

Avaliação do registro de enfermagem sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar comparado ao modelo Utstein

Evaluation of the Nursing Records about Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Compared to the Utstein Model

Andressa Oliveira Santos¹
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9766-5628>

Jocelio Matos Amaral²
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9347-0498>

Loren Scarlatt da Silva Teixeira³
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8654-9085>

Regina Neves Ribeiro⁴
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2824-2928>

Ana Paula Steffens⁵
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4454-3387>

Resumo

Introdução: Os casos de Parada Cardiorrespiratória devem ser registrados de forma completa e detalhada, desde a sua causa até as intervenções realizadas a fim de obter o retorno da circulação espontânea. **Objetivo:** Avaliar a qualidade dos registros de enfermagem sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar com base no modelo Utstein. **Materiais e métodos:** Estudo transversal, exploratório - descritivo, quantitativo, realizado em duas Unidades de Terapia Intensiva, com avaliação em prontuário de registros de parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar com retorno da circulação espontânea ou óbito, pelo período de dois meses. **Resultados:** Foram avaliados 41 registros, de pacientes com idade entre 22 e 79 anos, sendo 14 (51,9%) homens. Em 13 (31,7%) registros não havia descrição de quaisquer manobras de reanimação e, quando descritos, na maioria deles não havia especificação das intervenções realizadas. A descrição da causa da parada cardiorrespiratória estava ausente em 38 (92,7%) e do ritmo em 37 (90,3%) registros. Em mais da metade não havia registros dos tempos dos eventos e nem um mencionava quais os profissionais envolvidos na reanimação cardiopulmonar. **Conclusão:** Todas as anotações estavam incompletas frente ao modelo Utstein, isso dificulta a obtenção de dados para realização de pesquisas sobre a temática e expõe a precariedade do registro realizado sem método sistemático.]

Palavras-chave: enfermagem; equipes de enfermagem; parada cardíaca; registros de enfermagem; reanimação cardiopulmonar; unidades de terapia intensiva.

¹ Enfermeira especialista em urgência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia, Campus de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Atualmente é enfermeira no setor de clínica cirúrgica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares na cidade de Uberaba, estado de Minas Gerais, no Brasil. E-mail: andressaos@outlook.com

² Enfermeiro especialista em urgência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia/ Colegiado do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência/ Universidade Federal da Bahia, Campus de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. É pós-graduado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e em Hemodinâmica e Cardiologia. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), na Bahia. Atualmente é enfermeiro no Centro de Ciências Bioólicas e da Saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), na cidade de Barreiras, estado da Bahia, no Brasil. E-mail: joceliomatosamaral@gmail.com

³ Enfermeira especialista em urgência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia/ Colegiado do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência/ Universidade Federal da Bahia, Campus de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Especialista em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica e em Enfermagem do Trabalho. Atualmente é enfermeira no setor de Hemodiálise do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, na cidade do Rio de Janeiro, estado do Rio de Janeiro, no Brasil. E-mail: lorencarlatt@hotmail.com

⁴ Enfermeira especialista em urgência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia/ Colegiado do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência/ Universidade Federal da Bahia, Campus de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Atualmente é enfermeira assistencial na Unidade de Pronto Atendimento de Vitória da Conquista e na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC), na cidade de Vitória da Conquista, estado da Bahia, no Brasil. E-mail: reginaribeirobdo@hotmail.com

⁵ Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora adjunta da Universidade Federal da Bahia-Campus Anísio Teixeira, na cidade de Vitória da Conquista, estado da Bahia, no Brasil. E-mail: anapaula.steffens@gmail.com

Abstract

Introduction: Cardiopulmonary arrest cases must be recorded in a complete and detailed way, from its cause to the interventions performed in order to obtain the return of spontaneous circulation. Objective: To evaluate the quality of nursing records on cardiopulmonary arrest and cardiopulmonary resuscitation based on the Utstein model. Methods: Cross-sectional, exploratory - descriptive, quantitative study, carried out in two Intensive Care Units, with evaluation of medical records of cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation records with return of spontaneous circulation or death, for a period of two months. Results: 41 records were evaluated, of patients aged between 22 and 79 years old, 14 (51.9%) of whom were men. In 13 (31.7%) records there was no description of any resuscitation maneuvers and, when described, in most of them there was no specification of the interventions performed. The description of the cause of the cardiorespiratory arrest was absent in 38 (92.7%) and of the rhythm in 37 (90.3%) records. In more than half there were no records of the times of the events and not one mentioned which professionals were involved in cardiopulmonary resuscitation. Conclusion: All annotations were incomplete compared to the Utstein model, this makes it difficult to obtain data for conducting research on the subject and exposes the precariousness of the registration carried out without a systematic method.

