

DESAFIOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

CHALLENGES TO PATIENT SAFETY IN CARDIOPULMONARY REANIMATION IN A HOSPITAL EMERGENCY SERVICE

RETOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

Ana Sílvia Sincero dos Reis Walendowsky¹
Nádia Maria Chiodelli Salum²
Mônica Stein³
Aline Daiane Colaço⁴
Luiz Eduardo Wonstret⁵
Thais Alves Matos⁶

Como citar este artigo: Walendowsky ASSR, Salum NMC, Stein M, Colaço AD, Wonstret LE, Matos TA. Desafios à segurança do paciente na reanimação cardiopulmonar em um serviço de emergência hospitalar. Rev baiana enferm. 2025;39:e65095.

Objetivo: conhecer os desafios relacionados à segurança do paciente durante o atendimento à parada cardiorrespiratória ocorridos em um serviço de emergência de um hospital federal de ensino do sul do Brasil. **Método:** trata-se de um estudo quanti-qualitativo, com dados coletados entre março e abril de 2023. Foram aplicados 30 questionários aos profissionais logo após as ações de ressuscitação, que registrou impressões e desafios nos processos pela ótica dos envolvidos. A análise quantitativa foi realizada por meio de estatística descritiva e os dados qualitativos agrupados por semelhança temática. **Resultados:** os desafios elencados foram problemas de comunicação (66,67%), erros de conduta (33,33%), atraso na administração de medicações (30%) e erros na contagem de tempo (23,3%). **Considerações finais:** a comunicação emergiu como fator crítico permeando todos os desafios encontrados. Observou-se a necessidade de aderência às diretrizes de suporte avançado de vida, capacitação da equipe e desenvolvimento de tecnologias que facilitem a comunicação na ressuscitação.

Autora correspondente: Ana Sílvia Sincero dos Reis Walendowsky, anasincero@gmail.com

Editora Chefe: Nadirlene Pereira Gomes
Editora Associada: Maria Carolina Ortiz Whitaker

¹ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6151-9573>.

² Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2624-6477>.

³ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3753-0622>.

⁴ Hospital Pollydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7875-7463>.

⁵ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3330-9704>.

⁶ Hospital Pollydoro Ernani de São Thiago. Florianópolis, SC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9314-7754>.

Descritores: Parada Cardíaca. Segurança do Paciente. Serviço Hospitalar de Emergência. Reanimação Cardiopulmonar. Equipe de Assistência ao Paciente.

Objective: To understand the challenges related to patient safety during cardiopulmonary arrest care in the emergency department of a federal teaching hospital in southern Brazil. Method: This is a quantitative and qualitative study with data collected between March and April 2023. Thirty questionnaires were administered to professionals immediately after resuscitation actions, recording impressions and challenges in the processes from the perspective of those involved. Quantitative analysis was performed using descriptive statistics, and qualitative data were grouped by thematic similarity. Results: The challenges listed were communication problems (66.67%), conduct errors (33.33%), delays in medication administration (30%), and time counting errors (23.3%). Final considerations: Communication emerged as a critical factor permeating all challenges encountered. The need for adherence to advanced life support guidelines, team training, and the development of technologies to facilitate communication during resuscitation were observed.

Descriptors: Cardiac Arrest. Patient Safety. Hospital Emergency Services. Cardiopulmonary Resuscitation. Patient Care Team.

Objetivo: Comprender los retos relacionados con la seguridad del paciente durante la atención del paro cardiorrespiratorio en el servicio de urgencias de un hospital federal docente del sur de Brasil. Método: Estudio cuantitativo y cualitativo con datos recopilados entre marzo y abril de 2023. Se aplicaron treinta cuestionarios a profesionales inmediatamente después de las maniobras de reanimación, registrando las impresiones y los retos en los procesos desde la perspectiva de los involucrados. El análisis cuantitativo se realizó mediante estadística descriptiva, y los datos cualitativos se agruparon por similitud temática. Resultados: Los retos identificados fueron problemas de comunicación (66,67%), errores de conducta (33,33%), retrasos en la administración de medicamentos (30%) y errores de sincronización (23,3%). Consideraciones finales: La comunicación se identificó como un factor crítico que permea todos los retos encontrados. Se observó la necesidad de adherencia a las guías de apoyo avanzado de vida, capacitación del equipo y el desarrollo de tecnologías para facilitar la comunicación durante la resucitación.

Descritores: Paro cardíaco. Seguridad del paciente. Servicios de urgencias hospitalarias. Reanimación cardiopulmonar. Equipo de atención al paciente.

Introdução

A segurança do paciente (SP) nos serviços de saúde é uma preocupação global nas últimas décadas. O tema ganhou espaço após a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* pelo *Institute of Medicine* (IOM) no ano de 1999. Esse documento trouxe as questões dos erros médicos e danos aos pacientes na assistência à saúde e iniciou o desenvolvimento de ações globais sobre o tema⁽¹⁻²⁾.

Entende-se como segurança do paciente o conjunto de atividades organizadas que têm como objetivo criar culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde, com o propósito de reduzir os riscos de forma consistente e sustentável. Além disso, busca diminuir a ocorrência de danos evitáveis, tornar os erros menos prováveis e mitigar o impacto do dano quando este ocorrer⁽³⁾.

