FACULDADE AGES
CAMPUS LAGARTO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AGNE CLÉCIA REIS SILVA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PACIENTES COM URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA CARDIOVASCULARES

Lagarto
2022

AGNE CLÉCIA REIS SILVA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PACIENTES COM URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA CARDIOVASCULARES

Monografia apresentada no curso de graduação da Faculdade AGES como um dos pré-requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Wellington Pereira Rodrigues.

Lagarto
2022

AGNE CLÉCIA REIS SILVA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PACIENTES COM URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA CARDIOVASCULARES

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem à Comissão Julgadora designada pelo colegiado do curso de graduação da Faculdade AGES, Campus Lagarto.

Lagarto, ___ de _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Wellington Pereira Rodrigues
Faculdade AGES

Prof.
Faculdade AGES

Dedico este trabalho a todos os profissionais da área da saúde, em especial aos enfermeiros (as), pois são estes que atuam na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos, exercendo sua profissão com autonomia, excelência e consonância com a ética, princípios e preceitos legais da profissão. Dedico esta etapa aos meus familiares, especialmente meus pais, irmãos, tias, avós e avôs por promoverem o incentivo, coragem e a determinação para a consolidação de um sonho e o objetivo da carreira profissional de forma fundamental, para que pudesse ir em busca de uma melhor qualidade de vida. Por eles que me inspiro em todos os meus dias e que busco sempre recordar de toda a trajetória até aqui percorrida. A estes que me fizeram refletir e buscar antes e durante a vivência acadêmica a arte e a ciência da enfermagem, e assim, terem contribuído de forma significativa para essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por tudo o que sonhei, percorri, idealizei e conquistei no decorrer da graduação e por tudo que tens feito na minha vida. Sou imensamente grata pelas bênçãos e vitórias que me concede dia após dia e por estar me proporcionando a conquista do tão sonhado dia de conclusão do curso de Enfermagem. Confesso que durante os cinco anos da graduação, houveram momentos de alegrias, mas também vivenciei momentos difíceis, mas graças ao senhor Deus, hoje realizo uma grande vitória na minha vida, que é o Bacharelado em Enfermagem.

Agradeço aos meus pais César e Josefa por toda dedicação, ensinamentos, apoio, incentivo, conselhos e por sempre estarem ao meu lado durante essa trajetória e na vida. Vocês são as maiores referências e os meus exemplos a ser seguido diariamente. Obrigada meus queridos pais, hoje me tornei enfermeira e essa vitória é graças a vocês.

Agradeço também aos meus irmãos Antônio Carlos, Adriel Augusto, Alice Calina e Anícia Carolina, por todo apoio, carinho, cumplicidade, conselhos, contribuições e por serem fundamentais em todo esse percurso e na vida. Agradeço por tudo que fizeram por mim, no decorrer desta trajetória acadêmica e ao longo da vida, a qual iremos percorrer.

Ao meu querido orientador, quero agradecer imensamente e parabenizar por ser um exemplo de educador e ser humano ímpar, por estar sempre ao meu lado durante esses anos de graduação até esta etapa importante, por dispor de paciência e por promover palavras de incentivo todos os dias, me mostrando que a luta foi árdua, mas que esta etapa foi vencida e devo seguir perseverante e forte por toda carreira profissional e na vida.

Aos meus familiares, primos(as), tios(as), avós e avôs pelo apoio, contribuições e pelas orações que foram realizadas pedindo sempre a proteção divina, contribuindo assim no fortalecimento da minha fé, para usufruir de mais essa conquista.

Aos meus professores queridos, por todo conhecimento que foi repassado ao longo desses anos, pela perseverança, acolhimento, escuta e pelo incentivo até o final da minha graduação.

Aos meus amigos queridos que estiveram ao meu lado durante a graduação, sendo que nestes 5 anos fizeram parte da minha vida, em especial, agradeço a Matheus, Sérgio, Ana Lúcia, Priscila e aos professores e amigos Humberto, Thiago e Wellington pelos momentos de apoio, e por vivenciarem momentos bons e ruins na minha vida, sem soltarem a minha mão, vocês são especiais. Levarei a amizade criada por toda a vida.

Tudo posso naquele que me fortalece.

Filipenses 4:13

RESUMO

As urgências ou emergências cardiovasculares são doenças que acometem o coração, reconhecidas como problema de saúde pública; acomete homens e mulheres, em todas as faixas etárias, sendo a modificação dos fatores de riscos, fatores socioeconômicos e culturais a forma de prevenção importante para o paciente. Ressalta-se que por meio da análise das condições de vida da sociedade atual, onde as urgências ou emergências cardiovasculares são mais prevalentes nos países em desenvolvimento, tendo em vista, que a longevidade ser mais acometida por doenças crônicas não transmissíveis, corroborando para o surgimento de urgências ou emergências cardiovasculares. Sendo o cuidado eficaz na promoção da saúde em vítimas de doenças cardíacas, a consulta e assistência de enfermagem, destacando a identificação e avaliação dos fatores de riscos, queixas, exame físico e interpretação de exames, estes, contribuem para definição do tratamento. O objetivo geral deste estudo é analisar as estratégias da equipe de enfermagem frente às urgências ou emergências cardiovasculares. E os objetivos específicos, identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares; conhecer os principais tipos de urgências e emergências cardiovasculares e descrever estratégias de assistência à saúde em situações de urgência ou emergência cardiovasculares. Esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa qualitativa. Foram utilizados sites como Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico, Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e coleta de dados entre o período de 1995 a 2022, compreendendo a problemática e instaurando hipóteses de solução para os pacientes com urgência ou emergência cardiovascular. Assim, foram selecionados “165” pesquisas para construção do presente estudo. As urgências ou emergências cardiovasculares afetam a vida social do paciente, apresentando dificuldades nas atividades laborais diárias, que geram sensação de incapacidade, medo da morte ou invalidez, provocando assim, danos psicológicos ao indivíduo e família. Além do cuidado técnico-prático, o enfermeiro deve criar vínculo e confiança, garantindo a integralidade da assistência de forma holística. Logo, a assistência de enfermagem deve contar com consulta de enfermagem e implementação do Programa HIPERDIA, essenciais no controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce, definição de terapêutica, educação em saúde, promovendo senso crítico, reflexivo e autonomia para o autocuidado com a saúde, refletindo na promoção da saúde do indivíduo, família e coletividade.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência ambulatorial. Cuidados de enfermagem. Doenças cardiovasculares. Promoção da saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular urgencies or emergencies are diseases that affect, the heart recognized as a public health problem; affects men and women, across all age groups, being the modification of risk factors, socioeconomic and cultural factors the important form of prevention for the patient. It is noteworthy that through the analysis society's living conditions current, where cardiovascular urgencies or emergencies are more prevalent in developing countries, in view of, that longevity will be more affected from chronic non-communicable diseases, corroborating the emergence of urgencies or cardiovascular emergencies. Being effective care in health promotion in victims of heart disease consultation and nursing care, highlighting the identification and evaluation risk factors, complaints, physical examination and interpretation of exams, contribute to the definition of treatment. The general objective of this study is to analyze the strategies of the nursing team in the face of cardiovascular urgencies or emergencies. And the specific goals, identify the epidemiological profile of patients in cardiovascular urgency or emergency; know the main types cardiovascular urgencies and emergencies and describe health care strategies in situations of cardiovascular urgency or emergency. This research is a qualitative integrative review. websites were used Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), and Virtual Health Library (VHL) and data collection between the period 1995 to 2022, understanding the problem and establishing hypotheses for a solution for patients with urgency or cardiovascular emergency. Thus, they were selected “165” surveys for the construction of the present study. Cardiovascular urgencies or emergencies affect the patient's social life, having difficulties in daily work activities, that generate a feeling of incapacity, fear of death or disability, taunting so, psychological damage to the individual and family. In addition to technical-practical care, the nurse must create a bond and confidence, ensuring the completeness of assistance holistically. Then the assistance of nursing must have a nursing consultation and implementation of the Program HIPERDIA, essential in the control of risk factors, early diagnosis, definition of therapy, Health education, promoting critical thinking, reflective and autonomy for self-care with health, reflecting on health promotion of the individual, family and community.

KEYWORDS: Outpatient care. Nursing care. Cardiovascular diseases. Health promotion.

LISTAS

LISTA DE FIGURAS

1: Limites do coração em relação aos órgãos. Lagarto (SE), 2022. 26
2: Configuração interna do coração. Lagarto (SE), 2022. 27
3: Coronariografia da coronária esquerda com cateter. Lagarto (SE), 2022. 29
4: Taxa ajustada de óbitos por DCV por 100.000 habitantes nos Estados do Brasil, em 1990 (A) e 2019 (A). Lagarto (SE), 2022. 31
5: Sinais presentes na SCA. Lagarto (SE), 2022. 42
6: Traçado normal. Lagarto (SE), 2022. 43
7: ECG apresentando um evento de bradicardia sinusal. Lagarto (SE), 2022. 44
8: BAV 1º grau, com intervalo PR elevado, mais que 0,20 segundos e a condução AV. Lagarto (SE), 2022. 45
9: Traçado com BAV 2º grau Mobitz I. Lagarto (SE), 2022. 45
10: BAV 2º grau Mobitz II. Lagarto (SE), 2022. 45
11: BAV 3º grau. Lagarto (SE), 2022. 46
12: Traçado com ESV. Lagarto (SE), 2022. 46
13: Arritmia com presença de TA. Lagarto (SE), 2022. 47
14: Flutter atrial. Lagarto (SE), 2022 47
15: FA no sistema elétrico do coração. Lagarto (SE), 2022. 47
16: Representação de FV. Lagarto (SE), 2022. 49
17: Taxa de mortalidade pelo IAM e doenças entre 2000-2009. Lagarto (SE), 2022. 50

LISTA DE FLUXOGRAMA

1: Principais etiologias da dor torácica. Lagarto (SE), 2022. 35

2: Orientações no protocolo de atendimento no PS de Carandaí-MG. Lagarto (SE), 2022. 36

LISTA DE GRÁFICOS

1: Relação quantitativo de pesquisas x bases de dados utilizadas nessa tabela. Lagarto (SE), 2022. 66

LISTA DE TABELAS

1: Etapas da elaboração da revista integrativa. Lagarto (SE), 2022.....22
2: Mortalidade por DCH x faixa etária x região. Lagarto (SE), 2022.....31
3: Variação entre o gênero x quantidade x porcentagem de óbitos. Lagarto (SE), 2022. 32
4: Comorbidades associadas ao IAMCSST. Lagarto (SE), 2022. 33
5: Respostas dos profissionais associadas a via de administração e fármacos utilizados na RCP em Petrolina. Lagarto (SE), 2022.....40
6: Trombolíticos utilizados na terapia com pacientes com IAM. Lagarto (SE), 2022. 59
7: Referencial teórico coletado das pesquisas científicas de acordo com título do estudo, autores, país/ano de publicação, tipo de estudo, objetivo e metodologia. Lagarto (SE), 2022. 65

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ESF	Estratégia de Saúde da Família
DCV	Doença Cardiovascular
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
CID	Classificação Internacional de Doenças
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
SciELO	*Scientific Electronic Library Online*
LILACS	Literature Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MS	Ministério da Saúde
GT	Grupo Técnico
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
APH	Atenção Pré-Hospitalar
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
ECG	Eletrocardiograma
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
SNC	Sistema Nervoso Central
PSD	Processo Saúde Doença
CF	Constituição Federal
APS	Atenção Primária á Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UEHC	Unidade de Emergência Hospitalar Cardiovascular

PA	Pressão Arterial
PA	Pronto Atendimento
FC	Frequência Cardíaca
SaO_2	Saturação de Oxigênio
PS	Pronto Socorro
SE	Sala de Emergência
HAS	Hipertensão Asterial Sistêmica
DCH	Doença Cardíaca Hipertensiva
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
AHA	American Heart Association
SBV	Suporte Básico de Vida
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
SAV	Suporte Avançado de Vida
FV	Fibrilação Ventricular
TVSP	Taquicardia Ventricular sem Pulso
AESP	Assistolia e Atividade Elétrica sem Pulso
AVP	Acesso Venoso Periférico
AVC	Acesso Venoso Central
PCRIH	Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar
PCREH	Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar
IV	Intravenoso
IO	Intraóssea
$PETCO_2$	Pressão Parcial de Gás Carbônico
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
AC	Ausculta Cardíaca
AI	Angina Instável
DBPOC	Doença Bronco Pulmonar Obstrutiva Crônica
FA	Fibrilação Atrial
AVCi	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
TV	Taquicardia Ventricular
CVP	Complexo Ventrículo Prematuro
BRE	Bloqueio do Ramo Esquerdo
VO	Via Oral
AAS	Ácido Acetil Salicílico
HNF	Heparina Não Fracionada
TP	Tempo de Protombina

TTPA	Tempo de Tromplastina Parcial
EV	Endovenoso
IECA	Inibidores das Enzimas Conversora de Angiotensina
IC	Insuficiência Cardíaca
PAS	Pressão Arterial Sistólica
BAV	Bloqueio Atrioventricular
ICD	Implantação de Desfibriladores Cardioversores
MMSS	Membros Superiores
MMII	Membros Inferiores
IAMCSST	Infarto Agudo do Miocárdio com Supra do Segmento ST
IAMSSST	Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra do Segmento ST
IMC	Índice de Massa Corpórea
DC	Débito Cardíaco
AV	Átrioventricular
TCE	Tronco Coronário Esquerdo
DECS/ MeSH	Descritores em Ciências da Saúde/ Medical Subject Headings
IR	Insuficiência Renal
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da saúde do Brasil
BDENF	Base de Dados em Enfermagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17

1.2 Metodologia.....19

1.2.1 Tipo de pesquisa 19

1.2.2 Amostragem 22

1.2.3 Critérios de inclusão e exclusão 23

1.2.4 Categorização dos estudos 24

1.2.5 Análise dos dados 25

2 DESENVOLVIMENTO 26

2.1 Anatomofisiologia do coração 26

2.2 Estimativa epidemiológica das urgências e emergências cardiovasculares.....30

2.3 Doenças cardiovasculares: principais afecções ocorrentes 34

2.3.1 Dor Torácica 34

2.3.2 Doença Cardíaca Hipertensiva (DCH).....37

2.3.3 Parada Cardiorrespiratória (PCR).....38

2.3.4 Síndrome Coronariana Aguda (SCA) 41

2.3.5 Arritmias Cardíacas 43

2.3.6 Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).....49

2.4 Conceito de urgência e emergência.....51

2.5 Urgências e emergências cardiovasculares: características gerais 51

2.6 Atual cenário das urgências ou emergências cardiovasculares no Brasil.....52

2.7 Fatores de risco associados ao desenvolvimento das urgências e emergências cardiovasculares 54

2.8 Sinais e sintomas das urgências e emergências cardiovasculares.....54

2.9 Diagnóstico e tratamento das urgências ou emergências cardiovasculares.....55

3 RESULTADOS.....60

4 DISCUSSÃO.....66

4.1 O profissional e o contato direto com o paciente com urgência ou emergência cardiovascular.....68

5 CONCLUSÃO.....71

REFERÊNCIAS.....73

ANEXOS.....73

1 INTRODUÇÃO

O tema assistência de enfermagem na promoção da saúde de pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares visa a promoção da saúde de pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares, aspecto importante devido a incidência dos casos, aos quais devem ser ofertados o cuidado de forma complexa ao indivíduo acometido pela comorbidade (BAGGIO *et al., 2016*).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) as Doenças Cardiovasculares (DCV) são comorbidades com maior incidência. Segundo Paiva (2021), a DCV é a primeira colocada dentre os óbitos nas últimas décadas, representa 16% dos óbitos totais. Estipulou-se que em 2019 17,9 milhões de óbitos por DCV, representando 32% dos óbitos globais, sendo 85% por ataque cardíaco e Acidente Vascular Cerebral (AVC). No Brasil, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), tivemos 324 mil óbitos em 2000 e 397 mil, em 2017. Ademais, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em indivíduos com 50 anos ou mais, e a nível regional, Minas Gerais em 2012 a 2016 apresentou 55,1% dos indivíduos com 60 anos e 19.947 mortes. Logo, segundo a OMS até 2030 pode ultrapassar 23 milhões de óbitos (BRASIL, 2020).

A assistência de enfermagem oferta cuidados aos usuários que apresentam fatores modificáveis ou não-modificáveis para as urgências ou emergências cardiovasculares, assim, o enfermeiro dispõe mecanismos e métodos sistemáticos na coleta de informações, visão integral do indivíduo, determina diagnósticos e um plano assistencial, dispondo de ações para promoção da saúde (ARRUDA *et al., 2017*).

Nesse sentido, o estudo aborda como problema as fragilidades relacionadas a atuação do enfermeiro na assistência de enfermagem, visando a promoção da saúde dos pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares. Segundo Carvalho (2019), tendo em vista que o cuidado e a assistência de enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares são considerados complexos e requerem destreza para minimizar os riscos e danos ao paciente, porém, nota-se que os profissionais possuem fragilidades na assistência e cuidado cardiovascular. Logo, o estudo traz como pergunta problematizadora quais as contribuições do enfermeiro, na equipe de enfermagem para a assistência e promoção da saúde dos pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares?

Diante disso, o estudo destaca como hipótese, que as contribuições do enfermeiro são essenciais, pois exerce um papel fundamental na assistência, prevenção, promoção e recuperação do paciente com doenças cardiovasculares, ofertando o cuidado, avaliação, análise de sinais, sintomas e exames, determinando as necessidades reais e pontuais para a reabilitação da saúde (ARUTO; LANZONI; MEIRELLES, 2016).

Mediante a relevância do tema, a justificativa e as contribuições deste estudo são a consolidação da prática do enfermeiro, mediante a execução e desempenho das funções com autonomia e destreza (LENTSCK; MATHIAS, 2015). No geral, o enfermeiro realiza procedimentos nos pacientes com alguma urgência ou emergência cardiovascular, sendo este, responsável por atuar com competência prática, científica, de acordo com a ética, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Além desses, o emprego da humanização na assistência proporciona recuperação da saúde e reduz a permanência nos hospitais (BARRETO *et al., 2015*).

Dessa forma, é de suma importância que os profissionais sejam capacitados para realizar intervenções de forma rápida, adequada para cada tipo de urgência ou emergência cardiovascular, diminuindo os agravos e os óbitos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2019). Além disso, destaca-se a importância da educação continuada aos profissionais para prevenção dos agravos, disponibilidade de informação para identificação dos sinais, sintomas e desencadeantes das doenças cardiovasculares (OLIVEIRA, 2018).

Destarte, o estudo promove como justificativa, relevância social e científica a importância do engajamento e envolvimento das equipes multiprofissionais com embasamento científico para garantia do acolhimento, escuta horizontal e resolubilidade dos casos (MARQUES; CONFORTIN, 2015). Assim, o profissional contribui com a assistência, constrói vínculos com profissionais, familiares e os pacientes, onde todos os preceitos hierárquicos são respeitados (SILVA; MENDES, 2018).

Por conseguinte, o trabalho apresenta como objetivo geral analisar as estratégias da equipe de enfermagem frente as urgências ou emergências cardiovasculares; e como objetivos específicos identificar o perfil epidemiológico dos pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares; conhecer os principais tipos de urgências e emergências cardiovasculares e descrever estratégias de assistência à saúde em situações de urgência ou emergência cardiovasculares.

