

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

ARTIGO ORIGINAL

DOI:10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13960

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA ATENDIDOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO*

*Epidemiological profile of patients with cardiopulmonar arrest treated in an emergency care unit**Perfil epidemiológico de pacientes con paro cardiorrespiratório atendidos en una unidad de atención de urgências*Letícia Lorrany Rocha Ribeiro¹ Sônia Maria Josino dos Santos² Josilene de Melo Buriti Vasconcelos³ Emmily Ferreira de Farias Cardoso⁴ Vannessa Maria Guedes Filgueira⁵ Danielly Farias Santos de Lima⁶ 

RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes em parada cardiorrespiratória atendidos na unidade de pronto atendimento. **Método:** estudo documental, transversal, retrospectivo e quantitativo, realizado na unidade de pronto atendimento Oceania, João Pessoa- Paraíba, com 126 prontuários de pacientes com idade ≥ 18 anos, com parada cardiorrespiratória no período de 2020 a 2024. os dados foram analisados no programa estatístico statistical package for the social sciences versão 26 e aprovado sob parecer 7.030.124. **Resultados:** prevaleceu o sexo masculino, procedentes de João Pessoa, faixa etária ≥ 51 anos, pardos, casados, ensino fundamental incompleto, predominância de hipertensão arterial e diabetes mellitus. fatores como tabagismo, sedentarismo, obesidade e choques cardiogênico e séptico, com alta prevalência entre as causas da parada

^{1,2,3,4,5,6} Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba - Brasil.**Recebido em:** 07/05/2025. **Aceito em:** 28/07/2025**AUTOR CORRESPONDENTE:** Letícia Lorrany Rocha Ribeiro**E-mail:** leticia.lorrany@academico.ufpb.br

Como citar este artigo: Ribeiro LLR, Santos SMJ, Vasconcelos JMB, Cardoso EFF, Filgueira VMG, Lima DFS. Perfil epidemiológico de pacientes em parada cardiorrespiratória atendidos em unidade de pronto atendimento. R Pesq Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2025 [acesso em dia mês ano];17:e13960. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13960>.



cardiorrespiratória. **Conclusão:** os resultados contribuem para o aprimoramento de estratégias de prevenção, identificação precoce de riscos e intervenções eficazes em unidades de urgência.

DESCRITORES: Parada cardiorrespiratória; Serviços médicos de emergência; Perfil epidemiológico;

ABSTRACT

Objective: to characterize the epidemiological profile of patients in cardiopulmonary arrest treated at an emergency care unit. **Method:** a documentary, cross-sectional, retrospective, and quantitative study conducted at the Oceania emergency care unit in João Pessoa, Paraíba, using 126 medical records of patients aged ≥ 18 years who experienced cardiopulmonary arrest between 2020 and 2024. data were analyzed using the statistical package for the social sciences, version 26, and the study was approved under opinion number 7.030.124. **Results:** most patients were male, from João Pessoa, aged ≥ 51 years, of mixed race, married, and had incomplete primary education. the most common comorbidities were arterial hypertension and diabetes mellitus. Risk factors such as smoking, sedentary lifestyle, obesity, and cardiogenic and septic shock were highly prevalent among the causes of cardiopulmonary arrest. **Conclusion:** the results contribute to the improvement of prevention strategies, early risk identification, and effective interventions in emergency units.

DESCRIPTORS: Cardiopulmonary arrest; Emergency medical services; Epidemiological profile.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar el perfil epidemiológico de pacientes en paro cardiorrespiratorio atendidos en la unidad de atención de urgencias. **Método:** estudio documental, transversal, retrospectivo y cuantitativo, realizado en la unidad de atención de urgencias Oceanía, en João Pessoa, Paraíba, con 126 historias clínicas de pacientes de edad ≥ 18 años con paro cardiorrespiratorio entre 2020 y 2024. los datos fueron analizados mediante el programa estadístico statistical package for the social sciences, versión 26, y el estudio fue aprobado bajo el dictamen 7.030.124. **Resultados:** predominó el sexo masculino, procedentes de João Pessoa, edad ≥ 51 años, raza mixta, casados y educación primaria incompleta. las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus. factores como tabaquismo, sedentarismo, obesidad y los choques cardiogénico y séptico presentaron alta prevalencia entre las causas del paro cardiorrespiratorio. **Conclusión:** los resultados contribuyen al perfeccionamiento de estrategias de prevención, identificación temprana de riesgos e intervenciones eficaces en unidades de urgencias.