Keywords: nursing; nursing teams; cardiac arrest; nursing records; cardiopulmonary resuscitation; intensive care units.

Introdução

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a emergência médica mais grave e prioritária que existe. As taxas de sobrevivência caem em até 10% para cada minuto sem a reanimação cardiopulmonar (RCP), por isso é necessário fornecer um suporte imediato à vítima. Contudo, mesmo após uma adequada assistência, as taxas de sobrevivência ainda são baixas, variando de 4 a 33%⁽¹⁾.

Existem quatro tipos de ritmos cardíacos que ocasionam a PCR, a fibrilação ventricular e a taquicardia ventricular sem pulso, que estão associadas a causas cardíacas primárias e ocorrem mais comumente no ambiente extra-hospitalar, e a atividade elétrica sem pulso e assistolia que tem maior prevalência no ambiente intra-hospitalar já que mais se relacionam ao agravamento do quadro clínico do paciente internado⁽²⁾.

No ambiente hospitalar, o profissional de enfermagem é o que fica mais tempo ao lado do paciente, portanto costuma ser o primeiro a presenciar uma PCR e iniciar as medidas de Suporte Básico de Vida.⁽³⁾ De acordo com a resolução 704/2022 do Conselho Federal de Enfermagem a equipe de enfermagem pode fazer uso do desfibrilador externo automático (DEA) e, na indisponibilidade deste, o enfermeiro pode manejar o desfibrilador manual.⁴

Além de prestar cuidado ao paciente, também é dever do profissional de enfermagem registrar com clareza, de forma completa e cronológica as atividades por ele executadas⁽⁵⁾. Os registros são importantes na prática assistencial, pois facilitam o processo de compreensão do estado de saúde do paciente, servem como meio de comunicação entre os profissionais e informam sobre a assistência prestada⁽⁶⁾. Para além do âmbito assistencial, a anotação de enfermagem repercute em questões jurídicas, pedagógicas e administrativas⁽⁷⁾.

Os casos de PCR devem ser registrados de forma completa e detalhada, desde a sua causa até as intervenções realizadas a fim de obter o retorno da circulação espontânea. Devido à dificuldade de se realizar pesquisas sobre PCR e RCP por falta de uma padronização de dados e, com isso, impossibilidade de comparação das condutas entre os diferentes países, foi criado, em 1990, na cidade de Utstein, um modelo de registro de PCR chamado de modelo Utstein⁽⁸⁾. Esse modelo foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa e possui questões referentes ao paciente e sua condição inicial, características da PCR, intervenções realizadas a fim de se obter o retorno da circulação e desfecho do paciente⁽⁹⁾.

Sendo assim, este estudo se torna relevante devido à importância de se ter um



registro padronizado de dados através do modelo Utstein, pois estes funcionam como banco de dados para novas pesquisas, permitindo traçar o perfil epidemiológico, fazer associação entre variáveis, verificar fatores prognósticos e desfechos, favorecendo, dessa forma, na tomada de decisões e a implementação de novas diretrizes sobre o atendimento à PCR, bem como permitir a comparação entre os serviços de saúde (3,10,11,12).

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos registros de enfermagem sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar em unidades de terapia intensiva comparando-os com o modelo Utstein.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, exploratório - descritivo, de natureza quantitativa. A coleta dos dados foi realizada em prontuários de pacientes que sofreram PCR e evoluíram ou não para óbito, em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de um hospital localizado na Região Sudoeste da Bahia. Juntas, essas Unidades possuem 19 leitos. O estudo foi aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente do hospital e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia/ Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira (IMS/UFBA/CAT), sob parecer nº 2.625.432 e CAAE: 83456118.9.0000.5556 e elaborado em cumprimento das diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Foram avaliados 42 registros de enfermagem de pacientes que sofreram PCR nos meses de maio e junho de 2018, destes, um foi excluído por ilegibilidade do registro. Logo, foram considerados para o presente estudo 41 registros. Em alguns casos foi coletado mais de um registro por paciente, tendo em vista que a PCR poderia ocorrer mais de uma vez com o mesmo

paciente e o objetivo do estudo foi avaliar o registro.