A 72^a Assembleia Mundial de Saúde, em seu relatório n. 72/31, de 8 de abril de 2019, chama todos os países para avaliar e desenvolver seus sistemas de atendimento de emergência objetivando garantir atendimento oportuno aos doentes e feridos graves e atingir a cobertura universal de saúde. Para isso, é necessária a criação de mecanismos de melhoria da coordenação, qualidade e segurança nos cuidados de emergência⁽⁴⁾.

No ambiente do serviço de emergência (SE), a parada cardiorrespiratória (PCR) é um dos atendimentos mais complexos desenvolvidos pela equipe multiprofissional, haja vista que demanda agilidade e tomada de decisão rápida e efetiva, ao mesmo tempo que pode ocorrer a qualquer momento, em especial em hospitais de grande porte. Assim, esse tipo de atendimento

pode desencadear riscos maiores para erros e eventos adversos⁽⁵⁻⁶⁾.

Vale ressaltar que a PCR é uma emergência cardiovascular de grande prevalência e com morbimortalidade elevada. A PCR é entendida como a cessação da circulação, sendo geralmente causada por arritmias cardíacas resultantes de problemas cardiovasculares. Estima-se que seja responsável por 15% a 20% das mortes naturais nos Estados Unidos e na Europa Ocidental⁽⁷⁾. A taxa de sobrevivência em uma PCR intra-hospitalar varia muito entre instituições e está relacionada ao reconhecimento rápido e início da desfibrilação e manobras de ressuscitação. Por ser um evento dinâmico, exige intervenção oportuna de profissionais altamente qualificados, que utilizem uma comunicação e trabalho em equipe eficaz⁽⁸⁻⁹⁾.

A fim de atender às solicitações de organizações e agências e fornecer diretrizes e normas para o atendimento da PCR, o primeiro livro didático *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, foi publicado pela *American Heart Association* (AHA) em 1975⁽¹⁰⁻¹¹⁾. O início breve da ressuscitação de qualidade e a administração de epinefrina precoce têm evidência de melhores prognósticos aos pacientes. As ações de ressuscitação que não seguem as recomendações internacionais são frequentes nos casos de PCR intra-hospitalar e podem ter impacto negativo na sobrevivência dos pacientes^(7,9).

As especificidades do atendimento associadas ao estresse da equipe podem levar a ocorrência de erros e problemas de segurança do paciente em PCR, como falhas na comunicação, erro de contagem de tempo e administração de medicamentos e atraso na desfibrilação⁽¹²⁾.

Pouco se fala na literatura sobre a segurança do paciente durante a reanimação cardiopulmonar, entretanto essa lacuna é ainda maior no que condiz aos desafios que os profissionais enfrentam durante este tipo de atendimento e que prejudicam a segurança do paciente. A relevância deste estudo está na identificação das áreas problemáticas e oportunidades de melhoria dos atendimentos à PCR pelo olhar

de profissionais do serviço de emergência em questão, que permitirão o desenvolvimento de estratégias futuras para melhoria da qualidade, impactando diretamente na segurança dos pacientes atendidos neste serviço.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo conhecer os desafios relacionados à segurança do paciente durante o atendimento à parada cardiorrespiratória ocorridos em um serviço de emergência de um hospital federal de ensino do sul do Brasil.

Método

Pesquisa de campo exploratória, descritiva com abordagem quantiquantitativa, guiada pelo *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR). Trata-se de recorte de uma pesquisa aplicada de desenvolvimento tecnológico de um Mínimo Produto Viável (MVP) para auxílio no atendimento da PCR intra-hospitalar mediante abordagem filosófica do *Design Thinking* (DT) inserido na Tese do curso de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade Doutorado Profissional.

A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Urgência e Emergência adulto de um Hospital Público Federal de ensino vinculado ao Ministério da Educação, tendo como população a equipe multiprofissional da unidade formada por 131 profissionais. Foram utilizados como critérios de inclusão para participação: ser profissional enfermeiro, técnico de enfermagem, médico ou residente de enfermagem ou medicina, lotado na unidade de urgência e emergência. A escolha ocorreu por serem apenas estes os profissionais que atuam diretamente no atendimento à PCR. Foram excluídos do estudo os profissionais afastados de suas funções laborais por quaisquer motivos. Do total de profissionais, 119 atenderam aos critérios de inclusão. Os participantes foram informados que a pesquisa não apresentava riscos e que poderiam desistir de sua participação a qualquer momento.

A pesquisadora desempenhava a função de enfermeira assistencial da unidade de Urgência e Emergência há 11 anos, fazendo parte da equipe

multiprofissional da unidade, tendo relacionamento profissional com os participantes da pesquisa.

Para coleta de dados, foi desenvolvido um questionário autoaplicado, estruturado em três partes, uma para caracterização dos profissionais, outra relacionada ao atendimento à PCR e a última para comentários que o participante julgasse pertinente, para coletar os desafios encontrados nesse atendimento. Com relação à caracterização dos profissionais, as questões compreendiam função, idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação em serviços de urgência e emergência, tempo de atuação no serviço de urgência objeto do estudo. No que diz respeito ao atendimento à PCR, foram realizadas duas questões, sendo elas: *Quais os problemas de segurança do paciente que aconteceram durante o atendimento à PCR?* Podendo selecionar uma ou mais opções entre erros de contagem de tempo, erro de medicação, erro de conduta, atraso na administração de medicações, atraso na desfibrilação, problemas de comunicação e outros (com espaço para resposta aberta); *Você sentiu alguma dificuldade no atendimento à PCR no que diz respeito a materiais e equipamentos, espaço, equipe multiprofissional ou outros?* Podendo optar por sim ou não com espaço para relato, em caso de resposta afirmativa.

