

**AVALIAÇÃO DO REGISTRO DE ENFERMAGEM SOBRE PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA E REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM
COMPARAÇÃO AO MODELO UTSTEIN**

ANDRESSA OLIVEIRA SANTOS ¹

ANA PAULA STEFFENS ²

Instituição responsável: Universidade Federal da Bahia – Instituto Multidisciplinar em Saúde - Campus Anísio
Teixeira

Fonte financiadora do projeto: Financiamento próprio

Running title: Avaliação do registro de reanimação cardiopulmonar com base no modelo Utstein

¹ Enfermeira residente do Programa de Residência em Urgência. Universidade Federal da Bahia – Instituto Multidisciplinar em Saúde- Campus Anísio Teixeira. Vitória da Conquista – Bahia. E-mail: andressaos@outlook.com. (77) 998486129. Avenida Domingos Dias n° 392 – Centro, Belo Campo - BA, Brasil. CEP: 45160-000

² Enfª. Ms. Ana Paula Steffens. Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia.- Instituto Multidisciplinar em Saúde- Campus Anísio Teixeira. Vitória da Conquista – Bahia. E-mail: anapaula.steffens@gmail.com . (77) 91373839. Rua Hormindo Barros, 58 Quadra 17 Lote 58 Candeias, Vitória da Conquista - BA, Brasil. CEP:45029-094

RESUMO

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

Descritores: Cuidados de enfermagem; Parada Cardíaca; Protocolos de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Reanimação Cardiopulmonar; Unidades de Terapia Intensiva.

Descriptors: Nursing Care; Heart Arrest; Nursing Assessment; Nursing Records; Cardiopulmonary Resuscitation; Intensive Care Units.

INTRODUÇÃO

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

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

No ambiente hospitalar o profissional de enfermagem é o que fica mais tempo ao lado do paciente, portanto costuma ser o primeiro a presenciar uma PCR e iniciar as medidas de Suporte Básico de Vida.⁽³⁾ De acordo com o decreto 94.406/87 do Conselho Federal de Enfermagem⁽⁴⁾, é função privativa do enfermeiro como membro da equipe de enfermagem prestar assistência direta ao paciente grave com risco de vida.

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

do âmbito assistencial, a anotação de enfermagem repercute em questões jurídicas, pedagógicas e administrativas⁽⁷⁾.

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

Sendo assim, este estudo se torna relevante devido à importância de se ter um registro padronizado de dados através do modelo Utstein, pois estes funcionam como banco de dados para novas pesquisas, permitindo traçar o perfil epidemiológico, fazer associação entre variáveis, verificar fatores prognósticos e desfechos, favorecendo, desta forma, na tomada de decisões e a implementação de novas diretrizes sobre o atendimento à PCR, bem como permitir a comparação entre os serviços de saúde.

(3,10,11,12)

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

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório - descritivo, de natureza quantitativa. A coleta dos dados foi realizada em prontuários de pacientes que sofreram PCR e evoluíram ou não para óbito, em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de

Avaliação do registro de reanimação cardiopulmonar com base no modelo Utstein

um hospital localizado na Região Sudoeste da Bahia. Juntas estas Unidades possuem 19 leitos. O estudo foi aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente do hospital e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia/ Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira (IMS/UFBA/CAT), sob parecer nº 2.625.432 e CAAE: 83456118.9.0000.5556.

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

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

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento com base no modelo Utstein adaptado para a língua portuguesa ⁽⁹⁾, com informações sobre causa e ritmo da PCR, intervenções no momento da PCR, condição inicial do paciente, horário dos eventos e profissionais envolvidos na RCP.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para analisar a qualidade dos registros foram comparados os dados coletados com os elementos contidos no modelo Utstein. Os dados foram analisados através de

estatística descritiva (números absolutos e percentuais) no software Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS

Foram analisados 41 registros de PCR que ocorreram durante o período de coleta de dados. Todos os 27 pacientes que sofreram PCR possuíam a sua identificação completa no prontuário, a saber, nome, idade, sexo, registro hospitalar e diagnóstico. Pouco mais da metade da amostra (51,9%) eram homens e prevaleceu a idade maior que 60 anos. (Tabela1).

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

Variáveis	n ^o	%
Sexo		
Masculino	14	51,9
Feminino	13	48,1
Idade		
< 30 anos	1	3,7
30-60 anos	12	44,4
>60 anos	14	51,9

No que se refere à tentativa de RCP, em 13 (31,7%) anotações não havia nenhum registro sobre esse item, 27(65,9%) possuía registro sobre tentativa de reanimação e apenas 1(2,4%) indicava que se tratava de um paciente sem indicação de RCP (Tabela 2).