O levantamento dos dados se deu através da busca ativa diária dos casos de PCR nas UTIs estudadas, os dados foram coletados no prontuário dentro da própria unidade no caso de pacientes vítimas de PCR ainda internados, e no caso de pacientes que evoluíram para óbito, foram coletados o nome e número de registro do paciente para acesso ao prontuário no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da unidade hospitalar.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento com base no modelo Utstein adaptado para a língua portuguesa (9), o protocolo Utstein avalia elementos distribuídos em blocos de variáveis relacionadas ao paciente (sexo, idade, local, intervenções antes do evento), variáveis no momento da PCR (causa, condição do paciente, ritmo, intervenções aplicadas, tempo dos eventos e profissionais de saúde envolvidos) e resultados atingidos após a RCP (óbito ou alta hospitalar com seguimento do paciente após a alta).

Para analisar a qualidade dos registros, foram comparados os dados coletados com os elementos contidos no modelo Utstein. Contudo, no que diz respeito ao desfecho após a RCP, este estudo se limitou à avaliação do registro do desfecho imediato (óbito ou RCE), visto que o objetivo do estudo foi avaliar a qualidade dos registros e não o acompanhamento do paciente. Os dados foram analisados através de estatística descritiva (números absolutos e percentuais) no software Microsoft Office Excel 2007.

Resultados

Foram analisados 41 registros de PCR que ocorreram durante o período de coleta de dados. Todos os 27 pacientes que sofreram PCR possuíam a sua identificação completa no prontuário, a saber, nome, idade, sexo, registro hospitalar e



diagnóstico. Pouco mais da metade da amostra (51,9%) eram homens e

prevaleceu a idade maior que 60 anos. (Tabela 1).

Tabela 1- Perfil de pacientes que sofreram parada cardiorrespiratória em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público, nos meses de maio e junho. Vitória da Conquista – Ba, 2018.

Variáveis	nº	%
Sexo		
Masculino	14	51,9
Feminino	13	48,1
Idade		
< 30 anos	1	3,7
30-60 anos	12	44,4
>60 anos	14	51,9

No que se refere à tentativa de RCP, em 13 (31,7%) anotações não havia nenhum registro sobre esse item, 27(65,9%) possuía registro sobre tentativa de reanimação e

apenas 1(2,4%) indicava que se tratava de um paciente sem indicação de RCP (Tabela 2).

Tabela 2- Características do registro de enfermagem quanto à tentativa de reanimação cardiopulmonar em pacientes que sofreram parada cardiorrespiratória em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público, nos meses de maio e junho. Vitória da Conquista – Ba, 2018.

Tentativa de RCP	nº	%
Sem registro	13	31,7
Com registro	27	65,9
Registro de indicação de não RCP	1	2,4
Total	41	100

RCP- Reanimação Cardiopulmonar

Considerando-se os 27 registros de tentativa de RCP, em 6 (22,2%) foram registrados compressões torácicas, em 11(40,7%) administração de medicamentos, em 1 (3,7%) intubação orotraqueal, em 1(3,7%) conexão à ventilação mecânica, em 21(77,8%) houve anotação sobre reanimação cardiopulmonar, porém sem especificar as ações realizadas; e não houve registro sobre desfibrilação. Quanto às condições iniciais do paciente antes da

PCR, mais da metade 22 (53,7%) não traziam anotação sobre o quadro clínico do paciente. Nos prontuários cujas condições iniciais do paciente foram registradas, em sua maioria se destacaram aspectos hemodinâmicos (29,3%) e o termo “estado geral grave” (29,3%), aspectos relacionados ao nível de consciência e à respiração foram descritos em apenas dois registros de PCR (Tabela 3).



Tabela 3- Registro das intervenções realizadas durante a Reanimação Cardiopulmonar e sobre a condição inicial do paciente antes da parada cardiorrespiratória em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público, nos meses de maio e junho. Vitória da Conquista – Ba, 2018.

