Marcos Ambrosio Trindade, Unimed Sul Capixaba
Gustavo Zigoni de Oliveira Ribeiro, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim
Gabriel Pacheco Ramos, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim
Clara Miranda Boldrini, Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS DURANTE UMA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO NO SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

RESUMO

Introdução: Os Times de Resposta Rápida (TRR) desempenham um papel fundamental na identificação precoce de sinais de deterioração clínica, buscando reduzir a letalidade e melhorar os resultados de manobras de ressuscitação. **Objetivo**: analisar o perfil clínico de pacientes atendidos pelo Time de Resposta Rápida (TRR) durante paradas cardiorrespiratórias (PCR) em um hospital filantrópico no Sul do Estado do Espírito Santo. **Métodos**: Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. Foram analisados 123 prontuários de pacientes atendidos pelo TRR no ano de 2023. As variáveis incluíram características sociodemográficas, comorbidades, especialidade da internação, tempo de internação, ritmos de PCR e desfechos clínicos. A análise estatística foi realizada utilizando o *software* Epi Info™, considerando significância estatística para $p < 0,05$. **Resultados**: A média de idade foi de 69 anos (±12 anos), com predominância de pacientes do sexo masculino (55,28%) e idosos acima de 60 anos (77,24%). As principais comorbidades foram hipertensão arterial sistêmica (61,79%), d*iabetes mellitus* (34,15%) e neoplasias (34,15%). Ritmos não chocáveis, como atividade elétrica sem pulso (AESP, 56,91%) e assistolia (26,83%), foram os mais frequentes. Após as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, 41,46% dos pacientes alcançaram retorno da circulação espontânea, enquanto a taxa de mortalidade foi de 94,31%. **Conclusão**: Os resultados evidenciam uma alta prevalência de comorbidades e mortalidade entre os pacientes atendidos, ressaltando a importância de intervenções rápidas e eficazes. Estratégias como a implementação de protocolos pós-PCR e treinamentos especializados podem contribuir para a redução da letalidade e a melhoria dos desfechos clínicos. Estudos futuros devem considerar análises multicêntricas e abordagens longitudinais.

Palavras-chave: cardiorrespiratória. Time de Resposta Rápida. Mortalidade hospitalar. Perfis clínicos. Cuidados críticos.

ABSTRACT

Introduction: Rapid Response Teams (RRTs) play a fundamental role in the early identification of signs of clinical deterioration, aiming to reduce mortality and improve the outcomes of resuscitation maneuvers. **Objective:** To analyze the clinical profile of patients treated by the Rapid Response Team (RRT) during cardiopulmonary arrest (CPA) events in a philanthropic hospital located in the southern region

of Espírito Santo State, Brazil. **Methods:** This was a retrospective, cross-sectional, and descriptive study with a quantitative approach. A total of 123 medical records of patients assisted by the RRT in 2023 were analyzed. The variables included sociodemographic characteristics, comorbidities, hospitalization specialty, length of hospital stay, cardiac arrest rhythms, and clinical outcomes. Statistical analysis was performed using Epi Info™ software, considering statistical significance at $p < 0.05$. **Results:** The mean age was 69 years (±12 years), with a predominance of male patients (55.28%) and individuals older than 60 years (77.24%). The main comorbidities were systemic arterial hypertension (61.79%), diabetes mellitus (34.15%), and neoplasms (34.15%). Non-shockable rhythms, such as pulseless electrical activity (PEA, 56.91%) and asystole (26.83%), were the most frequent. After cardiopulmonary resuscitation maneuvers, 41.46% of the patients achieved return of spontaneous circulation, while the mortality rate was 94.31%. **Conclusion:** The results demonstrate a high prevalence of comorbidities and mortality among the patients treated, highlighting the importance of rapid and effective interventions. Strategies such as the implementation of post-cardiac arrest protocols and specialized training may contribute to reducing mortality and improving clinical outcomes. Future studies should consider multicenter analyses and longitudinal approaches.

Keywords: Cardiopulmonary arrest. Rapid Response Team. Hospital mortality. Clinical profile. Critical care.

