

NOTA TÉCNICA

RECOMENDAÇÕES DE BIOSSEGURANÇA NO O USO DE DISPOSITIVOS EXTRAGLÓTICOS PELO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

Comissão Nacional de Urgência e Emergência (COFEN)

Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência (COBEEM)

Publicado em: 29 de Setembro de 2020 – versão 01



Autores: Sergio Dias Martuchi¹, Marcos Aurélio da Silva Fonseca², Sergio Pereira de Oliveira³, Cintia Cristina S. Vasconcelos⁴, Matheus de Sousa Arci⁵, Lídia Kimura⁶, Rosimey Romero Thomaz⁷, Cristiane de Alencar Domingues⁸, Antonio Claudio de Oliveira⁹, Daniel dos Santos Fernandes¹⁰, Daniela Aparecida Moraes¹¹, João Paulo Hawreilouck Cavalheiro¹², Dinorá Claudia Cenci¹³, Márcio Neres dos Santos¹⁴, Eduardo Fernando de Souza¹⁵, Marisa A. Amaro Malvestio¹⁶.

1. Enfermeiro Emergencista e Intensivista. Presidente do Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergências (COBEEM). Enfermeiro da Unidade de Suporte Avançado do GRAU -SES/SP. Professor dos Cursos de Especialização em Urgência e Emergência da UNIRARAS e Nobre Educação e do Curso de Especialização em UTI do Adulto do Instituto Israelita Albert Einstein de Ensino e Pesquisa. Membro da Comissão Nacional de Urgência do COFEN. Mestre em Enfermagem.
2. Enfermeiro Emergencista. Enfermeiro do SAMU Sergipe e da Organização de Procura de Órgãos – OPO/Sergipe. Membro da Comissão Nacional de Urgência do COFEN. Vice-presidente do COBEEM. Mestre em Saúde Coletiva
3. Enfermeiro Emergencista e Intensivista, Enfermeiro Supervisor do Hospital Regional Jorge Rossmann (Itanhaém). Enfermeiro assistencial no Hospital Regional Leopoldo Bevilacqua (Pariquera).
4. Enfermeira Emergencista. Primeira Secretária do COBEEM. Enfermeira no Hospital Da Rede D'or São Luiz.
5. Enfermeiro Emergencista. Membro da Diretoria do COBEEM. Enfermeiro do Pronto Atendimento do Hospital Sírio Libanês, Enfermeiro do GRAU – SES/SP. Coordenador e tutor do Programa de Residência em Enfermagem em Urgência e Emergência do Hospital Sírio Libanês, Mestrando em Ciências da Saúde.
6. Enfermeira Emergencista. Enfermeira do GRAU – SES/SP. Enfermeira assistencial da atenção primária na SMS/SP.
7. Enfermeira Emergencista. Membro da Diretoria do Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência. Enfermeira da Unidade de Suporte Avançado – GRAU – SES/SP. Enfermeira Assistencial no SAMU-SP-192. Mestre e doutoranda pela Universidade Federal de São Paulo.
8. Enfermeira Emergencista. Consultora na empresa All Trauma e membro da Equipe de Trauma do Hospital Nove de Julho. Diretora do Programa Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN) na América Latina, membro do Conselho Internacional da Society of Trauma Nurses (STN) e Diretora de Qualidade do Comitê de Trauma Brasileiro. Membro da Diretoria do COBEEM. Doutora em Ciências
9. Enfermeiro Emergencista. Professor convidado na disciplina de Urgência Pré-hospitalar na Uniararas – SP. Membro da diretoria do COBEEM.
10. Enfermeiro Emergencista e Intensivista. Membro da Diretoria do Departamento de Enfermagem da ABRAMEDE - Regional Minas Gerais. Gerente de Enfermagem e Referência Técnica dos SAMUs da Região Macro-BH. Coordenador do Curso de Graduação e Pós Graduação de Enfermagem da UninCor BH. Professor dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faseh. Membro das Câmaras Técnicas de Urgência, Emergência e Educação Permanente do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Mestre em Medicina e Biomedicina.
11. Enfermeira Emergencista. Presidente do Departamento de Enfermagem da ABRAMEDE - Regional Minas Gerais. Titulada em Emergência pelo COBEEM/ABRAMEDE. Enfermeira do do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte/MG. Professora Adjunta do Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH). Doutora em Enfermagem.
12. Enfermeiro Emergencista. Supervisor de enfermagem do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL/PUCRS). Mestre em Educação.
13. Enfermeira Emergencista. Membro do Departamento de Enfermagem da ABRAMEDE - Regional Rio Grande do Sul. Titulada em Emergência pelo COBEEM/ABRAMEDE. Coordenadora do NEP (Núcleo de Educação Permanente) do SAMU Porto Alegre/RS.
14. Enfermeiro Emergencista. Presidente do Departamento de Enfermagem da ABRAMEDE. Enfermeiro do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre/RS. Titulado em Emergência pelo COBEEM/ABRAMEDE. Professor Adjunto da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutor em Biologia Molecular e Celular.
15. Enfermeiro Emergencista. Coordenador da Comissão Nacional de Urgência e Emergência do Cofen. Membro do Comitê Gestor de Crise COVID – 19 do Cofen. Especialista em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva. Professor do Curso de Especialização em Urgência e Emergência da UNIRARAS.
16. Doutora em enfermagem pela EEUSP e integrante da Comissão Nacional de Urgência e Emergência do Cofen.