DESCRIPTORES: Paro cardiorrespiratorio; Servicios médicos de urgencia; Perfil epidemiológico.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam um grande desafio à saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), aproximadamente 14 milhões de brasileiros sofrem de algum tipo de doença cardíaca, aproximadamente 400 mil desses casos resultam em morte a cada ano, isso equivale a cerca de 30% de todas as mortes registradas no país. Dentre essas doenças, a cardiopatia isquêmica se destaca como a principal causa de parada cardiorrespiratória (PCR).¹

A PCR é um evento de alta prevalência e com alta morbidade e mortalidade que ocorre quando a atividade mecânica do coração cessa e não há sinais de circulação, ou seja, falta de sinais vitais como capacidade de resposta, pulso e respiração regular. Este é um desfecho crítico em diversas situações clínicas ou traumáticas, que pode variar dependendo da idade do paciente e do local do evento. A reversão da PCR e o

resultado após o evento, dependem da rápida identificação e aplicação eficaz de medidas de reanimação.²

Nos casos de PCR fora do ambiente hospitalar, os ritmos cardíacos mais comuns encontrados são a fibrilação ventricular (FV) e a taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), responsáveis por aproximadamente 80% dos eventos. Por outro lado, no ambiente hospitalar, os ritmos cardíacos mais comumente associados à PCR são ritmos não chocáveis, como a atividade elétrica sem pulso (AESP) e a assistolia, que estão associados a mau prognóstico e menor sobrevida.³

A PCR tem sido relacionada a altas taxas de mortalidade em todo o mundo e o prognóstico está intimamente ligado à qualidade das manobras implementadas para a ressuscitação. Nesse sentido, a PCR é uma emergência médica de grande preocupação, porque a resposta rápida, segura e eficaz está diretamente relacionada à vida do paciente. Compreender os fatores de risco, os padrões de ocorrência e as opções de

tratamento mais eficazes, são fundamentais para reduzir a mortalidade a ele associada.⁴

No contexto da Rede de Atenção às Urgências, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) desempenham um papel vital com prestação de atendimento de média complexidade a pacientes em situações agudas e emergenciais, atuando em estreita colaboração com todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵ As UPAs têm papel importante na estabilização de pacientes graves e no encaminhamento para hospitais ou unidades especializadas dos que necessitam de cuidados altamente especializados.⁶

Sabe-se que muitas variáveis relacionadas ao paciente, podem influenciar para desencadear a ocorrência da PCR e, diante disto, torna-se evidente a necessidade de compreender o perfil epidemiológico associado à ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR) em pacientes atendidos em unidades de pronto atendimento (UPAs). Isso inclui examinar detalhadamente as variáveis relacionadas à idade, sexo, histórico médico e fatores de risco cardiovascular. Esse conhecimento é fundamental para direcionar adequadamente os recursos disponíveis, estabelecer protocolos de atendimento eficazes, prevenir futuros casos e aprimorar continuamente a qualidade da assistência prestada.

Nesse contexto e a partir dos pressupostos teóricos que sustentam a pesquisa, este estudo tem como hipótese: As variáveis relacionadas ao perfil epidemiológico do paciente influenciam no desencadeamento para ocorrência da PCR no contexto Pré-hospitalar. Assim, com o intuito de direcionar a presente pesquisa, surge a seguinte indagação: Qual o perfil epidemiológico dos pacientes em parada cardiorrespiratória atendidos em uma unidade de pronto atendimento?

