



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

ELAINE BORELI GIANINI DE FARIA

**O IMPACTO DO "DEBRIEFING" NO
ATENDIMENTO DA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA NO SAMU**

São José do Rio Preto
2024

Elaine Boreli Gianini de Faria

**O IMPACTO DO "DEBRIEFING" NO
ATENDIMENTO DA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA NO SAMU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de trabalho em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Enfermagem e em Saúde

Grupo de Pesquisa: NEMOREGES

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Eli Gazetta

Coorientador: Prof. Dr. André Luciano Baitello

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, SP

2024

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica (a ser impressa no anverso da folha de rosto)

Faria, Elaine Boreli Gianini de

O impacto do "*Debriefing*" no atendimento da parada cardiorrespiratória do SAMU/
Elaine Boreli Gianini de Faria.

São José do Rio Preto; 2024.

41 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo de trabalho em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Enfermagem e em Saúde

Grupo de Pesquisa: NEMOREGES

Orientadora: Prof^a. Dra. Claudia Eli Gazetta

Coorientador: Prof. Dr. André Luciano Baitello

1. Profissionais da saúde; 2. Unidades Móveis de Emergência; 3. Análise de Desempenho; 4. Qualidade da Assistência à Saúde; 5. Serviços de Atendimento de Emergência;

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cláudia Eli Gazetta
FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof. Dr. Andre Aparecido da Silva Teles
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP

Prof. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce
FACERES - Faculdade Ceres de Medicina

Prof. Dra. Marcela Cristina Braga Yassaka Germini
FAMERP - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof. Dra. Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller
UNIP - Universidade Paulista

São José do Rio Preto, 20/12/2024

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus por ter me guiado e me mantido no caminho da perseverança para a realização deste trabalho.

Ao incentivo da minha família nos momentos difíceis e pela compreensão de todos na minha ausência enquanto me dediquei à realização deste projeto.

Aos meus orientadores, por todos os conselhos, ajuda e paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

Aos meus amigos de trabalho que em todos os momentos e das mais diversas maneiras, facilitaram a minha trajetória até a finalização desta etapa.

EPIGRAFE

O maior benefício do treinamento não vem de se aprender algo novo, mas de se fazer melhor aquilo que já fazemos bem.

Peter Drucker

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	08
LISTA DE ABREVIATURAS.....	09
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
RESUME.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS.....	19
2.1. Objetivos Gerais.....	19
2.2. Objetivos Específicos.....	19
3. MÉTODOS.....	19
3.1. Tipo de Estudo.....	19
3.2. População.....	20
3.2.1. Critérios De Inclusão.....	20
3.2.2. Critérios De Exclusão.....	20
3.3. Instrumentos e Procedimentos de Coleta De Dados.....	20
3.4. Análise Dos Dados.....	20
3.5. Aspectos Éticos.....	21
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO.....	32
7. FINANCIAMENTO.....	33
8. REFERÊNCIAS.....	34
9. ANEXOS.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Cruzamento da variável do número de PCR revertida com as variáveis ano, gênero, idade e local de encaminhamento, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.....	22
Tabela 2.	Cruzamento da variável tempo-resposta médio da abertura da ocorrência até a liberação da equipe para atendimento com as variáveis total de atendimentos, óbito durante a assistência e PCR revertida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.....	24
Tabela 3.	Cruzamento da variável tempo-resposta médio da liberação até a saída da equipe para atendimento com as variáveis total de atendimentos, óbito durante a assistência e PCR revertida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.....	25
Tabela 4.	Cruzamento da variável tempo-resposta médio da saída da equipe para atendimento até a chegada ao local com as variáveis total de atendimentos, óbito durante a assistência e PCR revertida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.....	26
Tabela 5.	Cruzamento da variável realização de <i>debriefing</i> pela equipe com o ano de realização e taxa de reversão da PCR, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.....	27
Tabela 6.	Cruzamento da variável <i>debriefing</i> realizado com a taxa de reversão da PCR por ano, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AHA	American Heart Association
APH	Atendimento Pré-hospitalar
CRU	Central de regulação das Urgências
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DO	Declaração de Óbito
NEU	Núcleo de Educação em Urgência
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PNAU	Política Nacional de Atenção às urgências
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
SME	Serviço Médico de Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
USB	Unidade de Suporte Básico
USA	Unidade de Suporte Avançado
VIR	Veículo de Intervenção Rápida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TARM	Técnico Auxiliar de Regulação Médica
%	Percentual

RESUMO

FARIA, ELAINE BORELI GIANINI DE. O impacto do "*Debriefing*" no atendimento da parada cardiorrespiratória do SAMU. 41f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2024.

OBJETIVOS: Analisar o impacto da realização de *debriefing* nos desfechos dos atendimentos das vítimas de parada cardiorrespiratória atendidas pelas unidades de Suporte Avançado de Vida do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de São José do Rio Preto (SP). **MÉTODOS:** Estudo transversal com delineamento descritivo e abordagem quantitativa do tipo analítica, no qual a população foi composta pelas fichas de atendimentos de todos os pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória, atendidos na cidade de São José do Rio Preto-SP, pelo Suporte Avançado de Vida do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2022. Para a análise estatística foram utilizados o Teste t de Student e Teste de Qui-quadrado Clássico. As variáveis utilizadas foram: idade, sexo, mês e ano da ocorrência, destino do paciente, desfecho do atendimento e tempo-resposta. Os critérios de exclusão foram o preenchimento equivocado ou parcial dos dados na ficha de atendimento ou *debriefing* e a não confirmação de parada cardiorrespiratória pela equipe na chegada ao local. **RESULTADOS:** Foram atendidos 404 pacientes, com predomínio de vítimas do sexo masculino, na faixa etária de 61 a 70 anos (23,8%). O tempo-resposta médio da recepção do chamado à chegada da equipe ao local foi de 18 minutos e 54 segundos; nove minutos da recepção do chamado ao empenho do recurso; saída da equipe sendo 42 segundos e nove minutos e 12 segundos do empenho do recurso à chegada ao local da ocorrência. A reversão da Parada Cardiorrespiratória ocorreu em 20,5% dos atendimentos, sendo a Santa Casa de Misericórdia (9,9%) a principal referência para estas vítimas. O *debriefing* foi realizado em 50,5% dos casos atendidos, ou seja, 204 pacientes, e destes a taxa de reversão foi de 24,01%. No ano de implantação do *debriefing*, em 2020, a taxa de reversão foi de 10,5%; em 2021 foi 21,7% e , em 2022, 33,7%. **CONCLUSÃO:** Após a implantação do *debriefing* , em 2020, observou-se um aumento progressivo e consistente nos índices de reversão de paradas cardiorrespiratórias nos atendimentos realizados pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de São José do Rio Preto, que evidenciam o impacto significativo e eficaz desta estratégia. O *debriefing* contribui diretamente para o aprimoramento técnico das equipes que atuam em serviços de emergência, promovendo intervenções mais assertivas e ágeis em situações críticas. Esta melhoria contínua não apenas beneficia diretamente os pacientes atendidos, mas também fortalece o sistema de saúde como um todo. Sobretudo, refletindo em atendimentos de maior qualidade e segurança para a sociedade, reafirmando o compromisso com a excelência no cuidado emergencial.

DESCRITORES: Profissionais da saúde; Unidades Móveis de Emergência; Análise de Desempenho; Qualidade da Assistência à Saúde; Serviços de Atendimento de Emergência.