1. Introdução

As doenças cardiovasculares permanecem como uma das principais causas de mortalidade global, sendo responsáveis por uma parcela significativa dos casos de parada cardiorrespiratória (PCR). A PCR, caracterizada pela cessação abrupta das funções cardíaca e respiratória, apresenta alta letalidade, especialmente em ambientes hospitalares. Dados recentes apontam que a cada minuto sem intervenção eficaz, há uma redução de 10% nas chances de sobrevivência do paciente, tornando o manejo precoce e estruturado essencial para melhorar os desfechos clínicos. No Brasil, segundo o DATASUS, em 2023, foram registradas aproximadamente 388 mil mortes por doenças do aparelho cardiovascular, reforçando a magnitude do problema (BRASIL, 2024).

Neste contexto, a implantação de Times de Resposta Rápida (TRR) em hospitais, preconizada por iniciativas internacionais como a da Organização Mundial

da Saúde (OMS) e do Institute for Healthcare Improvement (IHI), tem se mostrado uma estratégia eficaz na prevenção de deterioração clínica e na redução da mortalidade hospitalar. Os TRRs são equipes multidisciplinares capacitadas para identificar sinais precoces de deterioração e intervir em situações críticas, como a PCR (SANTANA-SANTOS *et al.*, 2017; BERNOCHE *et al.*, 2019).

A análise do impacto da implantação dos TRRs no perfil da Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar (PCIH) é limitada por poucos estudos disponíveis. Essa avaliação é essencial para identificar áreas em que os TRR melhoram os cuidados aos pacientes hospitalizados e para apontar oportunidades de aprimoramento. Além disso, o estudo ressalta a importância de prevenir a PCIH, especialmente porque a implantação dos TRRs não resultou em alterações significativas na taxa de sobrevivência (VIANA *et al.*, 2021).

A alta mortalidade hospitalar entre os pacientes analisados pode ser atribuída a dois fatores principais: a complexidade clínica e as comorbidades cardiovasculares predominantes no perfil dos atendidos, além de mais da metade apresentarem ritmos iniciais de parada como AESP ou assistolia. O estudo destacou que, mesmo em um hospital-escola especializado em cardiopneumologia de alta complexidade, a mortalidade por parada cardiorrespiratória permanece elevada, apesar do atendimento por equipes treinadas para essas emergências. Esses dados são cruciais para o planejamento de ações futuras, visando a implementação e o aprimoramento de protocolos de atendimento à PCR tanto na instituição estudada quanto em outras com características semelhantes (SANTANA-SANTOS *et al.*, 2017).

Diante disso, este estudo tem como objetivo principal analisar o perfil clínico de pacientes atendidos pelo TRR durante paradas cardiorrespiratórias em um hospital filantrópico no sul do Estado do Espírito Santo. Pretende-se compreender as características epidemiológicas e clínicas desses pacientes, bem como identificar fatores associados à mortalidade e ao sucesso das manobras de ressuscitação, contribuindo para o aprimoramento dos protocolos de atendimento.

2. Metodologia

Este estudo trata-se de uma pesquisa retrospectiva, transversal, descritiva, com abordagem quantitativa, utilizando prontuários de pacientes atendidos pelo time de resposta rápida, no período de janeiro a dezembro de 2023, em um

Hospital Filantrópico do Sul do Estado do Espírito Santo.

O instrumento para coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores, baseado nas características do perfil clínico do paciente (idade, gênero, raça, estado civil, comorbidades, especialidade da internação, tempo de internação e sucesso ou não da intervenção), relacionadas ao atendimento de emergência durante a parada cardiorrespiratória. A consulta e coleta dessas informações foram feitas nas dependências do hospital, por meio do livro de registro de atendimento e do prontuário eletrônico. Como critério de inclusão dos pacientes, foram utilizados: pacientes de ambos os sexos; com idade superior a 18 anos; internados entre os meses de janeiro a dezembro de 2023; com registro no livro de atendimentos do time de resposta rápida. Para exclusão, será adotado o critério de pacientes com atendimento realizados nos setores de terapia intensiva (UCO, CTI e UTIN), pacientes submetidos a manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) sem indicação adequada, como no caso de pacientes em cuidados paliativos ou que não estavam em parada cardiorrespiratória (PCR).

