



ISSN: 2595-1661

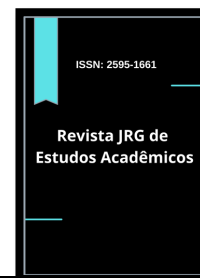
ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



O Atendimento da Parada Cardiorrespiratória Extra-hospitalar no Distrito Federal

Out-of-hospital Cardiopulmonary Resuscitation in the Federal District

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3172

ARK: 57118/JRG.v9i20.3172

Recebido: 12/04/2026 | Aceito: 15/04/2026 | Publicado on-line: 16/04/2026

João Pedro Sanches Teixeira Lages¹

<https://orcid.org/0000-0003-0657-768X>

<http://lattes.cnpq.br/6110958054657115>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS, DF, Brasil

E-mail: jpstlages20@gmail.com

Josianne Katiúscia Monteiro Marques de Araújo²

<https://orcid.org/0000-0001-9259-3875>

<http://lattes.cnpq.br/6684256967311453>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS, DF, Brasil

E-mail: josianne.katiuscia@gmail.com

Rafaela Barbosa Rafacho Moura³

<https://orcid.org/0000-0002-3828-1181>

<https://lattes.cnpq.br/5110676125568032>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS, DF, Brasil

E-mail: rafaelarafacho@gmail.com

Sarah Verneque de Souza⁴

<https://orcid.org/0009-0007-1544-1916>

<https://lattes.cnpq.br/3068924363280068>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS, DF, Brasil

E-mail: sahverneq@gmail.com

Thaís Fernandes de Oliveira⁵

<https://orcid.org/0000-0002-4235-817X>

<http://lattes.cnpq.br/1423982379122658>

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS, DF, Brasil

E-mail: athais.fernandesoliveira@gmail.com



Resumo

Objetivo: Descrever o atendimento da parada cardiorrespiratória extra-hospitalar pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Distrito Federal. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado no SAMU do Distrito Federal. A população de estudo foi composta por pacientes que apresentaram parada cardiorrespiratória no ambiente extra-hospitalar e foram atendidos pelas equipes do SAMU no Distrito Federal. Os dados foram coletados a partir das fichas de atendimento do serviço e os participantes foram selecionados por meio de amostragem aleatória simples. O instrumento de coleta de dados elencava variáveis a respeito de localização, tempo resposta, perfil sociodemográfico e clínico, circunstâncias e condutas do

¹ Graduado em Enfermagem. Mestrando em Ciências da Saúde.

² Graduada em Enfermagem.

³ Graduada em Enfermagem.

⁴ Graduada em Enfermagem.

⁵ Graduada em Enfermagem. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Ciências e Tecnologias em Saúde.



atendimento. Resultados: Foram analisadas 400 fichas, das quais 192 se tratavam de parada cardiorrespiratória (PCR) confirmada, com uma média de 3,2 PCR por dia e tempo resposta médio de 10,8 minutos. Na amostra, houve predominância do sexo masculino, idade média de 61,2 anos e presença de hipertensão arterial. Na maioria dos atendimentos não houve reanimação inicial por leigo, o Suporte Avançado de Vida esteve presente em 131 ocorrências, sendo os ritmos não-chocáveis predominantes. A ventilação se deu principalmente por intubação orotraqueal e a droga mais utilizada foi a Epinefrina. O tempo médio de reanimação foi de 37,9 minutos e o principal desfecho foi óbito no local, para 142 pacientes. Conclusão: A PCR extra-hospitalar demonstrou ser um evento de elevada mortalidade, fortemente associada a fatores clínicos e assistenciais. Fatores como comorbidades, baixa realização de RCP por leigos, elevado tempo de resposta da equipe de emergência, predominância de ritmos não chocáveis estão associados a desfechos negativos. Evidencia-se a necessidade de estratégias integradas, incluindo capacitação da população e melhoria no atendimento pré-hospitalar visando melhores desfechos. Um destaque relevante refere-se ao preenchimento adequado das fichas de atendimento, como forma de ultrapassar limites para futuras pesquisas.

Palavras-chave: Parada Cardiorrespiratória; Reanimação Cardiopulmonar; Assistência Pré-Hospitalar; Serviços Médicos de Emergência.

Abstract

Objective: To describe the out-of-hospital care for cardiopulmonary arrest provided by the Mobile Emergency Care Service of the Federal District. Method: This is a cross-sectional, descriptive, retrospective, quantitative study conducted at the SAMU (Mobile Emergency Care Service) in the Federal District. The study population consisted of patients who experienced cardiorespiratory arrest in an out-of-hospital setting and were attended to by SAMU teams in the Federal District. Data were collected from the service's care records, and participants were selected using simple random sampling. The data collection instrument listed variables regarding location, response time, sociodemographic and clinical profile, circumstances, and care procedures. Results: 400 records were analyzed, of which 192 were confirmed cardiopulmonary arrest (CPA), with an average of 3.2 CPAs per day and an average response time of 10.8 minutes. The sample was predominantly male, with an average age of 61.2 years and hypertension. In most cases, initial resuscitation by laypersons was not performed; Advanced Life Support was present in 131 cases, with non-shockable rhythms being predominant. Ventilation was mainly performed via orotracheal intubation, and the most frequently used drug was epinephrine. The average resuscitation time was 37.9 minutes, and the main outcome was death at the scene, for 142 patients. Conclusion: Out-of-hospital cardiac arrest was shown to be an event with high mortality, strongly associated with clinical and care-related factors. Variables such as comorbidities, low rates of bystander cardiopulmonary resuscitation, prolonged emergency response times, and the predominance of non-shockable rhythms were associated with unfavorable outcomes. These findings highlight the need for integrated strategies, including public training and improvements in prehospital care, to enhance outcomes. Additionally, proper completion of medical records is essential to overcome limitations and support future research.

