modificando a cadeia de sobrevivência e a realidade da PCR em determinada comunidade ou instituição (Aha, 2025).

No nível dos desfechos clínicos, o foco recai sobre retorno da circulação espontânea (ROSC), sobrevivência até a alta hospitalar e desfecho neurológico favorável. Registros de PCR mostram consistentemente que a realização de RCP por testemunhas, o uso precoce de DEA e a rapidez na ativação do serviço de emergência associam-se a maior probabilidade de sobrevivência e melhor status neurológico na alta. Estudos de coorte e meta-análises indicam que a RCP por leigos pode praticamente dobrar a chance de sobrevivência, enquanto programas



de desfibrilação de acesso público elevam significativamente as taxas de ROSC em ambientes como aeroportos e casinos. Assim, a avaliação do impacto clínico é inseparável da análise desses indicadores (Chen *et al.*, 2025).

A qualidade do desfecho neurológico é mensurada, com frequência, por escalas específicas, como a Cerebral Performance Category (CPC), que graduam desde função cerebral normal até estado vegetativo. A meta moderna em ressuscitação é maximizar a proporção de sobreviventes com CPC 1 ou 2, isto é, com independência funcional ou apenas limitações leves. Estudos recentes em PCR extrahospitalar mostram taxas globais de desfecho neurológico favorável ainda modestas, em torno de 10 a 15% em muitas séries, reforçando a necessidade de contínua melhoria na qualidade do SBV e integração dos cuidados pós-parada. A avaliação do impacto, portanto, precisa ir além do “sim/não” da sobrevivência (Gantzel Nielsen *et al.*, 2021).

Os registros de PCR — mantidos em bases locais, regionais ou nacionais — constituem a espinha dorsal de qualquer sistema robusto de avaliação de impacto. Estes sistemas de informação coletam dados padronizados sobre local da ocorrência, causa presumida da parada, ritmo cardíaco inicial documentado, realização ou não de RCP por testemunhas, utilização de DEA antes da chegada do suporte profissional, tempos de resposta dos serviços de emergência e desfechos hospitalares alcançados. A existência destes registros permite análises comparativas temporal e geograficamente estratificadas, identificando tendências evolutivas, gargalos operacionais persistentes e áreas geográficas ou grupos populacionais com desempenho aquém do esperado. É possível, por exemplo, identificar bairros ou municípios com taxas sistematicamente baixas de RCP por leigos, demora recorrente na resposta das equipes de emergência ou subutilização de DEAs previamente instalados. A retroalimentação sistemática destas informações para gestores, equipes assistenciais e comunidade em geral constitui componente fundamental do ciclo virtuoso de melhoria contínua da qualidade assistencial (Grasner *et al.*, 2024; Siddiqui *et al.*, 2024).

A avaliação do impacto educacional dos programas de SBV complementa a perspectiva clínica. Indicadores como número de pessoas treinadas por ano, proporção de escolas com programas de RCP, cobertura de treinamentos em empresas e serviços de saúde e retenção de conhecimentos teóricos e práticos são monitorados para verificar o alcance e a eficácia das ações formativas. Estudos em escolas e universidades evidenciam que treinamentos curtos e



repetidos, com prática de compressões em manequins, produzem ganhos significativos em habilidades e confiança para atuar em emergências. Esses resultados reforçam a necessidade de programas de educação contínua, em vez de ações isoladas (Sadjadi *et al.*, 2025).

Do ponto de vista econômico, análises de custo-efetividade ajudam a avaliar o impacto financeiro das intervenções em SBV. A instalação de DEAs, a manutenção de centros de treinamento e a criação de registros implicam custos que precisam ser confrontados com os benefícios obtidos em termos de anos de vida ganhos e qualidade de vida preservada. Modelos de avaliação sugerem que muitas estratégias – especialmente aquelas que aumentam a taxa de RCP por testemunhas e o uso precoce de DEA – são custo-efetivas, frequentemente com custo por QALY dentro de faixas aceitáveis para políticas públicas de saúde. Esses dados oferecem suporte adicional para decisões de investimento em larga escala (Endo *et al.*, 2025).