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, de natureza transversal e retrospectivo, com uma abordagem quantitativa, cujo propósito foi investigar por meio de registros (prontuários), variáveis epidemiológicas dos pacientes com parada cardiorrespiratória atendidos na unidade de pronto atendimento.

A população do estudo foi composta por 630 fichas de pacientes adultos e idosos diagnosticados com parada cardiorrespiratória atendidos na Unidade de Pronto Atendimento-UPA Oceania, na cidade de João Pessoa- PB, no período compreendido entre junho de 2020 até junho de 2024. A amostra foi retirada desse universo, totalizando 126 fichas (20%), a partir dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Foram incluídos nesta pesquisa, os prontuários dos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, diagnosticados

com parada cardiorrespiratória e atendidos no período de junho de 2020 a junho de 2024. Os atributos de pesquisa buscados e analisados no presente estudo, constam de: informações sobre o perfil populacional (dados sociodemográficos) e, desfecho clínico (alta, transferência, óbito). Como critério de exclusão, prontuários inadequadamente preenchidos ou com lacunas de informações cruciais necessárias para preencher o instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2024, a partir da transcrição e sistematização dos registros de atendimentos nos prontuários selecionados para a amostra, por meio de um instrumento do tipo formulário, elaborado para fim específico da pesquisa e testado sua fidedignidade, por dois expertos em emergência. Esse formulário forneceu uma estrutura com variáveis sociodemográficas, histórico médico, diagnóstico, intervenção, tratamento e o desfecho clínico (alta, transferência, óbito), dos indivíduos estudados.

Os dados foram tabulados no Excel e analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.0, mediante estatística descritiva e inferencial. Para a análise descritiva, utilizou-se frequência absoluta e relativa dos dados, enquanto a análise inferencial foi realizada através dos Testes de Associação Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher.

O Teste Exato de Fisher foi utilizado nos casos em que o número de caselas com frequência inferior a 5 foi acima de 20%. Para todos os testes, utilizou-se o nível de significância de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$). Esta análise estatística foi conduzida para extrair padrões, tendências e informações relevantes nos dados. Os resultados foram interpretados, discutidos em contexto e comparados com a literatura existente, proporcionando uma compreensão abrangente dos achados.

Esse projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa no Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), sob o CAAE 81919224.3.0000.5188, em conformidade com as orientações estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos.⁷

RESULTADOS

A seguir, nas tabelas abaixo, estão apresentados os dados relativos à caracterização sociodemográfica (Tabela 1); variáveis relacionadas a comorbidades e fatores de risco (Tabela 2); variáveis clínicas relacionadas as causas da PCR e eventos pré PCR (Tabela 3) e, a distribuição dos dados relativos à associação entre o uso de medicamentos na PCR, variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra (Tabela 4).

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos participantes. João Pessoa, PB, Brasil, 2024 (n=126)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	57	45,2
Masculino	69	54,8
Procedência		
João Pessoa	122	96,8
Outros	4	3,2
Idade		
18 a 20 anos	1	0,8
21 a 30 anos	3	2,4
31 a 40 anos	4	3,2
41 a 50 anos	8	6,3
51 ou mais	110	87,3
Cor da pele		
Ignorado	38	30,2
Branca	32	25,4
Preta	8	6,3
Parda	46	36,5
Amarela	1	0,8
Indígena	1	0,8
Condição civil		
Ignorado	51	40,5
Solteiro	20	15,9
Casado/união estável	26	20,6
Separado/divorciado	7	5,6
Viúvo	22	17,5
Escolaridade		
Ignorado	74	58,7
Ensino fundamental completo	6	4,8
Ensino fundamental incompleto	14	11,1
Ensino médio completo	12	9,5
Ensino superior	9	7,1
Sem instrução	11	8,7

Ao analisar os dados sociodemográficos dos entrevistados, identificou-se que a maioria são do sexo masculino (n=69; 54,8%), advindos de João Pessoa (n=122; 96,8%), com faixa

etária de 51 anos ou mais (n=110; 87,3%), pardos (n=46; 36,5%), casados (n=26; 20,6%), possui o ensino fundamental incompleto (n=14; 11,1%).