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

Tentativa de RCP	n°	%
Sem registro	13	31,7
Com registro	27	65,9
Registro de indicação de não RCP	1	2,4
Total	41	100

RCP- Reanimação Cardiopulmonar

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

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

Intervenções durante a RCP	N°	%
Compressões torácicas	6	22,2
Administração de medicamentos	11	40,7
Intubação Orotraqueal	1	3,7
Conectado à Ventilação Mecânica	1	3,7
Iniciado Protocolo de RCP (sem especificar)	21	77,8
Outros	1	3,7

RCP- Reanimação Cardiopulmonar.

Avaliação do registro de reanimação cardiopulmonar com base no modelo Utstein

Quanto às condições iniciais do paciente antes da PCR, mais da metade 22 (53,7%) não traziam anotação sobre o quadro clínico do paciente. Nos prontuários cujas condições iniciais do paciente foram registradas, em sua maioria se destacaram aspectos hemodinâmicos (29,3%) e o termo “estado geral grave” (29,3%), aspectos relacionados ao nível de consciência e à respiração foram descritos em apenas dois registros de PCR (Tabela 4).

Tabela 4- Registro sobre a condição inicial do paciente antes da parada cardiorrespiratória em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público, nos meses de maio e junho. Vitória da Conquista – Ba , 2018.

Condição inicial do paciente	n°	%
Sem registro	22	53,7
Condições Hemodinâmicas	12	29,3
Nível de consciência	2	4,9
Respiração	2	4,9
Estado Geral Grave	12	29,3
Outros	2	4,9

Os dados sobre a causada PCR foram escassos, pois 38 (92,7%) registros não mencionaram a origem desse evento. No que concerne ao ritmo de PCR, em 37(90,3%) dos prontuários não havia essa informação (Tabela 5).

Tabela 5- Avaliação do registro da causa e do ritmo da parada cardiorrespiratória em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público, nos meses de maio e junho. Vitória da Conquista – Ba , 2018.

Variáveis	N°	%
Causa da PCR		
Sem registro	38	92,7

Avaliação do registro de reanimação cardiopulmonar com base no modelo Utstein

Com registro	3	7,3
Total	41	100
Ritmo da PCR		
Sem registro	37	90,3
Assistolia	1	2,4
Atividade Elétrica sem Pulso	2	4,9
Fibrilação Ventricular	1	2,4
Total	41	100

PCR- Parada Cardiorrespiratória

Com relação ao tempo dos eventos, em 16 (59,3%) dos 27 prontuários de pacientes que foram reanimados, não havia esta informação. Os demais traziam principalmente tempo de duração da PCR e RCP (29,6%) (Tabela 6).

Tabela 6- Características do registro sobre o tempo dos eventos ocorridos durante a parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público, nos meses de maio e junho. Vitória da Conquista – Ba, 2018. Vitória da Conquista, 2018

Tempo dos eventos	n°	%
Sem registro	16	59,3
Horário de Início do Colapso/ Horário de Início da RCP	1	3,7
Horário final da RCP	1	3,7
Tempo de duração da PCR/RCP	8	29,6
Outros	3	11,1

RCP- Reanimação Cardiopulmonar; PCR- Parada Cardiorrespiratória.

DISCUSSÃO

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

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

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

Em uma pesquisa realizada em hospitais oncológicos de Portugal a fim de conhecer os dilemas éticos relacionados à ONR a maioria dos enfermeiros disseram que a ONR é escrita em prontuário, porém alguns disseram que era apenas informada oralmente.⁽¹⁷⁾

Segundo uma revisão de literatura⁽¹⁸⁾ perante um paciente sem ONR escrita, alguns enfermeiros optam por não iniciar a RCP quando julgam ser uma conduta inútil

ao paciente. Isso pode gerar problemas éticos e legais para esse profissional, visto que cabe ao médico a decisão, juntamente com a anuência do paciente. Por outro lado, a falta de ONR documentada também gera dúvidas sobre a condução do paciente frente à PCR, podendo acarretar uma distanásia.

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

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

Avaliação do registro de reanimação cardiopulmonar com base no modelo Utstein

No que diz respeito à condição clínica do paciente, sabe-se que pacientes já intubados ou em ventilação mecânica antes da PCR têm menor chance de retorno da circulação espontânea, por se tratar de pacientes mais graves.⁽¹⁰⁾ Também é sabido que pacientes com valores altos de pressão arterial média tem maior chance de retorno da circulação espontânea.⁽²²⁾ Esses dados demonstram a importância de relatar a condição do paciente antes do evento.