Intervenções durante a RCP	n°	%
Compressões torácicas	6	22,2
Administração de medicamentos	11	40,7
Intubação Orotraqueal	1	3,7
Conectado à Ventilação Mecânica	1	3,7
Iniciado Protocolo de RCP (sem especificar)	21	77,8
Outros	1	3,7
Condição inicial do paciente	n°	%
Sem registro	22	53,7
Condições Hemodinâmicas	12	29,3
Nível de consciência	2	4,9
Respiração	2	4,9
Estado Geral Grave	12	29,3
Outros	2	4,9

RCP- Reanimação Cardiopulmonar

Os dados sobre a causa da PCR foram escassos, pois 38 (92,7%) registros não mencionaram a origem desse evento.

No que concerne ao ritmo de PCR, em 37(90,3%) dos prontuários não havia essa informação (Tabela 4).

Tabela 4- Avaliação do registro da causa e do ritmo da parada cardiorrespiratória em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público, nos meses de maio e junho. Vitória da Conquista – Ba, 2018.

Variáveis	N°	%
Causa da PCR		
Sem registro	38	92,7
Com registro	3	7,3
Total	41	100
Ritmo da PCR		
Sem registro	37	90,3
Assistolia	1	2,4
Atividade Elétrica sem Pulso	2	4,9
Fibrilação Ventricular	1	2,4
Total	41	100

PCR- Parada Cardiorrespiratória

Com relação ao tempo dos eventos, em 16 (59,3%) dos 27 prontuários de pacientes que foram reanimados, não havia

essa informação. Os demais traziam principalmente tempo de duração da PCR e RCP (29,6%) (Tabela 5).

Tabela 5- Características do registro sobre o tempo dos eventos ocorridos durante a parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público, nos meses de maio e junho. Vitória da Conquista – Ba, 2018. Vitória da Conquista, 2018

Tempo dos eventos	nº	%
Sem registro	16	59,3
Horário de Início do Colapso/ Horário de Início da RCP	1	3,7
Horário final da RCP	1	3,7
Tempo de duração da PCR/RCP	8	29,6
Outros	3	11,1

RCP- Reanimação Cardiopulmonar; PCR- Parada Cardiorrespiratória.

Discussão

Do total de prontuários analisados, não houve predominância de nenhum dos sexos. Quanto à idade, 51,9% dos pacientes possuíam mais de 60 anos. Estudos realizados com o objetivo de avaliar o perfil epidemiológico de pacientes internados em UTIs gerais também demonstram uma prevalência de pacientes idosos nessas unidades.^(13,14) Estudo realizado na Nova Zelândia demonstrou correlação entre a idade e sobrevida, sendo que pacientes mais jovens obtiveram maior chance de sobrevivência⁽¹⁵⁾.

A presença de quase um terço de prontuários sem anotação sobre quaisquer manobras de reanimação é um dado relevante e assustador, pois esses mesmos prontuários também não trazem informação sobre indicação de não reanimação, por essa razão não fica claro se houve ou não reanimação e se a causa da não reanimação foi o prognóstico ruim. Dos pacientes não reanimados, apenas um registro de enfermagem tem informação sobre indicação de não reanimação.

No Brasil, em uma entrevista realizada com cinco profissionais de enfermagem de uma UTI em Santa Catarina, três desses profissionais informaram que não são realizadas anotações médicas sobre Ordem de Não Reanimação (ONR) em prontuário e um dos profissionais relatou que são realizadas, porém não de forma explícita⁽¹⁶⁾.

Em uma pesquisa realizada em hospitais oncológicos de Portugal, a fim de

conhecer os dilemas éticos relacionados à ONR, a maioria dos enfermeiros disseram que a ONR é escrita em prontuário, porém alguns disseram que era apenas informada oralmente.⁽¹⁷⁾ Um estudo realizado com o objetivo de avaliar a atitude dos médicos sobre a ORN, demonstrou que mais de 90% dos profissionais entrevistados consideraram importante o seu registro em prontuário e apontam a necessidade de normatização sobre esse registro⁽¹⁸⁾.