ABSTRACT

FARIA, ELAINE BORELI GIANINI DE. The impact of "*Debriefing*" on SAMU cardiorespiratory arrest care. 41f. Dissertation (Master's) – Stricto Sensu Graduate Studies in Nursing. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2024.

OBJECTIVES: To analyze the impact of *debriefing* on the outcomes of cardiac arrest victims treated by the Advanced Life Support Units of the São José do Rio Preto Mobile Emergency Care Service. **METHODS:** Cross-sectional study with a descriptive design and quantitative analytical approach, in which the population was made up of the care records of all patients who were victims of cardiorespiratory arrest, treated in the city of São José do Rio Preto -SP, by Advanced Life Support of the Mobile Emergency Care Service, from January 2020 to December 2022. The Student's t-test and Classical Chi-square test were used for statistical analysis. The variables used were age, gender, month and year of occurrence, patient destination, outcome of care, and response time. The exclusion criteria were incorrect or partial completion of data in the care or *debriefing* form and failure to confirm a cardiorespiratory arrest by the team upon arriving at the scene. **RESULTS:** A total of 404 patients were treated, with a predominance of male victims, aged 61 to 70 years (23,8%). The average time from receiving the call to the team's arrival at the scene was 18 minutes and 54 seconds; nine minutes from receiving the call to deploying the resource; 42 seconds from the team's departure and nine minutes and 12 seconds from deploying the resource to arriving at the incident scene. The reversal of Cardiorespiratory Arrest occurred in 20.5% of consultations, with Santa Casa de Misericórdia (9,9%) being the main reference for these victims. *Debriefing* was carried out in 50.5% of the cases treated, that is, 204 patients, and of these, the reversal rate was 24.01%. In the year the *debriefing* was implemented, in 2020, the reversal rate was 10.5%, in 2021, it was 21.7% and in 2022, 33.7%. **CONCLUSION:** After the implementation of the *debriefing* in 2020, a progressive and consistent increase was observed in the reversal rates of cardiorespiratory arrests in the care provided by the São José do Rio Preto Mobile Care Service teams, which highlights the significant and effective impact of this strategy. *Debriefing* directly contributes to the technical improvement of teams working in emergency services, promoting more assertive and agile interventions in critical situations. This continuous improvement not only directly benefits the patients' assistance, but also strengthens the health system as a whole, resulting in higher quality and safer care for society, reaffirming the commitment to excellence in emergency care.

DESCRIPTORS: Health professionals; Mobile Emergency Units; Performance Analysis; Quality of Healthcare; Emergency Care Services.

RESUMEN

FARIA, ELAINE BORELI GIANINI DE. El impacto del "*Debriefing*" en la atención de la parada cardiorrespiratoria del SAMU. 41f. Dissertação (Mestrado) – Stricto Sensu Estudios de Posgrado en Enfermería. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2024.

OBJETIVOS: Analizar el impacto de la realización del *debriefing* sobre los resultados de la atención a las víctimas de paro cardiorrespiratorio atendidas por las unidades de Soporte Vital Avanzado del Servicio Móvil de Atención de Emergencia de São José do Rio Preto (SP). **MÉTODOS:** Estudio transversal, con diseño descriptivo y abordaje analítico cuantitativo, en el que la población estuvo constituida por los prontuarios de atención de todos los pacientes víctimas de parada cardiorrespiratoria, atendidos en la ciudad de São José do Rio Preto -SP, por Soporte Vital Avanzado del Servicio Móvil de Atención de Emergencias, de enero de 2020 a diciembre de 2022. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student y la prueba clásica de Chi cuadrado. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, mes y año de ocurrencia, destino del paciente, resultado de la atención y tiempo de respuesta. Los criterios de exclusión fueron la cumplimentación incorrecta o parcial de los datos en el formulario de atención o *debriefing* y la falta de confirmación de un paro cardiorrespiratorio por parte del equipo al llegar al lugar. **RESULTADOS:** Se atendieron 404 pacientes, con predominio del sexo masculino, con edades entre 61 y 70 años (23,8%). El tiempo medio de respuesta desde la recepción de la llamada hasta la llegada del equipo al lugar fue de 18 minutos y 54 segundos, siendo 9 minutos desde la recepción de la llamada hasta el compromiso del recurso, siendo la salida del equipo de 42 segundos y 9 minutos. y 12 segundos desde el compromiso del recurso a su llegada al lugar del incidente. La reversión del Paro Cardiorrespiratorio se produjo en el 20,5% de las consultas, siendo Santa Casa (9,9%) el principal referente de estas víctimas. El *debriefing* se realizó en el 50,5% de los casos tratados, es decir, 204 pacientes, y de estos la tasa de reversión fue del 24,01%. En el año en que se implementó el *debriefing*, en 2020 la tasa de reversión fue del 10,5%, en 2021 fue del 21,7% y en 2022 del 33,7%. **CONCLUSIÓN:** Después de la implementación del *debriefing* en 2020, se observó un aumento progresivo y consistente en las tasas de reversión de paros cardiorrespiratorios en la atención brindada por los equipos del Servicio Móvil de Atención de São José do Rio Preto, lo que resalta el impacto significativo y efectivo de esta estrategia. El *debriefing* contribuye directamente a la mejora técnica de los equipos que trabajan en los servicios de emergencia, promoviendo intervenciones más asertivas y ágiles en situaciones críticas. Esta mejora continua no sólo beneficia directamente a los pacientes atendidos, sino que también fortalece al sistema de salud en su conjunto, redundando en una atención de mayor calidad y seguridad para la sociedad, reafirmando el compromiso con la excelencia en la atención de urgencias.

DESCRIPTORES: Profesionales de la salud; Unidades Móviles de Emergencia; Análisis de Desempeño; Calidad de la Atención de Salud; Servicios de atención de emergencia.

1. INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é definida como a cessação súbita da atividade mecânica do coração e do pulmão, confirmada pela ausência de sinais de circulação e respiração. Na tentativa de restabelecer a circulação espontânea do paciente, manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) devem ser realizadas através de uma intervenção rápida e padronizadas para que se alcance a sua reversão.¹⁻² O trabalho em equipe, especialmente, entre enfermeiros e médicos, é essencial para que os cuidados prestados a estas vítimas sejam realizados com qualidade e de acordo com os protocolos e diretrizes estabelecidos.³

A interrupção súbita das funções cardiopulmonares representa uma emergência extrema, cujos resultados podem levar à lesão cerebral irreversível e à morte, quando as medidas adequadas para restabelecer o fluxo sanguíneo e a respiração não forem realizadas.³ As chances de sobrevivência de uma vítima em PCR são aumentadas quando há reconhecimento rápido e tratamento precoce, com início imediato de uma RCP de alta qualidade.⁴

Segundo a American Heart Association (AHA), em 2015, cerca de 350 mil norte-americanos apresentaram evento de PCR não traumático, no ambiente extra-hospitalar, sendo atendidos pelos serviços médicos de emergência (SME) dos Estados Unidos. Destes, menos de 40% receberam RCP por alguém que não fosse profissional de saúde, e em menos de 12% dos casos houve a utilização de um desfibrilador externo automático (DEA) antes da chegada do SME.³