Outra dimensão fundamental é a avaliação da equidade dos impactos. Ao estratificar os dados de registros por indicadores sociodemográficos, torna-se possível identificar se determinados grupos – por exemplo, moradores de áreas periféricas, minorias raciais ou populações rurais – se beneficiam em menor grau das intervenções implementadas. Estudos recentes mostram que, mesmo em sistemas com bom desempenho médio, disparidades importantes podem persistir em relação à chance de receber RCP por testemunhas e sobreviver à PCR em comunidades vulneráveis. Nesses casos, a avaliação do impacto serve como “radar” para direcionar ações corretivas e focalizar recursos (Aha, 2025).

Em nível institucional, a avaliação inclui indicadores de processos relacionados à organização interna e à resposta das equipes. Entre eles, podem ser acompanhados o tempo de resposta a chamadas de emergência intra-hospitalar, a taxa de PCR potencialmente evitáveis (por falha no reconhecimento da deterioração clínica), a adesão a protocolos de RCP de alta qualidade e a frequência de briefings pós-evento. Instituições que acompanham sistematicamente esses indicadores tendem a identificar mais rapidamente áreas problemáticas, como unidades com atrasos sistemáticos na chamada da equipe de emergência, e a implementar medidas focadas de melhoria (Aha, 2025).

Finalmente, a avaliação de impacto deve ser incorporada em ciclos de melhoria contínua, como o modelo “plan-do-study-act” (PDSA). Nessa abordagem, intervenções específicas (por exemplo, introdução de um novo protocolo de dispatcher-CPR ou implantação



de um programa escolar de RCP) são planejadas, implementadas, avaliadas por meio de indicadores previamente definidos e, a partir dos resultados, mantidas, ajustadas ou substituídas. Esse ciclo reforça a ideia de que programas de SBV são sistemas vivos, que aprendem com os próprios dados e se adaptam às mudanças de contexto e às novas evidências científicas (Aha, 2025).

8. DIMENSÕES ÉTICAS, LEGAIS E PSICOSSOCIAIS DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA

As considerações éticas e legais que envolvem o Suporte Básico de Vida refletem a complexidade inerente às decisões tomadas sob pressão, com informação incompleta e em contextos emocionalmente intensos. No plano ético, o princípio da beneficência — o dever de fazer o bem — sustenta a presunção de que, diante de uma parada cardiorrespiratória não testemunhada em situação claramente terminal, a RCP deve ser prontamente iniciada. No entanto, situações de doença avançada, sofrimento refratário ou ausência de perspectiva razoável de recuperação impõem a reflexão sobre a futilidade terapêutica, em que prolongar manobras pode apenas estender o processo de morrer sem benefício real ao paciente. A autonomia do paciente, expressa por meio de diretivas antecipadas de vontade ou ordens de "não reanimar", deve ser respeitada sempre que conhecida e válida, embora a indisponibilidade dessas informações no momento crítico leve à recomendação de iniciar as manobras e posteriormente reavaliar sua continuidade, equilibrando assim os princípios em conflito (Raffay *et al.*, 2025).

A equidade em ressuscitação emergiu como dimensão ética fundamental nas diretrizes contemporâneas, diante de evidências consistentes de que minorias raciais, populações de baixa renda e pessoas com deficiência recebem menos RCP por testemunhas, têm menor acesso a DEAs e apresentam piores desfechos. Esta realidade impõe a questão de justiça distributiva: não é eticamente aceitável que a chance de sobreviver a uma PCR dependa do código postal, da cor da pele ou da condição social. Em resposta, recomenda-se que as políticas de SBV incorporem metas explícitas de redução de desigualdades, priorizando recursos em comunidades vulneráveis. No plano legal, as leis de proteção ao "Bom Samaritano" figuram como instrumento central para incentivar a participação leiga, garantindo que pessoas que



prestam ajuda de boa-fé estejam protegidas contra responsabilização civil, exceto em casos de dolo ou negligência grave. Profissionais de saúde, por sua vez, sujeitam-se a padrão distinto de responsabilidade, esperando-se que atuem em conformidade com as diretrizes técnicas vigentes (Youngstrom *et al.*, 2024; Aha, 2024).