Ademais, a maioria dos registros sobre tentativa de reanimação não especificavam quais ações foram realizadas durante a RCP, somente se referiam a “manobras de reanimação”, essa informação se torna imprecisa e vaga, uma vez que não deixa claro quais foram as ações de fato executadas. A desfibrilação cardíaca é indicada em dois ritmos de PCR, a Taquicardia Ventricular sem Pulso e a Fibrilação Ventricular, mais presentes no ambiente extra-hospitalar⁽²⁾. Não houve descrição do uso de desfibrilador e nem do uso de bolsa – válvula – máscara durante a RCP. O uso de medicamentos foi relatado somente em 40,7 % dos casos, embora suponha-se que em quase todas as tentativas de reanimação tenham sido utilizados medicamentos, especialmente a epinefrina, já que esse é o medicamento de escolha na reversão da PCR.⁽¹⁹⁾ Estudo realizado em um hospital universitário de São Paulo demonstrou que o uso de medicamentos foi relatado somente em 50% dos registros sobre PCR.⁽²⁰⁾



Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa em UTI pós-operatória de cirurgia cardíaca, onde 16 prontuários foram excluídos da pesquisa por não apresentar nenhum registro de RCP e, dos prontuários selecionados, a obtenção de via aérea definitiva e compressão torácica foram descritos em menos de 10% e desfibrilação em menos de 20% dos casos.⁽²¹⁾ A falta de registros prejudica a comunicação entre a equipe, não comprova que a assistência foi prestada e reflete em questões éticas e administrativas.⁽⁷⁾

No que diz respeito à condição clínica do paciente, sabe-se que pacientes já intubados ou em ventilação mecânica antes da PCR têm menor chance de retorno da circulação espontânea, por se tratar de pacientes mais graves.⁽¹⁰⁾ Também é sabido que pacientes com valores altos de pressão arterial média têm maior chance de retorno da circulação espontânea.⁽²²⁾ Esses dados demonstram a importância de relatar a condição do paciente antes do evento. Um estudo realizado em uma UTI de um hospital público em Fortaleza evidenciou que as anotações de enfermagem não retratavam a verdadeira gravidade dos pacientes⁽²³⁾.

O registro adequado sobre todo o processo de PCR e RCP possibilita a análise de diferentes elementos, como, por exemplo, traçar o perfil de pacientes, avaliar as principais causas de PCR e ritmos associados e o resultado do atendimento e relacioná-los com o prognóstico do paciente.^(8,24) Neste estudo, o registro da causa e do ritmo da PCR foram extremamente escassos, sem o registro em 92,7% e 90,3% dos casos, respectivamente. Resultados parecidos foram encontrados em um hospital universitário, visto que em mais de 90 % dos prontuários não havia informação sobre sua causa e cerca de 60% não fazia referência ao ritmo.⁽²⁰⁾

A falta de registro sobre o ritmo da PCR pode ter ocorrido devido ao desconhecimento das alterações

eletrocardiográficas, como demonstra um estudo realizado em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência na cidade de Campinas⁽²⁵⁾, em que mais de 80% dos enfermeiros não sabiam identificar as arritmias letais. Outro estudo, realizado em uma UTI, demonstrou que mais de 40% dos profissionais de enfermagem reconheciam somente a assistolia como ritmo de PCR.⁽²⁶⁾

Uma pesquisa realizada com enfermeiros pós-graduandos em Hemodinâmica e Cardiologia demonstrou que 72% deles sabiam quais os ritmos cardíacos são passíveis de desfibrilação⁽²⁷⁾. Entretanto, saber distinguir quais os ritmos são chocáveis não significa, necessariamente, reconhecer as alterações eletrocardiográficas de cada ritmo.

Um estudo realizado em UTI e Unidade Coronariana de um hospital universitário utilizando o modelo Utstein, demonstrou uma baixa taxa de sobrevivência de pacientes pós PCR, que pode estar associada ao fato de os ritmos mais prevalentes terem sido a assistolia e a atividade elétrica sem pulso⁽²⁸⁾.

O tempo dos vários eventos transcorridos desde o início do colapso até o seu término também devem ser registrados. As diretrizes sobre RCP⁽¹⁹⁾ sempre enfatizam os tempos em suas recomendações, como por exemplo, compressões imediatas após o reconhecimento da PCR, desfibrilação precoce e a administração de epinefrina em 1 a 3 minutos. Neste estudo, em 59,3 % não havia qualquer anotação sobre o tempo dos eventos ocorridos e a maioria das anotações referentes a esse item foram relacionadas ao tempo de duração do colapso circulatório. Em nenhum dos registros foi relatado o horário da primeira desfibrilação ou da primeira dose de adrenalina, como é preconizado pelo modelo Utstein. Em um hospital universitário, com a coleta de dados através do modelo Utstein, foi possível verificar que a média de tempo de

início da reanimação foi de 0,68 minutos, considerado como curto intervalo de tempo, porém, a média de tempo da primeira desfibrilação foi de 7,1 minutos, enquanto nos Estados Unidos esse tempo é de 1,5 minutos⁽²⁸⁾.