1.2 Metodologia

Esta pesquisa segue uma abordagem permitindo a observação, leitura, captação de dados, detalhando os conhecimentos ofertados em diferentes bibliografias, fornecendo subsídios para o entendimento e construção do conhecimento obtido a partir da elaboração desta pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Segundo Sousa *et al.* (2017), os enfermeiros são desafiados a buscar o conhecimento científico, como embasamento, para melhorar a qualidade dos serviços e dos cuidados ofertados. Assim, é evidente a proposta promovida pela Prática Baseada na Evidência (PBE), que propõe abordagem e resolubilidade de problemas, a partir da tomada de posição objetivando a análise, observação e incorporação de evidências recentes, além de competências clínicas, valores e o contexto do cuidado. Tendo em vista a abordagem do PBE, consequentemente, aumentou a necessidade da produção de novos estudos acerca do tema, a exemplo da revisão integrativa de literatura, revisão sistemática, as meta-análises e revisões qualitativas (CRUZ; PIMENTA, 2005).

1.2.1 Tipo de pesquisa

Conforme Pereira (2017), o estudo compreende uma revisão integrativa de literatura, pois trata-se de um dos métodos de pesquisa abordado na PBE que possibilita a análise e incorporação das evidências mais recentes na prática clínica e oferta dos cuidados. Este método é fundamentado no conhecimento científico, possui dados de qualidade e dispõe da efetividade (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2020).

Mediante Botelho, Cunha e Macedo (2011), a revisão integrativa como método de pesquisa científica dentre os variados métodos de revisão, é considerada como ampla e vantajosa, pois a pesquisa possibilita a inclusão da pesquisa experimental e quase-experimental e isso facilita a compreensão do tema estudado. Além disso, a

revisão integrativa possibilita confeccionar uma pesquisa com diversas finalidades, pode ser voltada para a revisão dos conceitos, revisão da teoria proposta e análise dos aspectos metodológicos sobre um determinado tema (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Dessa forma, Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 759) mencionam que:

> A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Com isso, de acordo com Crossetti (2012), a revisão requer a formulação de um problema, elaboração de uma pesquisa de revisão de literatura, avaliação e análise dos dados obtidos das literaturas, apresentação dos resultados e etapas da elaboração da pesquisa. Diante disso, a revisão integrativa permite analisar, reunir e sintetizar os resultados das pesquisas, de forma sistemática e padronizada, o que contribui para a construção e aprofundamento do conhecimento acerca do tema, que será investigado e posteriormente discutido (BERNARDO; NOBRE JATENE, 2014).

Desse modo, mediante Lo Biondo-Wood e Haber (2001), a revisão integrativa é um método voltado para a investigação, realiza a busca, leitura, avaliação e a síntese das evidências relacionadas com o tema investigado. O resultado final dessa revisão integrativa seguindo todas as etapas é o conhecimento do tema investigado, implementação de estratégias mais efetivas, no que concerne a oferta do cuidado e prestação dos serviços, viabiliza a identificação e classificação das fragilidades fornecendo novos olhares para conduzir novas investigações.

Destarte, segundo Souza, Silva e Carvalho (2020), salienta que a revisão integrativa exerce uma abordagem ampla sobre os aspectos metodológicos das revisões, que permitem a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, proporcionando a compreensão integral dos aspectos analisados. Além desses, a construção de uma revisão integrativa ocorre com a combinação de dados científicos, explanação de conceitos, revisões de teorias e análise dos problemas a serem resolvidos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2019).

De acordo com Soares *et al.* (2014), um dos papéis da revisão integrativa é a análise de pesquisas de grande relevância para a resolubilidade dos problemas, possibilitando a síntese do conhecimento adquirido e evidenciando problemas que

deverão ser resolvidos a partir de novos estudos. Esta revisão é reconhecida como o método de pesquisa capaz de realizar sínteses de estudos já publicados que contribui com conclusões acerca de uma área, sendo considerado um dos métodos mais utilizados na enfermagem, possibilitando a leitura do material e a análise crítica do conteúdo.

Mediante Roman e Friedlander (2018), as etapas de elaboração de uma revisão integrativa de literatura, inicialmente o tema que será estudado, formula-se a pergunta problematizadora, objetivos da pesquisa (geral e específicos) e hipótese, a partir disso, inicia a busca por pesquisas sobre o tema dentro dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Após a avaliação dos critérios que foram empregados, determina-se a validade destes, dentro dos critérios metodológicos, para a redução de pesquisas selecionadas.

Com isso, os dados são coletados, analisados, interpretados e sintetizados para a conclusão, etapa construída com vários estudos. Contudo, mesmo que ocorra a inclusão de vários estudos com delineamentos distintos, podendo dificultar, logo, enfatiza-se que estes proporcionam variedade, riqueza e compreensão na etapa de amostragem, com a finalidade de promover abrangência do conteúdo na conclusão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2020).

A revisão integrativa contribui para o saber embasado cientificamente e padronizado para profissionais, na realização das atividades com excelência. Além disso, dentre os seus benefícios, podemos mencionar a redução do déficit ao acesso ao conhecimento científico, acesso às diferentes pesquisas e eficiência na divulgação do conhecimento que é produzido (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Assim, para a elaboração de uma revisão integrativa é necessário seguir etapas consideradas distintas e que são parecidas com as fases do desenvolvimento de qualquer outra pesquisa. Para isso, deve-se atentar a todas as etapas, para que não ocorra intercorrência durante a fase de elaboração do estudo e no resultado final dele (SOARES *et al.,* 2014).

Mediante Crossetti (2012), é válido mencionar que a aplicabilidade da revisão integrativa para a área da saúde, inicialmente, no que refere aos profissionais da enfermagem, sendo que, estes profissionais necessitam utilizar e ofertar o conhecimento adquirido através das pesquisas, visto que, grande maioria dos profissionais apresentam despreparo nos processos de investigação, análise crítica e transferência do conhecimento. Com isso, a revisão integrativa permite o domínio do

conhecimento, não confundir ideias de origem científica com ideias empíricas, ofertar dados, em lugares e tempos diferentes, facilitando a atualização dos profissionais e usuários (BREVIDELLI; DOMENICO, 2008).

Dessa forma, Santos, Pimenta e Nobre (2017), contribui afirmando que a revisão integrativa é importante para a disseminação da comunicação, acesso e aplicabilidade na prática profissional, mediante conhecimento produzido para a melhoria da assistência. Com isso, a revisão integrativa reúne e sintetiza pesquisas, analisa o conhecimento acerca do tema que foi investigado na pesquisa, gera conhecimento no momento atual sobre um problema, possibilita a identificação das características das pesquisas observadas e oferta subsídios para o exercício da profissão.

Diante disso, o problema do estudo são as fragilidades teóricas e práticas do enfermeiro, frente a equipe de enfermagem, visando a promoção da saúde dos pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares. De acordo com Carvalho (2019), o cuidado e a assistência de enfermagem prestados aos pacientes com doenças cardiovasculares são complexos e requer embasamento, destreza e qualidade, minimizando os riscos e danos ao paciente; por outro viés, evidencia as fragilidades dos enfermeiros na assistência para resolubilidade dos casos. A partir disso, destaca-se como pergunta problematizadora quais as contribuições do enfermeiro na assistência e promoção da saúde dos pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares?

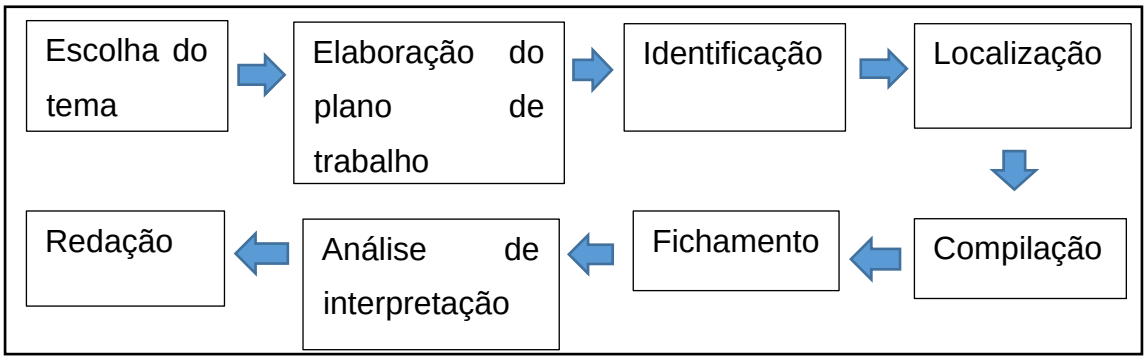


Tabela 1: Etapas da elaboração da revista integrativa. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: Autoria própria, 2022.

1.2.2 Amostragem

O estudo utilizou de bases de dados para a elaboração da pesquisa, sendo utilizados artigos científicos, monografias, livros e manuais. Para isso, inicialmente realizou-se a busca dos descritores obtidos no site dos Descritores em Ciências da Saúde DECS/MeSH para a busca de pesquisas bibliográficas. Assim, foram estabelecidos os seguintes descritores: assistência ambulatorial; cuidados de enfermagem; doenças cardiovasculares e promoção da saúde.

Destarte, a pesquisa caracteriza-se pelo levantamento bibliográfico e o aprofundamento teórico acerca do tema, busca a resolubilidade do problema do presente estudo e envolve toda a literatura que possui relação com o assunto proposto (SOUZA *et al.,* 2017). Para isso, compondo a amostragem do estudo menciona-se as bases de dados que foram utilizadas, como subsídios para o fornecimento de materiais bibliográficos, sendo elas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico, Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE).

1.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

Tendo como importante instrumento de informação e comunicação a internet, meio pelo qual realizou a seleção das pesquisas científicas, através de uma avaliação criteriosa, o que é considerada de suma importância, quando refere a validação de uma pesquisa de revisão, que confere um indicador de confiabilidade e sucesso na disseminação dos resultados e conclusões da pesquisa (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Logo, para esta pesquisa, foram utilizados como os critérios de inclusão: pesquisas de revisão bibliográfica, revisão sistemática de literatura, estudos observacionais descritivos e pesquisas na íntegra; nos idiomas português, inglês e espanhol, que discutam sobre a temática; pesquisas com abordagem qualitativa e quantitativa; pesquisas publicadas no período que compreende de 1995 a 2022; seleção de pesquisas que contenham o título que possui referência aos descritores do estudo em questão e ao tema; leitura e análise dos resumos e do texto dos artigos

na íntegra. Desse modo, foram utilizados um quantitativo de 165 estudos para a elaboração desta pesquisa.

Como critérios de exclusão, a pesquisa eliminou publicações que não atendem aos critérios de inclusão estabelecidos: pesquisas que não possuem relação com o tema trabalhado; pesquisas que só disponibilizam o resumo ou pesquisas que não foram disponibilizadas na íntegra; títulos de pesquisas que não condizem com os descritores e o tema apresentado; texto sem relevância ao escopo do estudo e estudos publicados que antecedem o período mencionado.

1.2.4 Categorização dos estudos

Vale ressaltar, conforme Trujillo (1987), a correta categorização e o processo de análise dos dados são necessários para a construção do instrumento para a coleta de dados para agrupar e sintetizar os conteúdos apresentados nas bibliografias. Essa conduta garante a confiabilidade dos resultados da pesquisa e galgar o conhecimento atual sobre a temática. Assim, foi realizada a coleta dos dados através de um formulário, contendo informações relevantes das pesquisas utilizadas.

Segundo Whittemore e Knaf (2005), a categorização dos dados das pesquisas remete inicialmente a identificação e seleção dos dados apresentados, realizando a leitura dos títulos, objetivos e resumos de cada estudo para priorizar a relação do tema com as pesquisas selecionadas, seus objetivos de estudo e respostas para a pergunta problematizadora. Posteriormente, realiza-se a leitura das pesquisas, para identificar e dispor evidências que promovam a relação com o problema levantado, registrando características em documento padronizado. Esta etapa é de suma importância e contribui para o reconhecimento e fortalecimento do objeto de estudo da pesquisa.

Por conseguinte, de acordo com Galvão, Sawada e Mendes (2003), após a identificação e análise dos títulos, objetivos e resumos das obras foi realizada a leitura exploratória das pesquisas para aproximação do estudo com os materiais selecionados, a partir disso, obteve um entendimento geral sobre as informações contidas nos estudos.

1.2.5 Análise dos dados

Esta etapa foi organizada e posteriormente lançada no Microsoft Office Word e Excel 2016, para analisar a existência de dados acerca da assistência de enfermagem na promoção da saúde de pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares; com a finalidade de apontar, de forma absoluta, a presença e frequência de casos envolvendo urgências ou emergências cardiovasculares e a conduta do enfermeiro na promoção da saúde, demonstrando aspectos analisados através de gráficos.

Dessa forma, conforme Trujillo (1987), a análise de dados é uma forma de tornar evidente as relações entre um fenômeno que está sendo estudado e os fatores relacionados. Assim, uma vez que, essas relações podem ser “determinadas”, tendo em vista, as propriedades que estão relacionadas a esta questão, sendo elas: causa-efeito, produtor-produto, correlações e, por fim, a análise de dados (MARTINS; GOMES, 2001).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Anatomofisiologia do coração

O coração é formado pelo músculo estriado, com contração involuntária através dos sistemas: simpático e parassimpático. O simpático e o parassimpático são sistemas inerentes ao sistema nervoso autônomo. O mecanismo Starling é a capacidade do coração adaptar às questões envolvendo o retorno venoso. O coração está sobre o diafragma, com função de promover fluxo de sangue aos órgãos. O sangue que sai do átrio direito vai para o ventrículo direito, bombeia o sangue para o tronco pulmonar, através das artérias pulmonares, até chegar aos pulmões. Após a oxigenação, ocorre o retorno do fluxo ao átrio esquerdo pelas veias pulmonares em direção ao ventrículo esquerdo e organismo (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

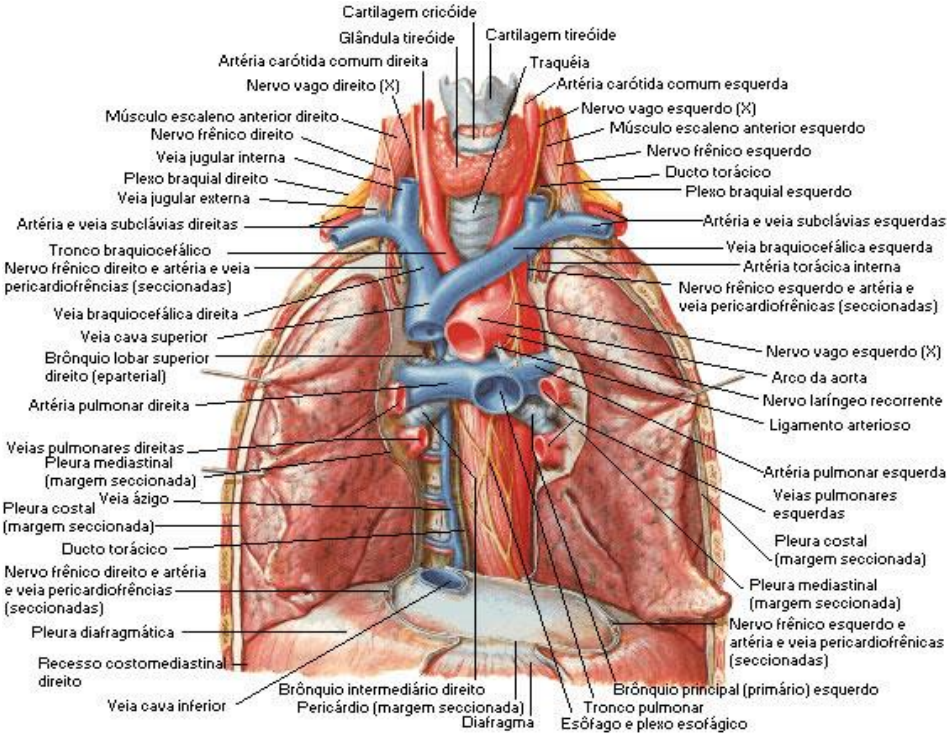


Figura 1: Limites do coração em relação aos órgãos. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: NETTER, 2000.

O coração compreende 3 tecidos (pericárdio, miocárdio e endocárdio). O pericárdio com constituição fibroserosa, protege o coração. O tecido fibroso, compreendendo a porção parietal e visceral. O miocárdio, camada espessa, formado por fibras musculares, tecido conjuntivo e fibroso; confere sustentação dos músculos, contração e ejeção de sangue para vasos. Já o endocárdio, formado por tecidos conjuntivo e epitelial, realiza o revestimento das câmaras e vasos. O coração é a bomba do organismo, exercendo movimentos: sístole (contração) e diástole (relaxamento), realiza a despolarização e repolarização de cargas elétricas dos tecidos, estimulados por sódio, potássio, magnésio e cálcio. O sistema nervoso conduz os estímulos elétricos para nó sinoatrial no átrio direito (NETTER, 2000).

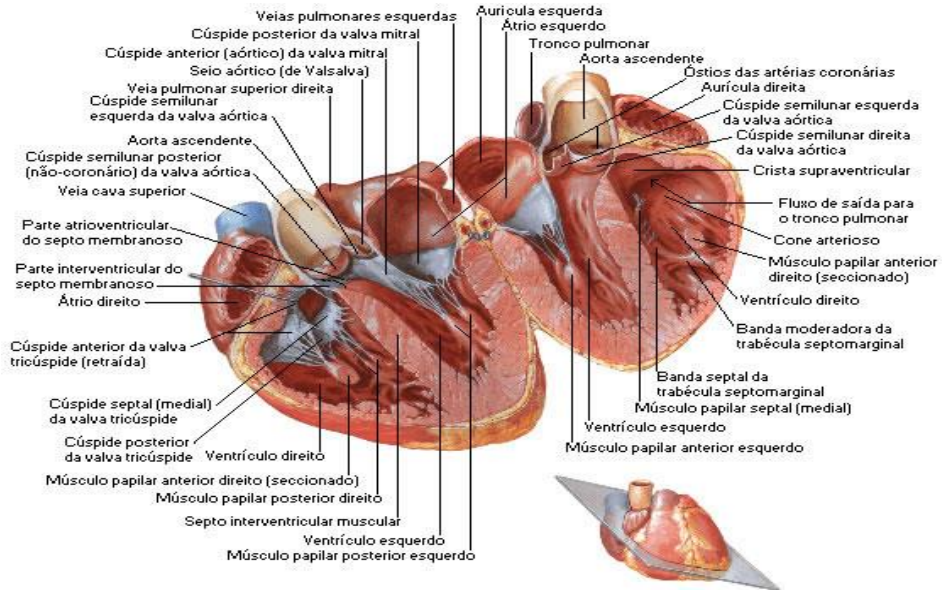


Figura 2: Configuração interna do coração. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: NETTER, 2000.

O fluxo sanguíneo é constituído de dióxido de carbono na veia cava superior, veia cava inferior e seio coronário. A veia cava superior recebe sangue da cabeça e parte superior do corpo, e a veia cava inferior recebe o sangue dos membros inferiores e o seio coronário recebe do miocárdio, levando até o átrio direito. Já a pequena circulação, o ventrículo direito recebe sangue do átrio direito e bombeia para o pulmão (GYTON; HALL, 1997).

O átrio esquerdo, formado por parede fina, recebe sangue oxigenado das veias pulmonares, com a passagem do sangue do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo, pela valva mitral. E na grande circulação o ventrículo esquerdo recebe

sangue do átrio esquerdo, que vai para o corpo, sendo circulação sistêmica (POTTER; PERRY, 2005).