O uso do DEA possui implicações legais específicas quanto à obrigatoriedade de instalação em determinados estabelecimentos, requisitos de manutenção e treinamento, embora seu manejo por leigos seja amplamente protegido dado o desenho seguro do equipamento. A pesquisa em ressuscitação traz complexidades éticas relacionadas à obtenção de consentimento em emergências, exigindo regimes regulatórios especiais e aprovação por comitês de ética. Finalmente, o bem-estar psicológico e moral de profissionais e leigos envolvidos em RCP é reconhecido como questão ética relevante, recomendando-se que instituições ofereçam espaços de debriefing, apoio psicológico e formação em competências de comunicação, protegendo a saúde mental daqueles que, ao tentar salvar vidas, expõem-se a intenso impacto emocional e responsabilidade moral (Raffay *et al.*, 2025).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Suporte Básico de Vida, conforme delineado ao longo deste capítulo, transcende em muito a condição de mero conjunto de manobras técnicas destinadas ao atendimento da parada cardiorrespiratória. Revela-se, em sua essência mais profunda, como um verdadeiro ecossistema de cuidados que integra fundamentos cientípicos rigorosamente estabelecidos, estratégias educacionais pedagogicamente fundamentadas, conteúdos de treinamento criteriosamente selecionados, aspectos logísticos meticulosamente planejados, ações comunitárias orientadas por princípios de inclusão e equidade, processos sistemáticos de avaliação de impacto e, finalmente, considerações éticas e legais que conferem legitimidade e responsabilidade moral a cada intervenção realizada.

A compreensão integrada destas múltiplas dimensões permite afastar definitivamente a visão reducionista que por décadas predominou no campo da reanimação — a de que salvar vidas em situação de parada cardíaca seria questão exclusiva de dominar a técnica correta de compressões e ventilações. A realidade contemporânea, abundantemente documentada pela literatura científica e pelas diretrizes internacionais atualizadas, demonstra de forma inequívoca



que a sobrevivência com qualidade neurológica favorável resulta de uma complexa e delicada arquitetura sistêmica, na qual cada elo da cadeia de sobrevivência precisa estar não apenas presente, mas efetivamente funcionando e harmoniosamente integrado aos demais.

A evolução conceitual testemunhada nas últimas décadas — desde a ênfase quase exclusiva nas manobras até a abordagem sistêmica atual, passando pela valorização da educação baseada em evidências, pela incorporação de tecnologias de feedback e simulação, pelo reconhecimento do papel estratégico dos leigos treinados e pela crescente atenção às desigualdades estruturais que determinam disparidades nos desfechos — reflete o amadurecimento de um campo do conhecimento que aprendeu a olhar para a parada cardiorrespiratória não como evento isolado, mas como fenômeno profundamente inserido em contextos sociais, organizacionais e culturais específicos.

Neste cenário, os desafios que se apresentam para o futuro são tão estimulantes quanto complexos. A necessidade de ampliar a cobertura populacional por treinamentos de qualidade, de garantir a manutenção de equipamentos em condições ideais de uso, de integrar tecnologias móveis aos sistemas de emergência, de reduzir as persistentes desigualdades no acesso à RCP por testemunhas e à desfibrilação precoce, de avaliar continuamente o impacto das intervenções implementadas e de incorporar princípios éticos robustos à prática cotidiana — todos estes desafios exigirão, dos profissionais, gestores, formuladores de políticas públicas e da sociedade civil, esforços coordenados e sustentados ao longo do tempo.