1. Introdução

No Brasil o universo do atendimento pré-hospitalar conta com equipes dinâmicas, podendo contemplar uma unidade de suporte básico de vida (SBV) tripulada por um condutor e um técnico e/ou auxiliar de enfermagem; ou uma unidade de suporte avançado de vida (SAV) tripulada por um condutor, um enfermeiro e um médico. Contudo, em realidades loco-regionais em que não existe a unidade de SAV, o enfermeiro tem atuado com práticas avançadas, em ambulâncias tripuladas somente pela equipe de enfermagem, devendo o serviço estabelecer protocolos próprios para determinação dos fluxos e responsabilidades de caráter individual e sistêmico. Tal prática avançada também pode ser utilizada em qualquer situação de emergência com risco iminente de morte, e na ausência do profissional médico.

A intubação endotraqueal é o padrão-ouro para a ventilação efetiva e proteção contra broncoaspiração, sendo um procedimento de competência do profissional médico. Entretanto, o uso de dispositivos extraglotticos (DEG) é uma alternativa viável em muitas situações de emergência, principalmente no atendimento pré-hospitalar (APH) móvel.

As indicações para o uso de DEGs aumentaram muito nas últimas décadas. No entanto, no contexto do APH móvel, enfatizamos a utilização como resgate da via aérea quando a ventilação por bolsa-válvula-máscara (BVM) é difícil e/ou houve falha na intubação traqueal. Outra importante indicação é como alternativa à intubação endotraqueal, para enfermeiros com capacitação na utilização de DEGs em situações de emergência, e na ausência do profissional médico, conforme Resolução Cofen 641/2020.

Os DEGs são dispositivos desenvolvidos para o manuseio extraglottico da via aérea, podendo ser considerados como funcionalmente intermediários entre a máscara facial e o tubo traqueal, dispensando o uso de laringoscópio ou instrumentos especiais para sua inserção.¹⁻³ Através desses dispositivos é possível ofertar fluxo de ar até os pulmões através de um ducto direto, diferente do fornecimento de ar por máscaras faciais. Além disso, a maioria possui balonetes ou manguitos que, quando insuflados, geram vedação razoavelmente completa na via aérea superior, permitindo a ventilação com pressão positiva com limites variáveis de pressão de pico.²

Estes devem ser entendidos como uma via aérea avançada, como de resgate e temporário (não é uma via aérea definitiva), devendo ser substituídos assim que possível pelo profissional habilitado, por um tubo endotraqueal ou traqueostomia.^{4,5} Podem ser classificados em duas categorias: dispositivos supraglotticos (DSG) que se situam acima e envolvem a glote (por exemplo: máscara laríngea e via aérea perilaríngea), e dispositivos retroglotticos (DRG) ou dispositivos infraglotticos (DIG) que passam atrás e além da laringe para penetrar na porção superior do esôfago (por exemplo: tubos laríngeos).¹

No Brasil, os DEGs que apresentam maior disponibilidade nos serviços de emergência são a máscara laríngea (ML) e o tubo laríngeo (TL), devido às evidências científicas disponíveis e, também, pela presença de profissionais habilitados para manipular esses dispositivos, especificamente.