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

A falta de registro sobre o ritmo da PCR pode ter ocorrido devido o desconhecimento das alterações eletrocardiográficas, como demonstra um estudo realizado em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência na cidade de Campinas⁽²³⁾, onde mais de 80% dos enfermeiros não sabiam identificar as arritmias letais. Outro estudo, realizado em uma UTI, demonstrou que mais de 40% dos profissionais de enfermagem reconheciam somente a assistolia como ritmo de PCR.⁽²⁴⁾

Um estudo realizado em UTI e Unidade Coronariana de um hospital universitário utilizando o modelo Utstein, demonstrou uma baixa taxa de sobrevivência de pacientes pós PCR, que pode estar associada ao fato de os ritmos mais prevalentes terem sido a assistolia e a atividade elétrica sem pulso.⁽²⁵⁾

Avaliação do registro de reanimação cardiopulmonar com base no modelo Utstein

O tempo dos vários eventos transcorridos desde o início do colapso até o seu término também devem ser registrados. As diretrizes sobre RCP ⁽¹⁹⁾ sempre enfatizam os tempos em suas recomendações, como por exemplo, compressões imediatas após o reconhecimento da PCR, desfibrilação precoce e a administração de epinefrina em 1 a 3 minutos. Neste estudo, em 59,3 % não havia qualquer anotação sobre o tempo dos eventos ocorridos e a maioria das anotações referentes a este item foram relacionadas ao tempo de duração do colapso circulatório. Em nem um dos registros foi relatado o horário da primeira desfibrilação ou da primeira dose de adrenalina, como é preconizado pelo modelo Utstein. Em um hospital universitário, com a da coleta de dados através do modelo Utstein, foi possível verificar que a média de tempo de início da reanimação foi de 0,68 minutos, considerado como curto intervalo de tempo, porém, a média de tempo da primeira desfibrilação foi de 7,1 minutos, enquanto nos Estados Unidos esse tempo é de 1,5 minutos.⁽²⁵⁾

Estudo realizado com enfermeiros previamente treinados para o preenchimento dos dados com base no modelo Utstein demonstrou preenchimento incompleto de itens relacionados ao tempo dos eventos em mais de 90% dos prontuários.⁽²⁶⁾ Em um hospital australiano, onde os dados referentes a PCR e RCP foram registrados baseado no protocolo Utstein, pesquisadores concluíram que a identificação rápida da PCR pela equipe de enfermagem, a presença de ritmos chocáveis e o acesso ao desfibrilador externo automático, permitindo uma desfibrilação precoce, estão associados a uma melhor sobrevida.⁽³⁾

Outro tópico importante do modelo Utstein é o registro sobre os profissionais envolvidos na RCP. Pacientes atendidos por profissionais treinados em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia tem mais chance de retorno da circulação espontânea e maior sobrevida até a alta hospitalar e a longo prazo.⁽²⁷⁾ Neste estudo não houve

registros sobre profissionais que participaram do atendimento às vítimas de PCR. Ao tentar avaliar a aplicabilidade de um instrumento conforme o modelo Utstein, enfermeiros foram submetidos ao preenchimento do mesmo, dados da equipe foram os menos preenchidos, com média de 27,4 %.⁽²⁸⁾ Outro estudo demonstrou que em quase 90% dos prontuários não havia registro dos profissionais participantes da RCP⁽²⁰⁾. O desfecho do paciente foi descrito na totalidade dos registros deste estudo.

CONCLUSÃO

É possível concluir que os registros de enfermagem sobre PCR e RCP são de baixa qualidade, visto que a maioria das variáveis presentes no modelo Utstein não foram identificados nos registros realizados pelos enfermeiros, associado a uma falta de sequência na elaboração dos mesmos. Contudo, é preciso salientar que estes dados foram coletados em um restrito espaço de tempo, o que se configura uma limitação deste estudo. As manobras de RCP, quando descritas, foram de forma vaga, podendo isso ocasionar sanções legais aos profissionais já que não permite a identificação do que de fato ocorreu durante as tentativas de retorno da circulação. O registro incompleto também faz com que a equipe de enfermagem perca a sua visibilidade como membro essencial da equipe multiprofissional no processo do cuidado. Além disso, a carência de dados e os registros sem informações chave dificulta a realização de possíveis estudos sobre parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar, os quais poderiam ser usados para auxiliar na avaliação do trabalho em UTI e se tornar indicadores para uma melhoria contínua da assistência prestada a pacientes graves.