Keywords: Heart Arrest. Cardiopulmonary Resuscitation. Prehospital Care. Emergency Medical Services.



1. Introdução

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a perda abrupta da função cardíaca, sendo um evento de alta prevalência, com morbidade e mortalidade elevadas. Caracterizada pela cessação dos batimentos cardíacos com ineficiência circulatória e ausência de movimentos respiratórios, acometendo, principalmente, indivíduos adultos do sexo masculino, com comorbidades associadas ao sistema cardiovascular. A parada é reconhecida quando a vítima apresenta três critérios: irresponsividade, ausência de respiração ou *gasping* e ausência de pulso central avaliado em até 10 segundos^{1, 2}.

No contexto do atendimento pré-hospitalar (APH), a PCR representa uma das emergências de maior gravidade e complexidade, exigindo intervenção rápida, organizada e baseada em protocolos bem estabelecidos. A sobrevida das vítimas está diretamente relacionada à rápida identificação do evento e ao início precoce das manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP), que compreendem ações integradas do suporte básico de vida (SBV), suporte avançado de vida (SAV) e cuidados pós-parada. Evidências demonstram que, a cada minuto sem intervenção, há redução significativa da probabilidade de sobrevivência, reforçando o papel crítico do tempo-resposta e da eficiência do sistema de emergência no prognóstico desses pacientes^{3,4,5}.

A PCR extra-hospitalar (PCREH) configura-se como um importante problema de saúde pública, com elevada letalidade em diferentes cenários. Dados internacionais apontam taxas de sobrevida até a alta hospitalar frequentemente inferiores a 10%, com variações associadas à organização dos sistemas de emergência, à rapidez no atendimento e à qualidade das intervenções realizadas no local do evento^{6,7}.

Apesar dos avanços nas diretrizes e na organização do atendimento à PCR, ainda se observam fragilidades importantes na cadeia de sobrevivência, especialmente no que se refere à atuação de testemunhas leigas. Estudos indicam que menos de 40% dos adultos em PCR recebem RCP por espectadores e cerca de 12% têm acesso à desfibrilação precoce com uso de desfibriladores externos automáticos (DEA) antes da chegada das equipes especializadas, fatores diretamente relacionados a piores desfechos clínicos⁸.

Além disso, diversos fatores influenciam o atendimento e os desfechos da PCREH, incluindo características sociodemográficas e clínicas dos pacientes, presença de comorbidades, tempo-resposta das equipes, tipo de intervenção realizada, ritmo cardíaco inicial e circunstâncias do evento. No cenário brasileiro, embora haja crescente produção científica sobre o tema, ainda existem lacunas relacionadas à descrição detalhada do atendimento pré-hospitalar e suas particularidades regionais, o que limita a compreensão do perfil das ocorrências e o planejamento de estratégias mais efetivas de intervenção⁹.

Adicionalmente, fatores como idade avançada, presença de doenças crônicas, especialmente cardiovasculares, e condições clínicas prévias têm sido associados à maior ocorrência de PCR, reforçando a necessidade de compreender não apenas o evento em si, mas também o perfil dos pacientes acometidos. A análise integrada desses elementos permite melhor entendimento da dinâmica das ocorrências e subsidia a organização dos serviços de saúde, especialmente no âmbito do atendimento pré-hospitalar^{10,11}.

Diante disso, torna-se fundamental a análise sistematizada das características do atendimento à PCR extra-hospitalar, considerando aspectos relacionados ao perfil dos pacientes, ao manejo realizado pelas equipes de emergência e aos desfechos imediatos dessas ocorrências. A compreensão desses elementos pode contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais, qualificação dos serviços de atendimento móvel de urgência e fortalecimento das políticas públicas voltadas à redução da mortalidade associada à PCR.



Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo descrever o atendimento da parada cardiorrespiratória extra-hospitalar pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Distrito Federal (DF).

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado no SAMU-DF. O objetivo do estudo foi descrever o atendimento da PCREH pelo SAMU do DF.

Os métodos quantitativos de pesquisa envolvem diversas etapas, sendo elas: coleta, análise, interpretação e redação dos resultados de um estudo. Além disso, existem particularidades as quais se relacionam com cada etapa, como a identificação de uma amostra, à estratégia da investigação e à redação da pesquisa de maneira consistente¹².