Em decorrência do atual cenário de pandemia de COVID-19, existem recomendações de especialistas orientando que sejam adotadas dinâmicas de reorganização da cena, na qual devem estar presentes o menor número de profissionais possível, reduzindo o risco de contaminação.

Após análise das evidências publicadas, experiências já implementadas no Brasil e em outros países; o Cofen e o COBEEM, visando garantir a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a do profissional, recomendam a utilização das práticas abaixo descritas nos procedimentos associados ao manuseio da via aérea avançada com Dispositivos Extraglotticos, em quaisquer circunstâncias.

2. Equipamentos de proteção individual (EPI)

- 2.1. Avental ou macacão impermeável (Fig. 01);
- 2.2. Máscara N95 ou similar (Fig. 02);
- 2.3. Óculos de proteção (Fig. 03) ou protetor facial (*face shield*) (Fig. 04);
- 2.4. Gorro (Fig. 05);
- 2.5. Luvas de procedimento (Fig. 06);



Fig. 01

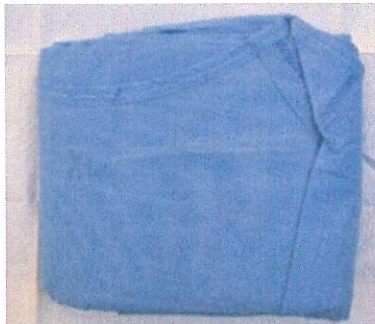


Fig. 02



Fig. 03



Fig. 04



Fig. 05



Fig. 06



3. Materiais específicos

- 3.1. ML anatômica (Fig. 07) ou TL (Fig. 08), ou ML clássica (Fig. 09);
- 3.2. Seringas (Fig. 10) de acordo com o dispositivo para insuflação do manguito/*cuff*;
- 3.3. Lubrificante à base de água ou lidocaína gel 2% (Fig. 11);
- 3.4. *Stopper* (rolha de retenção) do êmbolo de uma seringa de 20 cc (Fig. 12);
- 3.5. Filtro modelo HEPA (*High Efficiency Particulate Air*) (Fig. 13), ou similar, que ofereça 99,9% de filtragem viral;
- 3.6. Sonda gástrica (Fig. 14) de tamanho adequado à cada dispositivo;
- 3.7. Frasco coletor para conteúdo gástrico (Fig. 15);
- 3.8. Plástico (de aproximadamente 0,5 m²) (Fig. 16) ou Máscara cirúrgica (Fig. 17);
- 3.9. Dispositivo bolsa-válvula-máscara (BVM) (Fig. 18) com reservatório para oxigênio;
- 3.10. Extensão para oxigênio (Fig. 19);
- 3.11. Sonda de aspiração orofaríngea com ponta rígida (Fig. 20) ou de grosso calibre;
- 3.12. Aspirador de secreções em sistema fechado de vácuo
- 3.13. Pinça *Maguill* (Fig. 21) para retirada de corpo estranho.
- 3.14. Pinça hemostática (Fig. 22);
- 3.15. *Clamp* umbilical (Fig. 23);
- 3.16. Fixador para o DEG (Fig. 24);

RECOMENDA-SE QUE TODO O MATERIAL NECESSÁRIO ESTEJA REUNIDO EM KITS

DEG – GEL LUBRIFICANTE – SERINGA – FIXADOR PARA DEG – *STOPPER* – SONDA GÁSTRICA – FILTRO HEPA (OU SIMILAR) – MÁSCARA CIRÚRGICA OU PLÁSTICO 0,5m² – PINÇA HEMOSTÁTICA OU *CLAMP* UMBILICAL.