Foram utilizados questionários autoaplicados para que não houvessem conflitos de interesse ou constrangimentos durante o preenchimento pelos participantes.

A coleta de dados aconteceu nos meses de março e abril de 2023. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa por meio de convite verbal, reforçado o convite pelo aplicativo de mensagem *WhatsApp*. Foi solicitado que os questionários fossem respondidos logo após o atendimento e cuidados pós PCR, além de registro no prontuário, para que, com o uso da memória recente, não houvesse perda de dados.

A coleta foi realizada na própria unidade de urgência e emergência, os questionários foram disponibilizados na sala de prescrição médica e no posto de enfermagem. O tempo para a resposta do formulário foi de, aproximadamente,

10 minutos. Os participantes após responderam os questionários os depositavam em um envelope, que eram recolhidos diariamente para transcrição posterior. Os participantes foram identificados pelas iniciais de suas categorias profissionais seguido de número de ordem.

A análise dos dados quantitativos foi realizada mediante estatística descritiva simples e compilados. Os dados qualitativos foram agrupados por semelhança temática, de acordo com Bardin⁽¹³⁾, sendo categorizadas em contagem de tempo, administração de medicação, conduta, comunicação, materiais/equipamentos, espaço e equipe multiprofissional, e realizada comparação com a literatura nacional e internacional.

Por ser uma pesquisa com seres humanos, o projeto foi registrado na plataforma Brasil, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n. 66633622.2.0000.0121 e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo sido aprovado em reunião do colegiado com Parecer Consubstanciado n. 5.921.193; além disso, também foi solicitada autorização para sua realização à Gerência de Ensino e Pesquisa da instituição. Todos os participantes foram voluntários e aceitaram expressamente participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Participaram do estudo 26 profissionais, sendo 4 enfermeiros, 7 médicos, 1 médico residente e 18 técnicos de enfermagem, que responderam 30 dos 50 questionários disponibilizados, sendo que, destes, 18 (60%) foram respondidos por profissionais do sexo feminino. A idade média dos participantes da pesquisa foi de 36 anos e 11 meses. O tempo médio de formação foi de 12 anos e 10 meses, o tempo médio de atuação em serviços de emergência foi de 8 anos e 10 meses e o tempo médio de atuação no serviço de emergência do hospital de realização do estudo foi de 5 anos e 9 meses.

Das categorias de profissionais convidados a participarem do estudo, apenas a categoria Enfermeiro Residente não apresentou resposta ao formulário. A distribuição dos participantes por

sexo, categoria profissional, faixa etária, tempo de formação, tempo de atuação em serviços de emergência e tempo de atuação no local objeto deste estudo é ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos profissionais participantes do estudo. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2023. (N=30)

Distribuição dos Participantes	n (%)
Sexo	
Feminino	18 (60)
Masculino	12 (40)
Faixa Etária	
25 a 30 anos	3 (10)
31 a 35 anos	12 (40)
36 a 40 anos	4 (13)
> 40 anos	11 (37)
Categoria Profissional	
Enfermeiro	4 (14)
Enfermeiro Residente	-
Técnico em Enfermagem	18 (60)
Médico	7 (23)
Médico Residente	1(3)
Tempo de formação	
0 a 5 anos	1 (3)
6 a 10 anos	14 (47)
11 a 15 anos	6 (20)
16 a 20 anos	5 (17)
> 20 anos	4 (11)
Tempo de atuação em Serviço de Emergência	
0 a 5 anos	13 (43)
6 a 10 anos	9 (30)
11 a 15 anos	3 (10)
16 a 20 anos	2 (7)
> 20 anos	3 (10)
Tempo de atuação no Serviço de Emergência objeto do estudo	
0 a 5 anos	21(70)
6 a 10 anos	3 (10)
11 a 15 anos	3 (10)
16 a 20 anos	3 (10)
> 20 anos	-

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Em relação à Segurança do Paciente, apenas um profissional relatou não ter observado problemas durante o atendimento à PCR. Os desafios para garantia da segurança do paciente mais informados pelos profissionais foram os problemas de comunicação, presente em 19 (66,67%) respostas, seguido pelos erros de conduta 10 (33,33%), atraso na administração de

medicações 9 (30%), erro de contagem de tempo 7 (23,3%), atraso na desfibrilação 1 (3,33%), erro de medicação 1 (3,33%) e outros 7 (23,3%). Os problemas incluídos no item outros foram falta de iniciativa da equipe para realização das compressões cardíacas, falta de prancha rígida, paciente com acesso venoso infiltrado, excesso de pessoas na sala de reanimação, régua de

gases com defeito, atraso na checagem do pulso e reinício das compressões e estrutura física inadequada.

Falhas na comunicação durante a ressuscitação foram relatadas por 14 participantes, sendo percebidas por todas as categorias profissionais, várias delas relacionadas à inadequação na comunicação entre os profissionais no comando das ações durante o atendimento da PCR como mostrado nos relatos abaixo:

Outra médica quis comandar o atendimento da PCR, o que causou tumulto. (M5).

Atraso na administração de atropina por problemas de comunicação. Muitos profissionais pedindo medicamentos ao mesmo tempo e poucos na preparação de medicamentos. (E2).