Que este capítulo possa contribuir, ainda que modestamente, para a formação de uma geração de profissionais e cidadãos comprometidos não apenas com o domínio técnico das manobras de SBV, mas com a visão ampla e integradora que reconhece na reanimação cardiopulmonar um dos mais belos e complexos exemplos do que a medicina e a sociedade podem alcançar quando unem conhecimento científico, organização sistêmica, compromisso ético e solidariedade humana em torno de um objetivo comum: preservar a vida em seu momento de maior fragilidade.



REFERÊNCIAS

American Heart Association. *Destaques das Diretrizes da AHA 2024 para RCP e ACE*. Dallas: American Heart Association, 2024.

American Heart Association. *Destaques das Diretrizes da AHA 2025 para RCP e ACE*. Dallas: American Heart Association, 2025.

American Heart Association. *Suporte Básico de Vida para Profissionais de Saúde*. Dallas: American Heart Association, 2020.

Borges, L. S. *et al.* Educação em Suporte Básico de Vida em escolas públicas: projeto de extensão universitária. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2025.

Borges, L. S. *et al.* Educação permanente em Suporte Básico de Vida na atenção primária: estudo quase experimental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2025.

Chen, X. *et al.* The role of bystander cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *Emergency Medicine International*, v. 2025, art. 5591055, 2025. DOI: 10.1155/emmi/5591055.

Dainty, K. N. *et al.* Harm from bystander CPR: a systematic review. *Resuscitation Plus*, 2024.

Dos Santos, M. R. *et al.* Estratégias comunitárias de ensino em RCP: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2021.

Endo, H. *et al.* An update on the impact of bystander cardiopulmonary resuscitation on favorable neurological outcomes of patients with out-of-hospital cardiac arrest accounting for effect modification by witnessed arrest: a post hoc analysis of the SOS-KANTO 2017 study. *Resuscitation Plus*, v. 26, art. 101066, 2025. DOI: 10.1016/j.resplu.2025.101066.

Gantzel Nielsen, C. *et al.* Bystander interventions and survival following out-of-hospital cardiac arrest at Copenhagen International Airport. *Resuscitation*, v. 162, p. 381-387, 2021. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.01.039.

Gräsner, J. T. *et al.* Utstein-style guidelines for reporting out-of-hospital cardiac arrest: an update. *Resuscitation*, 2024.

Greif, R. *et al.* 2024 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: summary from the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Circulation*, v. 150, p. e580-e687, 2024. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001288.

Onbasilar, M. E. *et al.* Low-dose high-frequency training for basic life support: a systematic review. *Resuscitation Plus*, 2025.

Sadjadi, M. *et al.* Community-based BLS training: strategies for hard-to-reach populations. *Resuscitation Plus*, 2025.



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **CONPAUE**



Sadjadi, M. *et al.* Foreign body airway obstruction management training: skills retention and curriculum design. *Resuscitation Plus*, 2025.

Siddiqui, F. *et al.* Global Out-of-Hospital Cardiac Arrest Registry (GOHCAR): framework and implementation. *Resuscitation Plus*, 2024.

Smyth, M. A. *et al.* European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Basic Life Support. *Resuscitation*, v. 215, supl. 1, art. 110771, 2025. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2025.110771.

Tian, Y. *et al.* Technology-enhanced basic life support training: a meta-analysis. *Resuscitation Plus*, 2024.

Youngstrom, M. *et al.* Dispatcher-assisted CPR and health equity: addressing disparities in out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 2024.

Youngstrom, M. *et al.* Dispatcher-assisted CPR: improving outcomes through structured protocols. *Resuscitation*, 2024.



Congresso Nacional de Práticas Avançadas em Urgência e Emergência **CONPAUE**