No Brasil, os dados epidemiológicos ainda são escassos, mas estimam-se 200 mil casos anualmente, sendo metade deles ocorrendo em ambientes hospitalares, enquanto os demais ocorrem em ambientes domésticos e locais públicos.⁵

Baseados nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU); o SAMU 192 atende aos princípios de universalidade, equidade e integralidade, seguindo as diretrizes de descentralização, hierarquização e regionalização, operando através de uma Central de Regulação das Urgências (CRU), que organiza e gerencia a superlotação dos hospitais e prontos-socorros do município e região.^{6,7}

Diante deste contexto, o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel pode ser entendido como aquele que busca precocemente prestar assistência às vítimas nos locais onde ocorreram os agravos à saúde, com risco iminente de morte. Assim, realizando um atendimento de qualidade ou um transporte adequado até um serviço de saúde.⁶ Neste cenário, em 29 de setembro de 2003, foi instituído o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Estabeleceu-se a estratégia do Ministério da Saúde de ordenar e organizar a assistência pré-hospitalar, atendendo aos agravos clínicos, traumáticos, cirúrgicos, obstétricos e psiquiátricos de toda a população.⁸

Com cobertura nacional, o SAMU abrange cerca de 85% da população, o que corresponde a 172,6 milhões de habitantes, distribuídos em 3750 municípios.⁹ A cidade de São José do Rio Preto é um município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo e localiza-se a Noroeste, estando a 445 km da capital do estado. Ocupa uma área de 431,944 km², sendo que 124,79 km² estão em perímetro urbano. A população estimada em 2022 foi de 501.597 habitantes, sendo então a décima segunda cidade mais populosa do estado de São Paulo e a quadragésima quinta do país.¹⁰

Originando-se das centrais de ambulâncias, o SAMU de São José do Rio Preto teve início com equipes de telefonistas que atendiam as ligações do número 192. Referenciavam os pacientes ao pronto socorro ou hospital mais próximo, sem priorização

de gravidade, onde as equipes de atendimento, também não possuíam protocolos específicos ou capacitações periódicas. Com a implantação oficial, ocorrendo em 15 de setembro de 2004, houve incentivo financeiro do Ministério da Saúde para a adequação da área física¹¹ e , em 2005, foi habilitado, recebendo quatro unidades de Suporte Básico de Vida (USB), uma Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) e uma CRU.¹²

Até 2011 no Brasil, o SAMU foi implantado apenas em municípios com população superior a 350.000 habitantes e , em 21 de maio de 2012, O Ministério da Saúde propôs a regionalização do SAMU, inserindo em CRUs já existentes, cidades menores, ampliando assim o acesso da população a este serviço.¹³ Desta forma, o SAMU de São José do Rio Preto torna-se SAMU Regional, englobando outros municípios de sua região à CRU já existente.¹⁴

Atualmente, o SAMU regional de São José do Rio Preto conta com 22 USBs, três USAs e um Veículo de Intervenção Rápida (VIR), abrangendo um total de 24 municípios, com 14 bases descentralizadas de unidades de suporte básico nas cidades da região, com uma população de aproximadamente 840 mil habitantes.¹⁵

A Unidade de Suporte Avançado é a ambulância que possui equipe qualificada para atendimentos a agravos de saúde com maior gravidade, como por exemplo, a parada cardiorrespiratória. Possui todos os materiais e equipamentos necessários para prestar uma assistência completa, incluindo medicamentos e equipamentos para suporte circulatório e respiratório, contando com a presença de um médico, um enfermeiro e um socorrista.

O VIR é um veículo mais leve e rápido que leva apenas a equipe de suporte avançado e os materiais até o local de atendimento para reduzir o tempo-resposta e atuar como apoio às equipes de outras ambulâncias, não realizando o transporte do paciente.⁶

Diariamente, as equipes assistenciais do SAMU buscam prestar assistência de qualidade no menor tempo possível, para garantir uma maior taxa de sobrevivência para as vítimas

acometidas por PCR, pois as chances de sobrevivência diminuem cerca de sete a 10% a cada minuto transcorrido. Em um cenário onde a ressuscitação é iniciada, mesmo que por um leigo, essa redução é em torno de três e quatro por cento a por minuto de PCR.¹⁶

O tempo-resposta é um fator muito importante no pré-hospitalar, sendo considerado como o intervalo de tempo decorrido entre o recebimento do pedido de ajuda, classificação da gravidade pelo médico regulador, empenho do recurso ideal, deslocamento da equipe e chegada ao local de atendimento.¹⁷ Mesmo sendo esperado que o SAMU objetiva chegar precocemente à vítima, após ocorrido um agravo e que o tempo-resposta é um dos indicadores de qualidade do serviço, não há parâmetros nacionais sobre o tempo-resposta ideal.¹³

Em serviços de APH dos Estados Unidos, o tempo-resposta médio objetiva ser de quatro a seis minutos em áreas urbanas e no máximo 10 minutos em áreas rurais. Quando comparados aos tempos apresentados por serviços brasileiros, os resultados são bastante divergentes, evidenciando necessidades contínuas de melhorias, pois o tempo influencia diretamente no desfecho do atendimento.¹⁸

Através de um protocolo local, o SAMU de São José do Rio Preto estabeleceu metas de tempo-resposta a serem cumpridas pelas equipes, sendo divididos em três momentos. O primeiro é o tempo decorrido entre o recebimento do chamado pelo Telefonista Auxiliar de Regulação Médica (TARM) até a transferência ao médico regulador, devendo este ser menor que 1,5 minutos. O segundo é compreendido pelo atendimento médico, classificação da gravidade até o empenho do recurso, também devendo ser menor que 1,5 minutos. O último tempo-resposta é o de saída da equipe para o atendimento, sendo este menor que um minuto.

O treinamento constante e reavaliação dos atendimentos realizados são essenciais para alcançar as melhorias necessárias, e quando eles ocorrem de maneira estruturada; as

metas são alcançadas com maior facilidade, assim como, nas práticas de educação baseadas em simulações realísticas, em que são utilizados instrumentos como o *debriefing*, questionário planejado com o objetivo de direcionar o conhecimento adquirido e dar feedback para os alunos.¹⁹

O Núcleo de Educação em Urgência (NEU) tem papel fundamental na qualificação e certificação das equipes que atuam na urgência e emergência, tendo como objetivos a promoção de programas de educação continuada que atendam as necessidades diagnosticadas em cada região, e capacitação dos recursos humanos envolvidos em todas as esferas da atenção à saúde.⁶ Em São José do Rio Preto, o NEU foi criado em 2012, juntamente com a ampliação do SAMU Regional, objetivando capacitar todos os profissionais dos serviços da rede regional, oferecendo conteúdos teóricos e práticos baseados em simulações realísticas.²⁰

Uma das ferramentas utilizadas pelo NEU para melhoria de aprendizagem é o *debriefing*, que na área da saúde pode ser entendido como uma comunicação estruturada entre os integrantes da equipe sobre os cuidados prestados ao paciente, buscando melhorar o desempenho dos envolvidos através do compartilhamento dessas experiências e da reflexão em grupo. Nas situações de emergência, as discussões evidenciam os pontos com necessidade de serem trabalhados e os pontos fortes a serem reforçados, para que nos eventos futuros a qualidade assistencial seja elevada.²¹ Quando há essa discussão e análise, avaliando e integrando as ações realizadas após um atendimento, há oportunidades de se explorar e entender o ocorrido, possibilitando identificar o que poderia ser feito melhor.²²

Durante o atendimento à PCR, cenário este de potencial estresse aos profissionais de saúde, é fundamental que o conhecimento científico e habilidades técnicas estejam alinhados. Entretanto, após ocorrida a assistência, poucos profissionais têm o hábito de realizar a discussão do atendimento. Desta forma, o *debriefing* é uma ferramenta de

trabalho que auxilia na reflexão sobre a ação executada, contribuindo desta forma para a consolidação dos conhecimentos.²³

A implantação da realização do *debriefing* pelas equipes de Suporte Avançado de Vida do SAMU de São José do Rio Preto teve início no primeiro trimestre de 2020, através de um formulário online, elaborado pela equipe do NEU da Secretaria Municipal de Saúde. Este instrumento foi estruturado com questões que direcionam a discussão de acordo com protocolo assistencial dos diferentes tipos de emergências, sendo preenchido, após os atendimentos, com o tempo médio de discussão de cinco a 10 minutos.