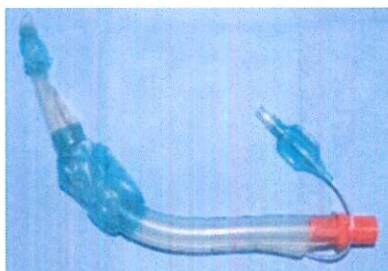


Fig. 07

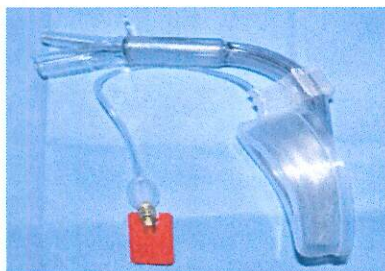


Fig. 08

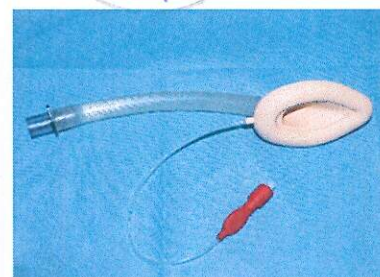


Fig. 09

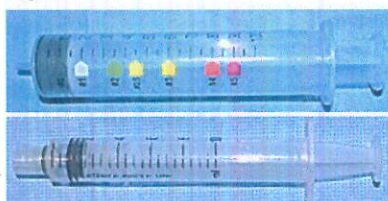


Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

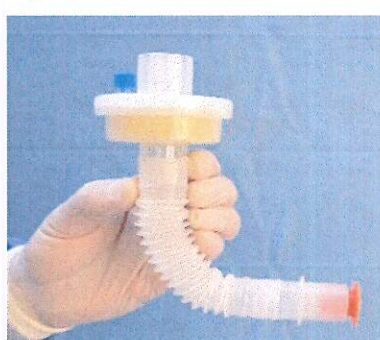


Fig. 13

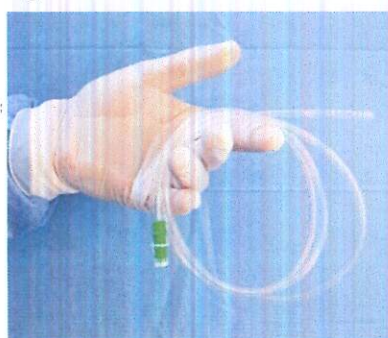


Fig. 14



Fig. 15

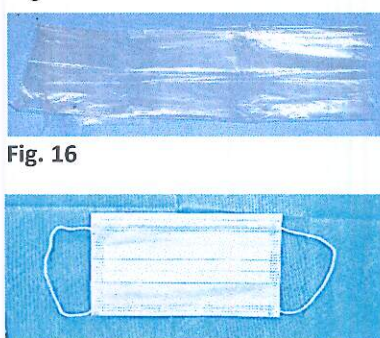


Fig. 16



Fig. 18

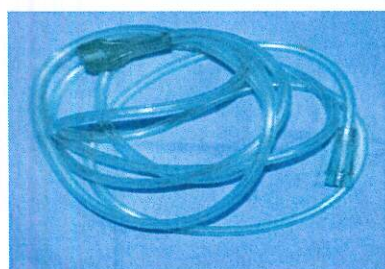


Fig. 19

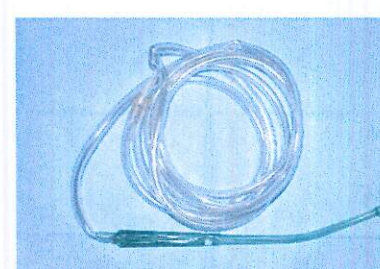


Fig. 20

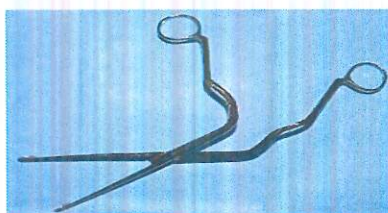


Fig. 21

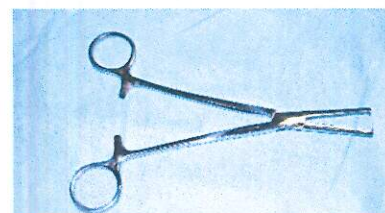


Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

Considerando que todos os pacientes em atendimento de emergência podem conter resíduos alimentares de variada quantidade, recomenda-se a utilização de Dispositivos Extraglótricos que possibilitem a inserção de uma sonda gástrica, com os objetivos de esvaziar o estômago e minimizar o risco de regurgitação.