Através do livro de registro de atendimentos do TRR, foi realizada uma consulta à relação de pacientes, resultando em 138 registros de atendimentos realizados. Dispondo dessa listagem, foi feita a análise das informações no prontuário eletrônico do paciente e realizado preenchimento referente a cada atendimento através do formulário de coleta de dados já citado anteriormente.

Para o levantamento dos dados e estruturação referentes à revisão da literatura, foram pesquisados artigos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) publicados na Medline e LILACs, além de documentos e manuais governamentais, bem como materiais elaborados por sociedades especializadas. Para busca desses artigos, foram empregados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Equipe de Resposta Rápida; Parada Cardiorrespiratória; Mortalidade. Para os critérios de inclusão, foram considerados trabalhos científicos alinhados ao tema referido. Como critérios de exclusão, foram considerados os trabalhos que não tinham o texto completo disponível.

Os dados coletados nos prontuários dos pacientes foram organizados e tabulados em planilha no Microsoft Excel 2021, e a análise estatística utilizou o *software* Epi Info™ para Windows versão 7. Os dados foram expressos em média, desvio padrão e frequências. Para averiguação dos níveis de significância, foi utilizado ta-

bulação cruzada e teste qui-quadrado levando em consideração o teste de Mantel-Haenszel ou teste exato de Fisher e para comparar médias, foi empregado o T-teste ou teste de Mann Whitney, considerando valor de p<0,05 para indicar diferença estatisticamente significante.

Os aspectos éticos do estudo vêm de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de uma pesquisa retrospectiva baseada em análise de prontuário, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem dos pesquisadores, sob parecer registrado na Plataforma Brasil (número disponibilizado à revista mediante solicitação).

3. Resultados

Durante o período da pesquisa, foram analisados 138 prontuários com registro de atendimento do TRR do ano de 2023. Desses, 15 (10,87%) foram excluídos por se referirem a pacientes submetidos a manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) sem indicação adequada, como no caso de pacientes em cuidados paliativos ou que não estavam em parada cardiorrespiratória (PCR). Com isso, a população deste estudo foi caracterizada por 123 (89,13%) prontuários.

O estudo analisou características sociodemográficas de uma população com média de idade de 69 anos (desvio padrão ± 12 anos), variando entre 35 e 94 anos. A amostra foi composta por 68 homens (55,28%) e 55 mulheres (44,72%). Em relação à faixa etária, 95 participantes tinham mais de 60 anos (77,24%). Quanto à cor, 47,97% se declararam brancos. Sobre o estado civil, 43,90% dos indivíduos eram casados. No que diz respeito à escolaridade, 78,05% não forneceram essa informação, enquanto 15,45% possuíam ensino fundamental. Em termos de ocupação, 47,97% não informaram sua situação, 13,82% eram aposentados, 8,94% dedicavam-se ao lar. A maioria absoluta dos participantes (99,14%) residia no estado do Espírito Santo (Tabela 1).

Tabela 1 – Caraterização sociodemográficas dos pacientes atendidos pelo TRR, 2023

Variáveis	N (123)	%
SEXO		
Masculino	68	55,28
Feminino	55	44,72
IDADE		
Até 60 anos	28	22,76
Superior a 60 anos	95	77,24
COR		
Não informado	6	4,88
Branco	59	47,97
Pardo	44	35,77
Preto	12	9,76
Amarelo	2	1,63
ESTADO CIVIL		
Casado	54	43,90
Solteiro	41	33,33
Divorciado	4	3,25
Viúvo	19	15,45
União Estável	5	4,07
PROFISSÃO		
Aposentado	17	13,82
Do lar	11	8,94
Pedreiro	4	3,25
Lavrador	4	3,25
Outros	28	22,76
Não informado	59	47,97
ESCOLARIDADE		
Sem informação	96	78,05
Ensino fundamental	19	15,45
Ensino médio	4	3,25
Ensino superior	2	1,63
Analfabeto	2	1,63

Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

As especialidades mais frequentes nos atendimentos foram: Cardiologia, com 41 casos (33,33%); Oncologia, com 40 casos (32,52%); Neurologia, com 22 casos (17,89%); Clínica Médica, com 8 casos (6,50%); Nefrologia, também com 8 casos (6,50%); e outras especialidades, que totalizaram 4 casos (3,26%).