Para o preenchimento, as equipes registram no formulário dados da ocorrência como: perfil do paciente, tempo-resposta, diagnósticos e tipo de recurso empenhado. Em seguida, seleciona a especialidade atendida, o que os direcionam para um formulário específico, com questionamentos e diretrizes que facilitam a discussão daquela especialidade e favorece a reflexão das condutas realizadas, gerando um overview, para possíveis melhorias. Os casos de PCR são guiados pelas diretrizes da AHA 2020.³

Os profissionais do NEU e coordenação Médica analisavam as fichas preenchidas, levantando as sugestões de melhorias para o serviço, apresentando-as diretamente à gestão. Neste cenário, após estudo de viabilidade de cada solicitação, diversos materiais e medicamentos foram incorporados ao SAMU, trazendo melhorias significativas para a assistência prestada. Além disso, as equipes assistenciais recebiam um feedback sobre o tempo-resposta e assistência realizada, com pontuações sobre o que poderia ser melhorado, ações que deveriam ser mais bem discutidas ou esclarecidas e pontos positivos para os próximos atendimentos. Neste cenário, o foco final do *debriefing* nunca é a punição e sim melhoria dos processos assistenciais e dos resultados para os pacientes.²³

O uso do *debriefing* nos serviços de saúde, especificamente, no atendimento de urgência e emergência, como ferramenta de melhoria assistencial ainda é uma estratégia

recente, inexistindo dados científicos para analisar o real impacto gerado. Considerando esta realidade, o presente estudo objetiva analisar o impacto da realização de *debriefing* nos desfechos dos atendimentos das vítimas de parada cardiorrespiratória atendidas pelas unidades de Suporte Avançado de Vida do SAMU de São José do Rio Preto.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o impacto da realização de *debriefing* nos desfechos dos atendimentos das vítimas de parada cardiorrespiratória atendidas pelas unidades de Suporte Avançado de Vida do SAMU de São José do Rio Preto.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil dos pacientes vítimas de PCR, atendidos pelas unidades de Suporte Avançado de Vida do SAMU de São José do Rio Preto.
- Avaliar o tempo-resposta dos atendimentos dos pacientes, vítimas de PCR, atendidos pelas unidades de Suporte Avançado de Vida do SAMU de São José do Rio Preto.
- Mostrar o desfecho dos atendimentos dos pacientes, vítimas de PCR, atendidos pelas unidades de Suporte Avançado de Vida do SAMU de São José do Rio Preto.
- Quantificar a realização de *debriefing* dos atendimentos dos pacientes, vítimas de PCR, atendidos pelas equipes de Suporte Avançado de Vida do SAMU de São José do Rio Preto.

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo transversal com delineamento descritivo e abordagem quantitativa do tipo analítica.

3.2. População

A população foi composta pelas fichas de atendimentos de todos os pacientes vítimas de PCR, atendidos na cidade de São José do Rio Preto (SP), pelas Unidades de Suporte Avançado (USA ou VIR) do SAMU, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2022.

3.2.1. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram as fichas de atendimentos de todos os pacientes vítimas de Parada Cardiorrespiratória, na cidade de São José do Rio Preto - SP, com assistência sendo prestada pelas Unidades de Suporte Avançado (USA ou VIR) do SAMU regional nos anos de 2020 a 2022.

3.2.2. Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram o preenchimento equivocado ou parcial dos dados na ficha de atendimento ou *debriefing* e a não confirmação de PCR pela equipe ao chegar ao local.

3.3. Instrumentos e Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de relatórios do programa EMPRO SAÚDE, da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, (Anexo 1) e dos formulários de *debriefing* preenchidos pelas equipes assistenciais das Unidades de Suporte Avançado e Veículo de Intervenção Rápida do SAMU de São José do Rio Preto (Anexo 2). As variáveis analisadas foram idade, sexo, mês e ano da ocorrência, destino do paciente, desfecho do atendimento e tempo-resposta.

3.4. Análise dos Dados

Os dados foram organizados por meio de planilha do programa Microsoft Excel® e a análise estatística descritiva foi realizada a partir dos cálculos das medidas de tendência central e dispersão e contagens de frequências. Para a análise estatística inferencial das variáveis quantitativas foi utilizado o Teste de Kolmogorov Simirnov para verificação da normalidade dos dados. Em seguida, foi aplicado o Teste T de Student. As frequências foram comparadas com o Teste de Qui-quadrado Clássico. Em todas as análises, foi considerado estatisticamente significativo P valor $\leq 0,05$. Os programas utilizados foram o SPSS (IBM, versão 23, 2014), PRISMA (versão 6.10, 2015) e GraphPad InStat (3.10,2009).

3.5. Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, e aprovado, Parecer nº 6.887.614, de 14 de Junho de 2024, com solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por serem utilizados dados secundários, disponibilizados em sistema eletrônico.

4. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 404 pacientes atendidos nos anos de janeiro de 2020 a dezembro de 2022. A média dos atendimentos de parada cardiorrespiratória realizados anualmente pela USA ou VIR foi de 134 pacientes, sendo o ano de 2022, o de maior número de registros. Dos 404 pacientes, uma discreta maioria era do gênero masculino, com cerca de 55,7%. A faixa etária com maior número de ocorrências foi a de 61 a 70 anos, com média de idade sendo de 65,6 anos, desvio padrão de 19,23 e o mais jovem dos pacientes tendo dois meses e o mais velho, 96 anos de idade.

Analisando o desfecho dos pacientes atendidos; 321 evoluíram a óbito mesmo após a assistência, enquanto 83 deles apresentaram retorno à circulação espontânea, ou seja, reversão da PCR, correspondendo a 20,5% dos casos.

Os pacientes com reversão da PCR, foram encaminhados a hospitais, sendo a Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto, a unidade de referência que mais recepcionou os pacientes no pós PCR com 45,7% dos casos e o Hospital de Base com 36,1% dos encaminhamentos. Na análise de cruzamento das variáveis, ano, gênero e idade, com o total de PCR revertida, não foi encontrada significância estatística, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Cruzamento da variável número de PCR revertida com as variáveis ano, gênero, idade e local de encaminhamento, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.