Tabela 2 – Distribuição da frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas a comorbidades e fatores de risco dos participantes. João Pessoa, PB, Brasil, 2024 (n=126)

Variáveis	n	%
Comorbidades		
HAS		
Sim	64	50,8
Não	62	49,2
Diabetes Mellitus		
Sim	47	37,3
Não	79	62,7
Doença Arterial Coronariana		
Sim	2	1,6
Não	124	98,4
Doença Renal Crônica		
Sim	4	3,2
Não	122	96,8
Arritmias		
Sim	0	0,0
Não	126	100,0
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica		
Sim	4	3,2
Não	122	96,8
Câncer		
Sim	7	5,6
Não	119	94,4
Alzheimer		
Sim	8	6,3
Não	118	93,7
Insuficiência Cardíaca		
Sim	7	5,6
Não	119	94,4
Outros		
Sim	11	8,7
Não	115	91,3
Ignorado		
Sim	29	23,0
Não	97	77,0

Variáveis	n	%
Fatores de risco		
Tabagismo		
Sim	14	11,1
Não	112	88,9
Etilismo		
Sim	3	2,4
Não	123	97,6
Doenças Cardíacas		
Sim	16	12,7
Não	110	87,3
Insuficiência Cardíaca		
Sim	2	1,6
Não	124	98,4
Sedentarismo		
Sim	6	4,8
Não	120	95,2
Obesidade		
Sim	6	4,8
Não	120	95,2
Acidente Vascular Encefálico		
Sim	0	0,0
Não	126	100,0
Ignorado		
Sim	90	100,0
Não	36	28,6

Na análise da frequência absoluta e relativa dos dados clínicos de comorbidades e fatores de risco, verificou-se que dentre as doenças com maior frequência, a maioria possui HAS (n=64; 50,8%), seguido de DM (n=47; 37,3%) e

outras doenças (n=11; 8,7%). No tocante aos fatores de risco, houve destaque para as doenças cardíacas (n=16; 12,7%), seguido de tabagismo (n=14; 11,1%) e sedentarismo e obesidade (n=6; 4,8%).

Tabela 3 – Distribuição das variáveis clínicas relacionadas as causas da PCR e eventos pré PCR dos participantes. João Pessoa, PB, Brasil, 2024 (n=126)

Variáveis	n	%
Causas da Parada Cardiorrespiratória		
Hipercalcemia 63		
Sim	7	5,6
Não	119	94,4
Infarto Agudo do Miocárdio		
Sim	11	8,7
Não	115	91,3
Hipóxia		
Sim	16	12,7
Não	110	87,3
Septicemia		
Sim	16	12,7
Não	110	87,3
Hipoglicemia		
Sim	2	1,6
Não	124	98,4
Pneumotórax		
Sim	3	2,4
Não	123	97,6
Choque séptico		
Sim	35	27,8
Não	91	72,2
Choque cardiogênico		
Sim	17	13,5
Não	109	86,5
H+ (acidose)		
Sim	8	6,3
Não	118	93,7
Hipovolemia		
Sim	5	4,0
Não	121	96,0
Tromboembolismo Pulmonar		
Sim	1	0,8
Não	125	99,2

Variáveis	n	%
Choque Neurogênico		
Sim	1	0,8
Não	125	99,2
Ignorado		
Sim	23	18,3
Não	103	81,7
Eventos pré Parada Cardiorrespiratória		
Precordialgia		
Sim	12	9,5
Não	114	90,5
Vômito em jatos		
Sim	5	4,0
Não	121	96,0
Edema agudo de pulmão		
Sim	11	8,7
Não	115	91,3
Broncoaspiração		
Sim	8	6,3
Não	118	93,7
Cianose		
Sim	9	7,1
Não	117	92,9
Dessaturação		
Sim	9	7,1
Não	117	92,9
Hipotensão		
Sim	13	10,3
Não	113	89,7
Hemorragia Digestiva Alta		
Sim	7	5,6
Não	119	94,4
Doenças Pulmonares		
Sim	25	19,8
Não	101	80,2
Taquicardia		
Sim	3	2,4