O ventrículo desempenha força para o sangue circular nos tecidos. As funções são essenciais na manutenção dos SSVV, sobrevivência, pois tecidos e células necessitam de oxigênio para seus papeis. Com isso, estudos afirmam que o coração em seu estado normal, bombeia 5l/min (POTTER; PERRY, 2005). Adentrando a parte do coração, é constituído por quatro valvas, sendo: pulmonar, tricúspide, aórtica e mitral; estruturas que promovem abertura e fechamento do fluxo entre as câmaras. As valvas formadas por anel fibroso, cúspides, cordas tendíneas e músculos papilares. O anel fibroso faz a sustentação das cúspides, formadas por tecido conjuntivo, se ligam ao anel fibroso e às cúspides. Já as cordas tendíneas são filamentos de tecido conjuntivo que prendem as cúspides aos músculos papilares.

As valvas mitral e tricúspide, estão presentes nas estruturas atrioventriculares, quando acontece a contração dos ventrículos, para o sangue não retornar para os átrios (NETTER, 2011). A valva tricúspide, localizada entre átrio e ventrículo direito, impede retorno do sangue, é constituída de material membranoso, com válvula e base fixada no ventrículo. Já as valvas pulmonar e aórtica ou valvas semilunares, a valva pulmonar localiza-se entre ventrículo direito e a valva aórtica no ventrículo esquerdo. A valva pulmonar tem as válvulas semilunares anterior, esquerda e direita. E a valva aórtica, no ventrículo esquerdo, onde o sangue sai pela aorta e vai para o corpo e coronárias. Ainda no fluxo do sangue, através da artéria aorta ascendente, conduzindo para o corpo (SILBERNAGL; DESPOPOULOS, 2009).

As artérias coronárias ofertam oxigênio para o coração. Devido ao seu nível de complexidade utilizou-se imagens de uma coroniografia da coronária. Um método diagnóstico invasivo, que avalia gravidade de doenças, contribuindo no diagnóstico e terapêutica. Desse modo, as artérias coronárias são definidas em: artéria coronária direita, artéria coronária esquerda, artéria descendente anterior, artéria circunflexa e ramos (PALOMO, 2011).

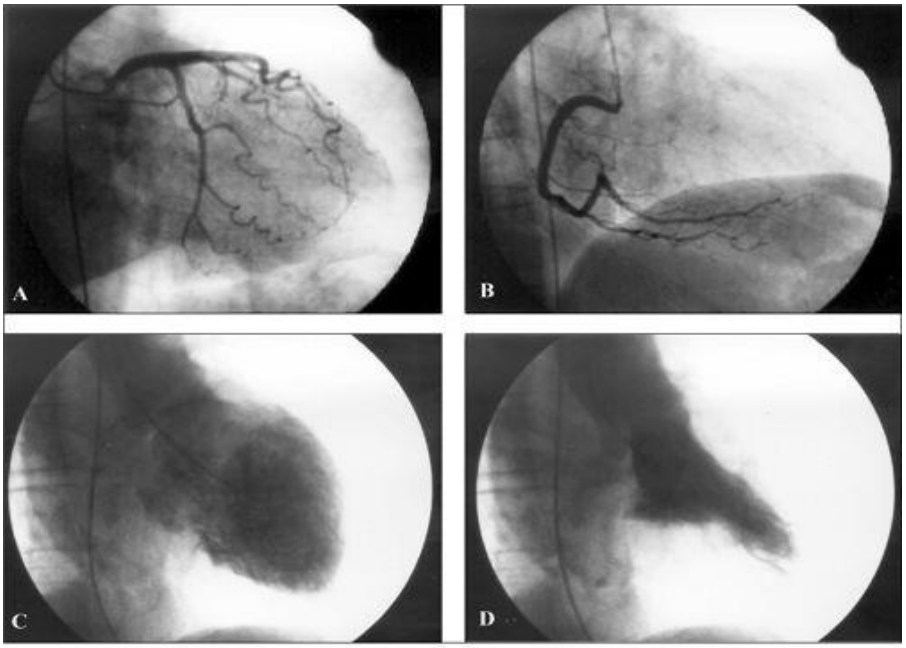


Fig. 2 - Coronariografia esquerda (A) e direita (B) com cateteres de Judkins 4F e angiografia do ventrículo esquerdo em diástole (C) e sístole (D) com cateter *pigtail* 4F na projeção oblíqua anterior direita. Nota-se ótima opacificação das coronárias e da cavidade ventricular.

Figura 3: Coronariografia da coronária esquerda com cateter. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: BERTI; SOUSA, 1998.

A artéria coronária esquerda possui ramificações como: artéria descendente anterior, circunflexa, ramos marginais e diagonais, fundamentais para bombeamento do coração, aporte de oxigênio para câmaras. O Tronco Coronário Esquerdo (TCE) no seio aórtico esquerdo, atrás do tronco pulmonar. E a artéria descendente anterior posterior ao tronco pulmonar, origina os ramos septais e diagonais, realiza irrigação do ventrículo. E a artéria circunflexa e os ramos nascem na artéria coronária esquerda e percorre a porção posterior do coração. Diante disso, o seio coronário é a principal veia, recebe grande quantidade de sangue do miocárdio e realiza a drenagem das veias (CRESPO; CURELL; CURELL, 2012).

Os vasos sanguíneos, formados por tecido endotelial, túnica interna, túnica média e túnica adventícia, formada por tecido conjuntivo, que confere resistência a túnica. As arteríolas, artérias e capilares transportam o sangue, sendo o maior vaso a aorta. Com a ramificação originam as arteríolas, subdividem-se formando os capilares. Os capilares são formados por tecido endotelial, transportam fluxo sanguíneo. As veias são pequenos vasos que transportam sangue dos tecidos para o coração, para a oxigenação do mesmo. Já as vênulas são finas, constituídas de músculo liso e elástico. O coração possui ciclo cardíaco característico, que compreende duas fases: sístole e diástole, e 5 etapas: diástole atrial e ventricular, sístole atrial, contração

ventricular isovolumétrica, ejeção ventricular e relaxamento ventricular (HERLIHY; MAEBIUS, 2002).

Na diástole atrial e ventricular os átrios e ventrículos estão relaxados, o fluxo sanguíneo entra nos átrios e desembocam nos ventrículos, corresponde a contração. No relaxamento dos ventrículos, as válvulas atrioventriculares fazem o fluxo dos átrios para os ventrículos. Na contração ventricular a contração dos átrios e a despolarização se dá pelo nó Atrioventricular (AV) até o ápice do coração. Neste momento, a sístole ventricular origina-se no ápice e conduz o sangue para o coração, com o decorrer promove o fechamento das valvas atrioventriculares (ANDRADE, 2006).

As valvas atrioventriculares fechadas, o sangue fica na câmara; enquanto os ventrículos realizam a contração. Os átrios realizam repolarização e relaxamento. Quando inicia o término da contração, as cavidades relaxam e o sangue percorre o coração. Quando as valvas semilunares estão fechadas, os ventrículos ficam isolados e as AV fechadas devido pressão ventricular. O Débito Cardíaco (DC), se dá pela multiplicação da FC e volume sistólico. Se ocorre o aumento do volume sistólico, ocorrerá a elevação do débito cardíaco (CESAR; TIMERMAN, 2000).

2.2 Estimativa epidemiológica das urgências e emergências cardiovasculares

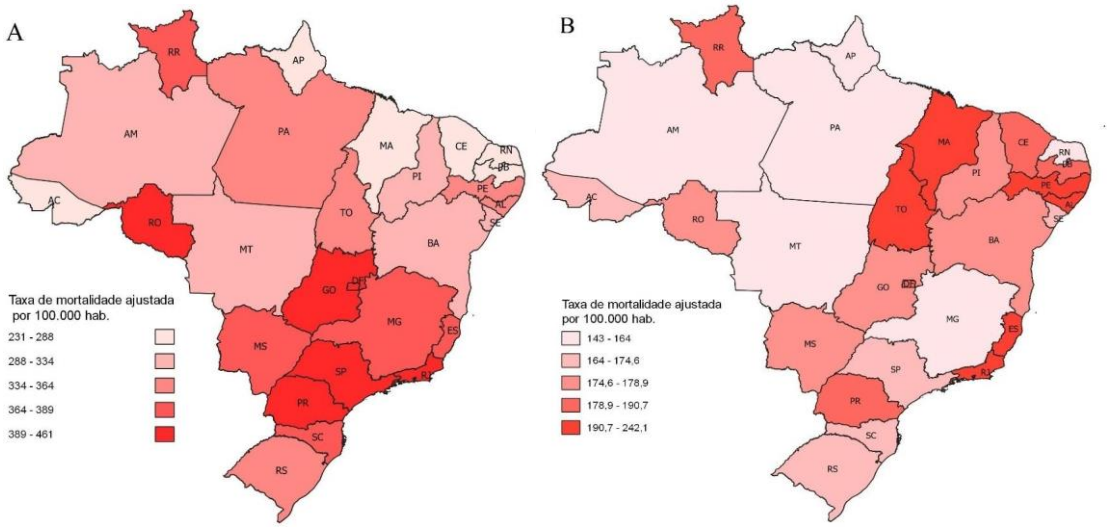


Figura 4: Taxa ajustada de óbitos por DCV por 100.000 habitantes nos Estados do Brasil, em 1990 (A) e 2019 (A). Lagarto (SE), 2022.
Fonte: PAIVA, 2021.

A dor torácica é um dos sintomas mais comuns na assistência médica, entretanto, de 10 a 15% dos pacientes chegam com dor no peito e apresentam diagnóstico de IAM, visto que, a dor tem origem nas contraturas musculares (ARAÚJO; MARQUES, 2007). Anualmente, no Brasil, são realizados 4 milhões de atendimentos por dor torácica. Devido a condição clínica, os profissionais atuam de forma imediata para o prognóstico para os pacientes com dor torácica. É válido destacar que o Pronto Socorro Municipal de Carandaí, Minas Gerais, atende cerca de 2.100 pessoas a cada mês com a dor torácica. Já no que concerne os dados epidemiológicos acerca da Doença Cardíaca Hipertensiva (DCH) nas regiões do Brasil, correspondem aos dados apresentados no quadro seguinte.

REGIÕES	FAIXAS ETÁRIAS			
	20-39	**40-59**	**60-79**	**>80**
N	0,23	3,78	41,12	227,42
NE	0,45	6,42	50,78	293,40
SE	0,46	6,83	44,91	220,98
S	0,17	3,72	40,51	271,11
CO	0,38	6,38	54,12	270,49

Tabela 2: Mortalidade por DCH x faixa etária x região. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: FRAGA; SÁ; TENÓRIO, 2017.

Os dados epidemiológicos da PCR, diante dos avanços nos estudos ainda é elevado o número de óbitos. No Brasil, 200 mil pessoas serão vítimas de PCR por ano, sendo esses casos extra-hospitalares, ao ser analisado, verifica-se que o ritmo prevalente é assistolia, FV e AESP, cerca de 69% dos casos (AEHLERT, 2013). Nos estudos, cerca de 1170 foram vítimas de PCR, prevalente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e emergência. Com gênero mais frequente do sexo masculino, um aumento de até 4,5 vezes comparado ao feminino (AHA, 2015).

A idade varia entre 16 e 101 anos, sendo na região de Belo Horizonte em Minas Gerais a média de 59 anos e São Paulo semelhante, na UTI entre 18 e 99 anos. Assim, nos estudos a relação com o perfil epidemiológico, o índice de pessoas é acima de 60

anos (BOTELHO *et al.,* 2016). A raça dos pacientes que apresentaram PCR era branca, segundo um estudo de 2018 em São Paulo, sendo elas: brancos (60%), pardos (21,6%), negros (12,6%) e amarelos (4,5%), desses, 42,1% restabeleceram a circulação espontânea e os pacientes da UTI correspondem 29,3% dos óbitos e 64% de sobrevida (AHA, 2015).

Na SCA, a média dos pacientes é de 62 anos, sexo masculino (54,8%), predominante raça branca (82%), enquanto o estado civil os casados (59%), dentre as comorbidades na SCA: HAS (62,4%), dislipidemias (23,7%), DM (13,9%), tabagismo (31%) e etilista (31,9%). Assim, dos 367 pacientes com SCA, 356 estavam internados e 47 evoluíram para óbito (BRASIL, 2012). Assim, os casos de SCA acometem mais o sexo masculino, acima dos 60 anos, cor branca e de acordo com fatores de risco, visto que em São Paulo 58,5% eram tabagistas (TORRES; MARQUES, 2012).

A nível mundial, um estudo com 18.809 participantes, possuem aproximadamente 3,8 chances de desenvolver um IAM no decorrer da vida. Destarte, as urgências ou emergências cardiovasculares são as principais causas de mortalidade, devido as internações por SCA corresponder a 13,2% (CORREA; CAVALCANTE; SANTOS, 2010).

Nos estudos, a maior ocorrência de IAM é entre 60-80 anos, mais prevalente em homens. Segundo a (SBC, 2004) 33% dos usuários adentram hospitais e ficam internados. Sendo cerca de 70% com IAM com supradesnivelamento do segmento ST. Foi realizada amostra com 324 pacientes, selecionando 152, entre 18 anos, no Piauí e Maranhão, evoluindo para o óbito em decorrência do IAMCSST entre 2013 a 2016 (ANDERSON, 2018). No estudo, os pacientes que vieram a óbito, considerando primeiro dia de internação, corresponde a 53,9%, nas 24 horas que adentram a unidade (JÚNIOR, 2019). Os usuários que foram a óbito representam a maioria do sexo masculino, visto que, do total de 91 pacientes, 59,9% eram homens e vieram a óbito, conforme denota o quadro.

Gênero	Quantidade	Porcentagem
Masculino	91	59,9%
Feminino	61	40,1%

Tabela 3: Variação entre o gênero x quantidade x porcentagem de óbitos. Lagarto (SE), 2022.

Fonte: JÚNIOR, 2019.

Por outro lado, percebe-se a elevada taxa de mortalidade pelo IAMCSST nos usuários que adentram as unidades devido os fatores de risco como denota o quadro (JÚNIOR, 2019). Já o IAMSSST aumentou 1/3 a incidência (LEMOS, 2010).

Comorbidade	Quantidade	Porcentagem
HAS	111	73%
DM	44	29%
Dislipidemia	19	13%
IRC	16	11%
IC	12	8%
Tabagismo	9	6%

Tabela 4: Comorbidades associadas ao IAMCSST. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: JÚNIOR, 2019.

O perfil epidemiológico das arritmias cardíacas, entre 0 a 14 anos de idade, em São Paulo, somente em 2019, representou 30% (PAULA; MORAES; SAMPAIO, 2021). Dessa forma, foram submetidos a internação 425 pacientes, correspondendo 57% homens e 43% mulheres, cerca de 63% eram brancos, 67% dos atendimentos são urgências e 33% ambulatorial.

Em um estudo com 127 pessoas, sendo 41 pessoas com diagnóstico de bradiarritmia (32,3%), sendo cerca de 58,54% mulheres entre 70 e 79 anos, representando (36,6%). Dentre os fatores que acometem 9,8% é obesidade, 82,9% HAS, 31,7% DM, 12,2%, hipotireoidismo, 43,9% dislipidemias e 4,9% Insuficiência Renal (IR) (GOLDMAN *et al.,* 2018).

No mesmo estudo, dos 127 pacientes, cerca de 67,7% apresentaram taquiarritmia, 57% são mulheres entre 70 a 79 anos (MAGALHÃES *et al.,* 2016). Em análise aos fatores de risco da taquiarritmia, a obesidade representa 11,6%, HAS 82,6%, DM 23,2%, Hipotireoidismo 15,1%, Dislipidemia 41,9% e IR 2,3%. No IAM representa a doença com mais óbitos, constatou-se que 65% dos pacientes evoluíram a óbito na primeira hora e 80% em 24 horas após os sintomas. No Brasil, o DATASUS contabilizou entre 2010 a 2021 1.066.194 vítimas de IAM. As doenças isquêmicas do coração apresentaram cerca de 99.410 óbitos (FREITAS; PADILHA, 2021).

2.3 Doenças cardiovasculares: principais afecções ocorrentes

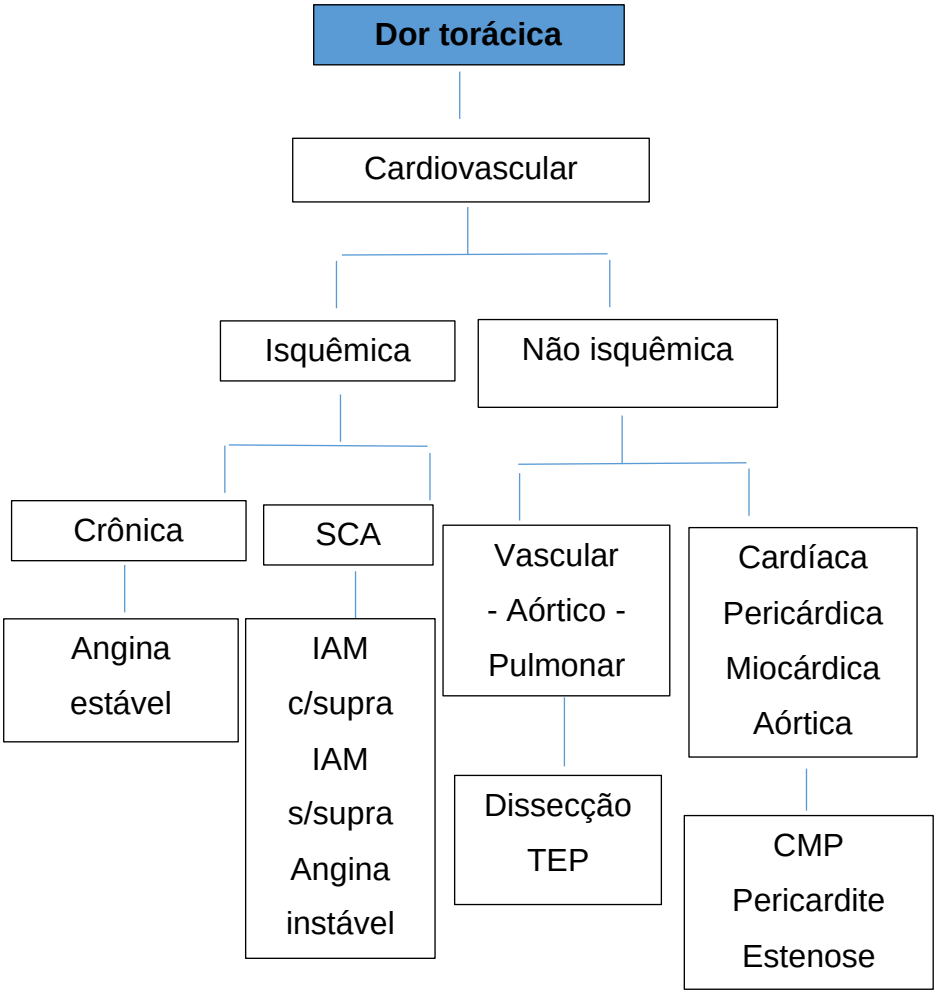
2.3.1 Dor Torácica

A dor torácica, é uma das queixas na emergência. Diante de uma dor torácica, realiza-se a observação e manutenção das vias aéreas e pulso central e identificação de condições que causam risco a vida. inúmeras são as causas de dor torácica, assim, segundo (BASSAN; GIBLER, 2001) a dor torácica pode ser classificada como dor anginosa, dor provavelmente anginosa, dor provavelmente não anginosa e dor definitivamente não anginosa. Para o diagnóstico deve-se reconhecer características da dor durante o exame físico e métodos complementares (BASSAN *et al.,* 2002).

No entanto, a dor torácica é associada ao IAM, doenças responsáveis pelos casos na unidade de emergência, pois as doenças não coronarianas causam dor torácica com diagnóstico suspeito através do exame físico. A dor torácica é um dos sintomas associados a SCA, independentemente da classificação de risco, a dor torácica é um sintoma comum e deve-se saber diferenciá-la das demais (BENTO *et al.,* 2013). Segundo Santana (2014), a dor representa desconforto precordial, que irradia para membros superiores e inferiores, pescoço e mandíbula, náuseas, vômitos, mal-estar, indigestão, fraqueza, sudorese e dispneia, com duração de 10 a 20 minutos.

