



**AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR
BASEADA NO MODELO UTSTEIN**

*ASSESSMENT OF NURSING RECORDS ON CARDIOPULMONARY RESUSCITATION BASED ON THE UTSTEIN
MODEL*

*EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA ACERCA DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
BASADA EN EL MODELO UTSTEIN*

Daiane Lopes Grisante¹, Andréa Braz Vendramini Silva¹, Andréa Cotait Ayoub², Renata Guzzo Souza Belinelo³, Priscila Sete de Carvalho Onofre³, Camila Takáó Lopes⁴

Estudo transversal que avaliou a qualidade dos registros de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar. Foram revisados 42 prontuários de pacientes em uma unidade de terapia intensiva, utilizando o protocolo Utstein. Houve predominância de homens (54,8%), idade de 21 a 70 anos (38,1%), correção de cardiopatias adquiridas (42,7%), com mais de um dispositivo pré-existente (147). Como causa imediata de parada cardiorrespiratória, predominou hipotensão (48,3%) e como ritmo inicial, bradicardia (37,5%). Apenas a hora do óbito e hora da parada foram registradas em 100% da amostra. Não foi registrado treinamento dos profissionais em Suporte Avançado de Vida. As causas da parada e ritmo inicial foram registrados em 69% e 76,2% da amostra. Compressões torácicas, obtenção de vias aéreas pérvias e desfibrilação foram registradas em menos de 16%. Os registros foram considerados de baixa qualidade, podendo incorrer em sanções legais aos profissionais e não permitindo a comparação da efetividade das manobras com outros centros.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Pesquisa em Avaliação de Enfermagem; Parada Cardíaca; Registros de Enfermagem.

Cross-sectional study that assessed the quality of nursing records on cardiopulmonary resuscitation. Forty-two patients' charts were reviewed in an intensive care unit, using the Utstein protocol. There was a predominance of men (54.8%), aged from 21-70 years old (38.1%), correction of acquired heart diseases (42.7%), with more than one pre-existing device (147). As immediate cause of cardiac arrest, hypotension predominated (48.3%) and as the initial rhythm, bradycardia (37.5%). Only the time of death and time of arrest were recorded in 100% of the sample. Professional training in Advanced Life Support was not recorded. The causes of arrest and initial rhythm were recorded in 69% and 76.2% of the sample. Chest compressions, patent airway obtainment and defibrillation were recorded in less than 16%. Records were considered of low quality and may cause legal sanctions to professionals and do not allow the comparison of the effectiveness of the maneuvers with other centers.

Descriptors: Nursing Care; Nursing assessment; Nursing Evaluation Research; Cardiac arrest; Nursing Records.

Este estudio transversal evaluó la calidad de registros de enfermería acerca de la reanimación cardiopulmonar. Fueron evaluados 42 registros de pacientes en unidad de cuidados intensivos utilizando el protocolo Utstein. Hubo predominio de hombres (54,8%), entre 21-70 años (38,1%), corrección de cardiopatías adquiridas (42,7%), con más de un dispositivo pre-existente (147). Como causa inmediata de parada cardiorrespiratoria, predominó hipotensión (48,3%) y como ritmo inicial, bradicardia (37,5%). Sólo el momento de la muerte y de la parada cardiorrespiratoria fueron registradas en 100%. No fue registrada capacitación en Soporte Avanzado de Vida. Causas inmediatas de parada y ritmo inicial se registraron en 69 y 76,2% de la muestra. Compresiones torácicas, obtención de vías respiratorias y desfibrilación se registraron en menos de 16%. Los registros se consideraron de baja calidad, pudiendo conducir a sanciones legales a los profesionales y no permitiendo comparación de la efectividad de reanimación con otros centros.

Descritores: Atención de Enfermería; Evaluación en Enfermería; Investigación en Evaluación de Enfermería; Paro Cardíaco; Registros de Enfermería.

¹Enfermeira, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: daianelopesgrisante@gmail.com, andreabvsilva@uol.com.br

²Enfermeira, Doutora, Diretora da Divisão de Enfermagem, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: acotait@ig.com.br

³Enfermeira, Mestre, Professora Associada, Universidade Paulista. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: renata.guzzo@gmail.com, enfermagemcidunivers@unip.br

⁴Enfermeira, Doutoranda, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: camilatakao@hotmail.com

Autor correspondente: Andréa Cotait Ayoub

Diretoria de Enfermagem do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Av Dr Dante Pazzanese, 500, CEP: 04012-180, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: acotait@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A indicação de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) deve levar em consideração critérios prognósticos do procedimento. No ambiente intra-hospitalar, caracterizado por múltiplas afecções, seu emprego indiscriminado pode trazer pouco ou nenhum benefício ao paciente, bem como acarretar maiores custos financeiros e emocionais⁽¹⁾.