Variáveis	n	%
Não	123	97,6
Doenças Cardiovasculares		
Sim	7	5,6
Não	119	94,4
Respiração em Gasping		
Sim	4	3,2
Não	122	96,8
Diarreia		
Sim	5	4,0
Não	121	96,0
Bradicardia		
Sim	5	4,0
Não	121	96,0
Outros		
Sim	6	4,8
Não	120	95,2
Ignorado		
Sim	40	31,7
Não	86	68,3
Ritmo Cardíaco		
Fibrilação ventricular	1	0,8
Fibrilação ventricular + assistolia	1	0,8
Taquicardia ventricular	1	0,8
Taquicardia ventricular + atividade elétrica sem pulso	1	0,8
Taquicardia ventricular + atividade elétrica sem pulso + assistolia	1	0,8
Taquicardia ventricular + assistolia	3	2,4
Atividade elétrica sem pulso	2	1,6
Atividade elétrica sem pulso + assistolia	4	3,2
Assistolia	34	27,0
Ignorado	78	61,8
Condutas		
Desfibrilador Externo Automático		
Sim	12	9,5
Não	114	90,5

Variáveis	n	%
Reanimação Cardiopulmonar		
Sim	113	89,7
Não	13	10,3
Uso de Medicamentos		
Sim	81	64,3
Não	45	35,7
Acesso às vias aéreas		
Sim	70	55,6
Não	56	44,4
Não realizado manobra/ignorado		
Sim	13	10,3
Não	113	89,7
Medicamentos utilizados		
Ignorado	69	54,8
Adrenalina	27	21,4
Adrenalina + Bicarbonato de sódio	5	4,0
Noradrenalina	3	2,4
Outros	22	17,4
Desfecho		
Transferência	1	0,8
Óbito	125	99,2

A distribuição dos dados referentes às causas da PCR e eventos pré PCR apontam as causas mais prevalentes como choque séptico como causa da PCR (n=35; 27,8%), choque cardiogênico (n=17; 13,5%), hipóxia (n=16; 12,7%) e septicemia (n=16; 12,7%). No que diz respeito aos eventos pré PCR, verificou-se que as doenças pulmonares foram mais frequentes (n=25; 19,8%), seguido de hipotensão (n=13; 10,3%) e precordialgia (n=12; 9,5%).

Em relação ao ritmo cardíaco, os registros apontam que (n=34; 27,0%), apresentou assistolia. Noutros (n=4; 3,2%),

foi observada atividade elétrica sem pulso + assistolia. E em (n=3; 2,4%), taquicardia ventricular associada a assistolia. No que diz respeito à realização de condutas de reanimação cardiopulmonar, compressões torácicas em (n=113; 89,7%), uso de medicamentos (n=81; 64,3%) e acesso às vias aéreas (n=70; 55,6%). No tocante aos medicamentos utilizados, (n=27; 21,4%), fez uso de adrenalina. Em relação ao desfecho do caso, os dados mostram que (n=125; 99,2%), dos pacientes evoluíram para óbito.

Tabela 4 – Distribuição dos dados relativos à associação entre o uso de medicamentos na PCR, variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra. João Pessoa, PB, Brasil, 2024