Flo.: 67
Servidor: 114

4. Técnica de inserção do Tubo Laríngeo (TL) com ramo para passagem de SNG

- 4.1. colocar o *stopper* no conector do TL (Fig. 25);
- 4.2. se em manobras de RCP, INTERROMPER AS COMPRESSÕES TORÁICAS;
- 4.3. lubrificar a porção posterior do TL entre e sobre os balonetes grande e pequeno;
- 4.4. com a mão NÃO dominante abrir a boca do paciente contendo a língua com o polegar (Fig. 26);
- 4.5. inserir o TL até as marcações limite dos dentes incisivos centrais superiores e inferiores (Fig. 27);
- 4.6. insuflar o manguito (Fig. 28) e fixar o TL (Fig. 29);
- 4.7. envolver a TL com uma máscara cirúrgica ou plástico (Fig. 30);
- 4.8. retirar o *stopper* com a mão não dominante (Fig. 31) e conectar IMEDIATAMENTE o filtro HEPA com a mão NÃO dominante (Fig. 32);
- 4.9. conectar a BVM ao filtro HEPA ou similar (Fig. 33);
- 4.10. ventilar o paciente e verificar posicionamento com ausculta pulmonar e expansibilidade torácica;
- 4.11. inserir a SNG fechada pela abertura adjunta (Fig. 34);
- 4.12. dobrar a SNG e inserir sua porção proximal no frasco coletor de secreções (Fig. 35);
- 4.13. liberar a SNG e reiniciar as manobras de RCP (Fig. 36);
- 4.14. se necessário aspiração traqueal, interromper as compressões torácicas para realizá-la a fim de evitar a disseminação de aerossóis no ambiente.



Fig. 25



Fig. 26

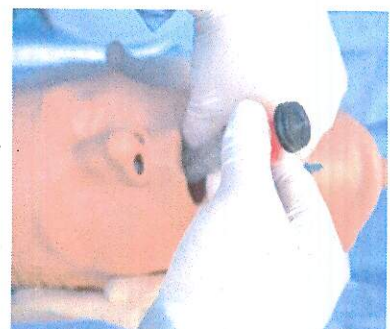


Fig. 27



Fig. 28

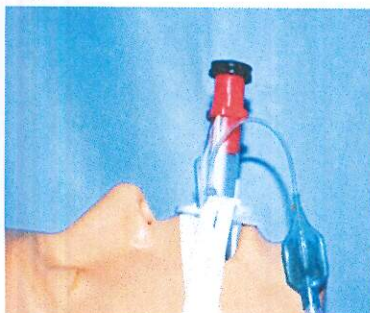


Fig. 29



Fig. 30

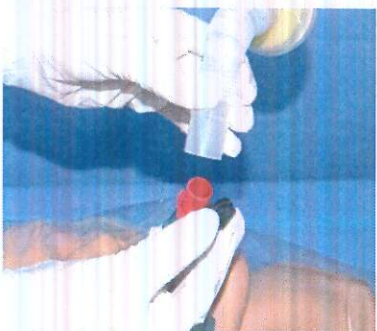


Fig. 31

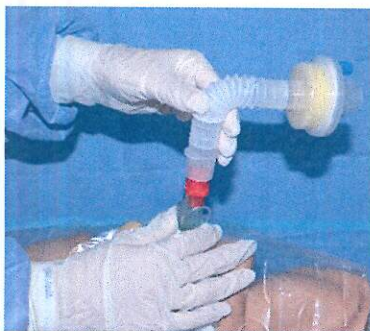


Fig. 32



Fig. 33



Fig. 34



Fig. 35

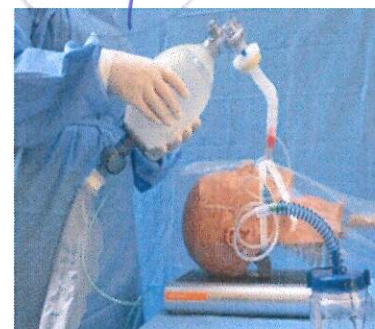


Fig. 36

5. Técnica de inserção da Máscara Laríngea (ML) anatômica com ramo para passagem de SNG

- 5.1. colocar o *stopper* na conexão universal da máscara (Fig. 37);
- 5.2. se em manobras de RCP, INTERROMPER AS COMPRESSÕES TORÁCICAS;
- 5.3. lubrificar a porção posterior do manguito da máscara;
- 5.4. com a mão NÃO dominante abrir a boca do paciente contendo a língua com o polegar (Fig. 38);
- 5.5. inserir a ML tendo como referência o palato duro (Fig. 39);
- 5.6. completar a introdução da máscara até sentir uma resistência elástica;
- 5.7. insuflar o manguito (Fig. 40) e fixar a máscara (Fig. 41);
- 5.8. envolver a ML com uma máscara cirúrgica ou plástico (Fig. 42);
- 5.9. retirar o *stopper* com a mão não dominante (Fig. 43) e conectar IMEDIATAMENTE o filtro HEPA com a mão NÃO dominante (Fig. 44);
- 5.10. conectar a BVM ao filtro HEPA ou similar (Fig. 45);
- 5.11. ventilar o paciente e verificar com ausculta pulmonar e expansibilidade torácica;
- 5.12. inserir a SNG fechada pela abertura adjunta (Fig. 46);
- 5.13. dobrar a SNG e inserir sua porção proximal no frasco coletor de secreções (Fig. 47);
- 5.14. liberar a SNG e reiniciar as manobras de RCP (Fig. 48)
- 5.15. se necessário aspiração traqueal, interromper as compressões torácicas para realizá-la para evitar a disseminação de aerossóis no ambiente.