Excesso de profissionais, onde muitas vezes ninguém assume a liderança do procedimento. (TE4).

Pessoas diferentes pedindo medicações diferentes a todo tempo, não tendo tempo de preparar nem a primeira pedida. (TE5).

Mais de um médico delegando funções e medicações [...] (TE7).

Dois médicos no comando da PCR, sendo realizados pedidos de procedimentos diferentes entre eles. (TE10).

Falta de organização em relação à distribuição das atribuições da equipe durante a PCR. (TE17).

[...] mais de um profissional pedindo medicações ao mesmo tempo, equipe descoordenada [...] (TE14).

[...] tentativa de atendimento verbal sem alça fechada. (M7).

Os relatos nos questionários também incluíram as falhas de conduta durante os atendimentos, em sua maioria relacionadas à liderança e ao não seguimento das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar.

O colega médico quis intubar a paciente mesmo antes da monitorização e pediu para parar de massagear para entubar. (M2).

Poderia ter um controle nas compressões, faltou colocar tábua rígida no paciente. (TE15).

Residente médico de plantão inseguro no momento que se identificou respiração ruidosa e bradicardia [demora para encaminhar à reanimação]. Inicia [ressuscitação cardiopulmonar] RCP sem prancha rígida e contagem de ciclos [até chegada do staff]. (E4).

Mais de um médico delegando funções e medicações, contagem de tempo de forma descoordenada e administração de medicação fora do tempo. (TE7).

Havia mais de um médico assistente no atendimento, não ficou claro quem estava à frente do atendimento. A contagem de tempo não fica bem indicado, uma médica

acionou o cronômetro no celular e largou na bancada [...]. Não tinha definição de quem estava se revezando na massagem, se o paciente realmente tinha voltado... continua a massagem, para a medicação. Um tanto enrolado. (TE18).

A administração de medicações também surgiu como um desafio relatado pelos profissionais participantes do estudo, a maioria relacionada a falhas comunicacionais.

Demora na aspiração e administração da atropina. (M1).

[...] administração de medicação, mais de um profissional pedindo medicações ao mesmo tempo [...] (TE14).

Atraso na administração de atropina por problemas de comunicação. (E2).

Pessoas diferentes pedindo medicações diferentes a todo tempo, não tendo tempo de preparar nem a primeira pedida. Falta de técnicos para o preparo de medicação, mais administração [...] (TE5).

Mais de um médico delegando funções e medicações [...] e administração de medicação fora do tempo. (TE7).

Eu estava na medicação, mas confesso que teve horas que parava para ajudar, repuncionei, enfim, não ficou claro os intervalos da adrenalina. O relógio analógico da parede também não ajudava. (T18).

[...] atraso de um ciclo na administração de adrenalina. (M7).

A contagem do tempo também esteve presente nos relatos dos questionários, relacionando-se diretamente aos problemas de administração de medicações, erros de conduta e comunicação.

Demora para o atendimento ser iniciado, não houve um líder durante a PCR, se perdendo coisas, como o início da contagem e atraso no início da ventilação do paciente. (TE11).

Na hora da PCR ninguém tinha assumido o tempo logo de começo, mas depois foi corrigido a falha. (TE12).

Iniciou a RCP sem prancha rígida e contagem de ciclos [até chegada do staff]. (E4).

Mais de um médico delegando funções e medicações, contagem de tempo de forma descoordenada e administração de medicação fora do tempo. (TE7).

A contagem de tempo não fica bem indicado, uma médica acionou o cronômetro no celular e largou na bancada. Eu estava medicando, mas confesso que teve horas que parava para ajudar, repuncionei, enfim, não ficou claro os intervalos da adrenalina. O relógio analógico da parede também não ajudava. (TE18).

Iniciamos a contagem do tempo após minutos do início real [...] (M7).

Erro de contagem de tempo e administração de medicação, mais de um profissional pedindo medicações ao

mesmo tempo, equipe descoordenada, muitas pessoas na sala sem prestar ajuda. (TE14).

Atraso na checagem do pulso e reinício de massagem cardíaca. (M6).

No que diz respeito à equipe multiprofissional, foram registrados vários desafios durante o atendimento à PCR, sendo estes relatos voltados para o excesso de pessoas dentro da sala de reanimação, falta de proatividade, excesso de conversas paralelas e equipe sem harmonia.

Equipe multiprofissional desalinhada. (TE11).

[...] equipe multiprofissional sem treinamento adequado, medicina sem sincronismo com a enfermagem. (TE14).

Os profissionais ficam na frente, sendo necessário pedir licença para realizar conduta, muitos estudantes que não auxiliam e atrapalham o seguimento do fluxo, não querem trabalhar e ainda dizem por estar sem luvas e não querem ajudar e não saem de cena, se não pedir para sair. (M7).

Bagunça, conversa desnecessária, dificuldade de comunicação, e falta de espaço. (TE3).

Equipe multiprofissional descoordenada... Mais de um médico delegando funções e medicações [...] (TE7).

Falta de organização em relação à distribuição das atribuições da equipe durante a PCR. (TE17).

Dois médicos no comando da PCR, sendo realizados pedidos de procedimentos diferentes entre eles. (TE8).

Falta de técnicos para o preparo de medicação, mais administração, mas muitos outros profissionais somente observando o que está acontecendo, atrapalhando o desenvolvimento do trabalho. (TE5).