Com relação às comorbidades, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a mais prevalente, presente em 76 participantes (61,79%), seguida pelo *Diabetes Mellitus*, com 42 casos (34,15%). O histórico de tabagismo e etilismo foi observado em 42 (34,15%) e 34 (27,64%) pacientes, respectivamente. Entre as principais comorbidades, destacaram-se também os casos de neoplasias, registrados em 42 pacientes (34,15%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Percentual das comorbidades presentes nos pacientes atendidos pelo TRR, 2023

Variáveis	Frequência	%
CORMOBIDADES		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	76	61,79
Diabetes Mellitus	42	34,15
Histórico de Tabagismo	42	34,15
Histórico de Etilismo	34	27,64
Neoplasia	42	34,15
Histórico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	14	11,38
Histórico de Acidente Vascular Isquêmico (AVC)	10	8,13
Histórico Familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC)	10	8,13
Obesidade	7	5,69

Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Em relação ao local de acionamento do TRR, a Unidade de Pronto-Socorro liderou com 65,04% das chamadas, seguida pelas enfermarias, que somaram 34,15%, distribuídas da seguinte forma: Clínica Oncológica (17,07%); Internações no 4º, 5º e 6º andares (10,58%); Clínica Cardiológica (3,25%); Unidade de AVC (3,25%); e o setor de Quimioterapia, com apenas 1 chamado, correspondendo a 0,81%.

O tempo de duração dos atendimentos variou de 2 a 110 minutos, com uma média de 22 minutos (desvio padrão ± 18). Na comparação entre os atendimentos realizados no Pronto-Socorro e nas enfermarias, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa (teste t: p = 0,04). O tempo médio de atendimento no Pronto-Socorro foi de 19,9 minutos (desvio padrão ± 16,5), enquanto nas enfermarias foi de 27,3 minutos (desvio padrão ± 20,1). A diferença média entre os dois grupos foi de 7,43 minutos, com intervalo de confiança de 95%, indicando maior duração média nos atendimentos realizados nas enfermarias. (Tabela 3).

Tabela 3 – Tempo médio de duração do atendimento em relação à unidade de internação dos pacientes atendidos pelo TRR, 2023

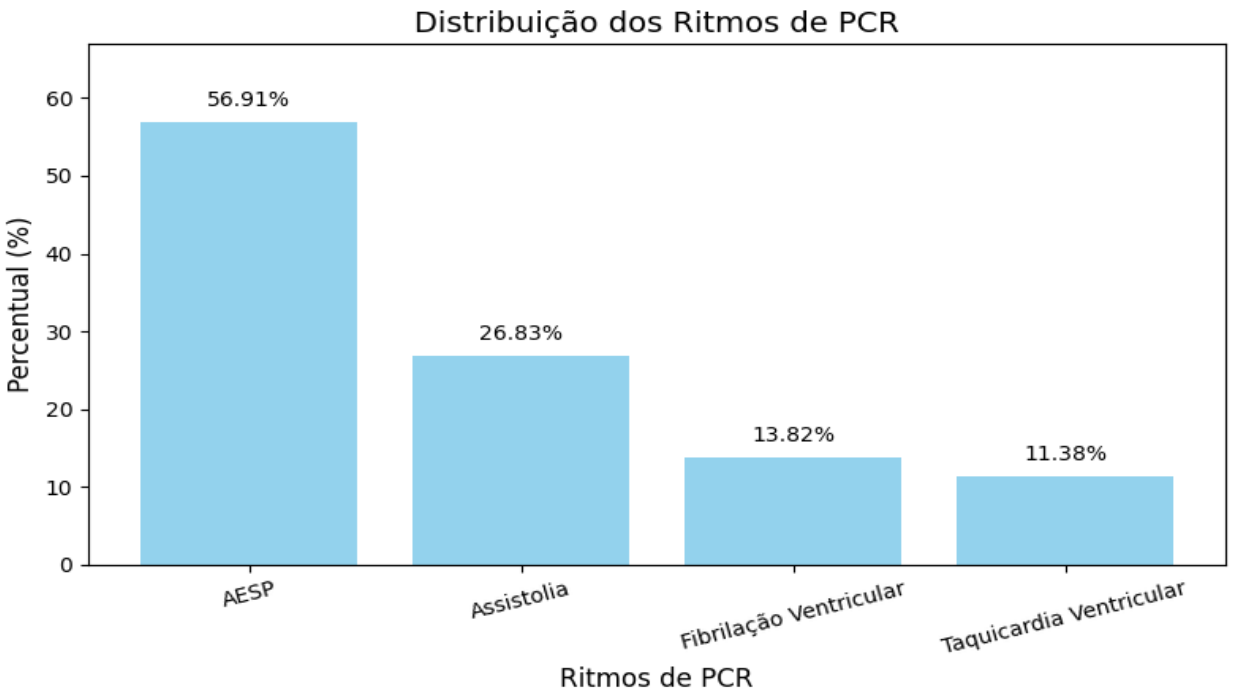
Variáveis	Média (min)	Desvio Padrão	p-valor
Pronto-Socorro	19,9	16,5	p=0,04
Enfermarias	27,3	20,1	