A vigilância sobre os pacientes no ambiente hospitalar é uma responsabilidade primariamente da enfermagem. Assim, essa equipe desempenha um papel essencial na identificação da parada cardiorrespiratória (PCR) e início das manobras de RCP⁽²⁾. Entretanto, a produção científica de enfermagem sobre PCR em pacientes adultos no meio intra-hospitalar é numericamente pequena em relação à da área médica, conforme verificado nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline. Dentre 48 artigos encontrados sobre o tema, menos de 10% tinham enfermeiros como autores⁽³⁾.

Conhecer os preditores de sobrevivência de indivíduos que sofreram PCR é imprescindível para a tomada de decisão nas manobras de RCP ou não-ressuscitação, para que não haja dispêndios financeiros e emocionais sem benefício significativo ao paciente e para que ações sejam implementadas em prol da melhoria da qualidade do atendimento. Para tanto, deve haver adequado registro da sequência dos eventos e condutas na RCP, de modo que os resultados do atendimento e perfil epidemiológico dos pacientes possam ser comparados dentro de um serviço ou entre serviços⁽⁴⁻⁷⁾.

Assim, na década de 90, foi criado um modelo padronizado de coleta de dados e registro das manobras de RCP para possibilitar a agregação e análise única dos dados, denominado *Utstein*. O protocolo preconiza a coleta de dados sobre o paciente, evento, resultados de acompanhamento intra e extra-hospitalar e informações sobre a equipe de atendimento⁽⁸⁾.

O registro da RCP, conforme o protocolo *Utstein*, permite comparar o perfil epidemiológico das PCRs entre

serviços e países. A análise subsequente dos registros possibilita conhecer a qualidade do atendimento intra-hospitalar⁽⁴⁻⁷⁾. Tal análise tem se mostrado útil mundialmente para avaliação de fatores prognósticos e sobrevida dos pacientes submetidos às manobras de RCP⁽⁴⁻⁷⁾.

Um estudo desenvolvido por enfermeiros australianos evidenciou que o protocolo *Utstein* foi uma ferramenta útil para coleta de dados referentes à RCP em um centro hospitalar. Utilizando esse protocolo, os autores constataram que as taxas de retorno à circulação espontânea (RCE) e de sobrevida pós-alta hospitalar foram consideravelmente mais altas comparadas àquelas de outros hospitais. Além disso, verificaram que um ritmo inicial chocável de PCR (fibrilação ventricular – FV – ou taquicardia ventricular – TV) associou-se independentemente ao RCE e à sobrevida pós-alta. Os resultados bem-sucedidos foram atribuídos à equipe de enfermagem como a primeira a identificar o ritmo de PCR e utilizar desfibriladores externos semiautomáticos e à educação permanente das equipes médicas e de enfermagem. Nesse contexto, os autores sugeriram que a utilização de desfibriladores externos semiautomáticos poderia ser encorajada⁽⁴⁾.

Em um hospital espanhol, foram coletados dados de pacientes que apresentaram PCR, utilizando-se o protocolo *Utstein*, com o objetivo de identificar a taxa de sobrevida dos pacientes, os preditores de mortalidade e os fatores protetores contra mortalidade. A taxa de sobrevida foi similar ou discretamente superior àquela encontrada em outros serviços; os preditores de mortalidade foram a administração de quaisquer doses de epinefrina durante a RCP e a duração total da RCP; os fatores protetores foram os ritmos iniciais chocáveis e a PCR testemunhada por um médico. O registro da RCP, utilizando o protocolo *Utstein*, forneceu informações relevantes quanto à efetividade com que os pacientes foram tratados e sugeriram que a qualificação profissional deve ser reforçada, uma vez que pode

influenciar em um dos fatores protetores contra mortalidade⁽⁵⁾.