Estudo realizado com enfermeiros previamente treinados para o preenchimento dos dados com base no modelo Utstein demonstrou preenchimento incompleto de itens relacionados ao tempo dos eventos em mais de 90% dos prontuários.⁽²⁹⁾ Em um hospital australiano, onde os dados referentes à PCR e RCP foram registrados baseados no protocolo Utstein, pesquisadores concluíram que a identificação rápida da PCR pela equipe de enfermagem, a presença de ritmos chocáveis e o acesso ao desfibrilador externo automático, permitindo uma desfibrilação precoce, estão associados a uma melhor sobrevida⁽³⁾.

Outro tópico importante do modelo Utstein é o registro sobre os profissionais envolvidos na RCP. Pacientes atendidos por profissionais treinados em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia têm mais chance de retorno da circulação espontânea e maior sobrevida até a alta hospitalar e a longo prazo.⁽³⁰⁾ Neste estudo não houve registros sobre profissionais que participaram do atendimento às vítimas de PCR. Ao tentar avaliar a aplicabilidade de um instrumento conforme o modelo Utstein, enfermeiros foram submetidos ao preenchimento do mesmo, dados da equipe foram os menos preenchidos, com média de 27,4 %⁽³¹⁾. Outro estudo demonstrou que em quase 90% dos prontuários não havia

registro dos profissionais participantes da RCP⁽²⁰⁾. O desfecho do paciente foi descrito na totalidade dos registros deste estudo.

Cabe ressaltar que pesquisas sobre PCR e RCP no ambiente extra-hospitalar também se beneficiam com o modelo Utstein como padrão para registro dos eventos relacionados ao processo de atendimento pré-hospitalar, possibilitando associação entre variáveis relacionadas ao atendimento e o desfecho do paciente.³²

Conclusão

O estudo demonstrou que a maioria das variáveis presentes no modelo Utstein não foram identificados nos registros realizados pela equipe de enfermagem, associado a uma falta de sequência na elaboração dos mesmos. As manobras de RCP, quando descritas, foram de forma vaga, podendo isso ocasionar sanções legais aos profissionais já que não permite a identificação do que de fato ocorreu durante as tentativas de retorno da circulação. O registro incompleto também faz com que a equipe de enfermagem perca a sua visibilidade como membro essencial da equipe multiprofissional no processo do cuidado. Além disso, a carência de dados e os registros sem informações-chave dificulta a realização de possíveis estudos sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar, os quais poderiam ser usados para auxiliar na avaliação do trabalho em UTI e se tornar indicadores para uma melhoria contínua da assistência prestada a pacientes graves.

Referências Bibliográficas

1. Júnior EBS, Veronese P. Reanimação Cardiopulmonar e Cerebral. In: Golin V, Sprovieri SRS. Condutas em urgências e emergências para o clínico. 2º Ed, Brasil: Atheneu; 2012.
2. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schimidt A, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013;101(2 Supl 3):1-221.



3. Peters R, Boyde M. Improving survival after in hospital cardiac arrest: the Australian experience. *Am J Crit Care*. 2007; 16(3):240-7.
4. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº704/2022, de 19 de julho de 2022. **Normatiza a atuação dos Profissionais de Enfermagem na utilização do equipamento de desfibrilação no cuidado ao indivíduo em parada cardiorrespiratória.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-704-2022_100939.html
5. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº 564/2017, de 06 de dezembro de 2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em : http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
6. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Livroto sobre Anotações de Enfermagem. Brasil: Junho, 2009.
7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário de paciente e outros documentos de enfermagem. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>
8. Cummins RO, Chamberlain D, Hazinski MF, Nadkarni V, Kloeck W, Kramer E, et al. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on in-hospital resuscitation: the in-hospital “Utstein style”. *American Heart Association. Circulation*. 1997;95(8):2213-39.
9. Avansi Pdo A, Meneghin P. Tradução e adaptação para a língua portuguesa do In-Hospital Utstein Style. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):504-11.
10. Huang CH, Chen WJ, Ma MH, Chang WT, Lai CL, Lee YT. Factors influencing the outcomes after in-hospital resuscitation in Taiwan. *Resuscitation*. 2002;53(3):265-70.
11. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survivalIntensive. *Care Med*. 2007. 33:237–245.
12. Vancini-Campanharo CR, Vancini RL , Lira CAB, Andrade MS, Lopes MCBT, Okuno MFP, et al. Characterization of cardiac arrest in the emergency department of a Brazilian University Reference Hospital: A prospective study. *Indian J Med Res [Internet]* 2016; 144, pp 552-559.
13. Guia CM, Biondi RS, Sotero S, Lima AA, Almeida KJQ, Amorim FF. Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. *Com. CiênciasSaúde [Internet]* 2015. 26(1/2): 9-19. Disponível em : http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2015_perfil_epidemiologico.pdf
14. Pauletti M, Otaviano MLPO, Moraes AST, Schneider DS. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. *Aletheia*. 2017. v.50, n.1-2, p.38-46.