Fonte: elaborada pelo autor, 2024.

Ao analisar os ritmos da parada cardiorrespiratória (PCR), constatou-se que o ritmo mais prevalente foi a atividade elétrica sem pulso (AESP), presente em 56,91% dos casos, seguido pela assistolia, que ocorreu em 26,83% das situações. Os ritmos chocáveis, como a fibrilação ventricular (FV) e a taquicardia ventricular (TV) sem pulso, foram menos frequentes, sendo registrados em 13,82% e 11,38% dos casos, respectivamente (Gráfico 1).

A análise comparativa entre os ritmos chocáveis (FV e TV sem pulso) e os não chocáveis (assistolia e AESP) em relação ao tempo de duração dos atendimentos revelou diferenças nos tempos médios. O tempo médio para os ritmos chocáveis foi de 21,2 minutos (desvio padrão ± 17,4), enquanto os ritmos não chocáveis apresentaram um tempo médio de 26,2 minutos (desvio padrão ± 19,9). A diferença média entre os grupos foi de 5,01 minutos, com intervalo de confiança de 95%. Contudo, o teste estatístico de significância não identificou diferenças significativas entre os dois grupos (teste t: p = 0,22).

Gráfico 1 – Distribuição dos ritmos de PCR dos pacientes atendidos pelo TRR, 2023



Fonte: elaborado pelo autor, 2024.

Após as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) realizadas pela equipe, 51 pacientes (41,46%) conseguiram retorno da circulação espontânea (RCE), enquanto 72 (58,54%) foram a óbito imediatamente após a RCP. O desfecho final dos pacientes revelou que a maioria evoluiu para óbito, representando 116 casos (94,31%), enquanto 6 pacientes (4,88%) receberam alta hospitalar, e 1 paciente (0,81%) foi transferido para outra instituição. Ao analisar exclusivamente os pacientes que alcançaram o RCE, a taxa de alta hospitalar aumentou para 11,76%, indicando uma melhora relativa nos desfechos para esse subgrupo.

A quantidade de ciclos por atendimento apresentou uma média de 8, com valores variando entre um mínimo de 1 e um máximo de 27 ciclos (desvio padrão ± 5,8). Na comparação entre o desfecho de óbito após o atendimento do TIRR, verificou-se diferenças significativas. O grupo de pacientes que não evoluíram para óbito apresentou uma média de 5,71 ciclos (desvio padrão ± 4,81), enquanto o grupo que evoluiu para óbito teve uma média de 10,60 ciclos (desvio padrão ± 5,74). A diferença média entre os grupos foi de 4,89 ciclos, com intervalo de confiança de 95%. O teste estatístico de significância identificou diferenças significativas entre os dois grupos (teste t: $p < 0,01$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Média de ciclos realizados em relação ao desfecho dos pacientes atendidos pelo TRR, 2023

Variáveis	Média (ciclos)	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
Não evoluíram a óbito	5,71	4,81	1	19	p<0,01
Evoluíram a óbito	10,60	5,74	1	27	

Fonte: elaborado pelo autor, 2024.