Em Taiwan, a chance de sobrevivência à PCR em UTI e as variáveis preditoras de RCE e de sobrevivência pós-alta hospitalar foram investigadas em um estudo longitudinal. Os autores puderam verificar que a taxa de sobrevivência na UTI foi inferior àquela verificada em outras unidades da mesma instituição. Os preditores independentes de sobrevivência à alta foram FV e TV como ritmos iniciais de PCR, escore APACHE menor duração da RCP⁽⁶⁾. Uma auditoria de todas as PCRs de 2004 a 2006 utilizando o protocolo *Utstein* no município de Auckland, Nova Zelândia, permitiu identificar que a sobrevivência até a alta (27,2%) foi similar ou maior do que aquela encontrada em outros centros, bem como o estado neurológico dos pacientes após 12 meses. Além disso, foi verificado que os ritmos de PCR iniciais chocáveis, PCR durante o período com atuação de um número máximo de médicos de plantão e idade menor dos pacientes foram fatores preditores independentes de sobrevivência⁽⁷⁾.

Diante do exposto, indaga-se se os registros de enfermagem sobre a RCP em uma unidade de terapia intensiva são compatíveis com as informações requeridas pelo modelo *Utstein*. Uma vez que essas informações podem ser utilizadas para avaliar a efetividade da RCP⁽⁴⁻⁷⁾, tal compatibilidade pode ser considerada indicadora de qualidade dos registros da equipe de enfermagem⁽⁹⁾.

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos registros de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, retrospectivo com consulta a prontuários em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de Pós-Operatório de cirurgia cardíaca de um hospital público estadual de referência em cardiologia de São Paulo-SP, onde o atendimento à PCR

é registrado sem protocolo previamente padronizado. À época da coleta de dados, a UTI contava com 40 leitos ativos. O número médio de admissões por mês é de 196.

A população do estudo foi constituída por prontuários de indivíduos admitidos na UTI de 01 de janeiro a 31 de maio de 2012, em média 980. Os critérios de inclusão para a amostra foram prontuários de sujeitos de ambos os sexos e todas as idades que evoluíram a óbito (n=60). Os critérios de exclusão foram prontuários de sujeitos em morte encefálica (n=2) ou sem registro de RCP (n=16).

A inclusão de prontuários apenas de sujeitos que evoluíram a óbito deveu-se à impossibilidade de revisar os prontuários de todos os indivíduos admitidos na UTI no período citado (em média, 980 prontuários). Por meio do sistema informatizado da instituição, é possível conhecer quais sujeitos apresentaram óbito no período, e cujos prontuários, portanto, teriam registro de RCP ou de ordem de não-ressuscitação, excluindo-se aqueles em morte encefálica. Uma vez a par de quais pacientes haviam evoluído a óbito, as pesquisadoras solicitaram seus prontuários ao Serviço de Arquivamento Médico para revisão.

Para verificar a qualidade dos registros de enfermagem sobre RCP, foi investigada a frequência com que as variáveis requeridas pelo modelo *Utstein* foram registradas nos prontuários. Para tanto, utilizou-se um instrumento de coleta de dados baseado no protocolo⁽⁸⁾ *Utstein* com informações referentes a:

(1) Variáveis do paciente (Idade, sexo, data de admissão, diagnóstico de internação e procedimento de internação, dispositivos pré-existentes: presença de cateter venoso periférico, cateter venoso central, cateter arterial, marcapasso, cateter de artéria pulmonar, balão intraórtico, uso de drogas vasoativas e/ou drogas antiarrítmicas e ventilação mecânica).

(2) Variáveis do evento (causas imediatas - arritmia, hipotensão, respiratória, metabólica, infarto

agudo do miocárdio ou isquemia, desconhecida; Ritmo inicial - Fibrilação ventricular, Taquicardia ventricular, Atividade Elétrica Sem Pulso, Bradicardia, Assistolia; Intervenções na RCP - via aérea, compressões torácicas, desfibrilação; Hora dos eventos - parada detectada, parada confirmada, RCP iniciada, via aérea obtida, primeira desfibrilação, primeira dose de adrenalina, primeira dose de atropina, RCP terminada; Drogas e doses utilizadas - Adrenalina, Atropina, Amiodarona, Lidocaína, Procainamida, Bicarbonato de sódio, Sulfato de Magnésio, Gluconato de cálcio).

(3) Informações adicionais (registro de profissionais envolvidos na ressuscitação - médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, outros; Número de médicos envolvidos no atendimento treinados em Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS), número de enfermeiros treinados em ACLS envolvidos no atendimento).