A população de estudo foi composta por pacientes que apresentaram parada cardiorrespiratória no ambiente extra-hospitalar e foram atendidos pelas equipes do SAMU no DF. Os dados foram coletados a partir das fichas de atendimento do serviço e os participantes foram selecionados por meio de amostragem aleatória simples mensurada através do cálculo de BARBETTA¹³.

Foram incluídos pacientes que sofreram parada cardiorrespiratória no ambiente extra hospitalar atendidos pela equipe do SAMU no período de 01 de janeiro a 29 de fevereiro de 2024. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos pacientes que apresentaram sinais evidentes de morte na chegada da equipe do SAMU ou aqueles evoluíram para PCR e que possuíam ordem de não reanimação.

O instrumento de coleta de dados se deu através de uma adaptação do *formulário In-Hospital Utstein Style*. Para análise, os dados foram inseridos em uma planilha do software Microsoft Excel. A digitação dos dados se deu por meio de dupla conferência, e analisados por cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (mínimo, máximo, desvio padrão e coeficiente de variação) considerando intervalo de confiança (IC) de 95%. As variáveis categóricas foram exploradas por frequências simples absolutas e relativas. Posteriormente os dados analisados foram dispostos em tabelas e/ou gráficos para apresentação.

Este projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob CAAE nº 87236925.7.0000.5553 e parecer nº 7.584.275.

3. Resultados

Os resultados deste estudo estão expostos de forma descritiva, e ilustrados por meio de tabelas. Os dados foram categorizados em: identificação/perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes cujas informações foram registradas nas fichas, região administrativa do ocorrido, tempo de resposta e informações sobre o manejo das PCR no DF. Foram coletadas 400 fichas, dessas 208 (52%) corresponderam aos pacientes que apresentaram sinais evidentes de óbito e por isso, não houve reanimação cardiopulmonar. Em contrapartida, em 192 (48%) ocorrências, foi constatado PCR e realizado manobras de RCP pelas equipes.

No período analisado, dentre as 192 PCR, houve um máximo de 8 em um mesmo dia e mínimo de 0 ocorrências do tipo, com uma média de 3,2 PCR por dia em todo o DF. Em relação a localização, a Região de Saúde com mais ocorrências foi a Sudoeste (Tabela 1), contudo, quando se fala em quantidade de PCR por regiões administrativas, houve um



destaque para Ceilândia com 41 (21,4%), Taguatinga com 19 (9,9%) e Plano Piloto com 16 (8,3%).

Tabela 1 – Número de PCR por Região de Saúde do DF entre Janeiro e Fevereiro de 2024 (N= 192) – Brasília, 2026.

Região de Saúde	n	%
Sudoeste	48	25,0
Oeste	45	23,4
Central	21	10,9
Centro-Sul	21	10,9
Norte	21	10,9
Sul	17	8,9
Leste	16	8,3
Não informado	3	1,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Com relação ao tempo resposta, ou seja, o tempo entre a momento que a ocorrência chega para equipe (TOE) e o tempo que a equipe chega no local (TEL), houve uma média de 10,8 minutos, com o mínimo de 0 minutos, quando a PCR foi presenciada pela equipe e máximo de 35 minutos. Em 16 (8,3%) fichas, o tempo resposta não foi registrado pela equipe.

Quanto ao perfil dos pacientes (Tabela 2), dentre os 192 pacientes, 110 (57,3%) eram do sexo masculino. A idade variou de 2 meses a 97 anos, com uma média de 61,2 anos. Quanto às comorbidades dos participantes, foram relatadas 35. Dentre estas, houve destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 75 (39,1%) pacientes, Diabetes Mellitus (DM) em 43 (22,4%) e Insuficiência Cardíaca em 13 (6,8%). Além disso, houve relato de Acidente Vascular Encefálico (AVE) prévio em 14 (7,3%) pacientes e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio em 3 (1,6%) deles. Contudo, em 55 (28,6%) fichas de atendimento, esse dado não foi relatado.

Tabela 2 – Caracterização da amostra de participantes por sexo e idade (N= 192) – Brasília, 2026.

Característica	n	%
Sexo biológico		
Masculino	110	57,3
Feminino	80	41,7
Não informado	2	1,0
Idade		
0 – 19	6	3,1
20 – 39	23	12,0
40 – 59	49	25,5
60 – 79	68	35,4
≥ 80	40	20,8
Não informado	6	3,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.



Na amostra analisada, observou-se que houve registro de que em 85 (44,3%) casos, o momento em que o paciente entrou em PCR foi testemunhado por espectador, em contrapartida, essa informação não foi registrada em 19 (9,9%) fichas. Apesar de ser testemunhada, só em 37 (19,3%) a RCP foi iniciada por leigo e em 23 (12%) vezes essa informação não foi descrita nas fichas de atendimento.

Quanto às equipes deslocadas para o atendimento, observou-se que em sua maioria o atendimento foi realizado em conjunto por diversas equipes, sendo o SAV acionado em 131 das ocorrências, totalizando 68% dos atendimentos.