Informações	PCR REVERTIDA						Valor P
	Total		Não		Sim		
	N	%	N	%	N	%	
	404	100	321	79,5	83	20,5	
Ano							
2020	109	27,0	89	22,0	20	5,0	0,08*
2021	137	33,9	112	27,7	25	6,2	
2022	158	39,1	120	29,7	38	9,4	
Gênero							
Feminino	179	44,4	135	33,5	44	10,9	0,63*
Masculino	225	55,6	186	46,0	39	9,6	
Idade							
0 a 10 anos	10	2,5	8	2,0	2	0,5	0,99*
11 a 20 anos	4	1,0	3	0,7	1	0,3	
21 a 30 anos	8	2,0	6	1,5	2	0,5	

PCR REVERTIDA							
Informações		Total		Não		Sim	
N	%	N	%	N	%	N	%
83		404	100	321	79,5		
31 a 40 anos		19	4,7	14	3,5	5	1,2
41 a 50 anos		33	8,2	24	5,9	9	2,3
51 a 60 anos		61	15,1	48	11,9	13	3,2
61 a 70 anos		82	20,3	61	15,1	21	5,2
71 a 80 anos		96	23,8	81	20,1	15	3,7
81 a 90 anos		69	17,0	57	14,1	12	2,9
> 90 anos		22	5,4	19	4,7	3	0,7
Encaminhamento							
DO		216	53,4	216	53,4	0	0
Santa Casa		40	9,9	2	0,5	38	9,4
SVO		40	9,9	40	9,9	0	0
Hospital de Base		31	7,7	1	0,2	30	7,5
UPA Região Norte		20	5,0	18	4,5	2	0,5
IML		20	5,0	20	4,5	0	0
UPA Tangará		19	4,7	18	4,5	1	0,2
UPA Jaguaré		8	2,0	6	1,5	2	0,5
Beneficência P.		6	1,5	0	0	6	1,5
HCM		2	0,5	0	0	2	0,5
PA UNIMED		1	0,2	0	0	1	0,2
Hospital Austa		1	0,2	0	0	1	0,2

*Teste de Qui-quadrado Clássico.

O tempo-resposta médio dos atendimentos, decorrido entre a recepção do chamado até a liberação da equipe, foi de nove minutos. No cruzamento das variáveis tempo-resposta com desfecho não houve significância estatística nos anos de 2020 e 2021.

Entretanto, no ano de 2022 foi possível observar uma diminuição significativa no tempo-resposta médio ($P=0,02$), como demonstrado na Tabela 2,

Tabela 2. Cruzamento da variável tempo-resposta médio (*) da abertura da ocorrência até a liberação da equipe para atendimento com as variáveis total de atendimentos, óbito durante a assistência e PCR revertida (**), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.

TEMPO-RESPOSTA MÉDIO - ABERTURA A LIBERAÇÃO DA EQUIPE							
Informações	Total		Óbito durante		PCR Revertida		Valor P
	N	Tempo	N	Tempo	N	Tempo	
	404	Min	204	Min	200	Min	
Ano							
2020	109		89		20		
1 TRI	23	3,0	15	3,4	8	2,3	0,30*
2 TRI	27	2,2	24	2,2	3	2,3	0,13**
3 TRI	25	4,7	21	4,8	4	1,0	
4 TRI	34	12	29	12,3	5	11,0	
2021	137		112		25		
1 TRI	24	10,5	20	11,2	4	3,8	0,88*
2 TRI	39	27,4	32	29,6	7	13,9	0,90**
3 TRI	40	5,8	33	5,5	7	7,7	
4 TRI	34	11,4	27	11,2	7	12,9	
2022	158		120		38		
1 TRI	25	10,1	22	10,6	3	1,5	
2 TRI	37	11,4	28	12,6	9	5,6	0,02*
3 TRI	52	8,2	35	8,0	17	8,7	0,21**
4 TRI	44	11,6	35	10,8	9	13,7	
Média geral		9,0		9,1		8,9	

* Teste T de Student; **Teste de Qui-quadrado Clássico.

O tempo-resposta médio de saída da equipe, considerando o tempo entre a liberação pela central de regulação e a saída da equipe assistencial, foi de 42 segundos. O campo de preenchimento deste horário foi introduzido no sistema EMPRO a partir do quarto trimestre de 2020. No cruzamento desta variável com a reversão da PCR não foi encontrado significância estatística como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Cruzamento da variável tempo-resposta médio (*) da liberação até a saída da equipe para atendimento com as variáveis total de atendimentos, óbito durante a assistência e PCR revertida (**), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.

TEMPO-RESPOSTA MÉDIO - LIBERAÇÃO À SAÍDA DA EQUIPE							
Informações	Total		Óbito durante		PCR Revertida		Valor P
	N	Tempo	N	Tempo	N	Tempo	
	404	Min	204	Min	200	min	
Ano							
2020	109		89		20		
1 TRI	23	***	15	***	8	***	0,19**
2 TRI	27	***	24	***	3	***	
3 TRI	25	***	21	***	4	***	
4 TRI	34	0,6	29	0,7	5	0,5	
2021	137		112		25		
1 TRI	24	1,1	20	1,1	4	1,3	
2 TRI	39	1,1	32	1,1	7	1,0	0,65*
3 TRI	40	1,1	33	1,1	7	0,9	0,98**
4 TRI	34	0,5	27	0,6	7	0,3	
2022	158		120		38		
1 TRI	25	1,0	22	1,0	3	0,7	
2 TRI	37	0,5	28	0,3	9	1,0	0,99*
3 TRI	52	0,4	35	0,4	17	0,5	0,21**
4 TRI	44	0,6	35	0,7	9	0,3	
Média geral		0,7		0,8		0,7	

* Teste T de Student; **Teste de Qui-quadrado Clássico, *** Sem registro de informação.

Na avaliação do tempo-resposta médio referente ao deslocamento da equipe até ao local do agravo, o tempo foi de nove minutos e 12 segundos, na avaliação estatística desta variável com a variável PCR revertida observou-se que nos anos de 2020, 2021 e 2022 não foi encontrada significância estatística; sendo $P=0,2$, $P=0,08$ e $P=0,46$, respectivamente, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. Cruzamento da variável tempo-resposta médio da saída da equipe para atendimento até a chegada ao local com as variáveis total de atendimentos, óbito durante a assistência e PCR revertida (**), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.

TEMPO-RESPOSTA MÉDIO - SAÍDA DA EQUIPE ATÉ A CHEGADA NO LOCAL							
Informações	Total		Óbito durante		PCR Revertida		Valor P
	N	Tempo min	N	Tempo Min	N	Tempo min	
Ano	404		204		200		
2020	109		89		20		0,21*
1 TRI	23	8,8	15	9,1	8	8,1	0,13**
2 TRI	27	9,2	24	9,0	3	11,3	
3 TRI	25	11,8	21	12,6	4	7,5	
4 TRI	34	11,0	29	11,7	5	6,8	
2021	137		112		25		
1 TRI	24	10,7	20	11,3	4	7,8	
2 TRI	39	9,3	32	9,8	7	6,6	0,08*
3 TRI	40	8,2	33	8,2	7	7,9	0,90**
4 TRI	34	8,4	27	8,4	7	8,4	
2022	158		120		38		
1 TRI	25	8,8	22	8,7	3	10,0	
2 TRI	37	7,7	28	7,9	9	7,0	0,46*
3 TRI	52	9,9	35	10,7	17	8,4	0,21**
4 TRI	44	7,8	35	7,9	9	7,2	
Média geral		9,2		9,5		7,9	

* Teste T de Student; **Teste de Qui-quadrado Clássico.