A presença de registro dessas variáveis no atendimento à PCR foi utilizada como indicadora de qualidade da anotação. Os resultados apresentarão as frequências de preenchimento dessas variáveis nos prontuários.

A coleta de dados foi feita por uma aluna do último semestre do curso de graduação em enfermagem em setembro de 2012, devidamente treinada, sob supervisão de uma enfermeira mestre da instituição. Após verificar pelo sistema informatizado quais sujeitos apresentaram óbito de 01 de janeiro a 31 de maio de 2012, a aluna solicitou os respectivos prontuários ao Serviço de Arquivamento Médico e coletou os dados utilizando o instrumento anteriormente mencionado.

Os dados foram digitados e analisados por meio de estatística descritiva (números absolutos e percentuais) no software Microsoft Office Excel® 2007. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética institucional sob nº 4248/2012.

RESULTADOS

Foram levantados 60 prontuários de pacientes que evoluíram a óbito na UTI, dos quais 18 foram excluídos devido ao diagnóstico de morte encefálica (2) ou não apresentarem registro de RCP (16). Amostra composta por 42 prontuários. As informações sobre sexo e idade são apresentadas na Tabela 1. Predominaram pacientes do sexo masculino (54,8%) e idade de 21 a 70 anos (38,1%).

Tabela 1 - Sexo e idade de indivíduos que sofreram parada cardiorrespiratória. UTI de pós-operatório de cirurgias cardíacas. São Paulo, SP, Brasil, 2012

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	23	54,8
Feminino	19	45,2
Idade (anos)		
0 - 20	11	26,2
21 - 70	16	38,1
71 - 100	15	35,7

Os diagnósticos e procedimentos de internação são apresentados na Tabela 2. Houve predomínio do diagnóstico de cardiopatias congênicas (23,8%) e implante de prótese valvar (28,5%).

Tabela 2 - Diagnósticos e procedimentos de internação indivíduos que sofreram parada cardiorrespiratória. UTI de pós-operatório de cirurgias cardíacas. São Paulo, SP, Brasil, 2012

Variáveis	n	%
Diagnóstico de internação		
Cardiopatias congênicas	10	23,8
Insuficiência coronariana	7	16,7
Estenose aórtica	6	14,3
Infarto agudo do miocárdio	6	14,3
Outros	13	30,9
Procedimento de internação		
Implante de prótese valvar	12	28,6
Tratamento de malformações congênicas	10	23,8
Revascularização do miocárdio	6	14,3
Outros	14	33,3

Os dados relativos à variável "dispositivos pré-existent" são apresentados na Tabela 3, quantificados 147, sendo mais frequente o cateter venoso (38) e tubo orotraqueal (38), o que evidencia que um mesmo

paciente apresentava mais de um dispositivo no momento da PCR.

Tabela 3 - Dispositivos pré-existentes na hora da parada cardiopulmonar. UTI de pós-operatório de cirurgias cardíacas. São Paulo, SP, Brasil, 2012

Dispositivo	n	%
Cateter venoso central	38	90,5
Tubo orotraqueal	38	90,5
Cateter arterial	27	64,3
Cateter venoso periférico	21	50,0
Fio de marcapasso transvenoso	18	42,9
Balão intra-aórtico	4	9,5
Cateter de artéria pulmonar	1	2,3

*As porcentagens referem-se a 42 pacientes

As causas imediatas de PCR são apresentadas na Tabela 4. Predominou a hipotensão (48,2%).

Tabela 4 - Causas imediatas de parada cardiopulmonar registradas. UTI de pós-operatório de cirurgias cardíacas. São Paulo, SP, Brasil, 2012

Variáveis	n	%
Causa imediata		
Hipotensão	14	48,3
Arritmia	7	24,2
Respiratória	6	20,7
Arritmia/hipotensão	1	3,4
Arritmia/respiratória	1	3,4

*Treze prontuários não apresentaram registros de causa imediata

Os ritmos iniciais são apresentados na Tabela 5. Houve predominância de bradicardia (37,5%), seguida de assistolia (28,1%).