Durante os atendimentos, houve um ritmo chocável em 45 (23,4%) atendimentos, sendo realizada desfibrilação em todos esses. A quantidade de choques variou de 1 a 17, sendo a média 4,1. Com relação a via aérea, a principal utilizada foi a intubação orotraqueal em 78 (40,6%) casos. Quanto aos medicamentos utilizados, a Epinefrina foi a principal droga, utilizada em 67,7% das vezes. A quantidade de Epinefrina utilizada variou de 0,2 a 18 ampolas, com uma média de 5,7 por atendimento. Por fim, o acesso intraósseo foi descrito em 10 fichas de atendimentos.

Tabela 3 – Condutas realizadas durante o atendimento de PCR (N= 192) – Brasília, 2026.

Critério	n	%	Critério	n	%
Houve ritmo chocável?			Medicamentos utilizados		
Não	87	45,3	Epinefrina	130	67,7
Sim	45	23,4	Não informado	53	27,6
Não informado	60	31,3	Bicarbonato de sódio	35	18,2
			Amiodarona	25	13,0
Via aérea			Soro fisiológico	23	12,0
Ventilação por BVM*	32	16,7	Nenhuma medicação	8	4,2
Mascara laríngea	12	6,3	Noradrenalina	8	4,2
Tubo orotraqueal	78	40,6	Glicose 50%	7	3,6
Traqueostomia	1	0,5	Ringer lactato	6	3,1
Não informado	69	35,9	Atropina	3	1,6
			Lidocaina	2	1,0
			Gluconato de cálcio	1	0,5
			Magnésio	1	0,5
			Ácido tranexâmico	1	0,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

*BVM: Bolsa-válvula-máscara

Quando se fala em tempo de reanimação cardiopulmonar, a média foi 37,9 minutos por PCR, variando de 2 a 80 minutos. Essa informação não foi descrita pela equipe em 37 atendimentos, totalizando 19,3% dos casos. Quanto ao desfecho da PCR, o principal foi o óbito no local em 74% das ocorrências.



Tabela 4 – Desfecho das ocorrências de PCR após RCP (N= 192) – Brasília, 2026.

Desfecho no local	n	%
Óbito	142	74,0
Retorno da circulação espontânea	43	22,4
Encaminhado em PCR	6	3,1
Não informado	1	0,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

4. Discussão

4.1 Perfil Sociodemográfico e Clínico

No estudo, foi observado predominância de pacientes do sexo masculino (57,3%), com média de idade de 61,2 anos entre os indivíduos que apresentaram PCR no ambiente extra-hospitalar. Esse perfil sociodemográfico é consistente com achados descritos na literatura nacional e internacional, que apontam maior ocorrência de PCR extra-hospitalar em homens e em indivíduos com idade mais avançada. Em estudo brasileiro realizado com vítimas de PCR atendidas por unidades de SAV do SAMU, verificou-se predominância do sexo masculino (65,26%) e média de idade de aproximadamente 64 anos, resultados semelhantes aos observados na presente investigação⁶.

A maior ocorrência de PCR em indivíduos do sexo masculino tem sido amplamente descrita na literatura e pode estar relacionada à maior prevalência de doenças cardiovasculares e fatores de risco nesse grupo populacional. As doenças cardiovasculares permanecem como uma das principais causas de morte no mundo e frequentemente constituem a etiologia predominante das PCR, especialmente em adultos e idosos. Dessa forma, a predominância masculina observada neste estudo reforça o padrão epidemiológico já descrito em outras investigações que analisaram PCREH atendida por serviços de emergência⁷.

No que se refere à idade, os achados acompanham de forma coerente a literatura, que aponta maior incidência de PCR em populações envelhecidas, em decorrência da maior carga de comorbidades e da maior prevalência de doenças cardiovasculares nesse grupo etário⁷. Estudos brasileiros que analisaram desfechos após PCREH também identificaram predominância de pacientes idosos, com média etária próxima a 64 anos, evidenciando a forte associação entre envelhecimento e ocorrência desse evento crítico¹⁴.

Em relação às comorbidades, observou-se predominância de HAS (39,1%) e DM (22,4%), seguidas por histórico prévio de AVE (7,3%) e insuficiência cardíaca (6,8%). Esse perfil clínico é compatível com achados descritos em estudos nacionais, que apontam HAS, cardiopatias e DM entre as condições clínicas mais frequentemente associadas à ocorrência de PCREH. Essas doenças constituem importantes fatores de risco cardiovasculares e estão diretamente relacionadas ao desenvolvimento de eventos agudos potencialmente fatais, como IAM e arritmias malignas¹⁵.

A elevada frequência de comorbidades cardiovasculares observada neste estudo reforça o papel das doenças crônicas não transmissíveis na gênese da PCR. Nesse contexto, destaca-se a importância das estratégias de prevenção e controle dos fatores de risco cardiovasculares, incluindo diagnóstico precoce, tratamento adequado e acompanhamento contínuo dessas condições clínicas (PAULA, et al; 2021). A identificação do perfil clínico dos pacientes acometidos por PCR pode contribuir para o planejamento



de políticas públicas de saúde e para o desenvolvimento de estratégias voltadas à redução da mortalidade associada às doenças cardiovasculares¹⁶.