Várias pessoas [estudantes e funcionários] assistindo à PCR, porém só tinham duas pessoas massageando [se revezando, porém, já cansadas]. Faltou proatividade. (M3).

Todas as categorias profissionais registraram problemas no espaço físico, materiais e equipamentos como desafios encontrados no atendimento à PCR.

Espaço físico reduzido, com muitos fios dos equipamentos atrapalhando o deslocamento de alguns profissionais. Talvez rever a posição de colocação do carrinho de parada. Ausência de capnógrafo. (MR1).

Espaço na reanimação inadequado! Maca não para no local, além de todo serviço, alguém tinha que segurar a maca também! (TE9).

Falta de materiais ou reposição de materiais nos lugares respectivos. Falta de espaço para os profissionais que estão atuando [...] (TE5).

Bougie foi necessário e não estava disponível [não sabiam onde estava, pois no carrinho de parada não tinha]. (M2).

Espaço na cabeça do paciente insuficiente. Falta de equipamentos [...] (TE16).

Prancha rígida desaparecida, travamento das rodas não funcionou. (TE2).

Maca inadequada, falta de espaço físico, ambiente com climatização inadequada. (TE13).

O espaço deveria ser maior, carro de PCR poderia ser em outro local, pois o lugar que está dificulta a circulação da equipe. (TE15).

A maca se desloca mesmo com as rodas travadas; foi necessário que três pessoas ficassem segurando a maca para que as compressões torácicas fossem realizadas com o mínimo de segurança. Em decorrência disso, mais pessoas precisaram ficar na sala, fazendo com que o espaço que já é pequeno, ficasse ainda menor. (E3).

Discussão

A faixa etária dos participantes do estudo é semelhante ao encontrado na literatura brasileira, que apontam que mais de 50% dos profissionais dos serviços de emergência têm mais de 30 anos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. O estudo demonstrou uma equipe experiente, com a maioria dos participantes com mais de 6 anos de formação, assim como tempo de atuação em serviços de emergência. A experiência de trabalho tem forte ligação com o conhecimento e atitudes positivas no atendimento à PCR, uma vez que os profissionais são mais expostos a esses eventos, além de procurarem conhecimento teórico, mediante leitura das diretrizes de ressuscitação⁽¹⁶⁾.

É importante ressaltar que erros durante o atendimento da PCR são frequentes e estão geralmente relacionados à liderança, trabalho em equipe e comunicação⁽⁵⁾. Todos os problemas citados por esses autores também foram encontrados nesta pesquisa, sendo que os erros de comunicação foram os mais relatados, estando presente em 66,67%, seguidos de erros na conduta, atrasos na medicação e erros na contagem de tempo. Estes aspectos apontam para um desvio na segurança do paciente. As diretrizes da AHA apontam que é necessário a incorporação da marcação de tempo, da qualidade da RCP, da coordenação e administração dos procedimentos adequados durante a PCR, para que se tenha uma equipe de alto desempenho nesse atendimento⁽¹⁷⁾.

De todos os questionários respondidos, apenas um declarou não ter percebido problema/desafio relacionado à segurança do paciente, entretanto registrou que não havia maca rígida no início do atendimento à PCR, o que pode contribuir para uma falta de efetividade nas compressões cardíacas prejudicando a qualidade do atendimento. A falta de compreensão adequada do termo *Segurança do Paciente* por parte dos profissionais de saúde pode representar um obstáculo para aprimorar os processos e as práticas relacionados à segurança do paciente no sistema de saúde. É extremamente benéfico treinar e educar todos os profissionais de saúde sobre esse tema⁽¹⁸⁾.

No que se refere à categoria *Contagem de Tempo*, a AHA recomenda que haja um profissional cronometrista, responsável por sinalizar o momento da administração da epinefrina a cada 3 a 5 minutos e da realização de ciclos de compressões cardíacas de 2 minutos, com a checagem da presença de pulso ao final deste tempo, além de anotar a hora da primeira compressão e dos choques, e a frequência e duração das interrupções nas compressões⁽⁸⁾. Nota-se, nos comentários dos profissionais, que a contagem de tempo, muitas vezes, é iniciada após o início real da ressuscitação, que, algumas vezes, não houve um responsável pela contagem dos tempos e que, por esses motivos, ocorrem atrasos na administração de medicações, início da ressuscitação e tempo de interrupção das compressões torácicas maior que o ideal. Não foi encontrada literatura atual nacional ou internacional que discutisse tal temática.

A AHA destaca a importância do cuidado com a contagem dos tempos durante a ressuscitação cardiopulmonar, uma vez que a sua falta pode prejudicar o desfecho do paciente. Os ciclos de compressões torácicas devem ser de 2 minutos, porém a pausa entre dois ciclos não deve exceder dez segundos, visando diminuir, ao máximo, a interrupção das compressões. Ciclos de compressão superiores a 2 minutos levam o profissional que está realizando a compressão à exaustão, prejudicando a eficiência da ressuscitação⁽⁸⁾. Estudo realizado na China evidenciou

que o atraso no início nas ações de ressuscitação, aumento da interrupção na compressão e o não seguimento das diretrizes de ressuscitação levam a uma taxa de mortalidade aumentada dos pacientes⁽¹⁹⁾.