Analisando a taxa de reversão anual, considerando os 404 atendimentos realizados, em 2020, foram 18,34%, 2021; 18,24% e, em 2022, 24,05%, sendo o ano com maior número de PCR revertida.

Do total de pacientes atendidos, o *debriefing* foi realizado em 50,5% dos casos, ou seja, em 204 atendimentos. Considerando o total de atendimentos anuais, no ano de implantação do instrumento ,em 2020, a discussão foi efetuada pelas equipes assistenciais em 34,86% dos atendimentos e ,em 2021 e 2022, a sua realização foi de 67,15% e 46,83%, respectivamente.

Considerando o número total de pacientes revertidos, sendo 83, em 59,1% dos casos houve discussão do *debriefing*, enquanto para os pacientes com desfecho óbito, após a assistência o *debriefing* foi realizado em 48,2%. Quando realizada a análise entre a variável desfecho do atendimento e realização de *debriefing*, observou-se que não existe associação significativa entre as mesmas ($P=0,08$), como demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5. Cruzamento da variável realização de *debriefing* pela equipe com o ano de realização e taxa de reversão da PCR, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.

Informações	REALIZAÇÃO DE <i>DEBRIEFING</i> PELA EQUIPE						Valor P
	Total		Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	
	404	100	204	50,5	200	49,5	
Ano							
2020	109	27,0	38	9,4	71	17,6	
2021	137	33,9	92	22,8	45	11,1	0,81
2022	158	39,1	74	18,3	84	20,8	
Taxa reversão							
PCR revertida	83	20,5	49	12,1	34	8,4	0,08

REALIZAÇÃO DE <i>DEBRIEFING</i> PELA EQUIPE						
Óbito	321	79,5	155	38,4	166	41,1

*Teste de Qui-quadrado Clássico.

Na análise da taxa de reversão da PCR, quando avaliamos somente os 204 atendimentos em que foram realizados o *debriefing*, pudemos observar que a taxa média de reversão foi de 24,01%. Ao avaliarmos a taxa de reversão da PCR anualmente, foram 10,5% em 2020; em 2021 foram 21,7% e em 2022, 33,7%. Quando avaliado o cruzamento destas variáveis observa-se que não existe associação significativa entre as mesmas ($P=0,08$), como demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6. Cruzamento da variável *debriefing* realizado com a taxa de reversão da PCR por ano, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2024.

PCR REVERTIDA NOS CASOS COM REALIZAÇÃO DE <i>DEBRIEFING</i>							
Informações	Total		Não		Sim		Valor P
	N	%	N	%	N	%	
	204	100	155	75,9	49	24,1	
Ano							
2020	38	18,6	34	16,7	4	1,9	0,80
2021	92	45,1	72	35,2	20	9,9	
2022	74	36,3	49	24,0	25	12,3	

*Teste de Qui-quadrado Clássico.

5. DISCUSSÃO

No presente estudo nota-se que entre os anos de 2020 e 2022, a média de atendimentos anuais às ocorrências de parada cardiorrespiratória realizadas pelas equipes de suporte avançado foi de 134. Este valor acima dos encontrados em outros estudos nacionais, em serviços de APH localizados em regiões distintas, com média anual de 109

em um estudo do nordeste; 80 na região sul e no município de São José do Rio Preto, 88.^{24,25,26} Podemos considerar esse o aumento de ocorrências ao período atípico vivenciado pela pandemia da COVID-19.²⁷

Evidencia-se também que o perfil das vítimas analisadas neste estudo corrobora com os demais trabalhos realizados em outros municípios brasileiros, que avaliaram o atendimento de parada cardiorrespiratória no ambiente pré-hospitalar, sendo homens com idade maior que 60 anos, ou seja, a população que de acordo com a faixa etária, possui maiores riscos de comorbidades e, conseqüentemente, maior propensão a apresentarem um quadro de parada cardiorrespiratória.²⁴⁻²⁶

No ambiente extra-hospitalar, as doenças coronarianas são as principais causas de parada cardiorrespiratória em vítimas adultas com idade avançada; evento este que causa uma desorganização do ritmo cardíaco, em que o atendimento precoce com a chegada do DEA é essencial na tentativa de maiores taxas de reversão.²⁸⁻²⁹

Outro fator importante a se considerar na realidade do estudo é a grade de referência para as vítimas com reversão da parada cardiorrespiratória, sendo a Santa Casa de Misericórdia, a principal unidade receptora das vítimas não conveniadas, o que justifica o fato de ser a unidade com maior número de encaminhamentos com 48,1% dos casos de PCR revertidas.

Em relação aos pacientes com desfecho óbito durante a assistência; 53,2% deles tiveram o preenchimento da declaração de óbito pelo médico do SAMU, situação atípica para os serviços de APH em decorrência da pandemia, onde os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 não eram encaminhados para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para evitar os riscos de contaminação durante o manuseio do corpo.³⁰

Sabe-se que os atendimentos de qualidade às vítimas de PCR pelas equipes do SAMU têm impacto positivo na possibilidade de reversão, pois o tempo decorrido entre

PCR e o atendimento inicial é um fator determinante para aumentar as chances de sobrevivência. O tempo-resposta, definido pelo tempo decorrente entre a recepção do chamado e a chegada da equipe ao local da assistência, podem interferir positivamente ou negativamente nos resultados deste desfecho.³¹

Nesta pesquisa, quando avaliamos o tempo-resposta médio de todos os atendimentos, encontramos 18 minutos e 54 segundos. Um estudo no SAMU Noroeste do Paraná mostra que este tempo médio total foi de 17 minutos e 12 segundos. Em Porto Alegre, também no SAMU o tempo foi de 11 minutos e 36 segundos e em um outro estudo realizado no SAMU de São José do Rio Preto foi de 15 minutos, observando-se que o encontrado no presente estudo, mostra-se elevado.³²⁻³³

O tempo para recepcionar o chamado e empenhar o recurso envolve a atuação de dois profissionais: o TARM que anota dados de localização e identificação da vítima, e o Médico Regulador que realiza a triagem e decide o recurso a ser empenhado de acordo com a gravidade do caso. Um estudo realizado em São José do Rio Preto no de 2022, mostrou que o tempo-resposta médio nesta etapa foi de sete minutos, enquanto um outro estudo em Porto Alegre apresentou o tempo de três minutos e 31 segundos, neste trabalho o tempo médio foi de nove minutos e 42 segundos; um tempo acima como mostrado nos demais estudos.³³⁻³⁴

Este tempo pode ser melhorado com a elaboração de protocolos que direcionam os questionamentos a serem realizados ao solicitante pela TARM e Médico Regulador, assim como, treinamentos que facilitem o reconhecimento de sinais de gravidade que podem antecipar e agilizar o empenho do recurso.