Conforme Araújo e Marques (2007), a demanda das unidades, de pessoas com dor torácica, apresentam várias causas. Assim, para assistência, deve-se estar atento aos fatores de risco e que o profissional seja crítico, estabeleça estratégias para diagnóstico e planejamento da assistência de acordo com a necessidade. Dessa forma, a dor torácica, sugestiva de doença isquêmica, em que no Brasil, são realizados 4 milhões de atendimentos de dor torácica, devido variedade das condições clínicas da dor torácica, refletindo em profissionais preocupados com decisões e procedimentos rápidos, para o prognóstico precoce. A dor torácica tem muitas etiologias: torácicas, abdominais e psicossomáticas. Envolvendo coração, aorta, pulmões, região do mediastino, caixa torácica, esôfago, estômago, vesícula biliar,

pâncreas e o sistema nervoso, que produz sintomas como o desconforto torácico; como mostra o fluxograma:

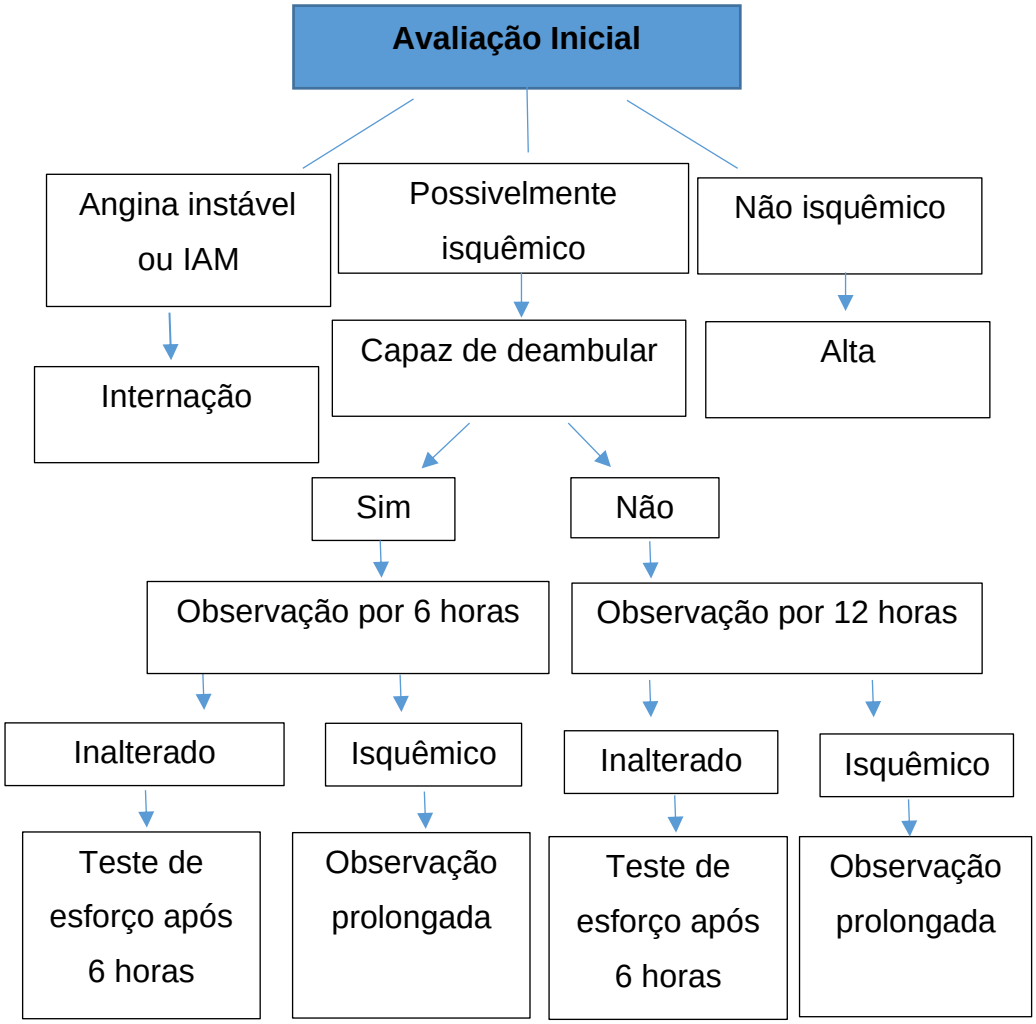


Fluxograma 1: Principais etiologias da dor torácica. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: PFEFERMAN; FORLENZA, 2009.

De acordo com Remigio e Azevedo (2013), a estratégia terapêutica para a dor torácica como mensurar a Pressão Arterial (PA), duração da dor e o quadro clínico são essenciais. Inicialmente, mantê-lo em repouso, controlar fatores interferentes, estabelecer aceso venoso e monitorar ritmo cardíaco. Mediante Schowonke (2011), o enfermeiro realiza o atendimento as necessidades do indivíduo, família e coletividade, oferta bem-estar e resolubilidade do quadro.

Ao mencionar as causas de dor torácica, vão desde uma irritação muscular até um IAM justificando a escolha do tema, visto que as urgências ou emergências cardiovasculares são as principais afecções das unidades. No entanto, mesmo que esteja relacionada a variadas causas, não pode descartar o diagnóstico de doença cardíaca isquêmica, mesmo com ECG e enzimas cardíacas normais (PFEFERMAN;

FORLENZA, 2009). Alisando o processo histórico e evolutivo da classificação de risco, há três anos foi implantado o Sistema Manchester de Classificação de Risco, para priorizar pacientes de acordo com a gravidade do quadro clínico (PIEGAS *et al.,* 2009). Segundo Martins (2013), é essencial a classificação de risco, com protocolo, como o implantado no Pronto Socorro Municipal de Carandaí, MG, conforme fluxograma abaixo:



Fluxograma 2: Orientações no protocolo de atendimento no PS de Carandaí-MG. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: PFEFERMAN; FORLENZA, 2009.

Assim, é necessário que o fluxo de atendimento inicie pela classificação de risco realizada pelo enfermeiro com aferição dos Sinais Vitais (SSVV), identificação dos sintomas apresentados pelos pacientes (MARTINS *et al.,* 2013). Avaliando as características da dor, através da escala de dor, avaliando intensidade da dor, localização, duração e sintomas associados (torácico, cardíaco, gastrointestinais,

pulmonares e outras) (REMIGIO; AZEVEDO, 2013). Feito o prontuário, classificação de risco e constatada uma dor torácica, deve-se: classificar o paciente e encaminhar para a Sala de Emergência (SE), para avaliação do médico clínico, realização de ECG, mediante diagnóstico inicia-se a terapia (BASTOS *et al.,* 2012).

Segundo Piegas (2004), a avaliação de pacientes com dor torácica é um desafio para os profissionais nos serviços de emergência. Diante disso, com a admissão do paciente, o enfermeiro inicia o primeiro contato, com o paciente e a família, respeitando os direitos, deveres e responsabilidades, atuando com competência científica, ética e humanizada (SANTOS; PIAGGI, 2010).

O enfermeiro dispõe de assistência padronizada e com qualidade no atendimento, realizando classificação de risco, exame físico céfalo-podal, realização do ECG para o diagnóstico, início da conduta e tratamento. conforme prescrição médica. Logo, o enfermeiro com assistência sistematizada, integral e um plano de cuidados atende às necessidades humanas, oxigenação, circulação, controle da dor, segurança e avaliação dos parâmetros vitais (OURIQUES, 2008).

2.3.2 Doença Cardíaca Hipertensiva (DCH)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está entre as doenças mais prevalentes. Conforme o Ministério da Saúde, a HAS atinge 30% das pessoas, é um indicador da morbidade e fator de risco para as doenças cardiovasculares. Entretanto, mesmo sem o óbito existem complicações como invalidez, sendo importante as triagens e acompanhamentos, visando a redução dos danos e custos ao sistema de saúde (LESSA, 2001).

Dessa forma, o profissional da saúde deve identificar as doenças e promover promoção da saúde, diminuindo lesões vasculares, contribuindo para qualidade de vida do paciente, visto que, as complicações cardíacas envolvendo a HAS e a Doença Cardíaca Hipertensiva (DCH), sendo esta, causa de hospitalização frequente. A DCH influencia a resposta de órgãos-alvo. Assim, a DCH é uma condição clínica que origina a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), arritmia ventricular, IAM e óbitos, em adultos acima de 40 anos (BOMBIG; POVOA, 2008).

A DCH gera alterações na função do coração, as modificações ocasionam ICC e óbito. Segundo o MS 50% dos casos de DCH ocorrem em homens com 55 anos e mulheres a partir dos 40 anos (RAMAN, 2010). Sendo importante a promoção da saúde e prevenção dos riscos e agravos da HAS e da DCH, deve-se atentar aos dados epidemiológicos da DCH, tempo, situação populacional, regiões suscetíveis, faixa-etária, sexo, escolaridade e raça/cor (SIMÕES, 2002).

A respeito do que ocasiona a doença, a hipertrofia ventricular esquerda é fator de risco para a morbimortalidade, devido desenvolvimento de anormalidade no miocárdio, com hipertrofia, provocando taquiarritmias ventriculares. Analisando-se a função dos biomarcadores no prognóstico, evidenciando o risco de DCV, como a citocina inflamatória Cardiotrofina-1 (NOGUEIRA; RASSI; CORRÊA, 2010). Os distúrbios que acometem o sistema nervoso autônomo contribuem para o organismo ter resistência ao tratamento, podendo desenvolver hipertensão crônica, alterações no ventrículo esquerdo, sobrecarga cardíaca e alteração diastólica (BOCCHI *et al.,* 2012). Esse cenário é passível de mudança através da prevenção, triagem, investimento no programa voltado para a Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), controle dos agravos, capacitação dos profissionais, diagnóstico precoce etc (HOEY *et al.,* 2014).

2.3.3 Parada Cardiorrespiratória (PCR)

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a cessação da atividade do miocárdio e comprometimento da função respiratória, onde vários órgãos são comprometidos, podendo levar ao óbito, com isso, inúmeras pessoas dão entrada nas unidades. Desse modo, é essencial profissionais com habilidade e conhecimento nos protocolos, norteando o atendimento, com técnica sistemática, trabalho ágil e tomada de decisão eficaz. A PCR é uma das mais graves emergências clínicas, uma condição grave, com diminuição de oxigenação na membrana tissular e cessação da função respiratória, podendo apresentar lesões cerebrais irreversíveis (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

A assistência do enfermeiro na PCR, dispõe de manobras como Reanimação Cardiopulmonar (RCP), para manutenção do fluxo sanguíneo com oxigênio nos órgãos vitais e restabelecimento da circulação espontânea, sendo importante o

conhecimento acerca da American Heart Association (AHA), acerca das diretrizes sobre a RCP e PCR (TALLO *et al.,* 2012). Diante desse cenário, o enfermeiro está em contato direto com o paciente, dispondo da responsabilidade de ofertar cuidados intensivos ao paciente em PCR, após avaliação dos parâmetros clínicos (FIELD *et al.,* 2010).

Como o enfermeiro e a equipe atuam no restabelecimento do quadro clinico, é indispensável conhecer e dispor das manobras no Suporte Básico de Vida (SBV). Além disso, os técnicos ofertam suporte ao enfermeiro e este deve conduzir as tarefas com competência, na manutenção da saúde (LIMA *et al.,* 2009). Mediante as vivências, a PCR ocorre com frequência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com pacientes com nível de complexidade elevado, assim, devem dispor de habilidades nas manobras de forma resolutiva, destacando a educação permanente constantemente (SBC, 2013).

Assim, os profissionais dispõem de qualidade e desempenho no atendimento à vítima de PCR, com excelência na assistência ofertada. Percebendo-se essa melhoria, é fundamental, que o enfermeiro, realize avaliação do desempenho da equipe, para ofertarem uma assistência de qualidade, com os procedimentos conforme a AHA. Uma vez que, o comprometimento cardíaco e pulmonar é conferido pela ausência de pulso, irresponsividade e respiração, o profissional deve estar atento aos sinais, para direcionar as manobras de RCP, aumentando a sobrevida, através de elos: reconhecimento da parada, ativação dos serviços de emergência, iniciar a RCP, realizar desfibrilação e o Suporte Avançado de Vida (SAV) (DARLI *et al.,* 2008).

O Suporte Avançado de Vida (SAV) é complemento dos serviços ofertados no SBV, engloba administração de fármacos, equipamentos, ventilação e os cuidados após o evento PCR (ROCHA *et al.,* 2012). Logo, após a identificação da PCR, deve-se avaliar a cena, certificar se a vítima responde ao chamado, ligar para 192 e solicitar o DEA, iniciar compressões na relação ventilação x compressão com uso da bolsa-válvula-máscara. Se identificar um ritmo chocável, deve-se aplicar um choque e reiniciar a RCP, até unidade móvel chegar ao local. Para o manejo da PCR, deve-se estar atento para as seguintes situações: Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP), assistolia ou Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) (AHA, 2010).

Durante a RCP, analisou-se as dificuldades dos profissionais em reconhecer o ritmo da PCR através do monitor, medicações utilizadas, vias e periodicidade. De

antemão, as drogas utilizadas na RCP são efetivas se associadas as manobras, deve-se ter conhecimento da indicação, mecanismo de ação e efeitos adversos (SBC, 2013).

Variáveis	Profissões	
	Enfermeiros	**Técnicos de enfermagem**
Via de administração		
Correta	77,78%	17,24%
Parcialmente correta	22,22%	82,76%
Fármacos		
Correta	55,56%	31,03%
Parcialmente correta	44,44%	68,97%

Tabela 5: Respostas dos profissionais associadas a via de administração e fármacos utilizados na RCP em Petrolina. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: ESPÍNDOLA *et al.,* 2017.

O profissional deve mensurar os SSVV, realizar Acesso Venoso Periférico (AVP) ou Acesso Venoso Central (AVC), acesso via intraóssea ou via endotraqueal, porém, deve ter capacitação comprovada, realizando procedimento com eficácia, efetividade e qualidade. Desse modo, em relação a cadeia de sobrevivência da AHA para PCRIH e PCREH, preconiza-se a seguinte ordem PCRIH: reconhecer e realizar prevenção precoce; acionamento do serviço de emergência; realizar RCP de alta qualidade; evidenciar desfibrilação; realizar os cuidados pós-PCR e a recuperação do paciente. Na PCREH: acionar serviço médico de emergência; realizar RCP de alta qualidade; desfibrilação ressuscitação avançada; cuidados pós-PCR e a recuperação (AHA, 2020).

No algoritmo da PCR em adultos: deve-se iniciar a RCP, fornecer oxigenoterapia, colocar monitor, analisar se ritmo é chocável: se chocável é em situação de FV/TVSP, dar o choque com a carga mínima e aumentando conforme necessidade, realizar RCP durante 2 minutos e providenciar acesso IV/IO, analisar se ritmo chocável, se sim, realiza a RCP, administra epinefrina a cada 3-5 minutos, considerar via aérea avançada, analisar ritmo chocável, dar choque, retomar RCP, amiodarona ou lidocaína e tratar as causas (AHA, 2020).

Se nestes casos, o ritmo não for chocável realiza-se RCP, AVP com epinefrina, considerar via aérea avançada e tratar causas reversíveis. Entretanto se na primeira análise do ritmo na identificação do paciente, este ritmo não for chocável, como assistolia/AESP, deve considerar RCP, epinefrina em AVP, e via aérea avançada; analisando novamente o ritmo se for não chocável deve realizar RCP e tratar causas reversíveis, analisando o ritmo e for negativo, realizar manobras anteriores. E se for chocável, deve realizar choque, RCP e epinefrina, amiodarona ou lidocaína (AHA, 2020).

Considerando a qualidade da RCP, o profissional realiza manobra comprimindo a região do manúbrio em 5 cm (100-120/min), aguardando o retorno torácico, realizando a troca de profissional para realizar a relação 30:2 (MERCHANT *et al.,* 2020). Em relação a carga do choque na desfibrilação, temos atualmente duas modalidades: Bifásica que compreende dose inicial de 120 a 200 J e a Monofásica com carga de 360 J. O tratamento consiste em dose por via acesso venoso IV/IO, de epinefrina de 1 mg a cada 3 a 5 minutos, amiodarona em bólus dosagem de 300 mg e dose de manutenção de 150 mg ou lidocaína 1 a 1,5 mg/kg e manutenção de 0,5 a 0,75 mg/kg (JEEJEEBHOY *et al.,* 2015).

Deve-se atentar-se para o retorno da circulação espontânea, de pulso, pressão arterial e onda da PA. E em relação ao tratamento das causas reversíveis, estas são conhecidas como os 5H e os 5T (hipovolemia, hipóxia, hidrogênio indicativo de acidemia, hipo ou hipercalemia, hipotermia, tensão do tórax indicativo de pneumotórax, tamponamento cardíaco, toxinas, trombose coronariana e trombose pulmonar) (AHA, 2020).

2.3.4 Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

A SCA são queixas clínicas ou laboratoriais de isquemia aguda, com desequilíbrio no suprimento e demanda de oxigênio para miocárdio, causado por instabilização da placa aterosclerótica. Esse poderá ocorrer em duas formas: IAM com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSSST), ou IAM sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST). Ambos têm apresentações clínicas e eletrocardiográficas semelhantes, sendo distinguidas pelos marcadores de

necrose, sintomas e no diagnóstico utilizando escores como o TIMI, GRACE e BRAUNWALD (LODI-JUNQUEIRA; RIBEIRO; MAFRA, 2011).

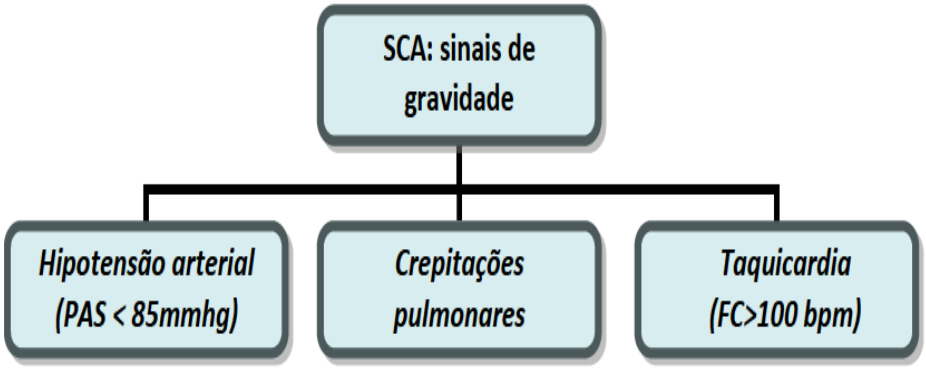


Figura 5: Sinais presentes na SCA. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: BRASIL, 2006.

Na SCA, tendo como primeira classificação IAMCSST, morte de cardiomiócitos ocasionando isquemia acentuada, originada pela trombose pela locomoção da placa aterosclerótica. Desse modo, as chances de desenvolver uma trombólise, associada a vasoespasmos e obstrução do fluxo pela ausência de reperfusão no miocárdio são grandes. Assim, no IAMCSST também existe o fator tempo de evolução (NICOLAU; MARIN, 2001).