Tabela 5 - Ritmos iniciais de parada cardiopulmonar registrados. UTI de pós-operatório de cirurgias cardíacas. São Paulo, SP, Brasil, 2012

Variáveis	n	%
Ritmo		
Bradicardia	12	37,5
Assistolia	9	28,1
Atividade elétrica sem pulso	6	18,7
Bradicardia seguida de atividade elétrica sem pulso	2	6,2
Fibrilação ventricular	1	3,1
Atividade elétrica sem pulso seguida de assistolia	1	3,1
Taquicardia ventricular seguida de assistolia	1	3,1

*Dez prontuários não apresentaram registros referentes ao ritmo

Apesar de 90,9% dos indivíduos utilizarem drogas vasoativas/antiarrítmicas, esse dado não foi relatado no momento da RCP. As variáveis "uso de drogas na hora

do evento" e "doses utilizadas" foram registradas em 69% e 57,1% dos prontuários, respectivamente.

A variável "obtenção de via aérea definitiva" foi relatada em apenas 7,1% dos prontuários. As variáveis "compressão torácica" e "desfibrilação" foram registradas apenas em 4,7% e 16,6% dos casos, respectivamente.

Sobre as "informações adicionais", houve aproximadamente 15% de registros da participação apenas de médicos, sem menção ao número de profissionais de enfermagem, e não houve qualquer registro quanto à capacitação em ACLS dos profissionais envolvidos no atendimento.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são limitados pela inclusão apenas de prontuários de indivíduos que evoluíram a óbito. Esse critério de inclusão impossibilita as pesquisadoras de saber se os registros de RCP em prontuários de indivíduos que sobreviveram à PCR contêm informações compatíveis com aquelas requeridas pelo protocolo *Utstein*. Entretanto, os resultados têm implicações para a prática de enfermagem, uma vez que identificam lacunas de documentação e, portanto, evidenciam a necessidade de aprimoramento dos registros de atendimento.

A exclusão de 16 prontuários sem anotações referentes à RCP foi preocupante, pois não ficou claro se os pacientes não tinham indicação de RCP (ordem de não-ressuscitação) ou se os procedimentos foram realizados e não registrados. Essa e outras inconsistências impedem a avaliação da qualidade dos procedimentos realizados, desvalorizam o tempo e trabalho dispendidos pela equipe de enfermagem e colocam em risco o profissional do ponto de vista legal⁽¹⁰⁾.

O sexo dos pacientes foi registrado em todos os prontuários, o que permitiu identificar o predomínio do sexo masculino. Tal perfil foi verificado em outra UTI de

pós-operatório de cirurgias cardíacas⁽¹¹⁾, porém não é considerado relevante quanto ao impacto sobre a sobrevivência pós-PCR⁽¹²⁾.

O fato de haver registro de idade de todos os pacientes é importante, pois conhecer o impacto dessa variável sobre os desfechos da RCP é fundamental para a discussão sobre iniciar e/ou manter a RCP. A idade provou-se fator prognóstico independente de sobrevivência à PCR (idade média 59,4 comparada a 69,1 anos) em um estudo neo-zelandês⁽⁷⁾.

O predomínio dos extremos de idade na população associa-se a achados de estudos epidemiológicos anteriores⁽¹³⁻¹⁴⁾. A mortalidade hospitalar em septuagenários ou mais idosos nas operações de revascularização miocárdica e valvares é maior do que nos pacientes mais jovens⁽¹³⁾. Entre 1980 e 2006, houve crescimento mais expressivo no Brasil do grupo de indivíduos acima de 75 anos, especialmente aqueles com mais de 80 anos⁽¹⁴⁾.

Os indivíduos na faixa etária entre 0 e 10 anos foram submetidos à correção de cardiopatias congênitas, situação em que ocorre alta incidência de complicações, e até 14% de incidência de PCR durante o pós-operatório intra-hospitalar⁽¹⁵⁾.

A pré-existência de dispositivos estava descrita em outras anotações de enfermagem, não no momento da RCP. A mesma situação foi verificada em trabalho anterior⁽⁹⁾ e dificulta o entendimento da sequência de eventos/conduas durante a RCP, como, por exemplo, ausência de estabelecimento de via aérea definitiva devido à pré-existência da mesma ou devido à verificação da adequabilidade da ventilação com via aérea temporária. Pacientes monitorizados, com dispositivos pré-existentes, facilitam a detecção da PCR, bem como o atendimento⁽⁶⁾.

O registro de causa imediata e ritmo inicial da PCR é importante para possibilitar análises de predição de sobrevivência pós-PCR⁽¹⁾. Conforme apresentado na introdução do presente trabalho, FV e TV como ritmos

iniciais foram identificados como preditores independentes de RCE e sobrevida pós-alta hospitalar e proteção contra mortalidade em diferentes cenários⁽⁴⁻⁷⁾.