15. Jones P, Miles J, Mitchell N. Survival from in-hospital cardiac arrest in Auckland City Hospital. *Emergency Medicine Australasia*. 2011; 23, 569–579.
16. Soratto MT, Silvestrini F. Dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à ordem de não ressuscitar. *Revista Bioethikos* 2010 4(4):431-436.
17. França D, Rego G, Nunes R. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. *Revista Bioética* 2010; 18 (2): 469 – 81.
18. Putzel EL, Hilleshein KD , Bonamigo EL. Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos. *Revista Bioética* 2016; 24 (3): 596-602.
19. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 02]. Available from: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
20. Fernandes AP, Vancini CR, Cohrs F, Moreira RSL. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. *Acta Paul Enferm* [Internet] 2010; 23(6):757-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/07.pdf>
21. Grisante DL, Silva ABV, Ayoub AC, Belinelo RGS, Onofre PSC, Lopes CT. Avaliação dos registros de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar baseada no modelo utstein. *Rev Rene* [Internet] 2013; 14(6):1177-84. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419014_2.pdf
22. Bartholomay E, Dias FS, Torres FA, Jacobson P, Mariante A, Wainstein R, et al. Impacto das manobras de reanimação cardiorrespiratória cerebral em um hospital geral: fatores prognósticos e desfechos. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(2):182- 95.
- 23 Aquino MJN, Cavalcante TMC, Abreu RNDC, Scopacasa LF, Negreiros FDS. Anotações de enfermagem: avaliação da qualidade em Unidade de Terapia Intensiva. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [cited 2018 Out 29]; 9 (1): 07-12. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1314>
24. Silva RM, Silva BA, Silva FJ, Amaral CF. Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(4):427-435
25. Almeida AO, Araújo IEM, Dalri MCB, Araujo S. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2011; 19(2):[08 telas]. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_06
26. Prestes JN, Menetrier JV. Conhecimento da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulta sobre a parada cardiorrespiratória. *Biosaúde* [Internet] 2017 v. 19, n. 1.



27. Barros FRB, Neto ML. Parada e reanimação cardiopulmonar: conhecimento do enfermeiro baseado nas diretrizes da American Heart Association 2015. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018; 9 (3):13-18
28. Silva RMFL, SILVA BAGL, SILVA FJM, AMARAL CFS. Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet] 2016. 28(4):427-435. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n4/0103-507X-rbti-28-04-0427.pdf>
29. Cavalcante TMC, Lopes RS. O atendimento à parada cardiopulmonar em unidade coronariana segundo o protocolo Utstein. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(1):7-15.
30. Moretti MA, Cesar LA, Nusbacher A, Kern KB, Timerman S, Ramires JA. Advanced cardiac life support training improves long-term survival from inhospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2007; 72(3):458-65.
31. Boaventura AP, Araújo IEM. Registro do atendimento da parada cardiopulmonar no ambiente intra-hospitalar: aplicabilidade de um instrumento. *Revista Gaúch Enferm.* 2006;27(3):434-42.
32. Zandomenighi RC, Martins EAP. Parada cardiopulmonar pré-hospitalar: avaliação dos atendimentos segundo o Utstein Style. *Rev enferm UFPE on line.* 2019;13:e241559 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241559>

Como citar este artigo:

Santos AO, Amaral JM, Teixeira LSS, Ribeiro RN, Steffens AP. Avaliação do registro de enfermagem sobre parada cardiopulmonar e reanimação cardiopulmonar comparado ao modelo Utstein. *Rev. Aten. Saúde.* 2023; 21:e20238562. doi: <https://doi.org/10.13037/ras.vol21.e20238562>