O miocárdio apresenta alterações como distúrbios eletrolíticos, morfológicos reversíveis e danos irreversíveis. A partir disso, surgem as apresentações clinicas e queixas, como o IAMCSST, sendo indispensável o manejo do IAM de forma rápida, com diagnóstico precoce, desobstrução da artéria, restruturação do fluxo, profilaxia e prevenção das complicações (PESARO; JÚNIOR; NICOLAU, 2004). O enfermeiro realiza o acolhimento, exame físico, podendo identificar na Ausculta Cardíaca (AC) taquicardia, sopros, presença da terceira bulha e hipotensão e na Ausculta Pulmonar (AP) estertores pulmonares e dispneia (MOFFA; SANCHES, 2001).

Já no IAMSSST compreende apresentações clínicas como as doenças cardíacas isquêmicas, que são as causas de morbimortalidade em todo o mundo. No que concerne a diferenciação, através da isquemia, causa lesões no miocárdico, dano a camada do coração com a liberação de marcadores. Desse modo, SCASSST é heterogênea, gerando risco de óbito. Desse modo, o profissional promove assistência,

classificação de risco, conduz tratamento utilizando antibioticoterapia, antiplaquetários e anticoagulante (SILVA *et al.,* 2015).

2.3.5 Arritmias Cardíacas

São distúrbios na origem e condução do estímulo elétrico do coração. Processo que envolve a atuação das células cárdicas para gerar estímulos elétricos, visto que, o coração realiza excitabilidade, condutividade, contratilidade e automaticidade. Assim, diante do impacto na mortalidade pelas urgências ou emergências cardiovasculares, as arritmias estão associadas em situações como: IAM, embolia pulmonar, pericardite, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), distúrbios eletrolíticos, hipóxia, estresse, uso de drogas e hipotermia (MILLER; ZIPES, 2006).

Logo, as arritmias exigem do enfermeiro e equipe uma assistência baseada na avaliação clínica dos parâmetros para as intervenções. Em relação aos distúrbios fisiológicos, configuram-se na Frequência Cardíaca (FC), funções do órgão alvo e hemodinâmica. Sendo assim, a interpretação das arritmias ocorre pela leitura do ECG, correspondente a 84% dos casos. A interpretação correta do ECG é importante, para determinar alterações e ofertar assistência imediata (RUBART; ZIPES, 2006).

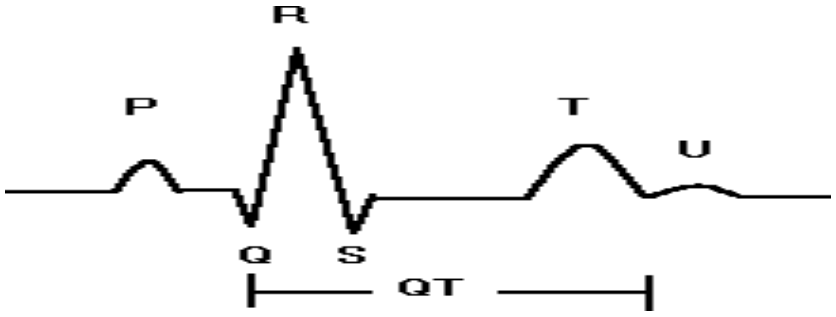


Figura 6: Traçado normal. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: SANTOS, 2014.

As alterações encontradas possuem várias causas, como: isquemia cardíaca, falta de oxigenação do miocárdio, ICC, síndrome coronariana, choque e ventilação

inadequada. Já as causas das arritmias são: desequilíbrios ácido básicos, distúrbios eletrolíticos e endócrinos, valvopatias, uso de drogas, Doenças Pulmonares, Doença Bronco Pulmonar Obstrutiva Crônica (DBPOC), hipóxia tissular e uso de broncodilatadores (ZIMERMAN; PIMENTEL, 2004). Assim, o enfermeiro é essencial no atendimento as arritmias, iniciando pelo acolhimento, exame físico, avaliação dos aspectos hemodinâmicos, análise do ECG, identificando as classificações das arritmias, podendo ser classificadas em: bradiarritmias e taquiarritmias (VIANA, 2011).

A bradiarritmia é uma das classificações da arritmia, possuindo ainda duas subclassificações: bradicardia sinusal e bloqueio atrioventricular. Na bradicardia sinusal, compreende uma das subclassificações das arritmias com um ritmo cardíaco regular e uma FC reduzida, pode ocorrer em atletas e em algumas pessoas no período do sono, conforme imagem do traçado (COSTA; BRADY; EDHOUSE, 2002).

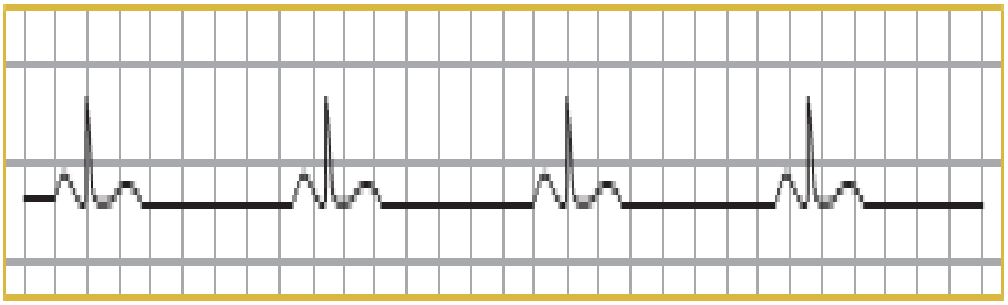


Figura 7: ECG apresentando um evento de bradicardia sinusal. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: FERRER, 2012.

Já no Bloqueio Atrioventricular (BAV) ocorre um retardo na passagem do estímulo no nó sinoatrial para o nó átrioventricular. O BAV origina-se de uma interrupção no processo de condução dos impulsos elétricos entre átrios e ventrículos. Dessa forma, o BAV se apresenta em 1º, 2° e 3° grau. No BAV 1º grau, em forma isolada, sem alterações hemodinâmicas que conferem prejuízos. Logo, o enfermeiro e a equipe devem estar atentos, a qualquer momento, se ocorrer cardiopatia isquêmica, cardiopatia reumática aguda e distúrbio eletrolítico (CONNELLY; STEINHAUS, 1996).

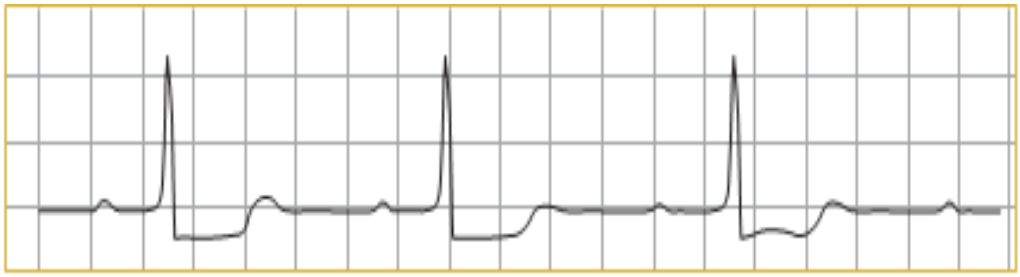


Figura 8: BAV 1º grau, com intervalo PR elevado, mais que 0,20 segundos e a condução AV. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: FERRER, 2012.

Já no BAV 2ºgrau, os impulsos podem ser divididos em: BAV 2º grau - tipo Mobitz I, ocorre prolongamento do intervalo PR, até que que a onda P não anteceda o segmento QRS. Esse evento, não possui um tratamento específico para a esse fim (CARLOS *et al.,* 2018).

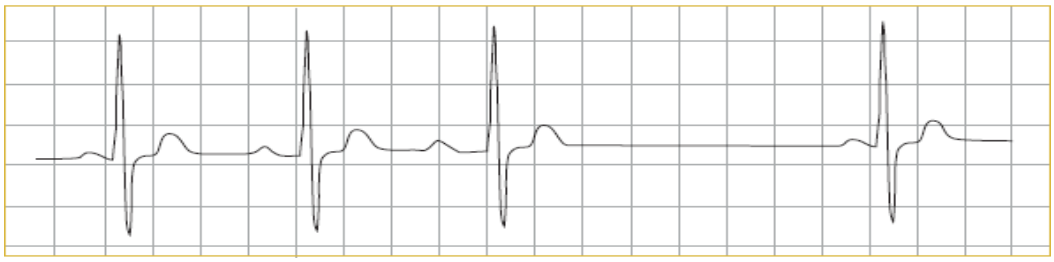


Figura 9: Traçado com BAV 2º grau Mobitz I. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: FERRER, 2012.

O BAV 2º grau quase não ocorre, no entanto, oferta perigo, devido chances de ocorrer um BAV total, com a progressão do impulso elétrico para o nó sinusal e atrioventricular, ocorrendo um bloqueio dos ramos no feixe de His, como consequência a formação de mais de uma onda P para cada complexo QRS (CARLOS *et al.,* 2018).

Figura 10: BAV 2º grau Mobitz II. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: FERRER, 2012.

O BAV 3º grau, confere elevada letalidade, pode-se analisar intervalos PR anteriores a onda P nas derivações, sendo possível que as contrações dos átrios e ventrículos estejam funcionando de forma dissociadas, com onda P sem relação com complexo QRS (CARLOS *et al.,* 2018).

Figura 11: BAV 3º grau. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: FERRER, 2012.

A taquiarritmia, é a segunda classificação da arritmia e classifica-se em: extra-sístole ventricular, taquicardia supra ventricular, taquicardia ventricular, flutter atrial, fibrilação atrial e ventricular. Nela, a ocorrência da Extra-Sístole Ventricular (ESV), condição associada ou não a doença estrutural, com batimento precoce e processo de despolarização dos ventrículos antes do batimento, se o batimento for ventricular, a condução não ocorre corretamente, percebe-se um complexo QRS alargado, com pausa e como sintomatologia: palpitação e desconforto no tórax (GONZALES *et al.,* 2013).

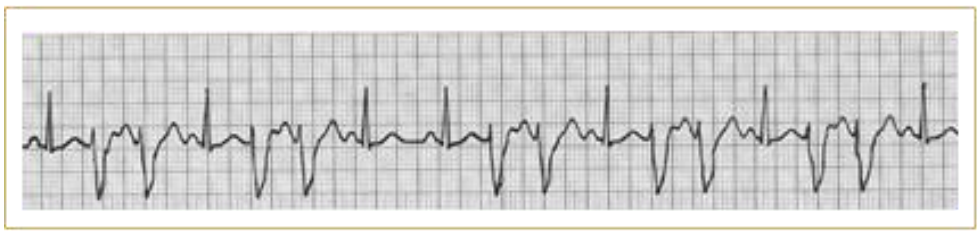


Figura 12: Traçado com ESV. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: NASCIMENTO, 2003.

Na taquicardia atrial ocorre a presença de automaticidade do tecido dos átrios, com batimentos rápidos, focos irregulares, através da aferição da FC que se encontra acima de 100 bpm. Essa taquicardia ocorre nos distúrbios eletrolíticos, IAM, infecções e após uso de drogas (NASCIMENTO, 2005).

Figura 13: Arritmia com presença de TA. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: NASCIMENTO, 2005.

No flutter atrial, é identificado vários impulsos elétricos, a FC atrial entre 250 e 400 bpm, no entanto, é mais rápida, se comparada com nódulo AV, nem todos os impulsos dos átrios irão para o ventrículo, após isso inicia o bloqueio do nódulo AV, pois se todos os impulsos fossem para os ventrículos, a frequência ventricular seria de 250-400, originando a fibrilação ventricular (LEARNEKGS, 2012).

Figura 14: Flutter atrial. Lagarto (SE), 2022
Fonte: LEARNEKGS, 2012.

Na Fibrilacão Atrial (FA) é a desorganização elétrica, que acomete átrios de forma acentuada originando despolarizações dos átrios e formação de impulsos elétricos ineficazes, estase do fluxo sanguíneo, formando trombos contribuindo para a incidência de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi), IAM, tromboembolismo pulmonar e trombose venosa. Na FA, os pacientes apresentam-se sintomáticos ou assintomáticos, dependendo da resposta dos átrios, ventrículos e duração da arritmia. No ECG verifica-se ritmo irregular, ondas P ausentes, ausência do intervalo PR (STROKE SURVIVORS ASSOCIATION OF OTTAWA, 2012).

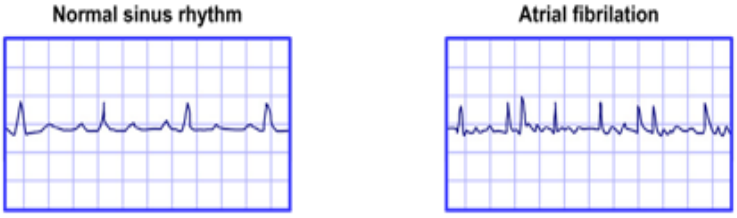


Figura 15: FA no sistema elétrico do coração. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: STROKE SURVIVORS ASSOCIATION OF OTTAWA, 2012.

Diante da FA, os fatores de risco, avaliados em pesquisas apresentando uma contribuição de 39% e 87% para risco nos indivíduos com sobrepeso e obesidade. Associando o peso corporal no nascimento com o desenvolvimento de FA, assim, as mulheres com maior peso corporal no nascimento representam 71% de risco para FA, evidenciando que o controle do peso é importante, para a prevenção dos fatores de risco e DCV (HOBBS *et al.,* 2011). Além disso, a FA acomete faixas etárias avançadas, sendo importante saber a epidemiologia, fenômenos tromboembólicos, elevados índices de internações e elevação da taxa de morbimortalidade, mecanismo fisiopatológico, hemodinâmicos, estruturais e autonômicos (FENELON; JABER, 2009).

As manifestações clínicas, eventos tromboembólicos, os riscos de ocorrência de AVC, risco de mortalidade e insuficiência cardíaca devem ser levados em consideração, assim, a FA está associada a elevada mortalidade devido as causas, sendo os pacientes com disfunção no ritmo mais vulneráveis (KRIJTHE *et al.,* 2000). A fisiologia da FA, compreende propriedades elétricas do miocárdio conectadas e sofrem interferência dos canais iônicos na membrana celular e a ativação celular depende dos canais de sódio, cálcio e potássio, período refratário, ativação celular e potencial de ação (BENJAMIN *et al.,* 1998).

Após isso, ocorre aumento das correntes iônicas, prolongamento do refratário da célula e aumento do potássio, sendo importante as conexinas, proteínas presentes nas junções entre os cardiomiócitos, atuam na permeabilidade permitindo que o impulso elétrico realize seu percurso (KRAHN *et al.,* 1995). O que ocorre na FA são alterações nos componentes da eletrofisiologia das células, ocorrendo o remodelamento elétrico, entrada exagerada de cálcio nas células despolarizadas e frequência alterada, aumento de cálcio e potássio, resultando em elevado potencial de ação na FA (EMDIN *et al.,* 2013).

Destarte, entender a atividade autonômica é importante na ocorrência de FA. Pode-se alterar a atuação do potássio, quando associado a atuação da acetilcolina, ocorrendo a diminuição do potencial de ação, que pode trazer como consequência a estabilização da entrada e acúmulo de cálcio na célula, desencadeando arritmia, mudança no miocárdio do átrio, fibrose, fibras musculares segregadas e prejuízo na condução do impulso (SCHOTTEN *et al.,* 2011).

Outro fator importante é a associação da FA com eventos infecciosos ou inflamatório, em um estudo de caso controle com 56.870 participantes, analisou a relação entre a infecção pelo vírus influenza e o risco de FA, confirmando que a infeção aumenta o risco no desenvolvimento da arritmia, demonstrando concentração de mediadores inflamatórios como interleucina 6 (BRUGADA *et al.,* 1997).

A Taquicardia Ventricular (TV) é a ocorrência de três ou mais Complexos Ventriculares Prematuros (CVP), ocorrendo complexos QRS irregulares, ausência de ondas P, ritmo curto e sem continuidade, podendo estar associada a afecções envolvendo a artéria coronária. O enfermeiro e equipe deve realizar estratificação de risco, identificação, diagnóstico e tratamento imediato (DELACRÉTAZ, 2006). Já na Fibrilação Ventricular (FV) ocorre uma despolarização rápida, irregular e ineficaz nos ventrículos, ausência do complexo QRS normal, FC elevada e desorganizada, ritmo irregular e as ondas modificadas no tamanho e forma, conforme imagem abaixo (AHA, 2012).

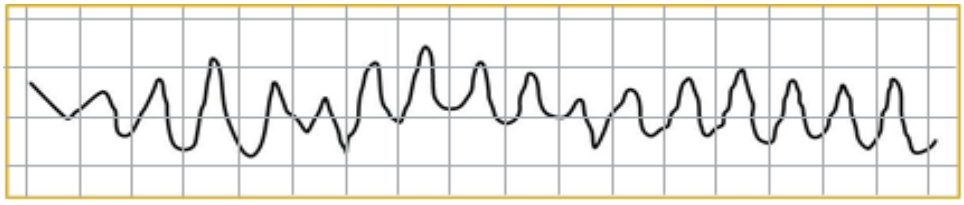


Figura 16: Representação de FV. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: AHA, 2012.

2.3.6 Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Segundo a OMS, a aterosclerose é um dos principais fatores que condiciona a fisiopatologia da maioria das doenças do coração. A liberação da placa de ateroma compromete as artérias coronárias, aorta e artérias cerebrais. Nos aspectos clínicos, evidenciamos oclusão decorrente do trombo que compromete artérias ocasionando o IAM (DIAS *et al.,* 2022).

Clinicamente falando, o IAM possui como causas a ocorrência da aterosclerose, fatores de risco, esforço físico ou estresse emocional, desequilíbrio e diminuição do fluxo sanguíneo. Desse modo, no IAM a manutenção da isquemia com

a presença de obstrução completa e necrose tissular desencadeiam sintomas não específicos de longa duração (MANSUR *et al.,* 2004).

O IAM, conforme Knobel (2002), é o desenvolvimento de uma necrose no miocárdico, decorrente de processo isquêmico severo. Todo esse evento resulta da ruptura da placa de ateroma, formando um trombo, que oclui o interior do vaso, interrompendo o fluxo sanguíneo em uma artéria coronária. Na oclusão da artéria coronária, levando a interrupção do fluxo sanguíneo, resulta na isquemia do miocárdio e atinge o subendocárdio e o subepicárdio. Assim, a gravidade depende de fatores como: tempo e grau de diminuição do fluxo sanguíneo no evento trombótico, consumo de oxigênio e comprometimento do fluxo na artéria coronária e área comprometida (KNOBEL, 2002).

Abaixo encontra-se imagem com a taxa de mortalidade entre 2000-2009 e número de óbitos entre 2018 a 2020 com aumento de 32,26%, apresentando menor valor em 2020 de 9,48, a faixa etária mais acometida entre 50 a 79 anos (75,54%), sendo o sexo masculino com porcentagem de 69,53% e taxa de mortalidade de 9,79 e a taxa de mortalidade feminina de 13,47 (DIAS *et al.,* 2022).

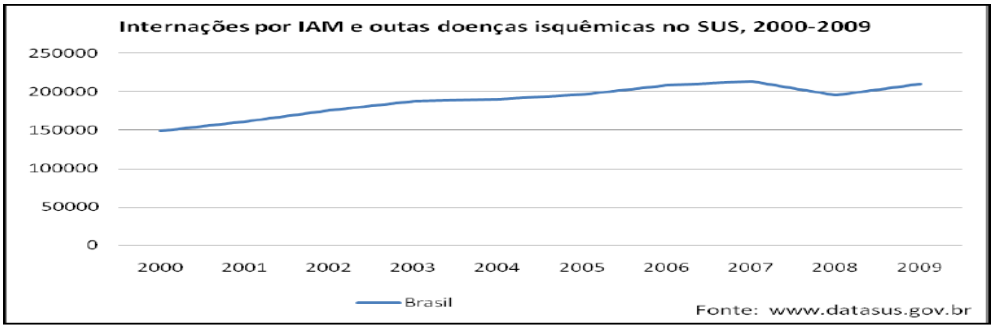


Figura 17: Taxa de mortalidade pelo IAM e doenças entre 2000-2009. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: BRASIL, 2006.