Outro aspecto relevante identificado neste estudo refere-se à ausência de registro de comorbidades em parte significativa das fichas de atendimento (28,6%). Essa lacuna de informação já foi descrita em outras pesquisas que utilizam dados provenientes de registros de atendimento pré-hospitalar, nos quais o preenchimento incompleto das fichas pode ocorrer devido à natureza emergencial do atendimento⁶.

4.2 Confirmação, frequência, localização e tempo resposta

A análise comparativa entre a constatação de óbito e a PCR com manobras de reanimação demonstra que, no DF, 208 (52%) chamados por ausência de sinais vitais resultam em constatação imediata de morte, enquanto 192 (48%) recebem manobras de RCP. Esse padrão de alta prevalência de óbitos diretos é corroborado por estudos em outras regiões, como em São José do Rio Preto, onde a constatação de óbito atingiu 63,92% dos casos atendidos pelo SAV¹⁵. Em ambos os cenários, o desfecho final após a tentativa de reanimação permanece crítico, com taxas de óbito no local de 74% no DF e uma sobrevida à alta hospitalar inferior a 5% em estudos nacionais e internacionais⁶.

Em termos de frequência e localização, o DF registra uma média de 3,2 PCRs por dia, com concentração em áreas populosas como a Região Sudoeste e a região administrativa de Ceilândia. Essa tendência de ocorrência em áreas urbanas densas é um padrão comum, e a residência se destaca como o principal local desses eventos, representando 80,87% dos casos em Campo Grande e 75,6% em São José do Rio Preto^{6,15}. A predominância do ambiente domiciliar é apontada nas fontes como um complicador para o reconhecimento precoce da parada e o início imediato da cadeia de sobrevivência por leigos¹⁵.

O tempo de resposta médio no DF é de 10,8 minutos, sendo um fator determinante para o sucesso da intervenção. Para efeito de comparação, em Campo Grande o tempo médio até a chegada do primeiro atendimento foi de 13,37 minutos, enquanto em Rio Preto, 76,47% das paradas revertidas tiveram resposta em até 12 minutos^{6,15}. As fontes enfatizam que a probabilidade de sobrevivência declina drasticamente a cada minuto sem RCP, e o tempo ideal de chegada deveria ser de no máximo cinco minutos para minimizar danos neurológicos¹⁵.

Por fim, a qualidade dos registros nas fichas de atendimento é uma preocupação transversal. No DF, dados como comorbidades e tempo de resposta não foram relatados em cerca de 28% e 8% das fichas, respectivamente. Essa falha na completude das fichas é detalhada no estudo realizado no Paraná, que classifica a integridade dos dados demográficos como "muito ruim", impactando o planejamento de políticas públicas e a precisão das estatísticas de saúde coletiva¹⁷.

4.3 Manejo da Parada Cardiorrespiratória no Atendimento Pré-Hospitalar

Em relação ao manejo da parada cardiorrespiratória, 44,3% dos eventos foram testemunhados por espectadores, dado este que se compara com outros estudos que apontam uma taxa de 40% e 60% de PCREH presenciadas. A PCR testemunhada representa um fator prognóstico relevante visto que aumenta a probabilidade de início das manobras de ressuscitação cardiopulmonar devido reconhecimento precoce do evento e rápido acionamento dos serviços de emergência responsáveis pela realização do suporte adequado¹⁸.

Apesar da frequência considerável de PCR testemunhadas, em apenas 19,3% dos casos foram registrados que as manobras de RCP iniciaram-se pelas testemunhas,



evidenciando uma importante fragilidade na cadeia de sobrevivência preconizada pelas diretrizes da American Heart Association (AHA)¹. O início da RCP por pessoas presentes no local é um dos principais determinantes de sobrevida no caso de PCREH, podendo dobrar ou até triplicar as chances de sobrevivência, pois reduz o tempo de hipóxia tecidual de órgãos vitais até a chegada da equipe de saúde especializada na ressuscitação avançada^{19,20,21}.

Fatores como a falta de conhecimento e treinamento da população para reconhecimento da PCR e realização da técnica de forma correta estão relacionados com a baixa taxa de RCP por leigos⁸. Neste contexto, fica evidente a necessidade de estratégias voltadas ao ensino de suporte básico de vida para diferentes públicos da sociedade. A ampliação de programas de educação em saúde que incluem treinamento em RCP e uso de DEA comprovadamente são eficazes para melhorar os desfechos de PCREH^{19,20,22}.

Em relação ao ritmo cardíaco, observou-se que 23,4% dos pacientes apresentaram ritmo chocável. Tal achado está em consonância com outras pesquisas sobre a temática que indicam uma proporção de ritmos chocáveis em PCREH variando entre 20% e 30%¹⁸. Os ritmos chocáveis - fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso - estão associados a melhores desfechos clínicos sendo que a identificação e o tratamento imediato destes constituem um dos pilares do manejo da PCR, uma vez que a desfibrilação precoce é a intervenção realmente eficaz para reversão desses ritmos e alcance do retorno da circulação espontânea nas vítimas¹⁸.