Na categoria *Administração de Medicação*, a literatura condiz com os achados deste estudo no que concerne aos erros relacionados à administração de medicações, indicando ser um dos principais eventos adversos no atendimento de PCR. Para os profissionais, as prescrições verbais foram motivadoras de confusão e atraso na administração de medicações durante a RCP⁽²⁰⁾. A comunicação verbal de prescrições, pedidos de exames e seus resultados é propensa a erros, prescrições verbais ou ambíguas são consideradas as principais fontes de problemas, muitas vezes, resultando em duplicação ou omissão do tratamento medicamentoso⁽²⁰⁾. Foi observada uma melhora na taxa de sobrevivência de pacientes em PCR de ritmos não chocáveis, quando administrada dose padrão de adrenalina (1mg endovenoso a cada 3 a 5 minutos) durante as manobras de RCP e pior prognóstico nos casos de atraso em sua administração^(9,21). Evidencia-se, então, a importância do cuidado com a administração de medicamentos no tempo ideal, para que o desfecho do atendimento seja satisfatório.

Quanto à categoria *Falhas de Condutas*, autores^(5,8) pontuam que a variação nas taxas de sobrevivência na PCR está diretamente relacionada ao início imediato das medidas de RCP, à adesão à cadeia de sobrevivência e ao trabalho harmonioso entre os membros da equipe. Nesse sentido, os hospitais de alto desempenho adotam equipes de ressuscitação dedicadas e capacitadas, compostas por profissionais de diferentes áreas, com papéis e responsabilidades claramente definidos. Além disso, priorizam a comunicação e a liderança efetiva durante o processo de RCP^(5,8).

No presente estudo, observa-se que houveram momentos em que a presença de mais de uma liderança e a falta de comunicação assertiva levaram a condutas falhas e consequente prejuízo no atendimento. Estudo realizado na China concluiu que menos de 1% dos

médicos residentes tinham treinamento sobre as diretrizes de RCP, sendo este um dos fatores responsáveis pela baixa taxa de sobrevivência dos pacientes⁽¹⁸⁾. Toda equipe de ressuscitação deve ter um líder definido, responsável pela garantia de que as ações sejam executadas corretamente, no devido tempo, monitorando e integrando o desempenho de cada membro. O líder também desempenha o papel de treinador de novos líderes, além de poder auxiliar a analisar e pontuar as oportunidades de melhoria da equipe para a próxima tentativa de ressuscitação⁽¹⁷⁾.

A questão da equipe multiprofissional e trabalho de equipe foi também destacada pelos participantes como geradoras de problemas de segurança, a questão do excesso de profissionais na sala de reanimação e conversas desnecessárias foram as mais citadas. Pode-se explicar o grande número de pessoas na sala pelo fato de o hospital em questão ser um hospital de ensino, servindo de campo de estágio para estudantes de graduação e residentes. Um ambiente de atendimento à PCR agitado é citado por profissionais como prejudicial à ressuscitação e aumento do estresse da equipe, dificultando a gestão das ações de ressuscitação⁽²²⁾.

A falta de harmonia entre os membros da equipe assistente foi pontuada pelos participantes como um fator contribuinte para a ocorrência de problemas de segurança do paciente. Embora a equipe tenha experiência de atuação em serviços de emergência, 70% dos participantes trabalham há menos de 5 anos no local deste estudo, o que pode estar relacionado à desarmonia entre os profissionais. Além disso, não há equipe de resposta rápida para atendimento à PCR no hospital em questão. A presença deste tipo de equipe mostra resultados positivos no que diz respeito à prevenção de erros durante o atendimento de PCR⁽⁸⁾.

A importância dos problemas de comunicação foi reconhecida como um desafio para a segurança do paciente, sendo mais evidente nos Serviços de emergência. Erros relacionados à transferência de cuidados e prescrições médicas são exemplos de falhas comunicacionais que têm impacto significativo na Segurança do

Paciente. Uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é um princípio fundamental para o cuidado seguro, sendo considerado um elemento estrutural essencial^(19, 23).

Por meio dos dados obtidos, ficou evidente que os problemas de comunicação ultrapassaram todos os outros problemas de segurança do paciente, indicando que, muitas vezes, o atendimento ficava sem controle definido, pois mais de uma pessoa determinava as ações e a equipe não sabia a quem atender. É fundamental, ao dar início a ressuscitação cardiopulmonar, que a equipe tenha conhecimento de quem ficará com a responsabilidade da liderança e cada um saiba qual seu papel no atendimento.

Corroborando este estudo, pesquisa que estudou as barreiras e oportunidades dos atendimentos das PCR intra-hospitalar mostrou que a ausência de uma comunicação efetiva em circuito fechado, a falta de clareza na distribuição das responsabilidades entre os membros da equipe, a demora na administração de medicamentos e na aplicação de desfibrilação, além de lideranças inexperientes que não se comunicam de forma clara e com a entonação de voz apropriada são obstáculos para um atendimento adequado de PCR⁽⁶⁾. Tais dados vão ao encontro com os dados obtidos nesta pesquisa, em que os participantes pontuam a falta de clareza, o desencontro de informação e a pouca sincronia da equipe.

Enfatiza-se a importância de capacitações frequentes em suporte avançado de vida, uma vez que para o sucesso do atendimento à PCR é necessário não somente conhecimento médico e habilidades de ressuscitação, mas também eficiência na comunicação e dinâmica da equipe⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Outro aspecto importante refere-se à necessidade de o serviço possuir uma equipe mais permanente, com menor rotatividade de profissionais, uma vez que a alta rotatividade de profissionais pode estar relacionada à piora da segurança do paciente⁽²⁴⁾.