Segundo Carvalho *et al.* (2013), a abordagem inicial preconizada no paciente com dor torácica que configura o IA e na emergência inicia com monitorização do traçado, ritmo cardíaco, FC, PA e SaO_2, providenciar AVP, traçar diagnóstico médico, ofertar aporte de oxigênio, de acordo com protocolo da unidade, planejar os cuidados e cuidados pós-evento (PIRES; STARLING, 2006).

2.4 Conceito de urgência e emergência

Compreendendo a assistência do enfermeiro na promoção da saúde de pacientes com urgência ou emergência cardiovasculares, torna-se indispensável ressaltar acerca do que trata a terminologia urgência e emergência para a saúde pública, compreendendo condições clínicas que envolvem uma assistência imediata dos profissionais na manutenção do quadro clínico e preservação da vida (BRASIL, 2014).

De acordo com a Portaria nº 354 de 10 de março de 2014, trata sobre os termos urgência e emergência, sendo a emergência uma evidência médica, constatando as condições de agravo e comprometimento da saúde, este fato provoca um sofrimento intenso ou risco de morte, devido a gravidade e deve-se promover um tratamento imediato. Já a urgência, compreende a ocorrência inesperada de agravo a saúde, pode promover ou não risco potencial a vida do indivíduo, necessitando de assistência imediata (BRASIL, 2014).

2.5 Urgências e emergências cardiovasculares: características gerais

Segundo a OMS as doenças cardiovasculares são doenças letais, onerosas e as causas de morbimortalidade mundial das últimas décadas. No Brasil cerca de 300 mil pessoas morrem por ano, devido doenças cardiovasculares. Considerando os sexos, nos homens, predominam as doenças isquêmicas do coração e as doenças neurovasculares, enquanto, nas mulheres, predominam as doenças neurovasculares (SBC, 2009).

Nas pesquisas selecionadas, as doenças envolvendo o aparelho cardíaco representam a maior causa de óbito no país, sendo as doenças isquêmicas do coração 80% dos episódios de morte súbita. Diante desta realidade, o MS instituiu a Portaria GM/MS nº 2.420, em 09 de novembro de 2004, que confere a realização de um Grupo Técnico (GT), responsáveis por recomendar novas estratégias para abordagem da morte súbita. Diante das situações envolvendo o risco de morte,

nenhuma das emergências superam a PCR, que compreende a cessação das funções exercidas pelo coração, pulmões, Sistema Nervoso Central (SNC), ausência de pulso central, apneia ou gasping e a inconsciência entre 8 a 12 segundos após avaliação com escala específica (DAL-SASSO, 2013).

Ao mesmo tempo, os aspectos que contribuem para esse surgimento são os fatores de risco predisponentes e que não se modificam quando nos referimos ao alerta ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) existe uma incoerência entre a situação de saúde, transição demográfica e epidemiológica, decorrente das condições crônicas. Entretanto, a resposta social de um sistema ainda fragmentado está voltada às condições agudas (OPAS, 2011).

Para discutir sobre as urgências ou emergências cardiovasculares é essencial falar sobre as Redes de Atenção em Saúde (RAS), publicada no Diário Oficial da União pelo Decreto 7.508, que corresponde as ações de saúde, correspondentes aos níveis de complexidade na garantia da integralidade na assistência à saúde. Logo, a Rede de Urgência e Emergência (RUE), é o modelo adequado para atender os problemas de saúde, envolvendo a equidade e integralidade na assistência. Assim, a Atenção às Urgências e Emergências, aborda respostas rápidas e com Atendimento Pré-Hospitalar (APH), promovendo assistência as urgências ou emergências cardiovasculares (BRASIL, 2011).

No obstante, segundo Alves *et al.* (2019), é possível identificar nos estudos analisados os desafios e a necessidade de qualificação dos profissionais de enfermagem. Além disso, a adesão de uma assistência eficiente através de tecnologias advindas de estudos científicos, como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), com recomendações para otimizar o cuidado, com a assistência eficaz e resolutiva.

2.6 Atual cenário das urgências ou emergências cardiovasculares no brasil

Apesar dos avanços tecnológicos, as doenças cardiovasculares continuam sendo as principais causas de morte, representando 31% de óbitos, segundo a OMS

(SASSO, 2006). Diante dessa perspectiva, deve-se aderir atividades físicas, dieta alimentar saudável, abandono do tabagismo e bebidas alcoólicas, mudanças nos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais e psicológicos.

Entendendo essa premissa, com o advento da Constituição Federal (CF) de 1988, houveram modificações no cenário da saúde brasileira, reconhecida como um direito social e um dever do Estado, com atendimento preconizando princípios e diretrizes do SUS (integralidade, universalidade, equidade, descentralização e territorialização). No Brasil, o modelo de Gestão de Saúde adotado pelo SUS enfatiza como estratégia para organização dos serviços os níveis de atenção: primário, secundário e terciário (SALES *et al.,* 2019).

Desse modo, se tratando de urgência e emergência, os atendimentos nos prontos-socorros obedecem a uma linha de cuidado pautada na Unidade de Emergência (UE), regida em setembro de 2003, pela portaria de 1863, assim, a Política Nacional de Urgência e Emergência (PNUE), visa organizar a rede de urgência e emergência com humanização e atenção às urgências e emergências (NUNES; MELO; SOUZA, 2010).

Diante disso, adentramos na importância da Unidade de Emergência Hospitalar Cardiovascular (UEHC), que dispõe de um atendimento as situações que oferecem ameaça a vida do indivíduo, requer medidas imediatas para atenção às doenças cardiovasculares. Salientando a importância da dinamicidade e excelência da equipe multidisciplinar, preparada para uma assistência qualificada e rápido atendimento; estes profissionais devem deter de uma visão holística, conhecimento, eficácia e eficiência no atendimento (BRASIL, 2013).

Reconhecemos que a emergência de referência em cardiologia no momento são os hospitais e UPAs, a porta de entrada nos serviços de alta complexidade, pois a população busca atendimento, justamente pelas dificuldades no acesso aos níveis anteriores. Dessa forma, a emergência cardiológica é um desafio para os profissionais das unidades de saúde de baixa complexidade, por não ter conhecimento suficiente e prática de alta complexidade, não ter equipamentos avançados e exigir profissionais capacitados (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Assim, foi possível evidenciar nos estudos realizados nas unidades que os diagnósticos possuem relação com o sistema cardiovascular, como: doença cardíaca reumática, Doença Cardíaca Hipertensiva (DCH), aneurisma da aorta, cardiopatia isquêmica, cardiomiopatia e miocardite, doença vascular periférica, doença

cerebrovascular, fibrilação atrial e flutter, endocardite, angina instável/infarto agudo do miocárdio sem supradesnível de ST, dor torácica, crise hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca aguda e taquiarritmias (JENKINS, 2011).

2.7 Fatores de risco associados ao desenvolvimento das urgências e emergências cardiovasculares

Como principais fatores de risco que podem ser associados as urgências ou emergências cardiovasculares, pode-se mencionar a hipertensão arterial, obesidade, sedentarismo, faixa etária acima dos 60 anos de idade, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes melito, dislipidemias, tabagismo, etilismo, história familiar de doenças cardiovasculares e obesidade após ser avaliado o Índice de Massa Corpórea (IMC) (POLANCZYK, 2005).

Esses fatores que envolvem o surgimento das doenças estão associados a outros fatores também como os fatores genéticos, ambientais, sociais, econômicos e culturais. Assim, na medida que estes estão em constante desequilíbrio com o condicionamento do processo saúde-doença, as doenças se originam e comprometem os órgãos, comprometendo a saúde do indivíduo (POLANCZYK, 2005).

2.8 Sinais e sintomas das urgências e emergências cardiovasculares

Segundo Santos e Piaggi (2010), os sinais e sintomas da dor torácica são: dor torácica, desconforto precordial ou retroesternal, dor irradiada para MMSS e MMII, pescoço e mandíbula, além desses, diaforese, náuseas, vômitos, palpitação, vertigem, síncope, dor epigástrica, dispneia, mal estar, indigestão, fraqueza ou apenas sudorese, acompanhada ou não de dor.

Já os prevalentes na DCH são: cefaleia, sonolência, confusão mental, distúrbio visual, náusea, epistaxe, vômito, escotomas cintilantes, zumbidos, fadiga (KANNEL; VASAN; LEVY, 2003). Na PCR a dor torácica, sudorese, palpitações, tontura, desmaio, escurecimento visual, alteração neurológica, débito cardíaco diminuído,

sangramento prévio, ausência de pulso, dispneia e taquicardia (CRUZ; RÊGO; LIMA, 2018).

Nos sinais e sintomas da SCA, que abrange a IAMCSST e IAMSSST pode-se mencionar a dor precordial, que irradia para o MMSS esquerdo, essa dor é persistente e permanece cerca de 20 minutos e só melhora após o repouso ou utilizar nitratos sublinguais, o mesmo sintoma percorre a mandíbula, MMSS e MMII, náuseas, vômitos, mal-estar, dispneia e taquicardia (PESARO; JÚNIOR; NICOLAU, 2004).

Segundo os autores das pesquisas analisadas, os principais sinais e sintomas encontrados nas arritmias e suas subclassificações: bradiarritmias e as taquiarritmias são: fraqueza, fadiga, palpitações, sudorese fria, mal-estar, pulso filiforme, hipotensão, ritmo alterado na 3ª bulha, taquicardia, bradicardia, alteração do nível de consciência, sinais de hipoperfusão periférica, síncope, ingurgitamento jugular, dispneia, extrassístoles, dor torácica, dispneia ou piora da ICC, tontura e síncope (MARTINS *et al.,* 2013).

Dentre os principais sinais e sintomas do IAM são: dor retroesternal, irradiada para membros, apresentando grande intensidade e duração maior que 20 minutos dor epigástrica, dor abdominal, fenômenos vagais, episódios de náuseas, vômitos, diaforese, dispneia, sensação de morte iminente e ansiedade (PIRES; STARLING, 2006).

2.9 Diagnóstico e tratamento das urgências ou emergências cardiovasculares

O diagnóstico de dor torácica, o paciente deve ter um diagnóstico diferencial, que consiste na anamnese, exame físico, exames de imagem: ECG, tomografia computadorizada, ecocardiografia e radiografia de tórax. Considerando os tipos de dor torácica existentes, as causas e a confirmação do diagnóstico após a realização de exames, pode-se afirmar que as principais condutas terapêuticas são: a utilização AAS, inibidor de P2Y12, betabloqueador, nitrato e morfina (JENKINS, 2011).

O diagnóstico da DCH é através da análise do histórico clínico, exame físico e exames laboratoriais, estes avaliam o funcionamento dos rins, quantidade de sódio e

potássio; são realizados o ECG, ecocardiograma, angiografia coronariana e o teste de esforço (BRASIL, 2011).

Como forma de tratamento, não farmacológico, a redução dos fatores de risco e o farmacológico ocorre com o uso de diuréticos, Inibidores adrenérgicos, medicamentos agonistas alfa-2, bloqueadores beta-adrenérgicos, bloqueadores alfa-1 adrenérgicos, vasodilatadores, IECA e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina (POLANCZYK, 2005). Outras formas consistem na realização de cirurgias e aparelhos para aumentar o fluxo sanguíneo, regulador da frequência e ritmo, como marcapasso (DASKALOPOULOU *et al.,* 2015).

O diagnóstico de uma PCR consiste em verificar se há ausência de pulsação da artéria carótida, inconsciência, cianose das extremidades e ausência de respiração (TRESCHAN; PETERS, 2006). O tratamento se dá com a abertura das vias aéreas, identificação do ritmo cardíaco, utilização do desfibrilador e das medicações para o manejo. O tratamento da PCR consiste em realizar um acesso venoso IV/IO, utilizando inicialmente a epinefrina/adrenalina de 1 mg a cada 3 a 5 minutos; amiodarona a primeira dose realizar em bólus, dosagem de 300 mg e de manutenção de 150 mg ou lidocaína de 1 a 1,5 mg/kg e a dose de manutenção de 0,5 a 0,75 mg/kg (JEEJEEBHOY *et al.,* 2015).

O diagnóstico para a SCA consiste na análise e localização da dor precordial, ECG, levando em consideração o tempo de duração de 20 minutos, com indivíduo em repouso; presença de dor que aparece durante a realização de atividades leves a moderadas ou quando ocorre a piora do quadro da angina estável (NICOLAU; MARIN, 2001). Além disso, pode ser usado alguns protocolos com escores de risco, sendo eles: TIMI, GRACE e BRAUNWALD (MOFFA; SANCHES, 2001).

Como medida terapêutica, realizar um AVP, orientar a permanecer em repouso nas primeiras 24h, realizar a monitorização eletrocardiográfica, ofertar suplementação de oxigênio se quadro de congestão pulmonar, dispneia, cianose de extremidades ou $SaO_2 < 90\%$; aplicação de morfina se dor, dosagem de 2 a 4 mg a cada 5 a 15 minutos (JUNQUEIRA *et al.,* 2011). Os nitratos podem ser usados, como o nitrato sublingual dinitrato de isossorbida 5mg, se dor em via EV até 48h e depois VO, em casos de HAS ou congestão pulmonar (PIEGAS *et al.,* 2009).

O Ácido Acetil Salicílico (AAS) é um antiplaquetário nos casos de SCA, a dose é de 160 a 325 mg (orientar que mastigue facilitando a absorção), com manutenção de 100 mg/dia, neste caso, se paciente com SCA, sangramento gastrintestinal em uso de AAS ou clopidogrel ele também deve utilizar fármacos inibidores da bomba de

prótons (JUNQUEIRA *et al.,* 2011). Deve ser utilizado também inibidores da glicoproteína IIB/IIIA, como abciximab e tirofiban; anticoagulantes, como a heparina, anafilactóides; betabloqueadores.

O diagnóstico do IAMCSST ocorre com realização de ECG, exames específicos, marcadores bioquímicos, ecocardiograma e marcadores de necrose (PESARO; JÚNIOR; SANCHES, 2004). Para o manejo, os opioides como morfina com dose 4-8mg, EV, se depressão do SNC naloxone, se bradicardia ou hipotensão usa atropina, nitratos: como o dinitrato de Isossorbida para a dor, nitroglicerina, EV, se congestão. Betabloqueadores se dor anginosa, hipertensão, taquiarritmias, usa-se o metoprolol 5mg, EV, com doses de repetição a cada 5min até 15mg, antiplaquetário como aspirina, anticoagulante como heparina, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e bloqueadores dos canais de cálcio (PESARO; JÚNIOR; SANCHES, 2004).

Já o diagnóstico do IAMSSST analisa-se os fatores de risco que causam SCA, tais como, anemia, problemas na tireoide, febre ou alterações metabólicas. O profissional também realiza o exame físico direcionado para a causa. Como critérios diagnósticos é o aumento do marcador de troponina I acima do percentil 99, queixas como dor torácica anginosa, realiza-se o ECG evidenciando a alteração do supradesnivelamento ST, inversão de onda T, ecocardiograma e cintilografia miocárdica, apresentando falhas na reperfusão do miocárdio. Já nos exames bioquímicos e de imagem, utiliza-se marcadores de necrose miocárdica, troponina I, exame de glicemia, função renal, hemograma completo, TP, TTPA, lipidograma, radiografia de tórax (BRAUNWALD, 2006).

Para o tratamento realiza-se AVP, deve ofertar uma oxigenoterapia com oferta de baixo fluxo (1-2 l/min por cateter nasal) se $SaPO_2 < 90\%$, dispneia, hipoxemia ou insuficiência respiratória (MARIN e*t al.,* 2003). O enfermeiro deve atentar a monitorização dos SSVV, realizar administração de AAS, VO, dosagem de 300mg e depois uma dosagem de manutenção de 100 mg diários, clopidogrel, VO, dose de 300mg e dose de manutenção de 75 mg diários, morfina 2 a 4 mg a cada 10 minutos, manutenção de 5 a 15 minutos, beta-bloqueadores com o metoprolol, EV, dose de 15 mg e de manutenção de 200 mg, VO, por dia, atorvastatina com dose de 80 mg/dia, a Heparina não Fracionada (HNF) com dose de 60 UI por kg e infusão de manutenção de 12UI/kg/hora (GALLIANO; MIRANDA, 2019).

O diagnóstico das arritmias ocorre através da análise do batimento cardíaco, com estetoscópio, identificando pulso irregular, ECG, Holter-24 horas e o estudo eletrofisiológico (ASHLEY; NIEBAUER, 2004). O tratamento consiste em AVP de grosso calibre, monitorização do ECG e SSVV, conectar uma solução salina de 10 ml, mas deixar fechado; adenosina 6 mg em Bólus e rapidamente, seguida da solução salina, manter o controle da pressão arterial e do pulso (LOPES; GUIMARÃES; LOPES, 2010).

O diagnóstico da bradiarritmia realiza-se exame físico, ECG, Hemograma, TSH, potássio, ELISA, hemoculturas, ecocardiograma e Holter-24 horas. O tratamento consiste no controle dos fatores de risco e o tratamento farmacológico com atropina em bólus, 0,5 mg, EV, a cada 3-5 minutos e dosagem máxima de 3 mg. Se ineficaz, considerando a dosagem máxima, utilizar dopamina ou epinefrina (AHA, 2012).

O diagnóstico da taquiarritmia realiza-se uma avaliação inicial, anamnese, exame físico, ECG, ecocardiograma transtorácico e Holter-24 horas. E o tratamento com manobras vagais, como a massagem do seio carotídeo e a manobra de Valsalva. De acordo com a análise de uma diretriz norte americana, a primeira linha para o tratamento são os betabloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio, adenosina, amiodarona, diltiazen, verapramil e ibutilide (SCUOTTO; CIRENZA, 2015).

O diagnóstico do IAM é realizado levando em consideração o quadro clínico, alterações eletrocardiográficas e elevação dos marcadores bioquímicos de necrose no ECG apresentando supra do segmento ST ou BRE, sendo critérios suficientes para reperfusão (PERERIA *et al.,* 2011). Após a confirmação do diagnóstico pelo ECG, é realizado AVP para administração do medicamento; deve acomodar o paciente no leito, para repouso absoluto nas 12 horas após administração, devido a dor intensa utilizam-se a analgesia, aporte de oxigenoterapia, se dispneia ou uma saturação de oxigênio inferior a 90%, por máscara ou cateter nasal, de 2-4 l/min (PESARO *et al.,* 2008).

Além desses, podemos destacar a nitroglicerina, na redução do oxigênio, dilata as veias e aumenta o fluxo de sangue na artéria, para reversão do quadro de isquemia do miocárdio, anticoagulantes, betabloqueadores, atuam na redução da pressão arterial, frequência cardíaca e consumo de oxigênio, monitoramento dos SSVV (ROCHA *et al.,* 2012). Na pesquisa analisada, algumas autoras, colocam em destaque a importância dos trombolíticos no IAM conforme mostra o quadro abaixo, em que enfatizam que a reperfusão com trombolítico é utilizada em pacientes com dor

torácica, supradesnivelamento do segmento ST igual ou superior a 1 mm e BRE (SALLUM; PARANHOS, 2010).