Quanto às medicações utilizadas durante os atendimentos, a epinefrina foi a mais prevalente sendo administrada em 67,7% dos casos, configurando-se como a principal droga empregada. Percebe-se a adesão das diretrizes internacionais de ressuscitação, que recomendam o uso desta medicação em qualquer ritmo de PCR, visando provocar vasoconstrição periférica e assim priorizar a perfusão coronariana e cerebral durante as manobras de RCP. Apesar da adrenalina estar associada a maiores taxas de RCE, o impacto provocado na sobrevida com desfecho neurológico positivo ainda é controverso pois - mesmo melhorando a perfusão durante a PCR - não apresenta necessariamente melhora proporcional na qualidade de vida após a ressuscitação. Logo, torna-se ainda mais relevante a realização das intervenções dos primeiros elos da cadeia de sobrevivência, com ênfase principalmente na identificação da PCR e início das compressões torácicas de qualidade³.

Além da epinefrina, foram registradas outras medicações nas fichas de atendimento, como bicarbonato de sódio e amiodarona, utilizadas em menor proporção devido às indicações mais restritas para o uso destas. Devido ao seu perfil farmacológico, a administração de amiodarona é indicada unicamente nos casos de ritmos chocáveis refratários, logo a menor frequência de administração desta droga deve-se pela predominância dos ritmos não chocáveis. Por sua vez, o bicarbonato de sódio, é reservado para situações específicas como a ocorrência de acidose metabólica grave¹.

O manejo da via aérea é um importante aspecto na assistência de pacientes em PCR. Neste estudo, a utilização do tubo orotraqueal (TOT) foi a mais prevalente, seguida pelo uso da máscara laríngea, além da ventilação com bolsa-válvula-máscara (BVM) sendo está a principal forma de ventilação realizada pelas equipes de SBV. Apesar de exigir elevada capacidade técnica do profissional responsável por sua aplicação, a intubação orotraqueal é considerada o método mais adequado para controle da via aérea, possibilitando ventilação eficaz e proteção contra broncoaspiração¹. No entanto, já são bem estabelecidos estudos que demonstram que dispositivos supraglóticos, como a máscara laríngea, apresentam eficácia semelhante à intubação orotraqueal quanto ao manejo avançado de via aérea em cenários de PCREH, tendo como vantagem maior



rapidez na realização da técnica, sem grandes diferenças estatísticas em relação à qualidade da ventilação/oxigenação e ocorrência de regurgitação^{23,24,25}.

No que diz respeito ao tempo de reanimação cardiopulmonar, foi observada média de 37,9 minutos, com ampla variação entre os atendimentos. A literatura sugere que o retorno da circulação espontânea (RCE) ocorre, na maioria dos casos, nos primeiros 20 a 30 minutos de RCP, sendo que tempos prolongados de reanimação estão associados a menor probabilidade de sobrevida, principalmente se somados ao predomínio de ritmos não chocáveis durante os ciclos ou atraso no início das manobras¹⁴.

O tempo prolongado de reanimação identificado neste estudo pode refletir tanto a tentativa de reversão em casos potencialmente recuperáveis quanto possíveis atrasos no reconhecimento da PCR ou no início das manobras de SBV. Além disso, o tempo resposta médio de 10,8 minutos pode ter contribuído para o prolongamento da reanimação, uma vez que intervalos maiores entre o colapso e o início do atendimento estão associados a piores desfechos clínicos¹.

Por fim, em relação ao desfecho das ocorrências, observou-se que 74% dos pacientes evoluíram para óbito declarado no local, enquanto 22,4% apresentaram retorno da circulação espontânea. Apesar dos dados relacionados às intervenções realizadas pelas equipes de atendimento demonstrarem o seguimento dos protocolos estabelecidos nacional e internacionalmente, a elevada taxa de mortalidade encontrada é consistente com a literatura, principalmente nos casos em que se há atraso no início da RCP, baixa taxa de intervenção por leigos, predominância de ritmos não chocáveis e tempo resposta das equipes de emergência. Além disso, fatores como idade avançada e presença de comorbidades contribuem para piores desfechos^{6,18}.

Nesse contexto, os resultados reforçam a necessidade de investimentos e a importância de estratégias integradas que atuem desde a prevenção das doenças cardiovasculares até a qualificação do atendimento pré-hospitalar e a capacitação da população leiga, a fim de reduzir a mortalidade, aumentar as taxas de sobrevivência após PCREH e, conseqüentemente, melhorar o desfecho destas vítimas.

4.4 Preenchimento adequado das fichas de atendimento

O presente estudo identificou como principal limitação o preenchimento adequado das fichas de atendimento, uma vez que diversas variáveis estudadas não foram registradas após o atendimento. Essa barreira foi encontrada em estudos com abordagem parecida^{6,7}. As principais variáveis não informadas foram a via aérea durante a PCR (35,9%), se houve ritmo chocável (31,5%), comorbidades (28,9%), medicamentos utilizados (27,6%) e tempo de reanimação cardiopulmonar (19,3%).