Variáveis	Uso de medicamentos na Parada Cardiorrespiratória		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Feminino	37 (64,9)	20 (35,1)	0,894*
Masculino	44 (63,8)	25 (36,2)	
Idade			
18 a 20 anos	1 (100,0)	0 (0,0)	0,703**
21 a 30 anos	2 (66,7)	1 (33,3)	
31 a 40 anos	4 (100,0)	0 (0,0)	
41 a 50 anos	5 (62,5)	3 (37,5)	
51 ou mais	69 (62,7)	41 (37,3)	
Comorbidades			
Hipertensão Arterial Sistêmica			
Sim	42 (65,6)	22 (34,4)	0,750*
Não	39 (62,9)	23 (37,1)	
Diabetes Mellitus			
Sim	35 (74,5)	12 (25,5)	0,066*
Não	46 (58,2)	33 (41,8)	
Doença Arterial Coronariana			
Sim	0 (0,0)	2 (100,0)	0,126**
Não	81 (65,3)	43 (34,7)	
Doença Renal Crônica			
Sim	3 (75,0)	1 (25,0)	0,550**
Não	78 (63,9)	44 (36,1)	
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica			
Sim	3 (75,0)	1 (25,0)	0,550**
Não	78 (63,9)	44 (36,1)	
Câncer			
Sim	3 (42,9)	4 (57,1)	0,247**
Não	78 (65,5)	41 (34,5)	
Alzheimer			
Sim	4 (50,0)	4 (50,0)	0,455**
Não	77 (65,3)	41 (34,7)	
Insuficiência Cardíaca			
Sim	4 (57,1)	3 (42,9)	0,485**
Não	77 (64,7)	42 (35,3)	

Variáveis	Uso de medicamentos na Parada Cardiorrespiratória		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Condutas			
Desfibrilador Externo Automático			
Sim	11 (91,7)	1 (8,3)	0,055**
Não	70 (61,4)	44 (38,6)	
Reanimação Cardiopulmonar			
Sim	81 (71,7)	32 (28,3)	<0,001**
Não	0 (0,0)	13 (100,0)	
Acesso às vias aéreas			
Sim	65 (92,9)	5 (7,1)	<0,001*
Não	16 (28,6)	40 (71,4)	

Nota: *Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher.

A associação de medicamentos com os dados sociodemográficos e clínicos para entender a necessidade de utilização destes durante a PCR, permitiu identificar associação estatisticamente significativa entre o uso de medicamentos com as condutas durante a PCR de realizar a RCP (p-valor<0,001) e acesso as vias aéreas (p-valor<0,001), denotando o predomínio do uso de medicamentos nos pacientes em PCR submetidos a tais condutas.

DISCUSSÃO

Ao analisar-se os dados da pesquisa relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes, observa-se uma prevalência de Parada Cardiorrespiratória (PCR) entre indivíduos com mais de 51 anos de idade, predominantemente do sexo masculino, cor parda, estado civil casado ou em união estável, e ensino fundamental incompleto, em consonância com o perfil dos pacientes encontrados em um estudo de coorte, realizado em Campo Grande, Brasil.⁸

Nesse estudo, os pacientes do sexo masculino apresentaram média de idade de 64,33 anos. Quanto às comorbidades mais prevalentes, incluíram-se Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, além de fatores de risco significativos como tabagismo e etilismo. Ainda neste estudo, uma alta prevalência de pacientes atendidos apresentaram um ritmo não chocável.⁸

Em relação à raça dos participantes, a parda foi a mais prevalente. Esses achados contrastam com outro estudo,

onde a maioria dos pacientes era da raça branca.⁹ Um estudo de coorte realizado no Condado de Ventura, Califórnia, avaliou a associação entre raça/etnia e as taxas de incidência, perfil clínico e desfechos em indivíduos com parada cardíaca, revelando que 45,8% da amostra era composta por pessoas brancas.¹⁰

Quanto às variáveis clínicas, evidenciou-se que o ritmo não chocável, especialmente a assistolia, foi o mais comum entre os pacientes da presente pesquisa. Esse resultado se assemelha ao de outra evidência, na qual o ritmo não chocável também se destacou como a principal causa de mortalidade, associado a piores desfechos clínicos.¹⁰ Em contrapartida, se contrapõe aos resultados de um estudo realizado em Porto Alegre- RS/ Brasil, onde os ritmos chocáveis foram mais prevalentes.¹¹