Fig. 37

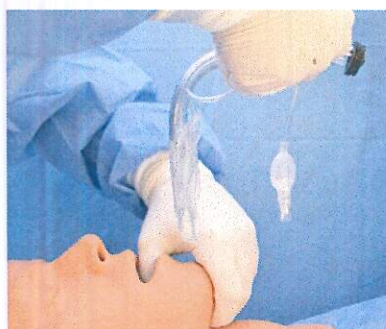


Fig. 38

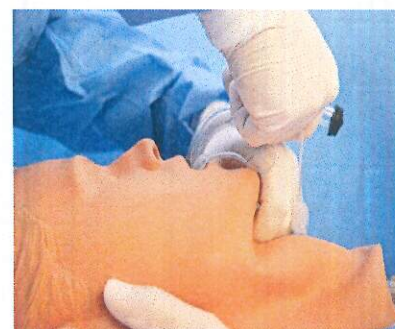


Fig. 39

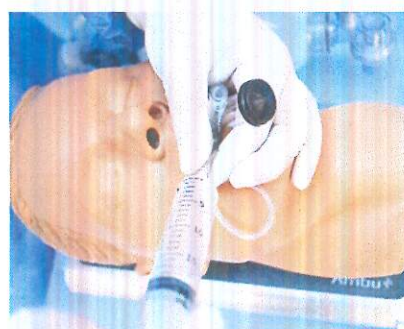


Fig. 40

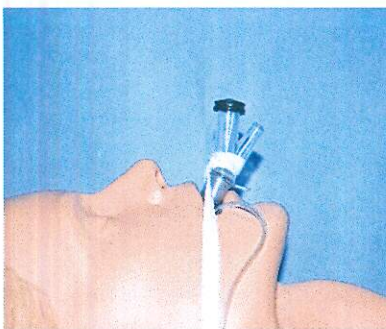


Fig. 41

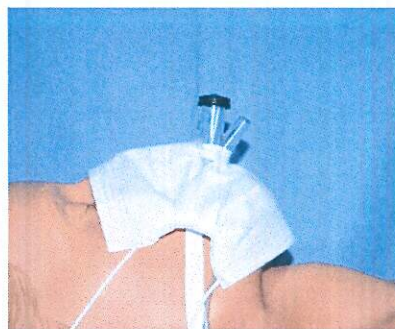


Fig. 42



Fig. 43

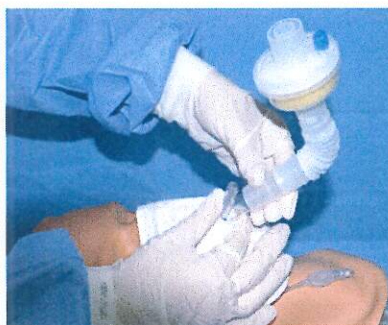


Fig. 44



Fig. 45

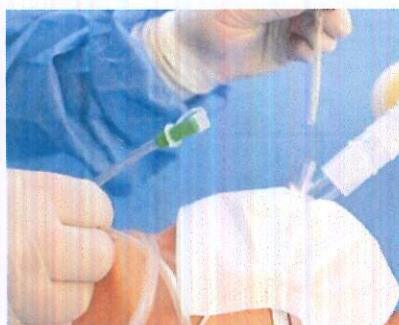


Fig. 46



Fig. 47

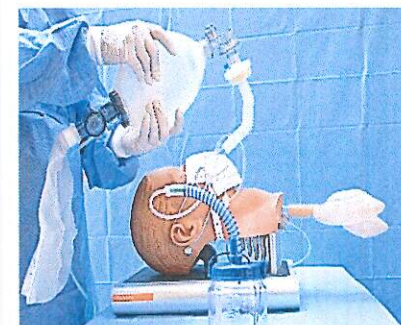


Fig. 48

6. Técnica de inserção da Máscara Laríngea (ML) clássica:

- 6.1. colocar o *stopper* na conexão universal da máscara (Fig. 49);
- 6.2. posicionar a ML na mão dominante entre os dedos indicador e polegar (Fig. 50);
- 6.3. o dedo indicador deve estar reto e impactado entre o manguito e o tubo da máscara;
- 6.4. voltar a abertura do manguito da máscara para porção distal do paciente;
- 6.5. lubrificar a porção posterior do manguito da máscara;
- 6.6. se em manobras de RCP, INTERROMPER AS COMPRESSÕES TORÁCICAS;
- 6.7. com a mão não dominante abrir a boca do paciente contendo a língua com o polegar;
- 6.8. inserir a ML até o limite do dedo indicador (Fig. 51);
- 6.9. segurar o tubo da máscara com a mão não dominante;
- 6.10. retirar o dedo indicador da mão dominante e completar a introdução da máscara até sentir uma resistência elástica (Fig. 52);
- 6.11. insuflar o manguito e fixar a máscara (Fig. 53);
- 6.12. fixar e envolver a ML com uma máscara cirúrgica ou plástico (Fig. 54);
- 6.13. fechar o tubo com pinça hemostática ou *clamp* umbilical (Fig. 55);
- 6.14. retirar o *stopper* e conectar o filtro HEPA ou similar na conector da máscara (Fig. 56);
- 6.15. conectar a BVM ao filtro HEPA ou similar (Fig. 57);
- 6.16. soltar a pinça ou *clamp* (Fig. 58);
- 6.17. ventilar o paciente e verificar com ausculta pulmonar e expansibilidade torácica;