Dos pacientes atendidos, a média de dias de internação foi de 9 dias, tendo como máximo 114 dias (desvio padrão ± 16), correlacionando com os pacientes que tiveram RCE, houve um tempo médio de internação menor para os que vieram a óbito (6,3 dias ± 15,5) em comparação com os que sobreviveram ao atendimento (13,4 dias ± 17,6), tendo uma diferença estatisticamente significativa (teste t: p = 0,02)

4. Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar o perfil clínico dos pacientes atendidos pelo Time de Resposta e Rápida (TRR) durante o ano de 2023 em um hospital filantrópico. Os resultados obtidos oferecem uma visão detalhada das características dos pacientes, das condições clínicas e dos desfechos após as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Os achados encontrados fornecem informações cruciais para a melhoria das intervenções de emergência e o manejo dos pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR).

A média de idade dos pacientes atendidos foi de 69 anos, com um desvio padrão de 12 anos, indicando uma predominância de indivíduos idosos. Este achado é consistente com a literatura, que aponta que a PCR é mais prevalente em pacientes de idade avançada, especialmente devido à maior prevalência de doenças crônicas nesta faixa etária, como hipertensão e diabetes (GOMES *et al.*, 2005). A predominância de pacientes do sexo masculino (55,28%) também reflete dados de estudos anteriores, que sugerem que os homens estão mais expostos a fatores de risco cardiovascular, como tabagismo e etilismo, que são comorbidades frequentemente associadas à PCR (PUZLE *et al.*, 2019).

As especialidades mais frequentemente associadas aos atendimentos foram cardiologia (33,33%) e oncologia

(32,52%), seguidas por neurologia (17,89%). A alta incidência de pacientes com condições cardiológicas e oncológicas pode ser explicada pela prevalência de comorbidades graves nesses grupos, que aumentam o risco de PCR. De fato, a insuficiência cardíaca, que é comum em pacientes com doenças cardiovasculares, e as complicações relacionadas ao tratamento de câncer, como efeitos colaterais de quimioterapia, são fatores de risco para parada cardiorrespiratória (BERNOCHE *et al.*, 2019).

A maior parte dos acionamentos do TRR ocorreu no Pronto-socorro (64,23%), seguido pela Clínica Oncológica (17,07%). Esses dados indicam que a maioria das emergências ocorre em unidades de maior vulnerabilidade dos pacientes, como é o caso dos pacientes oncológicos e cardiológicos. Essa distribuição reforça a importância da presença de equipes de resposta rápida, como o TRR.

Em ambientes menos monitorados, como enfermarias, o tempo médio para o início das manobras de ressuscitação é geralmente maior, variando de 5 a 8 minutos, enquanto em UTIs esse intervalo é reduzido para 1 a 3 minutos, destacando o papel do monitoramento e da prontidão da equipe na eficácia do atendimento (BEITLER *et al.*, 2011; VIANA *et al.*, 2021).

A atividade elétrica sem pulso (AESP) foi o ritmo mais prevalente (56,91%), seguida pela assistolia (26,83%). Estudos demonstram que a maioria dos casos de PCR intra-hospitalar ocorre com ritmos não chocáveis, representando entre 55% AESP e 84% assistolia. Esses ritmos estão associados a um prognóstico menos favorável, uma vez que não respondem à desfibrilação elétrica, exigindo estratégias avançadas de suporte de vida para aumentar as chances de retorno à circulação espontânea (RCE) (VIANA *et al.*, 2021; PULZE *et al.*, 2019).

A média de ciclos de RCP por atendimento foi de 8, com uma máxima de 27 ciclos em um único caso. Esse dado sugere que os atendimentos foram complexos e, em alguns casos, prolongados, o que reflete a gravidade dos casos atendidos.