Nessa mesma evidência, observou-se que a hipóxia foi uma das causas comuns de PCR, alinhando-se com nossos resultados.¹¹ Corroborando os nossos resultados, um estudo retrospectivo e descritivo realizado no México, encontrou ritmos de AESP e assistolia em 85% dos casos, também destacando a hipóxia como uma das principais causas.¹²

No que diz respeito aos eventos pré-PCR, no presente estudo, identificou-se as doenças pulmonares como principal fator. Essa evidência assemelha-se com outro estudo, que observou a insuficiência respiratória como principal pré-evento de PCR.⁹ Em contrapartida, outro estudo investigou o perfil clínico, os gatilhos e o prognóstico a longo prazo em sobreviventes de Síndrome Coronariana Aguda e, destacou a

Atividade Elétrica Sem Pulso, no Infarto Agudo do Miocárdio como evento precipitante mais comum.¹³

Ficou evidente na amostra estudada, que as doenças pulmonares foram as causas mais prevalentes para a PCR, seguidas de hipotensão e precordialgia. Diferente desse resultado, um estudo realizado em um hospital universitário público no Chile, revelou que os eventos mais frequentes foram os cardiovasculares, seguidos de eventos traumáticos e respiratórios. Esse panorama ressalta a necessidade de os países implementarem iniciativas de registro de PCR, o que facilitaria a identificação de preditores e o desenvolvimento de estratégias que melhorem os desfechos clínicos desses pacientes, além de avançar na pesquisa relacionada à ressuscitação cardiopulmonar.¹⁴

Foi possível verificar associação significativa entre o uso de medicamentos com as condutas durante a PCR e acesso as vias aéreas, constatando-se predomínio do uso de medicamentos para aqueles que foram submetidos às manobras de RCP. Em relação ao protocolo de RCP, o uso de medicamentos como epinefrina e amiodarona foi frequentemente registrado. No entanto, tanto a ventilação mecânica invasiva quanto a administração de medicamentos vasoativos não demonstraram associação estatisticamente significativa com a taxa de sobrevivência. Esse dado é corroborado por um estudo observacional transversal, realizado em Goiânia- Goiás Brasil.¹⁵

CONCLUSÃO

Os achados caracterizam o perfil epidemiológico dos pacientes com parada cardiorrespiratória, e as variáveis encontradas atestam a influência destas para o desencadeamento da PCR no contexto Pré-hospitalar dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento- UPA Oceania. Os resultados encontrados são essenciais para o avanço das evidências científicas, uma vez que auxiliam na identificação precoce dos fatores contribuintes para a ocorrência da PCR, sendo fundamentais não apenas para estimar e melhorar o prognóstico desses indivíduos, mas também para implementação de estratégias de prevenção e intervenção eficazes.

A dificuldade em acessar informações precisas dos prontuários, que muitas vezes apresentavam preenchimento inadequado e lacunas de dados, foi uma limitação do estudo, tornando-se um desafio para a obtenção de informações essenciais. Além disso, o acesso aos prontuários foi dificultado pela falta de digitalização e organização, uma vez que estavam apenas empilhados por data, o que tornava a busca de informações direcionadas bastante desafiadora.

Outra limitação significativa, foi a escassez de artigos que abordassem a relação entre a parada cardiorrespiratória e