Estreptoquinase (SK)	Alteplase (t-PA)	Tenecteplase (TNK)
Proteína extraída através de uma cultura do estreptococos e ativa o plasminogênio. Apresenta melhor custo benefício.	É derivada de cadeia recombinante, esta, ativa o plasminogênio, que está ligado à fibrina, e é seletiva ao coágulo. Seu uso confere redução da mortalidade.	É recombinante da fibrina, derivado t-Pa, por modificações genéticas. TNK liga no trombo, converte o plasminogênio, que degrada fibrina do trombo.

Tabela 6: Trombolíticos utilizados na terapia com pacientes com IAM. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: SALLUM; PARANHOS, 2010.

3 RESULTADOS

O quadro abaixo destaca os principais fatores relevantes acerca das literaturas que foram utilizadas para embasar o desenvolvimento das etapas, resultados e discussão referente ao estudo proposto. Dessa forma, esta tabela enfatiza o título do estudo, autores, país e ano de publicação, tipo de estudo, objetivo e metodologia.

Título do estudo	Autores	País/Ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivo	Metodologia
A importância da consulta de enfermagem cardiológica na prevençã o de doenças e promoçã o da saúde.	GOMES, A. F. *et al.*	Brasil/2021	Revisão bibliográfica.	Identificar quais são os benefício s em se realizar a consulta de enfermagem com foco cardiológico para la prevención de enfermedades y promocion de la salud.	Revisão bibliográfica, tipo integrativa, nos idiomas português, inglês e espanhol, nos últimos dez anos nas bases SCIELO, LILACS, MEDLINE e BVS.
Tecnologias educacio	SOUZA, A. C. C. de;	Brasil/2014	Revisão integrativa.	Investigar as tecnologi	Revisão integrativa, por meio das bases PubMed, SciELO e

nais desenvolvidas para a promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa.	MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P.			as educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos.	LILACS, utilizando 15 artigos.
Ações educativas na práxis do cuidado em doenças cardiovasculares: um relato de experiência.	LIMA, M. G. R. de *et al.*	Brasil/2012	Relato de experiência.	Descrever as atividades de promoção, prevenção, recuperação e tratamento de doenças cardiovasculares desenvolvidas na prática assistenci	Relato de experiência através do Laboratório de Hemodinâmica, de setembro de 2009 a julho de 2010, no período de estágio do Curso de Enfermagem.

				al, juntamente com os usuários cardiopatas ou portadores de algum fator de risco à doença	
Pacientes com doenças cardiovasculares: um olhar sobre a assistência de enfermagem.	PINTO, I. F. *et al.*	Brasil/2019	Revisão integrativa.	Identificar as produções científicas brasileiras que evidencia a assistência de enfermagem aos pacientes com doenças cardiovasculares.	Realizada na BVS, LILACS e SCIELO, a partir dos descritores e separados entre si pelo operador AND.

“Assistência e prevenção às doenças cardiovasculares”: a importância do projeto de extensão.	PARRA, A. V. *et al.*	Brasil/2019	Revisão bibliográfica.	Descrever as atividades realizadas pelos acadêmicos integrantes do projeto de extensão “Assistência e Prevenção às Doenças Cardiovasculares”, a fim de associar a importância das atividades aos discentes e à comunidade.	Revisão bibliográfica, com estudos entre 1980 a 2018, e elaboração de projeto de extensão.

Necessidades coletivas e individuais de saúde de populaçã o com doença cardiovascular.	BUSANELLO, J. *et al.*	Brasil/2013	Estudo teórico-reflexivo.	Resgatar considerações acerca das necessidades coletivas e individuais de saúde da populaçã o com doença cardiovascular e as contribuiç ões da Enfermagem nesse panorama, relativizando-as com os critérios de análise das prioridades de saúde	Estudo teórico-reflexivo, discute as contribuições da Enfermagem na doença cardiovascular, de acordo com critérios de prioridades de saúde pública da OMS.

				pública, destacadas pela Organização Mundial da Saúde.	
Consulta de enfermagem como ferramenta Utilizada para detecção de fatores de risco para doenças cardiovasculares.	SILVA, J. F. da; SILVA, P. C. P. de O. da; RIBEIRO, A. da S.	Brasil/2020	Revisão integrativa.	Identificar como o enfermeiro, dentro da consulta de enfermagem, detecta os fatores modificáveis para a prevenção das doenças cardiovasculares.	Estudo com abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa, com base na BVS e critérios de inclusão e exclusão.

Tabela 7: Referencial teórico coletado das pesquisas científicas de acordo com título do estudo, autores, país/ano de publicação, tipo de estudo, objetivo e metodologia. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: Autoria própria, 2022.

O quadro acima conta com literaturas utilizadas para a construção dessas etapas, nas quais, pode-se salientar um quantitativo de 7 artigos, entre os anos de 2013 a 2021. Sendo delimitado como requisito de busca um intervalo entre 2016 a 2022, para serem analisadas de forma atualizada sobre a temática abordada. E

conforme o gráfico abaixo mostra o quantitativo de pesquisas x bases de dados utilizadas.

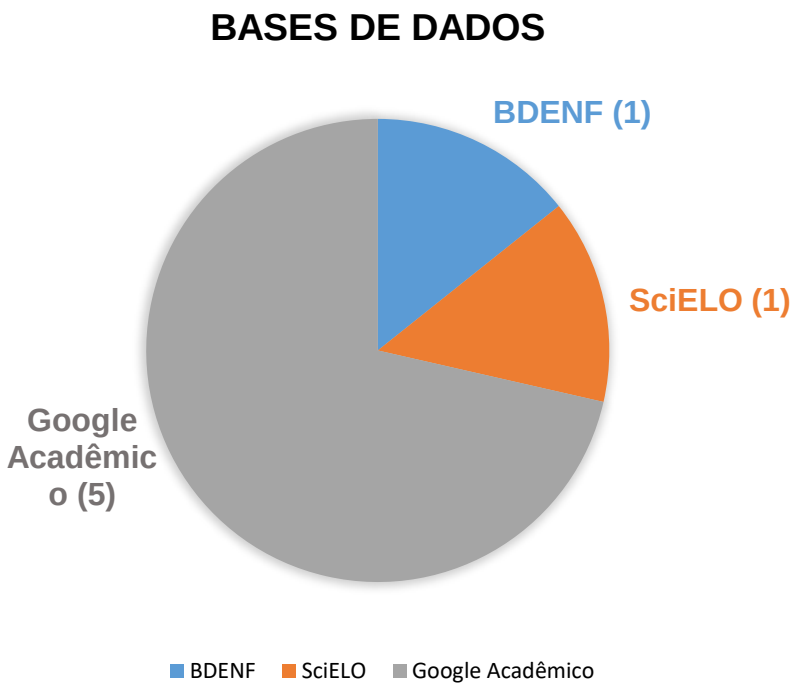


Gráfico 1: Relação quantitativo de pesquisas x bases de dados utilizadas nessa tabela. Lagarto (SE), 2022.
Fonte: Autoria própria, 2022.

4 DISCUSSÃO

Segundo Gomes *et al.* (2021), relata que as doenças cardiovasculares são um grande problema e atualmente gera gastos em todos os níveis de atenção à saúde, sendo a maioria dessas doenças previsíveis. Aponta que alguns fatores de riscos são prejudiciais como: dislipidemia, HAS, DM, sobrepeso, estresses, tabagismo e outros, onde deve-se aderir hábitos saudáveis como: alimentação saudável, atividade física e consumo de pequena dose de álcool). Assim, a enfermagem atua antes e após a instalação do problema de saúde, ressaltando a importância da consulta de enfermagem, realizando o exame físico e anamnese, para identificação dos fatores de risco, para planejar e implementar ações para o cuidado, prevenção de agravos e promoção da saúde.

Mediante Souza, Moreira e Borges (2014), enfatiza a importância dos serviços de Telesaúde, sob três perspectivas: transmissão em tempo real dos dados entre profissionais e pacientes; disposição de telefone para facilitar comunicação e promoção da saúde e equipe especializada disponível 24 horas para retirar dúvidas; estes serviços podem ser liderados pelo enfermeiro; enfatiza a importância dos programas de saúde para modificação do estilo de vida, prática de atividade física, alimentação saudável e construção de princípios básicos, reduzindo os níveis lipídicos, plasmáticos, colesterol, glicemia e HAS em 11 mmHg. Assim, as ações são efetivas com o envolvimento da população, o que resultou em promoção da saúde, prevenção dos fatores de riscos para DVC e DCNT.

De acordo com Lima *et al.* (2012), destaca a importância da participação popular na promoção da saúde, através das atividades educativas, realizadas em pontos estratégicos como na admissão dos mesmos nas unidades de saúde, com técnicas grupais e nas visitas domiciliares promovendo a co-responsabilidade no processo de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação após ser acometido pela doença, destacando a importância da relação usuário x serviço, pois, estes andam em conjunto no processo do cuidado.

Mediante Pinto *et al.* (2019), salienta que a identificação das vulnerabilidades é uma estratégia promissora para o cuidado. Diante disso, o enfermeiro deve orientar a pessoa, ofertando ações envolvendo o apoio, cuidado e orientação para o autocuidado com qualidade e bem estar, minimizando os agravos, uma vez que as DCV conferem instabilidade das funções cardíacas. Logo, a educação em saúde é um importante aliado na promoção da saúde, pois possibilita a reflexão e consciência crítica sobre o autocuidado com a saúde e esse processo envolve todas as dimensões do sujeito.

Conforme Parra *et al.* (2019), a doença cardiovascular possui relação direta com os fatores de riscos e fatores sociais, econômicos, biológicos e entre outros, respectivamente, esses últimos devem ser ofertados tendo em vista a igualdade de oportunidades para o conhecimento, enfrentamento dos fatores de riscos, controle dos determinantes em saúde com a participação efetiva nas ações integradas. O enfermeiro nesse cenário exerce papel fundamental na assistência e tratamento, através do raciocínio crítico e clínico, conhecimento, empatia e sendo um agente transformador proporcionando autonomia ao paciente para a mudança no estilo de vida.

Conforme Buzanel *et al.* (2013), dispõe que as estratégias de controle das DCV serão efetivas mediante a participação intersetorial, com destaque para os determinantes sociais e dispondo da equidade como centro das políticas públicas, e o enfermeiro nesse cenário deve dispor de assistência em todas as esferas de saúde, atentando-se para os fatores de risco, socioeconômicos, culturais e dificuldades que interferem na promoção da saúde e tratamento. No entanto, existem poucas produções científicas da enfermagem envolvendo DCV e a equidade, o que será possível com sua atuação na construção e implementação de políticas envolvendo não somente assistência, mas identificação das necessidades.

Como afirma Silva, Silva e Ribeiro (2020), salienta que a taxa de mortalidade por DCV não tratadas é elevado, o que faz refletir na estratégia de captação por meio da consulta de enfermagem, visto que, possui autonomia e embasamento para realização e identificação de fatores de risco modificáveis e não modificáveis de forma precoce para definição da terapêutica ao indivíduo. Ressaltando que o plano terapêutico de cada afecção, deve ser traçado conforme a relevância social, financeira e familiar, refletindo na mudança dos fatores de risco, comportamento e adesão ao tratamento para a qualidade de vida.

4.1 O profissional e o contato direto com o paciente com urgência ou emergência cardiovascular

De acordo com Calil (2007), o enfermeiro encontra-se em um lugar de destaque no atendimento aos pacientes com urgência ou emergência cardiovascular ou qualquer enfermidade. Portanto, é fundamental que este possua o conhecimento da fisiopatologia do órgão e das doenças, entenda o modelo organizativo da classificação de risco, alterações clínicas e eletrocardiográficas, principais terapêuticas e cuidados às emergências cardiológicas.

Mediante a análise das pesquisas acerca do tema torna evidente que a equipe de enfermagem durante as atribuições, deve estar sempre atenta as queixas do paciente. Diante disso, o enfermeiro tem a responsabilidade de ofertar o cuidado também através da atenção a expressão dos sentimentos do paciente. Observando

as expressões faciais, alterações nos sinais vitais e agitação; planejando estratégias visando uma boa recuperação (ALVES *et al.,* 2013).

É de suma importância as ações desempenhadas pela enfermagem, preconizando a humanização, voltadas para indivíduo, família e coletividade. Uma vez que, enfrenta o problema na presença do familiar que se encontra preocupado, assim, o enfermeiro é o facilitador, promovendo orientação e esclarecendo as dúvidas. Sendo imprescindível a educação em saúde para o autocuidado dos envolvidos. Além disso, deve promover condições para adaptação à nova realidade, orientação para o conhecimento das alterações nos sinais e sintomas e os cuidados gerais (EVANGELISTA *et al.,* 2016).

É válido destacar que o atendimento realizado pelo enfermeiro visa atender a demanda com abordagem rápida, avaliação clínica, exame físico, monitorização, procedimentos, avaliação do ECG e dos marcadores de necrose miocárdica e manejo terapêutico inicial (CALIL, 2007). O enfermeiro é considerado de suma relevância, pois, realiza a escolha dos protocolos utilizados para o manejo das emergências cardiovasculares, a partir da primeira avaliação deste profissional. Diante disso, preocupa-se com a realização do cuidado com excelência, possui um envolvimento na elaboração dos protocolos, essenciais para a terapêutica das emergências cardiovasculares, como execução técnica e capacitação permanente da equipe, para que os protocolos sejam efetivados de forma padronizada (CINTRA, 2005).

Assim, ao admitir um paciente, o enfermeiro deve acolhê-lo de forma humanizada, criando vínculo, proporcionando os cuidados, assistência a toda família, diante da hospitalização. Esse cuidado vai além do processo de internação, demandam atenção de alta complexidade, necessitando de embasamento para o cuidar em saúde. Logo, o enfermeiro é um educador em saúde, para que o paciente tenha corresponsabilidade com a saúde (BERTTINELLI *et al.,* 2007).

Logo, a assistência do enfermeiro na promoção da saúde em pacientes com urgência ou emergência cardiovascular é crucial, visto que dispõe de aptidão para ofertar o cuidado de acordo com a necessidade, associado ao medo da morte, invalidez, ansiedade e angústia. Com isso, o enfermeiro planeja ações, estratégias e direciona programas de educação à saúde, orientando sobre o conhecimento da doença e ações de suporte a vítima. Logo, condutas são cruciais, estabelecendo sobrevida de pacientes, resolução do problema e restauração da saúde, suporte

psicológico, emocional, redução de estresse e ansiedade na ocorrência dos sintomas e suporte familiar (GIL *et al.,* 2012).

5 CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem na promoção da saúde dos pacientes com urgência ou emergência cardiovascular, no meio extra-hospitalar ou intra-hospitalar consiste na execução com rapidez, destreza, habilidade, competência, aptidão e reconhecimento dos sinais e sintomas precocemente, conhecimento em ECG, analisando os resultados dos marcadores cardíacos, além disso, conhecendo complicações e prevenindo-as.

Pode-se afirmar que o enfermeiro durante a vida acadêmica obteve um conhecimento acerca de anatomia, fisiologia e as doenças correspondentes aos órgãos que desempenham suas funções. No entanto, esse conhecimento é muito limitado, o que torna essencial, que o profissional possa obter conhecimento acerca das variadas doenças, causas, sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento (farmacológico e não-farmacológico), como forma de promover a saúde e prevenir riscos e agravos.

Entendendo as mudanças na longevidade, compreende-se que as DCV são as principais causas de mortalidade em diversas idades, desse modo, a longevidade está atrelada a qualidade de vida e saúde do indivíduo, o que não necessariamente está atrelado a ausência de doença. Logo, é de suma importância que o profissional realize as consultas de enfermagem, implemente as políticas públicas, realize as consultas de HIPERDIA, assim como, realize a captação de usuários suscetíveis ao desenvolvimento de DCV, preconizando a promoção da saúde e educação em saúde para modificação dos fatores de risco modificáveis.

Este profissional é de suma importância na execução das relações de confiança e segurança envolvendo paciente, família e profissional. Para isso, o enfermeiro e a equipe devem dispor de escuta qualificada as queixas do paciente, solicitar exames corretos para o diagnóstico com precisão e precoce, estar atento a ação dos medicamentos, farmacodinâmica, farmacocinética e possíveis alterações.

O estudo demonstrou que o enfermeiro ainda necessita adquirir novos conhecimentos, atualizar as práticas e conhecer atualizações, relacionadas ao tema, participando de eventos pertinentes ao assunto. Não obstante, a assistência de enfermagem, engloba estratégias, visando o cuidado, saúde e qualidade vida, diante

de urgências ou emergências cardiovasculares. Como líder, e em qualquer unidade, é função do enfermeiro coordenar a equipe e gerenciar a assistência, para que o paciente obtenha a assistência e resolubilidade do problema de saúde apresentado.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. **Suporte avançado de vida em cardiologia:** emergência em cardiologia. Editora: Elsevier, 2013.

ALVES, T. E. *et al.* Atuação do enfermeiro no atendimento emergencial aos usuários acometidos de infarto agudo do miocárdio. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, 7 (1):176-83, 2013.

ALVES, T. E. de A. *et al.* Diretrizes de enfermagem na assistência pré-hospitalar para urgências/ emergências cardiovasculares. **Enfermagem em Foco**, 10 (5):173-178, 2019.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.** Dallas: AHA, 2010.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das diretrizes da American Heart Association 2015: atualizações das diretrizes para RCP e ACE.** DALLAS, Texas, 2015.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association.** 2020.

ANDERSON, J. L. **Infarto Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST e complicações do infarto do miocárdio.** Goldman – Cecil Medicina, v. 1, 25ª edição, Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2018.

ANDRADE, J. M. **Anatomia coronária com angiografia por tomografia computadorizada multicorte.** Radiologia Brasileira, 39 (3):233–236, 2006.

ARAÚJO, R. D.; MARQUES, I. R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 676-80, nov./dez., 2007.

ARRUDA, N. L. O. *et al.* Percepção do paciente com a segurança no atendimento em unidade de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4445-54, 2017.

ARUTO, G. C.; LANZONI, G. M. de M.; MEIRELLES, B. H. S. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 21 n. especial:01-09, 2016.

ASHLEY, E. A.; NIEBAUER, J. **Cardiology explained.** London: Remedica, 2004.

BAGGIO, M. A. *et al.* Descoberta da doença cardiovascular: associando causas e vivenciando o contexto da instituição hospitalar de referência. **Revista de Enfermagem UERJ**, RJ, 2016.

BARRETO, M. S. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. **Revista Rene**, v. 16, n. 6, p. 833-41, 2015.

BASSAN, R. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 79 (sup. 2), p. 1-22, 2002.

BASSAN, R.; GIBLER, W. B. Unidades de dolor torácico. **Revista Espanhola de Cardiologia**, v. 54, n. 9, Septiembre, 1103-1109, 2001.

BASTOS, A. S. *et al.* Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, 2012.

BENJAMIN, E. J. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. **Circulation**, 98 (10):946–952, 1998.

BENTO, M. A. *et al.* **Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda.** 21 f. Hospital Sírio Libanês, 2013.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências: parte II - buscando as evidências em fontes de informação. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 1, 2014.

BERTI, S.; SOUSA, E. Arteriografia coronária com cateter de muito baixo perfil. Eficácia e segurança do procedimento e da alta hospitalar aos 60 minutos. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 70 (1), janeiro, 1998.

BERTTINELLI, *et al.* Internação em unidade de terapia intensiva, experiência de familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 28, 377-384, 2007.

BOCCHI, E. A. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíacacrônica - 2012. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 98 (1 Supl. 1):1-33, 2012.