Dos 123 atendimentos realizados, 41,46% dos pacientes conseguiram retorno à circulação espontânea (RCE), enquanto 58,54% evoluíram para óbito durante o atendimento. Esses achados são consistentes com a literatura, que aponta alta letalidade associada à parada cardiorrespiratória (PCR). Estudos como o de Pulze *et al.* (2019) relatam que a maioria dos casos de PCR resulta em desfechos desfavoráveis, com taxas de não retorno à circulação espontânea superiores a 50% e uma

alta mortalidade durante as primeiras 24 horas após o evento.

A média de internação dos pacientes foi de 9 dias, com um intervalo de 1 a 114 dias, o que demonstra uma grande variabilidade nos desfechos pós-PCR. A recuperação prolongada observada em alguns casos pode ser atribuída a fatores como comorbidades associadas e a gravidade da condição subjacente, refletindo a complexidade do manejo desses pacientes. Estudos feitos nos Estados Unidos mostram que a sobrevida até a alta após intervenção fica ente 7% a 26% (BEITLER *et al.*, 2011).

A alta hospitalar foi registrada em 6 pacientes que apresentaram RCE, o que sugere que a intervenção precoce e a adequada continuidade do tratamento após a ressuscitação podem melhorar os desfechos. No entanto, o número relativamente baixo de altas hospitalares após RCE aponta para a necessidade de melhorar os protocolos de suporte pós-PCR e cuidados contínuos para maximizar as chances de sobrevivência a longo prazo. Estudos como o de Hipotermia Terapêutica estão ganhando espaço entre esses protocolos no ambiente da saúde mundial e demonstram resultados positivos no prognóstico desses pacientes (MIRANDA E NASCIMENTO, 2017).

A presença de comorbidades foi elevada, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica (HAS), presente em 61,79% dos pacientes, seguida de diabetes (34,15%) e histórico de tabagismo (34,15%). Esses dados estão em conformidade com a literatura, que aponta que condições como HAS e diabetes são fatores de risco significativos para a ocorrência de PCR (FREITAS, CARVALHO, 2022). Além disso, a presença de neoplasias (34,15%) foi um achado importante, especialmente em pacientes oncológicos, que muitas vezes estão mais vulneráveis a complicações graves devido ao tratamento agressivo e à progressão da doença (BERNOCHE *et al.*, 2019)

Pacientes em estado crítico na admissão hospitalar ou que apresentam sinais de deterioração clínica antes da PCR tendem a ter menores chances de sobrevivência, reforçando a importância do monitoramento contínuo e da intervenção precoce em pacientes de alto risco (PULZE *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2005).

A reanimação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade é considerada crucial para salvar vidas, especialmente quando realizada de forma adequada e eficiente. Para permitir que os dados de atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR) sejam coletados e analisados de maneira consistente, foi desenvolvido em 1997 o guia

de orientações com um relatório padrão, conhecido como *In-hospital Utstein Style*. Este relatório é estruturado em blocos que abordam informações do paciente, o momento da PCR, os resultados obtidos após o atendimento e dados adicionais sobre o evento. As informações do paciente são coletadas retrospectivamente, enquanto as relacionadas ao momento da PCR são registradas durante o evento, e aquelas que se referem aos resultados da ressuscitação são obtidas durante a permanência do paciente no hospital e até um ano após a alta. Esse modelo, amplamente utilizado internacionalmente, trouxe padronização às pesquisas sobre PCR, possibilitando comparações de condutas e resultados, além de fomentar discussões sobre a qualidade da atuação dos profissionais (AVANSI E MENEGHIN, 2008).

Como em qualquer estudo retrospectivo, este trabalho enfrentou desafios relacionados à completude e à qualidade dos dados. A dependência de registros médicos e do livro de atendimentos do TRR pode ter introduzido viés, considerando que as informações não foram originalmente coletadas para fins de pesquisa. No entanto, medidas foram adotadas para mitigar esse problema, como o uso de um formulário padronizado na coleta de dados e a definição de critérios para inclusão e exclusão da amostra.