Na categoria *Estrutura Física*, as questões estruturais das salas onde foram realizados os atendimentos à PCR e a qualidade dos equipamentos foram citadas pelos profissionais, assim como a falta de insumos necessários como geradoras

de desafios para a garantia da segurança do paciente. As falas dos participantes reforçam o quão difícil é para eles lidarem com tantas fragilidades e necessidades de readequação da área de ressuscitação, sendo urgente para melhoria da qualidade dos atendimentos, cabendo aos gestores locais esta responsabilidade.

São influenciadores na ocorrência de eventos adversos os fatores organizacionais e de gestão da instituição. Nesta pesquisa, evidenciou-se a necessidade de readequação do espaço físico para a ressuscitação dos pacientes do serviço de emergência, abrindo oportunidade de novo estudo que objetive conhecer as necessidades de melhoria específicas de ambiente e equipamentos deste local. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um guia de orientação para as instituições de saúde, a fim de padronizar as áreas de ressuscitação, para garantir a disponibilidade de recursos materiais adequados e o início rápido dos cuidados emergenciais. De acordo com esse guia, a sala de ressuscitação deve ser visível para médicos e enfermeiros, ter tamanho suficiente para acomodar vários profissionais e equipamentos, estar bem equipada com suprimentos para o atendimento de pacientes críticos⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Embora seja um evento frequente no contexto dos serviços de emergência, a PCR representa um desafio significativo, tanto físico quanto psicológico para os profissionais envolvidos. A equipe de saúde pode enfrentar níveis elevados de estresse agudo, o que, por sua vez, pode impactar a capacidade de concentração, ter uma percepção distorcida da passagem do tempo, acarretando em atrasos na administração de medicações e desfibrilação e afetando a qualidade da assistência prestada⁽⁵⁻⁶⁾.

Observou-se também que apesar da experiência da equipe em outros serviços de emergência, esta é considerada nova no serviço de emergência local deste estudo e se fazem necessárias mais capacitações para atualização e ajustes das ações de ressuscitação entre os membros da equipe multiprofissional. A capacitação frequente dos profissionais e o respeito às diretrizes de atendimento de suporte avançado de vida em cardiologia mostram-se essenciais

no atendimento à PCR, aumentando as taxas de sobrevivência dos pacientes⁽⁹⁾.

Por fim, ressalta-se que o presente estudo contribuirá para o conhecimento das questões enfrentadas pelos profissionais dos serviços de emergência no contexto do atendimento à PCR, destacando as necessidades de melhoria para diminuir os incidentes e melhorar a qualidade da assistência prestada e influenciando as instituições de saúde a implementar medidas gerenciais de suporte às equipes, como adequação de salas de reanimação e capacitação profissional.

Como limitação do estudo aponta-se a pouca literatura que discute a respeito dos incidentes de segurança do paciente durante a PCR nos serviços de emergência, limitando a comparação dos achados.

Considerações Finais

O estudo possibilitou conhecer os principais desafios de segurança do paciente que ocorrem no atendimento de PCR na visão dos profissionais atuantes no serviço de emergência em questão, comparando-os com os achados da literatura atual. O estudo se desenvolveu em uma emergência do sul do Brasil, entretanto, a literatura nacional e internacional apontam os mesmos desafios em outros serviços de emergência.

Problemas de comunicação foram os mais citados pelos participantes do estudo, sendo fator complicador para a ocorrência de outros incidentes, como atraso na administração de medicações, erro na contagem do tempo e erros de conduta.

Nota-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias que auxiliem os profissionais na organização das ações de RCP, evitando erros humanos, diminuindo os ruídos na comunicação entre a equipe multiprofissional e, consequentemente, melhorando a segurança do paciente durante o atendimento de PCR.

Observou-se uma lacuna na literatura nacional e internacional atual quanto aos incidentes de segurança do paciente durante a ressuscitação cardiopulmonar. Nesse sentido, há necessidade de novos estudos buscando compreender os

desafios enfrentados durante ao atendimento de PCR para garantia da segurança do paciente.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Ana Sílvia Sincero dos Reis Walendowsky, Nádia Maria Chiodelli Salum e Mônica Stein;

2 – análise e interpretação dos dados: Ana Sílvia Sincero dos Reis Walendowsky, Nádia Maria Chiodelli Salum e Mônica Stein;

3 – redação e/ou revisão crítica: Ana Sílvia Sincero dos Reis Walendowsky, Nádia Maria Chiodelli Salum, Mônica Stein, Aline Daiane Colaço, Luiz Eduardo Wonstret e Thais Alves Matos;

4 – aprovação da versão final: Ana Sílvia Sincero dos Reis Walendowsky, Nádia Maria Chiodelli Salum, Mônica Stein, Aline Daiane Colaço, Luiz Eduardo Wonstret e Thais Alves Matos.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Disponibilidade de dados

O conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado na tese de Doutorado Profissional intitulada Mínimo Produto Viável de sistema de comunicação visual para segurança do paciente no atendimento de Parada Cardiorrespiratória.

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/265743>

Fontes de financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina pelo apoio técnico do tipo bolsa de pesquisa de doutorado para a pesquisadora Ana Sílvia Sincero dos Reis Walendowsky.