- 6.18. se em PCR, reiniciar as manobras de RCP;
- 6.19. se necessário aspiração traqueal, interromper as compressões torácicas para realizá-la para evitar a disseminação de aerossóis no ambiente.



Fig. 49



Fig. 50



Fig. 51

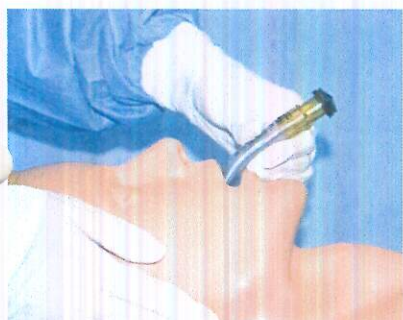


Fig. 52

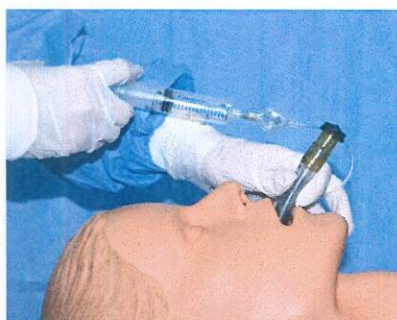


Fig. 53



Fig. 54



Fig. 55



Fig. 56



Fig. 57



Fig. 58

Avaliar criteriosamente a utilização de pinça hemostática conforme DEG utilizado, pois alguns modelos de ML Anatômica e de TL podem apresentar uma estrutura mais rígida que as ML Clássicas, levando a ocorrências de quebra do instrumental com dano ao paciente e operador.

7. Referências

1. Walls RM, Murphy MF. Guia Prático para o Manejo da Via Aérea na Emergência. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2019.
2. Sharma B, Sahai C, Sood J. Extraglottic airway devices: technology update. Med Devices (Auckl). 2017;10:189-205.
3. Sayre MR, et al. Hands-only (compression-only) cardiopulmonary resuscitation: a call to action for bystander response to adults who experience out-of-hospital sudden cardiac arrest: a science advisory for the public from the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee. Circulation 117.16 (2008): 2162-2167.
4. Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE. Protocolo de Intubação Orotraqueal para caso suspeito ou confirmado de COVID-19. Disponível em: http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/03/POP_IOT_COVID_-170320.pdf Acesso em: 01 de jun. de 2020.
5. Laurin, EG. Extraglottic devices for emergency airway management in adults.UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/extraglottic-devices-for-emergency-airway-management-in-adults#H250393374> Acesso em: 05 de jun de 2020.