REFERÊNCIAS

1. Júnior EBS, Veronese P. Reanimação Cardiopulmonar e Cerebral. In: Golin V, Sprovieri SRS. Conduitas em urgências e emergências para o clínico. 2º Ed, Brasil: Atheneu; 2012.
2. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Schimidt A, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013;101(2 Supl 3):1-221.
3. Peters R, Boyde M. Improving survival after in hospital cardiac arrest: the Australian experience. Am J Crit Care. 2007; 16(3):240-7.
4. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto N° 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. [citado 2018 Dez 09]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm
5. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 564/2017, de 06 de dezembro de 2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em : http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
6. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Livreto sobre Anotações de Enfermagem. Brasil: Junho, 2009.

7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário de paciente e outros documentos de enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>
8. Cummins RO, Chamberlain D, Hazinski MF, Nadkarni V, Kloeck W, Kramer E, et al. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on in-hospital resuscitation: the in-hospital “Utstein style”. American Heart Association. *Circulation*. 1997;95(8):2213-39.
9. Avansi Pdo A, Meneghin P. Tradução e adaptação para a língua portuguesa do In-Hospital Utstein Style. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):504-11.
10. Huang CH, Chen WJ, Ma MH, Chang WT, Lai CL, Lee YT. Factors influencing the outcomes after in-hospital resuscitation in Taiwan. *Resuscitation*. 2002;53(3):265-70.
11. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med*. 2007. 33:237–245.
12. Vancini-Campanharo CR, Vancini RL, Lira CAB, Andrade MS, Lopes MCBT, Okuno MFP, et al. Characterization of cardiac arrest in the emergency department of a Brazilian University Reference Hospital: A prospective study. *Indian J Med Res* [Internet] 2016; 144, pp 552-559.

13. Guia CM, Biondi RS, Sotero S, Lima AA, Almeida KJQ, Amorim FF. Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. Com. CiênciasSaúde [Internet] 2015. 26(1/2): 9-19. Disponível em :

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2015_perfil_epidemiologico.pdf

14. Pauletti M, Otaviano MLPO, Moraes AST, Schneider DS. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. Aletheia. 2017. v.50, n.1-2, p.38-46.

15. Jones P, Miles J, Mitchell N. Survival from in-hospital cardiac arrest in Auckland City Hospital. Emergency Medicine Australasia. 2011; 23, 569–579.

16. Soratto MT, Silvestrini F. Dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à ordem de não ressuscitar. Revista Bioethikos 2010 4(4):431-436.

17. França D, Rego G, Nunes R. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. Revista Bioética 2010; 18 (2): 469 – 81.

18. Ramos V, Sapeta P. Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar: Processo de Decisão de Não Reanimar. ResearchGate [Internet] 2017. Disponível em: <file:///D:/Desktop/TCC%20Resid%C3%Aancia/ONR/RSLVniaRamos.pdf>

19. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 02]. Available from: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>
20. Fernandes AP, Vancini CR, Cohrs F, Moreira RSL. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. Acta Paul Enferm [Internet] 2010; 23(6):757-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/07.pdf>
21. Grisante DL, Silva ABV, Ayoub AC, Belinelo RGS, Onofre PSC, Lopes CT. Avaliação dos registros de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar baseada no modelo utstein. Rev Rene [Internet] 2013; 14(6):1177-84 . Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419014_2.pdf
22. Bartholomay E, Dias FS, Torres FA, Jacobson P, Mariante A, Wainstein R, et al. Impacto das manobras de reanimação cardiorrespiratória cerebral em um hospital geral: fatores prognósticos e desfechos. Arq Bras Cardiol. 2003;81(2):182- 95.
23. Almeida AO, Araújo IEM, Dalri MCB, Araujo S. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2011; 19(2):[08 telas]. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_06

24. Prestes JN, Menetrier JV. Conhecimento da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulta sobre a parada cardiorrespiratória. Biosaúde [Internet] 2017 v. 19, n. 1.

25. Silva RMFL, SILVA BAGL, SILVA FJM, AMARAL CFS. **Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein.** Rev Bras Ter Intensiva [Internet] 2016. 28(4):427-435. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n4/0103-507X-rbti-28-04-0427.pdf>

26. Cavalcante TMC, Lopes RS. O atendimento à parada cardiorrespiratória em unidade coronariana segundo o protocolo Utstein. Acta Paul Enferm. 2006;19(1):7-15.

27. Moretti MA, Cesar LA, Nusbacher A, Kern KB, Timerman S, Ramires JA. Advanced cardiac life support training improves long-term survival from inhospital cardiac arrest. Resuscitation. 2007; 72(3):458-65.

28. Boaventura AP, Araújo IEM. Registro do atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: aplicabilidade de um instrumento. Revista Gaúch Enferm. 2006;27(3):434-42.