No entanto, verificou-se ausência de registro das causas imediatas (31%) e ausência de registro do ritmo inicial (23,8%). Em estudo brasileiro anterior, essas variáveis deixaram de ser registradas em mais de 92% dos prontuários⁽¹⁶⁾. Verificou-se, em trabalho prévio, que não havia registros suficientes que deixassem claro quais foram as intervenções realizadas, o ritmo inicial de PCR, qual o horário do evento e sua duração, bem como drogas utilizadas⁽⁹⁾. No Reino Unido, verificou-se também que a documentação de PCRs não seguia as recomendações do *Utstein*, de forma que as informações eram insuficientes para possibilitar a auditoria dos procedimentos⁽¹⁾. Além de impedir análises de predição de sobrevivência, a falta de registro de causa imediata, ritmo inicial da PCR, intervenções realizadas e horário da PCR verificada em nosso estudo impossibilita auditoria dos procedimentos e comparação dos resultados com aqueles de outros serviços⁽¹⁾.

O horário em que as observações são feitas e os procedimentos são realizados é importante para assegurar a precisão do registro de dados, uma vez que o estado clínico do paciente varia com o tempo⁽¹⁰⁾. O ambiente de UTI conta com profissionais junto ao cliente em tempo integral, que mantêm monitorização clínica contínua, portanto, todos os eventos são presenciados no momento ocorrido. Entretanto, a hora da PCR deixou de ser anotada em 2,3% dos prontuários revisados. Desse modo, a cronologia dos acontecimentos, preceito legal dos registros de enfermagem, também não foi retratada.

Em nossa população, o uso de drogas foi anotado em 69% dos casos, porém apenas 57,1% dos prontuários continham registros das doses das mesmas. A alta prevalência do uso de drogas vasoativas/antiarrítmicas reforça a gravidade dos pacientes. Contudo, tal característica deve ser relatada

no momento da RCP, pois o uso prolongado de epinefrina aumenta o consumo de oxigênio pelo miocárdio e pode induzir arritmias e isquemia⁽¹⁶⁾, eventos que podem influenciar no prognóstico do paciente.

A escassez de registro quanto às doses das drogas, ventilação com bolsa-válvula-máscara, compressões torácicas e desfibrilação não esclarece se houve a realização dos procedimentos e ausência de registro ou se os procedimentos não foram executados. Essas falhas, associadas à ausência de identificação dos profissionais que participaram do atendimento, podem incorrer em prejuízos no caso de ações jurídicas⁽¹⁷⁾. Outro estudo brasileiro, realizado em um hospital público de ensino, observou desvalorização dos registros em geral feitos pela enfermagem, e afirma que tal fato colabora para sua própria invisibilidade⁽¹⁸⁾.

É importante que haja registro da presença de médicos e enfermeiros treinados em ACLS e/ou BLS na equipe de atendimento, pois a presença de pelo menos um membro da equipe com esse treinamento na RCP intra-hospitalar está associada à sobrevida a longo e médio prazo⁽¹⁹⁾.

Conforme o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem⁽²⁰⁾, é responsabilidade e dever dos profissionais incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar, bem como realizar este registro. Como a PCR é um evento cujo atendimento requer disciplina, coordenação, agilidade e eficiência, acredita-se que o uso do protocolo *Utstein* é uma alternativa que pode ser utilizada pela equipe de enfermagem para incentivar e facilitar o registro sistemático das manobras de ressuscitação cardiopulmonar e evitar sanções legais.

CONCLUSÃO

Os indivíduos da amostra, submetidos à correção de cardiopatias adquiridas ou congênitas, sofreram PCR

seguida de óbito principalmente devido à hipotensão. Era predominantemente masculina, em extremos de idade, utilizando múltiplos dispositivos invasivos.

A maioria dos aspectos de atendimento à PCR requeridas pelo protocolo *Utstein* não foi registrada na totalidade dos prontuários, como “compressão torácica”, “desfibrilação”, “uso de drogas na hora do evento” e “doses utilizadas”. Os registros de enfermagem quanto à RCP, portanto, foram considerados de baixa qualidade. Tal falha pode incorrer em sanções legais aos profissionais e não permite a comparação da adequabilidade/efetividade das manobras com outros centros.