8. Documentos Iconográficos

- FIG. 10 - Máscara Laríngea. Disponível em: <<https://www.medtech.com.br/loja/?product=mascara-laringea-lma-proseal-reutilizavel-no-20>>.
- FIG. 17 - Máscara Cirúrgica. Disponível em: <<https://www.medicalexpo.com/pt/prod/galemed-corporation/product-68550-510581.html>>
- FIG. 22 - PINÇA PARA CLAMPEAR. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/passo-a-passo-intubacao-orotraqueal-na-covid-19>>.
- FIG 23 - CLAMP DE CORDÃO UMBILICAL. Disponível em: <<http://www.seringasr.com.br/index.php/clamp-umbilical>>
- FIG. 24 CADARÇO PARA FIXAÇÃO. Disponível em: <<https://www.fibracirurgica.com.br/cadarco-largo-para-fixacao-de-traqueostomia-soni-10m/p>>
- FIG. 25 - FIXADOR DE TUBO. Disponível em: <<https://www.suprevida.com.br/produto/fixador-fix-holder-para-tubo-endotraqueal-infantil-5-un-1207>>.
- FIG. 1-9, FIG. 18-21, FIG. 26-58. COBEEM. [2020].

9. Referências Complementares

- Resolução Cofen 641/2020. Utilização de Dispositivos Extraglóticos (DEG) e outros procedimentos para acesso à via aérea, por Enfermeiros, nas situações de urgência e emergência, nos ambientes intra e pré-hospitalares. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-641-2020_80392.html Acesso em: 01 jun. 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica GVIMS/GGTES / ANVISA Nº04/2020. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) – atualização 08/05/2020. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/nota+técnica+n+04-2020+gvims-ggtes-anvisa/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28> Acesso em: 01 de jun. de 2020.
- Conselho Federal de Enfermagem. COVID-19: Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). COFEN: Brasília; 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf Acesso em: 01 de jun. de 2020.

- Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE. Recomendações para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19. Disponível em: <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/03/RCP-ABRAMEDE-SBC-AMIB-7-230320.pdf>
Acesso em: 01 de jun. de 2020.
- Resolução Cofen 633/2020. Normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, até ulterior decisão, a atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar (APH) móvel Terrestre e Aquaviário, quer seja na assistência direta e na Central de Regulação das Urgências (CRU). Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0633-2020_78203.html. Brasília, 24 de março de 2020. Acesso em: 01 de jun. de 2020.
- American Heart Association. Healthcare Provider: Using your CPR skills as a “bystander”. Disponível em: <https://www.billingsclinic.com/app/files/public/1230/Healthcare-Provider-Hands-Only.pdf>. Acesso em: 01 de jun. de 2020.
- Resuscitation Council UK Statement on COVID-19 in relation to CPR and resuscitation in healthcare settings. Disponível em: <https://www.resus.org.uk/media/statements/resuscitation-council-uk-statements-on-covid-19>. Acesso em: 01 de jun. de 2020.
- Grupo de Reanimação Pediátrica - PALS Coordenadores do Grupo de Reanimação Pediátrica (PALS): Alexandre Rodrigues Ferreira (MG) e Kátia Laureano dos Santos (PB). Coordenadora do Suporte Básico: Valéria Maria Bezerra Silva: (PE) Recomendações para Ressuscitação Cardiopulmonar Pediátrica em Pacientes com Suspeita ou Confirmação de COVID-19. Sociedade Brasileira de Pediatria. 27 de abril de 2020. Disponível https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22465c-NA_-_Recom_Ressusc_Cardpul_Pediatrica_Pac_COVID-19.pdf. Acesso em: 01 de jun. de 2020.
- ACLS Cardiac Arrest Algorithm for Suspected or Confirmed COVID-19 Patients Updated. April 2020. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/resources/covid-19-resources-for-cpr-training/english/algorithmaccls_cacovid_200406.pdf?la=en&hash=C8D69AA2B4226798CA5D293CC5A36A5D57697D1C - Acesso em: 01 de jun. de 2020.
- Santos MN, et al. Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados covid-19, pelas equipes de enfermagem de serviços de emergência (pré-hospitalar fixo e intra-hospitalar). Departamento de Enfermagem da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Colégio Brasileiro de Enfermagem em Emergência (COBEEM). Disponível: <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDACOES-ENFERMAGEM-200420.pdf> Acesso em: 04 de jun. de 2020.