Considerando apenas o tempo-resposta das equipes, ou seja, do empenho até a chegada ao local ocorrência, um estudo realizado em São José do Rio Preto avaliou que o tempo médio foi de oito minutos.³³ Já em Porto Alegre este tempo foi de oito minutos e 35

segundos,³⁴ sendo menor que o encontrado neste estudo, que foi de nove minutos e 12 segundos. Podemos relacionar esse aumento ao período da pandemia da COVID-19, visto que toda a equipe deveria se paramentar com equipamentos de proteção antes da saída para os atendimentos de PCR.³⁵

Ao analisar um estudo realizado ,em 2019, no mesmo serviço; a taxa média de reversão de PCR foi de 5,84%, enquanto no estudo atual nota-se uma grande evolução, pois mesmo incluindo os atendimentos que não foram realizados o *debriefing* , em 2020, a taxa de foi 18,34%, 2021 de 18,24% e , em 2022 de 24,05%, o que evidencia o impacto do *debriefing* na evolução na taxa de reversão após sua implantação. ²⁵

Observa-se que embora o preenchimento do instrumento de *debriefing* tenha acontecido em 50,5% dos atendimentos; a cultura de discussão dos casos pode ter ocorrido em muitos outros atendimentos, mesmo que sem o preenchimento do formulário. Assim sendo, podemos inferir que a cultura do *debriefing* pode contribuir para a melhora significativa das taxas de reversão da PCR, uma vez que a taxa média de reversão independente da realização do *debriefing* foi de 20,5%.

Considerando que o *debriefing* busca fornecer feedback, analisar as ações realizadas e despertar na equipe reflexões para melhorar o desempenho em futuros atendimentos, estes passos favorecem melhores tomadas de decisão, desenvolvimento de habilidades técnicas e de trabalho em equipe.³⁶⁻³⁷⁻³⁸

Após a implantação do *debriefing* , em 2020, a taxa de reversão da PCR apresentou aumento progressivo, ao comparar o primeiro com o terceiro ano, em que os pacientes revertidos com realização do *debriefing* foi de 10,5% em 2020; 21,7% em 2021 e 33,7% em 2022. Nesta perspectiva podemos inferir que a prática do *debriefing* pode impactar positivamente na assistência, por proporcionar o desenvolvimento de melhores habilidades

que contribuem para o aprimoramento da equipe, especialmente, no cuidado ao paciente grave.³⁹⁻⁴⁰

6. CONCLUSÕES

Os atendimentos realizados à PCR pelas equipes de Suporte Avançado de Vida do SAMU de São José do Rio Preto são em sua maioria vítimas maiores de 60 anos, do sexo masculino.

A taxa média de reversão da parada Cardiorrespiratória nos três anos avaliados foi de 20,5%, sendo o Hospital Santa Casa de Misericórdia, o com o maior número de encaminhamentos destes pacientes. O tempo-resposta médio dos atendimentos, sendo do acionamento à chegada da equipe ao local, foi de 18 minutos e 54 segundos, sendo da abertura da ficha até a liberação da equipe de nove minutos e 42 segundos, saída da equipe sendo de 54 segundos e o tempo médio de deslocamento até o local de nove minutos e 12 segundos.

A análise do tempo-resposta dos atendimentos não apresentou relação estatística com o desfecho final da vítima, mas a melhora do tempo-resposta na identificação de uma possível PCR e empenho imediato do recurso pela CRU poderão proporcionar uma taxa de reversão ainda melhor. Portanto, evidencia-se a importância da implantação de protocolos e treinamentos para as equipes da CRU e também a inclusão do TARM e médico regulador nas discussões do *debriefing* juntamente com a equipe assistencial.

O *debriefing* foi realizado em 50,5% dos chamados atendidos, com predominância de realização nos atendimentos com quadros de PCR revertida. Dos atendimentos que tiveram o *debriefing* realizado, a taxa de reversão manteve-se mais alta comparando com todos os atendimentos, que tiveram ou não o *debriefing* realizado.

Apesar de não identificar estudos que mostrassem a realização do *debriefing* nos atendimentos reais, principalmente, nos casos de PCR, observa-se neste trabalho o grande impacto trazido nos índices de reversões de PCR dos atendimentos realizados pelas equipes do SAMU de São José do Rio Preto. O estudo demonstrou que após a implantação do *debriefing* no ano de 2020, as taxas de reversão da PCR aumentaram progressivamente a cada ano.

Conclui-se que após a implantação do *debriefing*, em 2020, observou-se um aumento progressivo e consistente nos índices de reversão de paradas cardiorrespiratórias nos atendimentos realizados pelas equipes do Serviço de atendimento Móvel de São José do Rio Preto, que evidenciam o impacto significativo e eficaz desta estratégia. O *debriefing* contribui diretamente para o aprimoramento técnico das equipes que atuam em serviços de emergência, promovendo intervenções mais assertivas e ágeis em situações críticas. Esta melhoria contínua não apenas beneficia diretamente os pacientes atendidos, mas também fortalece o sistema de saúde como um todo, refletindo em atendimentos de maior qualidade e segurança para a sociedade, reafirmando o compromisso com a excelência no cuidado emergencial.

7. FINANCIAMENTO

Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

8. REFERÊNCIAS

1. Silva RM, Silva BA, Silva FJ, Amaral CF. Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(4):427-435. DOI: 10.5935/0103-507X.20160076
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_avancado_vida.pdf
3. AHA. Adult Basic Life Support. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment. Recommendations. Disponível em: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf
4. Guimarães HP, Olivato GP, Pispico A. Ressuscitação Cardíaca pré-hospitalar. Do pré-hospitalar à sala de emergência: minutos que salvam uma vida - Suporte Básico. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2018;28(3):302-11.
5. Nacer D. Sobrevivência e Condições Neurológicas após Parada Cardiorrespiratória Extra-hospitalar. [Tese de doutorado em enfermagem] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, EE-USP; 2022. 134 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília: 12 nov. 2002. Seção 1;32-54.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1864 GM/MS, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. *Diário Oficial da União*, Brasília: out. 2003. Seção 1;57-9.

9. Malvestio MAA, Sousa RMC. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: Análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 27(7):2921-2934, 2022
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na Internet]. Brasília (DF); 2017 [acesso em 2021 Jan 31]. Panorama - São José do Rio Preto; [aproximadamente 11 telas]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1927, de 15 de setembro de 2004. Estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios, com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, qualificados pelo Ministério da Saúde, para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília: 15 set. 2004. Seção 1:24-25.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 326, de 04 de março de 2005. Habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 de municípios [Internet]. *Diário Oficial da União*. 04 mar. 2005 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0326_04_03_2005_comp.html
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2012 mai. 22 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 987, de 16 de maio de 2012. Redefine o limite financeiro anual dos recursos destinados ao incentivo de custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, da Central de Regulação Médica das Urgências, Regional de São José do Rio Preto (SP) e habilita os Municípios de São José do Rio Preto (SP), Paulo de Faria (SP), Planalto (SP), Tanabi (SP), Icém (SP), Monte Aprazível (SP), Palestina (SP), Cedral (SP), Nova Granada (SP), Mirassol (SP), Mendonça (SP), Ibirá (SP) e José Bonifácio (SP) à receberem Unidades de Suporte Básico e Avançado [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2012 mai 16 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0987_16_05_2012.html