Em outros estudos, houve a exclusão de 15,32% das fichas de atendimento por estarem incompletas ou ilegíveis, e em uma outra pesquisa esse número foi de 22,8%, demonstrando que há uma tendência desta limitação em serviços de emergência extra-hospitalar^{15,17}. Isso pode ser explicado pelo fato de que em ocorrência extra-hospitalares de emergência, como é o caso da PCR, os profissionais tendem a priorizar as condutas de atendimento em detrimento do registro, devido ao risco iminente de morte dos pacientes.

Contudo, o preenchimento correto da ficha de atendimento é fundamental para garantir a qualidade e a confiabilidade das informações utilizadas em análises posteriores. Registros completos e precisos permitem a construção de bases de dados consistentes, essenciais para a avaliação do perfil epidemiológico das ocorrências, identificação de padrões de atendimento e planejamento de ações em saúde^{15,17}. Em contrapartida, o não preenchimento gera lacunas que dificultam a compreensão real do perfil das ocorrências, limitando uma análise fidedigna de dados científicos¹⁷. Por isso, o



presente estudo reforça a necessidade do aperfeiçoamento da prática do registro dos atendimentos nos serviços de atendimento pré-hospitalar.

5. Considerações finais

O presente estudo abordou sobre o perfil das ocorrências e o manejo das paradas cardiorrespiratórias no contexto do extra-hospitalar atendidas pelo SAMU do DF, evidenciando a elevada gravidade e taxa de mortalidade destes eventos, demonstrando a forte relevância de fatores clínicos e assistenciais para desfechos positivos.

Os achados reforçam que o enfrentamento da PCR no extra-hospitalar exige abordagem integrada que envolva desde a prevenção de doenças cardiovasculares até fatores como a capacitação da população leiga para reconhecimento da PCR e início das manobras adequadas, a ampliação de acesso à aparelhos capazes de realizar desfibrilação precoce, a qualificação dos serviços de atendimento pré-hospitalar e melhoria dos sistemas de informação, com o objetivo de reduzir a mortalidade e melhorar os desfechos das vítimas.

Além disso, destaca-se ainda a necessidade da qualificação registral das fichas de atendimento por parte da equipe de atendimento pré-hospitalar visando adequação no preenchimento destes documentos, visto que o déficit das informações dispostas representou uma importante limitação nesta pesquisa com evidente comprometimento para análises mais precisas da assistência prestada.

Referências

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION - AHA. **Destaques das Diretrizes de RCP e RCE de 2020 da American Heart Association**. 2020, American Heart Association JN-1088. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf. Acesso em: 07 jun 2024.
2. GOGOLA, J. et al. **Reanimação Cardiopulmonar por leigos – técnicas e ferramentas auxiliares: uma revisão integrativa**. Espaço para a Saúde, [S. l.], v. 24, 2023. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/964>. Acesso em: 07 jun 2024.
3. PERKINS, G. D. et al. **European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary**. Resuscitation, [S. l.], v. 161, p. 1-60, 2021. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>. Acesso em: 10 set. 2024.
4. FORASTIERI F. et al. **Tempo resposta no SAMU – 192 e suas implicações**. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, v. 17, n. 49, p. 173–183, 2022. DOI: 10.47385/cadunifoa.v17.n49.3343. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/3343>. Acesso em: 11 nov 2024.
5. LIMA, M. C. C. et al. **A importância do manejo da parada cardiorrespiratória em meio a sociedade para leigos**. Seven Editora, [S. l.], p. 1106–1115, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/371383762_A_importancia_do_manejo_da_parada_cardiorrespiratoria_em_meio_a_sociedade_para_leigos. Acesso em: 07 jun 2024.