os fatores que a desencadeiam. Essa falta de literatura torna difícil compreender plenamente os mecanismos subjacentes e as condições que podem contribuir para a ocorrência desses eventos, dificultando a formulação de recomendações baseadas em evidências.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães NS, Carvalho TML, Machado-Pinto J, Lage R, Bernardes RM, Peres ASS, et al. Aumento de óbitos domiciliares devido à parada cardiorrespiratória em tempos de pandemia de COVID-19. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2021 [acesso em 2024 fev 20]; 116(3). Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200547>.
2. Salim TR, Soares GP. Análise de Desfechos após Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2023 [acesso em 22 de fevereiro 2024];120(7). Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20230406>.
3. Vicente DAR, Faria AS, de Carvalho EB, Matana GA, Amaral Filho JES, Rocha LA, et al. Pacientes em parada cardiorrespiratória em ambientes intra e extra-hospitalar. *Braz J Health Rev*. [Internet]. 2024 [acesso em 05 de maio 2024];7(1). Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-075>.
4. Da Silva Araújo SR, Abreu LPGC, Nascimento RCG, de Sousa EL, de Lima Rocha E, Vaz VSA, Gorgen VSA. Parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar: limites e possibilidades do suporte básico de vida. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. [Internet]. 2023 [acesso em 05 de maio 2024];16(11). Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-149>.
5. Costa FF, Prudente GM, Borba ACG, de Deus SD, Castilho TC, Sampaio RA. A Eficácia da aplicação do Protocolo de Manchester na classificação de risco em Unidades de Pronto Atendimento: Uma revisão sistemática. *Rev Saúde Multidiscip*. [Internet]. 2021 [acesso em 05 de maio 2024];9(1). Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/211>.
6. Hermida PMV, do Nascimento ERP, Malfussi LBH, Lazzari DD, da Silva Galetto SG, Torres GM. Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2021 [acesso em 06 de maio 2024];26(e20210038). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0038>.
7. Brasil: Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [acesso em 20 de setembro 2024]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.

8. Nacer DT, Sousa RMC de, Miranda AL. Desfechos após Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar de Natureza Clínica e Traumática. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2023 [acesso em 05 de setembro 2024];120(7):e20220551. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20220551>.
9. Bastarrica EG, dos Santos F, Conte M, Baldo APV. Perfil epidemiológico dos pacientes em parada cardiorrespiratória: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev.* [Internet]. 2020 [acesso em 05 de setembro 2024];9(12):e1559126024-e1559126024. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.6024>.
10. Reinier K, Sargsyan A, Chugh HS, Nakamura K, Uy-Evanado A, Klebe D, et al. Evaluation of Sudden Cardiac Arrest by Race/Ethnicity Among Residents of Ventura County, California, 2015-2020. *JAMA Netw Open.* [Internet]. 2021 [acesso em 05 de setembro 2024];4(7):e2118537. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.18537>.
11. Viana MV, Nunes DSL, Teixeira C, Vieira SRR, Torres G, Brauner JS, et al. Changes in cardiac arrest profiles after the implementation of a Rapid Response Team. *Rev Bras Ter Intensiva.* [Internet]. 2021 [acesso em 05 de setembro 2024];33(1). Disponível em: <https://criticalcarescience.org/article/changes-in-cardiac-arrest-profiles-after-the-implementation-of-a-rapid-response-team/>.
12. López Constantino G, Pizaña Dávila A, Morales Camporredondo I, Chío Magaña R, Rodríguez Montoya V. Perfil epidemiológico de pacientes que apresentam parada cardiorrespiratória a nível hospitalar. *Acta Méd Grupo Ángeles.* [Internet]. 2019 [acesso em 29 de setembro 2024];17(1). Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032019000100029&lng=es.
13. Lauri Holmstrom, Salmasi S, Chugh H, Uy-Evanado A, Sorenson C, Bhanji Z, et al. Survivors of sudden cardiac arrest presenting with pulseless electrical activity: Clinical substrate, triggers, long-term prognosis. *JACC Clin Electrophysiol.* [Internet]. 2022 [acesso em 29 de setembro 2024];8(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacep.2022.06.022>.
14. Lara B, Chuecas J, Schild V, Musso J, Rojas J, Aguilera P. Um registro de parada cardíaca extra-hospitalar no Chile. *Rev Chile.* [Internet]. 2022 [acesso em 29 de setembro 2024];150(10). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022001001283>.
15. da Silva Menezes A Jr, Braga AL, de Souza Cruvinel V. Prevalence, outcomes, and risk factors for cardiorespiratory arrest in the intensive care unit: an observational study. *Indian J Crit Care Med.* [Internet]. 2022 [acesso em 29 de setembro 2024];26(6). Disponível em: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24201>.