Além disso, o estudo reconhece limitações na avaliação de variáveis críticas, como o tempo até o início das manobras de ressuscitação e os detalhes das intervenções realizadas. Embora análises estatísticas avançadas tenham sido empregadas para ajustar possíveis diferenças entre os grupos, é importante ressaltar que os resultados são representativos apenas da realidade do hospital estudado. Portanto, recomenda-se a realização de estudos multicêntricos e prospectivos para ampliar o entendimento sobre a atuação dos TRRs e os desfechos em diferentes contextos.

5. Conclusão

O presente estudo forneceu uma análise detalhada do perfil clínico de pacientes atendidos pelo Time de Resposta Rápida (TRR) durante paradas cardiorrespiratórias (PCR) em um hospital filantrópico. Os achados destacam a predominância de pacientes idosos, com comorbidades cardiovasculares e alta mortalidade associada a ritmos não chocáveis, como AESP e assistolia.

Apesar do desempenho satisfatório do TRR em termos de resposta rápida, a elevada taxa de óbitos ressalta a neces-

sidade de estratégias adicionais para reduzir a letalidade, incluindo a implementação de protocolos pós-PCR, como a hipotermia terapêutica, e melhorias no monitoramento contínuo dos pacientes em enfermarias.

As limitações do estudo, como sua realização em um único centro, indicam a necessidade de estudos multicêntricos para validar os achados e explorar intervenções mais eficazes. Ademais, a inclusão de dados detalhados sobre o tempo de resposta e as manobras realizadas poderiam aprimorar a avaliação da eficácia dos TRRs.

Os resultados reforçam a importância da prevenção de PCR e do manejo precoce de pacientes críticos, além de fornecer subsídios valiosos para o aprimoramento dos protocolos de atendimento hospitalar, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial e redução da mortalidade.

6. Referências

AVANSI, P. DO A.; MENEGHIN, P. Tradução e adaptação para a língua portuguesa do In-hospital Utstein Style. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 3, p. 504–511, set. 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000300013. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). [http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/] *Informações de Saúde (TABNET)*. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 10 out. 2024.

BEITLER, J. R. *et al*. Reduction in hospital-wide mortality after implementation of a rapid-response team: a long-term cohort study. *Critical Care*, Reino Unido, v. 15, n. 6, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1186/cc10547. Acesso em: out jan. 2024.

BERNOCHE, C. *et al*. Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade brasileira de cardiologia – 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 113, n. 3, p. 449–663, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.5935/abc.20190203. Acesso em: 10 out. 2024.

FREITAS, G. B. L. de; CARVALHO, L. F. de. *Cardiologia:* teoria e prática. 3. ed. Irati: Editora Pasteur, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.29327/566758. Acesso em: 11 jan. 2025.

GOMES, A. M. DE C. G. *et al*. Fatores prognósticos de sobrevida pós-reanimação cardiorrespiratória cerebral em hospital geral. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia,* Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005001700006. Acesso em: 10 out. 2024.

MIRANDA, E. S.; NASCIMENTO, L. K. A hipotermia terapêutica na recuperação de pacientes pós-parada cardiorrespiratória. *Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX,* Natal, v. 15, n. 1, p. 122–139, 2017. Disponível em: https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/917?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 11 jan. 2025.

PULZE, G. *et al*. Incidência e fatores associados à parada cardiorrespiratória nas primeiras 24 horas de internação em unidades de terapia intensiva. *Revista da Sociedade de Car-*

diologia do Estado de São Paulo, v. 29, n. 2, p. 192–196, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.29381/0103-8559/20192902192-6. Acesso em: 11 out. 2024.

SANTANA-SANTOS, E. *et al*. Perfil de atendimentos do código azul em um hospital escola especializado em cardio-pneumologia. *Revista Cubana de Enfermería*, v. 33, n. 2, p. 72–81, 2017. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1093178. Acesso em: 11 out. 2024.

VIANA, M. V. *et al*. Modificações no perfil de paradas cardíacas após implantação de um Time de Resposta Rápida. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 96–101, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210010. Acesso em: 10 out. 2024.