6. NACER, D. T. et al. **Desfechos após Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar de Natureza Clínica e Traumática.** Arq. Bras. Cardiol., v. 120, n. 7, 19 jun. 2023. Disponível em: <https://abccardiol.org/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=0066-782X-abc-120-07-e20220551.xml&lang=pt-br>. Acesso em: 07 jun 2024.
7. SALIM, T. R. et al. **Análise de Desfechos após Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar.** Arquivos Brasileiros De Cardiologia, v. 120, n. 7, 1 jul. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/WYr3qm56MHW4pmwV3MNKcXk/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun 2024.
8. MAIA, S. R. T. et al. **Conhecimento dos leigos acerca da ressuscitação cardiopulmonar em pacientes adultos no Brasil.** Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 5, p. 28933–28948, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/10273>. Acesso em: 07 jun 2024.
9. CARVALHO, T. S. et al. **A atuação do socorrista leigo em caso de parada cardiorrespiratória em ambiente extra-hospitalar.** Global Academic Nursing Journal, [S. l.], v. 2, n. 4, p. e201, 2021. DOI: 10.5935/2675-5602.20200201. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/236>. Acesso em: 07 jun 2024.
10. GUIMARÃES, N. S. et al. **Aumento de Óbitos Domiciliares devido a Parada Cardiorrespiratória em Tempos de Pandemia de COVID-19.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 2, p. 266–271, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/fs34LkMFFPV4V54CkKNmhkj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2024.
11. KURTZ, B. E. et al. **Analysis of services to patients in cardiopulmonary arrest SAMU. Research, Society and Development,** [S. l.], v. 11, n. 5, p. e58311528499, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28499. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28499>. Acesso em: 11 nov 2024.
12. CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em: https://www.unirio.br/cla_novo/ppgcp/processo-seletivo/mestrado-edital-n-01-2023/bibliografia/creswell-john-w-projeto-de-pesquisa-metodos-qualitativo-quantitativo-e-misto-porto-alegre-armed-2010-capitulo-8/view. Acesso em: 03 abr.2024.
13. BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais.** 8. ed. rev. – Florianópolis: Ed. da UFSC, 2012. Disponível em: https://www.ispsn.org/sites/default/files/documentos-virtuais/pdf/estatistica_aplicada_edicao_0.pdf. Acesso em: 09 nov.2025.
14. ALVES, C. I. et al. **Análise epidemiológica de casos de PCR no serviço do SAMU no município de Curitiba.** In: Jornada médica: desafios e triunfos na prática da medicina 3. [S. l.]: [s. n.], 2024. p. 8-16. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/ebook/jornada-medica-desafios-e-triunfos-na-pratica-da-medicina-3>. Acesso em: 02 fev. 2026.
15. PAULA, C. F. B. et al. **Parada cardiorrespiratória no atendimento pré-hospitalar.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 608-620, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497970304010>. Acesso em: 08 ago. 2024.



16. NOGUEIRA, G. A. R. et al. **Avaliação populacional do conhecimento sobre atendimento extra-hospitalar da parada cardíaca.** Rev Med (São Paulo), São Paulo, v. 100, n. 3, p. 238-245, maio-jun. 2021. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v100i3p238-245. Disponível em: https://revistas.usp.br/revistadc/pt_BR/article/view/174302/174728. Acesso em 09 jul 2024.
17. FERREIRA, J. G. et al. **Completeness of occurrence records of advanced SAMU support.** Saúde Coletiva, [S. l.], v. 11, n. 68, p. 7407-7420, 2021. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7407-7420. Disponível em: <https://revistasaucoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1797>. Acesso em: 05 mar. 2026
18. GRÄSNER, J.-T. et al. **Epidemiology of cardiac arrest in Europe.** Resuscitation, [S. l.], v. 161, p. 61-79, 2021. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>. Acesso em: 08 out. 2024.
19. HASSELQVIST-AX, I. et al. **Early Cardiopulmonary Resuscitation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest.** N Engl J Med, [S. l.], v. 372, n. 24, p. 2307-2315, 2015. DOI: 10.1056/NEJMoa1405796. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1405796?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20www.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em: 02 fev. 2026.
20. SASSON et al. **Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis.** Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 63–81, 2010. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.889576. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20123673/>. Acesso em 10 mar. 2026.
21. LENG, Z. et al. **Effect of Bystander CPR on Survival after Out of Hospital Cardiac Arrest: A systematic review and meta-analysis.** Shock, [S. l.], 2026. DOI: 10.1097/SHK.0000000000002812. Disponível em: https://journals.lww.com/shockjournal/abstract/9900/effect_of_bystander_cpr_on_survival_after_out_of.833.aspx. Acesso em 15 mar. 2026.
22. KEEFE, E. L. et al. **Time to Bystander CPR and Survival for Witnessed Out-of-Hospital Cardiac Arrest.** Resuscitation, [S. l.], v. 209, p. 110566, 2025. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2025.110566. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(25\)00078-4/abstract](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(25)00078-4/abstract). Acesso em: 02 fev.2026
23. WANG, S. A. et al. **Effects of real-time feedback on cardiopulmonary resuscitation quality on outcomes in adult patients with cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis.** Resuscitation, [S. l.], v. 155, p. 82-90, 2020. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2020.07.024. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(20\)30301-4/abstract](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(20)30301-4/abstract). Acesso em: 02 dez. 2025.
24. BENDER, J. R. et al. **Effect of a Strategy of a Supraglottic Airway Device vs Tracheal Intubation During Out-of-Hospital Cardiac Arrest on Functional Outcome: The AIRWAYS-2 Randomized Clinical Trial.** JAMA, [S. l.], v. 320, n. 8, p. 779-791, 2018. DOI: 10.1001/jama.2018.11597. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2698493>. Acesso em: 14 jul 2024.
25. JOHNSTON, B. J. et al. **Medication-facilitated advanced airway management with first-line use of a supraglottic device – a one-year quality assurance review.**



Prehospital and Disaster Medicine, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 561-565, 2022. DOI: 10.1017/S1049023X22000802. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/medicationfacilitated-advanced-airway-management-with-firstline-use-of-a-supraglottic-device-a-oneyear-quality-assurance-review>. Acesso em 15 mar. 2026.