15. Convênio No 07/2022-SMS. Convênio que entre si celebra os municípios de São José do Rio Preto. [Internet]. Diário Oficial de São José do Rio Preto. 2022 set 1. [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://www.riopreto.sp.gov.br/wp-content/uploads/arquivosPortalGOV/convenios/2022/saude/convenio-7-2022-SAMU-REGIONAL.pdf>
16. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R., Polastri TF, Canesin MF, Lage SG, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 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
17. Lima BDSL, Matos ABOV, Rabito LBF, Gonçalves TLP, Flávio GG, Leal ES. Análise do indicador tempo resposta do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Rev Nursing [Internet]. 2022 [acesso 2023 ago 19]; 8318-8323. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2668/3236>
18. Forastieri HLA Filho, Araujo CMF, Mendonça AS Junior, Forastieri HLC. Tempo resposta no SAMU – 192 e suas implicações. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, v. 17, n. 49, p. 173–183, 2022. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/3343> doi: 10.47385/cadunifoa.v17.n49.3343.
19. INACSL Standards Committee, Decker S, Alinier G, Crawford SB, Gordon RM, Wilson C. (2021, September). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ The *Debriefing* Process. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 27-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.011>.
20. São José do Rio Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria no 28, de 15 de outubro de 2013. Institui o Núcleo de Educação em Urgência no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto. [acesso em 2024 Nov 20]. Disponível em: https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/legi/portaria_2013-10-25_29.pdf
21. Broca PV, Ferreira MA. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 65 (1), Fev 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>

22. Nascimento JSG, Nascimento KG, Regino DSG, Alves MG, Oliveira JLG, Dalri MCB. *Debriefing*: desenvolvimento e validação de um roteiro para simulação do suporte básico de vida. *Cogit. Enferm.* 2021, v26:e79537. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79537>
23. Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. (2015). *Debriefing* in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.
24. Sousa M de M, Silva MF do N, Silva ACR, Lima EMR de S, Rocha LR, Ferreira MAL, Tupinambá VCL. Ocorrências de parada cardiorrespiratória atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *RCC [Internet]*. 2020 [acesso 2024 ago 10];11(1):e11120. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/21852>
25. Paula CFB, Sant'Anna MFB, Lucio FD, Pompeo DA, Ribeiro R de CHM, Werneck AL. Parada cardiorrespiratória no atendimento pré-hospitalar. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]*. 23º de junho de 2021 [acesso 2024 jul 20]; 9(3):608-1. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4575>
26. Jornada médica: desafios e triunfos na prática da medicina 3 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024. Capítulo 3 Análise Epidemiológica de casos de PCR no serviço do SAMU no município de Curitiba; [acesso 2024 jul 20]. p. 8-16. Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.4882405024>
27. Mesquita CT. Out-Of-Hospital Cardiac Arrest during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Brazil: The Hidden Mortality. *Arq Bras Cardiol.* 2021 Feb;116(2):272-274. Portuguese, English. doi: 10.36660/abc.20210041. PMID: 33656076; PMCID: PMC7909974.
28. Batista GL, Santos LN, Queiroz LA, Bertolini, DC. Atendimento inicial da parada cardiorrespiratória e cuidados pós-parada. *Rev Corpus Hippocraticum [Internet]*. 2021 [acesso 2023 ago 20]. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/604>

29. Schlesinger SA. Parada Cardíaca. Manual MSD [Internet]. 2023 [acesso 2023 ago 20]. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/medicina-de-cuidados-cr%C3%ADticos/parada-card%C3%ADaca-e-rcp/parada-card%C3%ADaca>
30. Resolução SS-32, 20-03-2020. Dispõe sobre as diretrizes para manejo e seguimento dos casos de óbito no contexto da pandemia COVID-19 no Estado de São Paulo. [Internet]. Diário Oficial do Estado de São Paulo. No 56 – DOE – 21/03/20 - seção 1 – p. 24. [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/resolucao-ss-32-20-03-2020-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-manejo-e-seguimento-dos-casos-de-obito-no-contexto-da-pandemia-covid-19-no-estado-de-sao-paulo/#:~:text=Artigo%201%C2%BA%20%E2%80%93%20Ficam%20estabelecidas%20as,no%20Estado%20de%20S%C3%A3o%20Paulo.>
31. Silva FM, Reis M da S, de Matos MHF, Barbosa DNS, Soares DRM, Oliveira ET de A, dos Santos AMR, Rodrigues JA. Golden time: Analysis of the response time of the Mobile Urgency Care Service (Samu). Rev Epidemiol Control Infect [Internet]. 7 de julho de 2020 [acesso 2024 ago 28];10(3). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/14674>
32. Vieira JW, Dell' Agnolo CM. Atendimento pré-hospitalar no serviço de atendimento móvel de urgência Noroeste do Paraná: tempo resposta e fatores determinantes segundo condutores. REAEnf [Internet]. 11 maio 2022 [acesso 2024 set 02];18:e10116. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/10116>
33. Garcia LB. atendimentos de trauma realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. [Dissertação de mestrado em enfermagem] São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP; 2022. 55 p.
34. Ciconet RM. Tempos resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência [tese de doutorado em enfermagem]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2015. 122 p.
35. ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19: atualizada em 31/03/2023.

[Internet]. [acesso 2024 ago 28]; Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/NT042020covid31.03.2023.pdf>

36. Fegran L, Ten Ham-Baloyi W, Fossum M, Hovland OJ, Naidoo JR, van Rooyen DRM, Sejersted E, Robstad N. Simulation *debriefing* as part of simulation for clinical teaching and learning in nursing education: A scoping review. *Nurs Open*. 2023 Mar;10(3):1217-1233. doi: 10.1002/nop2.1426. Epub 2022 Nov 9. PMID: 36352489; PMCID: PMC9912432.

37. Maestre JM, Rudolph JW. Theories and Styles of *Debriefing*: the Good Judgment Method as a Tool for Formative Assessment in Healthcare. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. [Internet]. 2015 [acesso 2024 ago 27]; Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2014.05.018>

38. GuskumaEM, Lopes MCBT, Piacezzi LHV, Okuno MFP, Batista REA, Campanharo CRV. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2019 [acesso 2024 ago 27];21:52253. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.52253>

39. Almeida MN, Duarte TTP, Magro MCS. Simulação in situ: ganho da autoconfiança de profissionais de enfermagem na parada cardiopulmonar. *Rev Rene, Fortaleza*, v. 20, e41535 [Internet]. 2019. [acesso 2024 ago 25]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040987>

40. Fegran L, Ten Ham-Baloyi W, Fossum M, Hovland OJ, Naidoo JR, van Rooyen DRM, Sejersted E, Robstad N. Simulation *debriefing* as part of simulation for clinical teaching and learning in nursing education: A scoping review. *Nurs Open*. 2023 Mar;10(3):1217-1233. doi: 10.1002/nop2.1426. Epub 2022 Nov 9. PMID: 36352489; PMCID: PMC9912432.

9. ANEXOS

1. Instrumento de coleta de dados

1. Idade:
2. Sexo:
3. Data da ocorrência
4. Destino do Paciente:
5. Horário de recebimento do chamado:
6. Horário de empenho do recurso:
7. Horário saída da equipe:
8. Horário de chegada ao local:
9. Desfecho do atendimento:

2. Instrumento estruturado - *Debriefing* de atendimento à Parada

Cardiorrespiratória

1. **Número do ocorrência:**
2. **Recurso empenhado:** () USA () VIR
3. **Equipe:**
4. **Diagnóstico geral de saída? (Motivo principal)**
() PCR
() Óbito
() Outros
5. **Diagnóstico real**
() PCR com assistência
() Óbito sem assistência
() Outros
6. **Fluxograma de assistência para discussão (discutir os passos realizados, divisão de funções, drogas, ações e cuidados pós PCR) de acordo com as diretrizes AHA 2020.**
7. **PCR Revertida:**

() SIM

() NÃO

8. Discussão dos tempos-respostas:

9. Discussão de melhorias (o que poderia ser feito diferente):