O presente estudo deixa uma lacuna de conhecimento quanto ao registro de RCP dos indivíduos que sofreram PCR e não evoluíram a óbito. No entanto, visto os resultados positivos da utilização do protocolo *Utstein* em outros cenários e o fato de os registros no setor em questão não seguirem protocolo previamente padronizado, os resultados do presente estudo podem sugerir que seja realizado investimento em capacitação profissional para incluir seu uso no processo de trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Profa Dra Estela Regina Ferraz Bianchi, pelas contribuições na concepção do projeto inicial e elaboração do trabalho final.

COLABORAÇÕES

Grisante DL contribuiu para a concepção, coleta dos dados de campo, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Silva ABV e Ayoub AC contribuíram para a concepção e aprovação final da versão a ser publicada. Belinelo RGS e Onofre PSC contribuíram para a concepção, análise e interpretação dos dados. Lopes CT contribuiu para a concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Moreira DM, Mariante Neto D, Oliveira MW, Alves LB, Adamattil CC, Trota EA, et al. Retrospective study of the survival of patients who underwent cardiopulmonary resuscitation in an intensive care unit. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 78(6):545-8.
2. Pothitakis C, Ekmektzoglou KA, Piagkou M, Karatzas T, Xanthos T. Nursing role in monitoring during cardiopulmonary resuscitation and in the peri-arrest period: a review. *Heart Lung.* 2011; 40(6):530-44.
3. Luzia MF, Lucena AF. Cardiorespiratory arrest of the adult patient in a hospital environment: nursing contributions. *Rev Gaucha Enferm.* 2009; 30(2):328-37.
4. Peters R, Boyde M. Improving survival after in-hospital cardiac arrest: the Australian experience. *Am J Crit Care.* 2007; 16(3):240-7.
5. De-la-Chica R, Colmenero M, Chavero MJ, Muñoz V, Tuero G, Rodríguez M. Prognostic factors of mortality in a cohort of patients with in-hospital cardiorespiratory arrest. *Med Intensiva.* 2010; 34(3):161-9.
6. Chang SH, Huang CH, Shih CL, Lee CC, Chang WT, Chen YT, et al. Who survives cardiac arrest in the intensive care units? *J Crit Care.* 2009; 24(3):408-14.
7. Jones P, Miles J, Mitchell N. Survival from in-hospital cardiac arrest in Auckland City Hospital. *Emerg Med Australas.* 2011; 23(5):569-79.
8. Avansi PA, Meneghin P. Translation and adaptation of the in-hospital *Utstein* Style into the portuguese language. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(3):504-11.
9. Fernandes AP, Vancini CRV, Cohrs FC, Moreira RSL. Quality of nursing records related to cardiopulmonary resuscitation compared to the Utstein model. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(6):757-63.
10. Assunção RC, Dalri MCB. Evaluation of the ethical and legal aspects in nursing. *Cienc Cuid Saude.* 2010; 9(4):676-81.
11. Ducci AJ, Zanei SSV, Whitaker IY. Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(4):673-80.
12. Grasner JT, Meybohm P, Fischer M, Bein B, Wnent J, Franz R, et al. National resuscitation registry of out-of-hospital cardiac arrest in Germany - a pilot study. *Resuscitation.* 2009; 80(2):199-203.
13. Alves Junior L, Rodrigues AJ, Évora PRB, Basseto S, Scorzoni Filho A, Luciano PM, et al. Risk factors in septuagenarians or elderly patients undergone coronary artery bypass grafting and or valves operations. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008; 23(4):550-5.
14. Nogueira SL, Geraldo JM, Machado JC, Ribeiro RCL. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. *Rev Bras Estud Popul.* 2008; 25(1):195-8.
15. Oliveira PMN, Held PA, Grande RAA, Ribeiro MAGO, Bobbio TG, Schivinsk CIS. Profile of children undergoing congenital heart surgery and analysis of their respiratory complications. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30(1):116-21.
16. Hollenberg SM. Vasoactive Drugs in circulatory shock. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011; 183(7):847-55.
17. Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Nursing records/notes: communication instrument for the quality of nursing care? *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]* 2006 [citado 2012 jan 20]; 8(3):415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm
18. Pedrosa KKA, Souza MFG, Monteiro AI. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. *Rev Rene.* 2011; 12(3):568-73.
19. Moretti MA, Cesar LA, Nusbacher A, Kern KB, Timerman S, Ramires JA. Advanced cardiac life support training improves long-term survival from in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2007; 72(3):458-65.
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Dispõe sobre o Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília: COFEN; 2007.