Referências

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cited 2023 Jun 26]. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/read/9728/chapter/1>
2. World Health Organization. Emergency care system framework [Internet]. Geneva (CH): 2018 May [cited 2024 Apr 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/who-emergency-care-system-framework>
3. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva (CH); 2021 [cited 2024 Apr 8]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
4. World Health Organization. Extracts from document EB144/2019/REC/1 for consideration by the Seventy-second World Health Assembly 1 [Internet]. Geneva (CH); 2019 [cited 2024 May 23]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/B144_REC1_EXT-RES-DEC-en.pdf
5. Lauridsen KG, Krogh K, Müller SD, Schmidt AS, Nadkarni VM, Berg RA, et al. Barriers and facilitators for in-hospital resuscitation: A prospective clinical study. *Resuscitation*. 2021;164:70-8. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.05.007
6. Vincent A, Semmer NK, Becker C, Beck K, Tschan F, Bobst C, et al. Does stress influence the performance of cardiopulmonary resuscitation? A narrative review of the literature. *J Crit Care*. 2021;63:223-30. DOI: 10.1016/j.jcrc.2020.09.020
7. Zimmerman DS, Tan HL. Epidemiology and risk factors of sudden cardiac arrest. *Curr Opin Crit Care*. 2021;27(6):613-6. DOI: 10.1097/MCC.0000000000000896
8. Terra JS, Lazzari DD, Ramos FC, Becker A, Nascimento ERP, Mendes NU. Características clínicas de reanimações cardiopulmonares intra-hospitalares registradas em prontuário: estudo transversal. *Rev Enferm UERJ*. 2024;32(1):e75859. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.75859>
9. Perman SM, Elmer J, Maciel CB, Uzendu A, May T, Mumma BE, et al. 2023 American Heart Association Focused Update on Adult Advanced Cardiovascular Life Support: An update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2024;149(5):e254-73. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001194

10. American Heart Association. History of CPR [Internet]. Dallas (US); 2024 [cited 2024 Mar 25]. Available from: <https://cpr.heart.org/en/resources/history-of-cpr>
11. Stærk M, Lauridsen KG, Johnsen J, Løfgren B, Krogh K. In-situ simulations to detect patient safety threats during in-hospital cardiac arrest. *Resusc Plus*. 2023;14:100410. DOI: 10.1016/j.resplu.2023.100410
12. Guedes KSA, Marques Neto A, Marques RVDA, Caetano DAP, Pitaluga EM. Perfil socioprofissional dos médicos atuantes em serviços hospitalares. *Rev Soc Bras Clin Med* [Internet]. 2021 [cited 2024 May 20];19(1):14-9. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361689/14-19.pdf>
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
14. Silva BNB, Almeida CL, Martins EAP, Silva DA, Pereira MGN, Menolli GA, et al. Avaliação das habilidades técnicas da equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória. *Res Soc Dev*. 2021;10(3):e31110313310. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13310
15. Kłosiewicz T, Śmigasiewicz S, Cholerzyńska H, Zasada W, Czabański A, Puślecki M. Knowledge and attitudes towards performing resuscitation among seniors - a population-based study. *Arch Public Health*. 2024;82(1):67. DOI: 10.1186/s13690-024-01301-9
16. American Heart Association. Suporte Avançado de Vida Cardiovascular: Manual do Profissional [eBook]. Texas: Orora Visual; 2021.
17. Agbar F, Zhang S, Wu Y, Mustafa M. Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2023;67:103565. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103565
18. Zheng K, Du L, Cao Y, Niu Z, Song Z, Liu Z, et al. Monitoring cardiopulmonary resuscitation quality in emergency departments: a national survey in China on current knowledge, attitudes, and practices. *BMC Emerg Med*. 2022;22(1):33. DOI: 10.1186/s12873-022-00590-z
19. Gregory H, Cantley M, Calhoun C, Hall GA, Matuskowitz AJ, Weant KA. Incidence of prescription errors in patients discharged from the emergency department. *Am J Emerg Med*. 2021;46:266-70. DOI: 10.1016/j.ajem.2020.07.061
20. Klug GAB, Ferreira JVC, Flodoaldo F, Ginelli EF, Pires JGP. Manejo farmacológico da parada cardiorrespiratória em adultos. *Braz J Health Rev*. 2021;4(5):20406-25. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-154>
21. 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*. 2021;33(1):96-101. DOI: 10.5935/0103-507X.20210010
22. Dehghan-Nayeri N, Nouri-Sari H, Bahramnezhad F, Senmar M. Barriers and facilitators to cardiopulmonary resuscitation within pre-hospital emergency medical services: a qualitative study. *BMC Emerg Med*. 2021;21(1):120. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00514-3>
23. Figueiredo AL, Motta ALC, Reis ACP. Desafios da atuação da equipe de enfermagem frente a segurança do paciente hospitalizado. *RevistaFT*. 2024;28:09. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11477409>
24. Resende ALC, Silva NJ, Resende MA, Santos AA, Souza G, Souza HC. The importance of adverse events notification to patient safety and improving assistance quality: a literature review. *REAS*. 2020;(39):e2222. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2222.2020>
25. World Health Organization. Designating a resuscitation area in the emergency unit [Internet]. Geneva (CH); 2022 [cited 2024 Apr 27]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/rad/rad-tool.pdf?sfvrsn=22439df9_1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/rad/rad-tool.pdf?sfvrsn=22439df9_1)

Recebido: 17 de dezembro de 2025

Aprovado: 18 de agosto de 2025

Publicado: 04 de setembro de 2025



Este artigo é de acesso aberto e distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.