BOMBIG, M. T. N.; POVOA, R. Cardiopatia hipertensiva: aspectos epidemiológicos, prevalência e fator de risco cardiovascular. **Revista Brasileira de Hipertensão**,15 (2):75-80. 11, 2008.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BOTELHO, O. R. M. *et al.* Uso do metrônomo durante a ressuscitação cardiopulmonar na sala de emergência de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.** Cadernos de Atenção Básica nº 14, Brasília, 56 p., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção as emergências e emergências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção ras.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 96p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das doenças não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde. p. 1-160, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde. **Caderno de informação de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 354 de 10 de Março de 2014.** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (2021-2030).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRAUNWALD, E. **Tratado de Doenças Cardiovasculares.** 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

BREVIDELLI, M. M, DOMENICO, E. B. de. **Trabalho de conclusão de curso:** guia prático para docentes e alunos da área da saúde**.** 2ª ed., São Paulo: Iátria, 2008.

BRUGADA, R. *et al.* Identification of a genetic locus for familial atrial fibrillation. **N Engl J Med.** 336 (13): 905–11, 1997.

BUSANELLO, J. *et al.* Necessidades coletivas e individuais de saúde de população com doença cardiovascular. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, 7(esp):7195-9, dez., 2013.

CALIL, A. M. **O enfermeiro e a situação de emergência.** São Paulo: Atheneu, 2007.

CARLOS, A. *et al.* Arritmias cardíacas na sala de emergência e uti. Bradiarritmias: como identificar e tratar o paciente com baixa perfusão. **Revista Sociologia e Cardiologia**, Estado de São Paulo, 28 (3): 296-301, 2018.

CARVALHO, A. A. de. Assistências de enfermagem em emergências cardiovasculares. **Revista Miríade Científica**, v. 4, n. 1, 2 Set., 2019.

CESAR, L. A. M.; TIMERMAN, A. **Manual de cardiologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

CINTRA, A. E. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** 2. ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

CONNELLY, D. T.; STEINHAUS, D. M. Mobitz type I atrioventricular block: an indication for permanent pacing? **Pacing Clin Electrophysiol.** 19 (3): 261-4, 1996.

CORREA, B. R.; CAVALCANTE, E.; SANTOS, E. A. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Nov., 8 (1):25-9, 2010.

COSTA, D. da; BRADY, W. J.; EDHOUSE, J. Bradycardias and atrioventricular conduction block. **BMJ**. 324 (7336): 535-8, 2002.

CRESPO, X.; CURELL, N.; CURELL, J. **Atlas deaAnatomia e saúde.** Paraná: Editora Bolsa Nacional do Livro, 2012.

CROSSETTI, M. da G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor cientifico que lhe é exigido. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 8-9, 2012.

CRUZ, D. D. A. L. M. D.; PIMENTA, C. A. D. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13 (3), 415-422, 2005.

CRUZ, L. L. da C.; RÊGO, M. G. do; LIMA, E. C. de. O enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar: desafios do cotidiano. **REFACI**, Brasília, 2018.

DAL SASSO, G. T. M. **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem:** linha de cuidado nas urgências/emergências cárdio e neurovasculares. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2013. 109 p.

DASKALOPOULOU, S. S. *et al.* The Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. **Can J Cardiol.** v. 31, n. 5, p. 549-68, 2015.

DARLI, M. C. B. *et al.* New guidelines for cardiopulmonary resuscitation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Nov/Dec, 16 (6): 4-7, 2008.

DELACRÉTAZ, E. Clinical practice. Supraventricular tachycardia. **N. Engl. J. Med.,** 354 (10): 1039-51, 2006.

DIAS, J. L. Análise epidemiológica de infarto agudo do miocárdio e outras doenças isquêmicas do coração no Brasil nos últimos 10 anos. **Revista de Saúde**, Dez/Mar.; 13 (1):73-77, 2022.

EMDIN, C. A. *et al.* Atrial fibrillation as risk factor for cardiovascular disease and death in women compared with men: systematic review and meta-analysis of cohort studies. **BMJ**, 532:h7013, 2016.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. de; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

ESPÍNDOLA, M. C. M. *et al.* Parada cardiorrespiratória: conhecimento dos profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Português/Inglês **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, 11 (7): 2773-8, jul., 2017.

EVANGELISTA, C. V. *et al.* Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 1099 -1107, 2016.

FENELON, J.; JABER, J. Qual é o risco da ablação da fibrilação atrial? Resultados do registro multicêntrico internacional. **Jornal SOBRAC**, 13:15, 2009.

FERRER, M. A. **Cuidados 2.0 Tutoriais:** eletrocardiogramas. 2012.

FIELD, J. M. *et al.* Part 1: Executive Summary 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation [Internet].** Nov., 122 (18 Suppl 3): S640-56, 2010.

FRAGA, A. S., SÁ, C. K. C. de, TENÓRIO, M. C. C. Mortalidade por doença cardíaca hipertensiva nas macrorregiões brasileiras. **Revista Ciência e Saúde**, abr.-jun., 10 (2):77-81, 2017.

FREITAS, R. B.; PADILHA, J. C. Perfil epidemiológico do paciente com infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Revista de Saúde Faculdade Dom Alberto**, v. 8, n. 1, p. 100-127, jan./jun., 2021.

GALLIANO, F. T.; MIRANDA, C. H. Síndrome Coronariana Aguda (SCA) sem Supradesnivelamento do Segmento ST (SSST). **FMRP USP**, Ribeirão Preto, 2019.

GALVÃO, M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. A busca das melhores evidências. **Revista Escola de Enfermagem USP**, dez., 37 (4):43-50, 2003.

GIL, G. P. *et al.* Evolução clínica de pacientes internados em decorrência do primeiro episódio da síndrome coronariana aguda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 20 (5):8, 2012.

GOLDMAN, L. *et al.* **Goldman-Cecil Medicina interna.** 25th ed., Elsevier, 3112 p., 2018.

GOMES, A. F. *et al.* A importância da consulta de enfermagem cardiológica na prevenção de doenças e promoção de saúde. **Saúde Coletiva**, (11), n. 63, 2021.

GONZALEZ, M. M. *et al.* I Diretriz de Ressuscitação CárdioPulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da SBC. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2013.

GYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia humana e mecanismo das doenças.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

HERLIHY, B.; MAEBIUS, N. K. **Anatomia e fisiologia do corpo humano saudável e enfermo.** Barueri: Manole, 2002.

HOBBS, F. D. R. *et al.* Performance of stroke risk scores in older people with atrial fibrillation not taking warfarin: comparative cohort study from BAFTA trial. **BMJ**, 342, 2011.

HOEY, E. T. D. *et al.* The role of imaging in hypertensive heart **Disease. Int J Angiol**., Jun., 23 (2):85-92, 2014.

JENKINS, P. **Nurse to Nurse:** Interpretação do Eletrocardiograma em Enfermagem. Porto Alegre: AMGH Ltda, 2011.

JEEJEEBHOY, F. M. *et al.* For the american heart association emergency cardiovascular care committee, council on cardiopulmonary, critical care, perioperative and resuscitation, council on cardiovascular diseases in the young, and council on clinical cardiology. Cardiac arrest in pregnancy: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**. 132 (18):1747-1773, 2015.

JÚNIOR, A. J. M. S. **Perfil epidemiológico dos pacientes que foram a óbito com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST nos anos de 2013 a 2018 em hospital público de Teresina-Piauí.** Trabalho de Conclusão de Curso. UNI NOVAFAPI Centro Universitário. Teresina-Piauí, 2019.

JUNQUEIRA, L. L. *et al.* Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda.** Belo Horizonte, 49 p., 2011.

KANNEL, W. B.; VASA, R.; LEVY, D. Is the relation of systolic blood pressure to risk of cardiovascular disease continuous and grade dor are there critical values? **Hypertension**, 42 (4):453-6, 2003.

KNOBEL E. *et al.* **Neurologia:** terapia intensiva**.** São Paulo: Atheneu, 2003.

KRAHN, A. D. *et al.* The natural history of atrial fibrillation: incidence, risk factors, and prognosis in the Manitoba Follow-Up Study. **Am J Med.**, 98 (5):476–84, 1995.

KRIJTHE, B. P. *et al.* Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. **Eur Heart J**., 34 (35):2746-51, 2013.

LEARNEKGS. **Rules for Atrial Flutter.** 2012.

LEMOS, K. F. *et al.* Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 129-135, 2010.

LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. de F. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, PR, 2015.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 8 :383-92, 2001.

LIMA, M. G. R. de *et al.* Ações educativas na práxis do cuidado em doenças cardiovasculares: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFSM,** 2 (2): 449-455, maio-ago., 2012.

LO BIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

LODI-JUNQUEIRA L.; RIBEIRO, A. L. P.; MAFRA, A. A. **Síndrome coronariana aguda:** protocolo clínico. Belo Horizonte, 2011.

LOPES, A. C.; GUIMARÃES, H. P.; LOPES, R. D. **Tratado de Medicina de urgência e emergência Pronto socorro e UTI.** São Paulo: Atheneu, 2010. 232 p.

MANSUR, A. P. *et al.* Diretrizes de doença coronariana crônica angina estável. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 83 (2):2-43, 2004.

MARIN, J. A. N. *et al.* **Condutas de urgência nas síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis.** Ribeirão Preto, 36: 187-199, abr./dez., 2003.

MARQUES, L. P.; CONFORTIN, S. C. Doenças do aparelho circulatório: principal causa de internações de idosos no Brasil entre 2003 e 2012. **Revista Brasileira de Ciências e Saúde**, PB, 2015.

MARTINS, H. S. **Dor ou desconforto torácico.** Emergências Clínicas: abordagem prática. 8ª ed. Barueri, SP: Manole, p. 222-39, 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out.-Dez.; 17 (4):758-64, 2008.

MERCHANT, R. M. *et al.* Part 1: executive summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Circulation**. 142(suppl 2), 2012.

MILLER, J. M.; ZIPES, D. P. Diagnóstico das arritmias cardíacas. **Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 7ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier; p. 697-712, 2006.

MOFFA, P. J.; SANCHES, P. C. **Eletrocardiograma:** normal e patológico**.** 7ª ed. São Paulo: Roca, 2001.

NASCIMENTO, M. T. F. **Enfermagem em Cuidados Críticos.** Tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana.** 5ª ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.

NETTER, F. H. **Atlas de anatomia humana.** 2ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2000.

NICOLAU, J. C. *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST** (II Edição, 2007) – Atualização 2013/2014. Arquivos Brasileiro de Cardiologia. v. 102, n. 3, Supl. 1, Março, 2014.

NICOLAU, J. C.; MARIN, N. J. **Síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis.** São Paulo: Atheneu, 2001.

NOGUEIRA, P. R.; RASSI, S.; CORRÊA, K. D. S. Epidemiological, clinical e therapeutic profile of heart failure in a tertiary hospital. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 95 (3):392-8, 2010.

NUNES, S.; REGO, G.; NUNES, R. O comportamento profissional e pessoal dos enfermeiros em contexto cardiovascular. **Revista Enfermagem Ref.**, Coimbra, v. III, n. 4, p. 97-105, Jul., 2011.

NUNES, T. A.; MELO, M. C. B.; SOUZA C. **Urgência e emergência pré-hospitalar.** Belo Horizonte: Editora Folium. 2ª ed., 2010. 330 p.

OLIVEIRA, Â. A. de. **Atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência à vítima de infarto agudo do miocárdio**. 2018. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Centro De Formação De Professores-CFP, Unidade Acadêmica De Enfermagem-UAENF, Cajazeiras-PB, 2018.

OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

OURIQUES, B. F. **Unidades de dor torácica:** revisão de literatura. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, 2008.

PAIVA, H. da C. **Mortalidade por doenças cardiovasculares e a carga atribuída ao consumo insuficiente de grãos integrais no Brasil, 1990-2019.** Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Nutrição. Graduação em Nutrição. 2021. 59 f.

PARRA, A. V. *et al.* "Assistência e prevenção às doenças cardiovasculares": a importância do projeto de extensão. **Brazilian Journal Health Revista**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 2595-2605, jul./aug. 2019.

PAULA, D. A. de; MORAES, D. R.; SAMPAIO, R. A. perfil epidemiológico das internações por arritmias cardíacas em pacientes entre 0 a 14 anos na rede pública do estado de São Paulo no ano de 2019. **Revista Educação em Saúde**, v. 9, suplemento 1, 2021.

PEREIRA, R. Enfermagem baseada na evidência: um desafio, uma oportunidade. In: C. Marques Vieira; L. Sousa. **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida.** p. 101-11, Loures: Lusodidata, 2017.

PEREIRA, J. M. V. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. **Escola Anna Nery**, 15 (4):737-745, 2011.

PFEFERMAN, E.; FORLENZA, L. M. A. **Estrutura da unidade de dor torácica.** Tratado de Cardiologia SOCESP, 2ª ed. Barueri, SP.: Manole, p. 844-60, 2009.

PESARO, A. E. P. *et al.* Síndromes coronarianas agudas: tratamento e estratificação de risco. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva,** 20 (2):197-204, 2008.

PESARO, A. E. P.; JÚNIOR, C. V.; NICOLAU, J. C. Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, 50 (2), Abril, 2004.

PIEGAS, L. S. *et al.* Diretriz da sociedade brasileira de cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 179-264, 2009.

PIEGAS, L. S. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2004.

PINTO, I. F. *et al.* Pacientes com doenças cardiovasculares: um olhar sobre a assistência de enfermagem. **Temas em Saúde**, Editora especial: FESVIP, João Pessoa, 2019.

PIRES, M. T. B; STARLING, S. V. E. **Manual de urgências em pronto-socorro.** 8. ed. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POLANCZYK, C. A. **Fatores de risco cardiovascular no Brasil:** os próximos 50 anos. 84 (3), 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização**.** 5ª ed., Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

PALOMO, J. S. H. **Enfermagem em cardiologia:** cuidados avançados. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole, 2007.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Revista Acta Paul Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2019.

POTTER, P.; PERRY, A. **Fundamentos de enfermagem.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RAMAN, S. V. The Hypertensive heart: an integrated understanding informed by imaging. **J Am Coll Cardiol**. 55 (2):91-6, 2010.

REMIGIO, A.; AZEVEDO, E. **Emergências hipertensivas.** Manual da residência de medicina intensiva. 4ª ed., Barueri, SP: Manole, 2013.

ROCHA, A. P. F. *et al.* Atendimento inicial ao infarto agudo do miocárdio. **Revista littera docente e discente**, Nova Friburgo, 2 (2), 1-14, 2012.

ROCHA, F. A. Z. *et al.* Nursing team practice face to cardiopulmonary arrest intra-hospital. **Revista de enfermagem Centro-Oeste Mineiro**, Jan/Apr., 2 (1): 141-50, 2012.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 2, 2018.

RUBART, M.; ZIPES, D. P. Gênese das arritmias cardíacas: considerações eletrofisiológicas. **Tratado de Doenças Cardiovasculares**. 7ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier; p. 653-88, 2006.

SALES, O. P. *et al.* O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, 6 (17), 54-65, 2013.

SALLUM, A. M; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência.** 2ª ed., São Paulo: Atheneu, 2010.

SANTANA, A. de O. **Protocolo de atendimento ao paciente com dor torácica isquêmica.** 2014. Monografia (Especialização). Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC. 19 p.

SANTOS, A. M. S. de L. B dos *et al.* Risco cardiovascular em usuários hipertensos da atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem-UFPE online**, Recife, 2018.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, maio-jun., 15 (3):508-11, 2017.

SANTOS, D. R. dos. **O papel do enfermeiro no atendimento emergencial ao paciente vítima de infarto agudo do miocárdio na sala vermelha:** uma revisão e literatura. 2014. Monografia (Especialização). Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina. 27 p.

SANTOS, J. C. A.; PIAGGI, L. F. D. Percepção do Enfermeiro Sobre o Atendimento ao Paciente com Suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio. REME Revista Mineira de Enfermagem 2010.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n.1, p. 76-82, 2016.

SASSO, G. T. M. *et al.* Enfermagem nas urgências e emergências. In: Associação Brasileira de Enfermagem. **Programa de atualização em enfermagem:** saúde do adulto- PROENF. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SCHOTTEN, U. *et al.* Pathophysiological mechanisms of atrial fibrillation: a translational appraisal. **Physiol Rev.,** 91 (1):265–325, 2011.

SCHWONKE, C. R. G. B. *et al.* Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 189-92, 2011.

SCUOTTO, F.; CIRENZA, C. Taquiarritmias atriais: diagnóstico e tratamento. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, 25 (4):187-93, 2015.

SILBERNAGL, S.; DESPOPOULOS, A. **Fisiologia:** texto e atlas**.** 7ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

SILVA, A. C.; MENDES, J. de M. Importância da assistência de enfermagem na unidade de emergência ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v. 8, n. 8, p. 47-53, jul./dez., 2018.

SILVA, F. M. F. *et al.* Tratamento atual da síndrome coronária aguda sem supradesnivelamento do segmento ST. **Einstein**, 13 (3):454-61, 2015.

SILVA, J. F. da; SILVA, P. C. P. de O.; RIBEIRO, A. da S. A consulta de enfermagem como ferramenta utilizada para detecção de fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Pesquisa em Saúde e Enfermagem: inovação à ciência**, 1 (11), p. 48-59, 2020.

SIMÖES, C. C. D. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil:** uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: OPAS; 2002.

SOARES, C. B *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 335-345, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 93, supl. 2, p. 179-264, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Ressuscitação Cardiovasculares de Emergência da sociedade brasileira de cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 101(Suppl 2): 1-240, 2013.

SOUSA, L. M. M. de *et al.* A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista investigação em enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 17-26, 2017.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa de literatura: o que é e como fazer? **Einstein**, 8 (1 Pt 1):102-6, 2020.

SOUZA, A. C. C. de; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P. Tecnologias educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 48 (05), Out., 2014.

STROKE SURVIVORS ASSOCIATION OF OTTAWA. **Atrial Fibrillation.** 2012.

TALLO, F. S. *et al.* Update on cardiopulmonary resuscitation: a review for the internist. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, 10 (3): 194-200, 2012.

TORRES, G. K. V.; MARQUES, I. R. Estudo sobre o perfil dos pacientes portadores de síndrome coronariana aguda. **Revista de Enfermagem UNISA**, 13 (1): 21-6, 2012.

TRESCHAN, T. A.; PETERS, J. The vasopressin system: physiology and clinical strategies. **Anesthesiology**, 105:599-612, 2006.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas em Atenção Básica em saúde:** Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon UFMG. Editora UFMG, 2009, p.12.

VIANA, R. A. P. P. Competências do Enfermeiro na Terapia Intensiva**. Enfermagem em Terapia Intensiva:** práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J. Adv. Nurs.**, 52 (5):546-53, 2005.

WOODS, S. L.; FROELICHER, S. E. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia.** 4ª ed., Barueri: Manole, 2005.

ZIMERMAN, L. I.; PIMENTEL, M. **Arritmias Cardíacas.** In: AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). Programa de Atualização de Medicina Intensiva – PROAMI. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Centro Universitário
Lagarto (SE)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

RESERVADO AO TRADUTOR DE LÍNGUA ESTRANGEIRA: INGLÊS, ESPANHOL OU FRANCÊS.
Anexar documento comprobatório de habilidade do tradutor, oriundo de IES ou instituto de línguas.

Eu, JOSÉ GONÇALVES SOBRINHO, declaro inteira responsabilidade pela tradução do Resumo (Abstratc/Resumen/Résumé) referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), intitulado: **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PACIENTES COM URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA CARDIOVASCULARES,** a ser entregue por AGNE CLÉCIA REIS SILVA, acadêmico (a) do curso de **ENFERMAGEM.**

Em testemunho da verdade, assino a presente declaração, ciente da minha responsabilidade no que se refere à revisão do texto escrito no trabalho.

Lagarto, 20 de junho de 2022.

José Gonçalves Sobrinho

Assinatura do revisor

Centro Universitário
Lagarto (SE)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

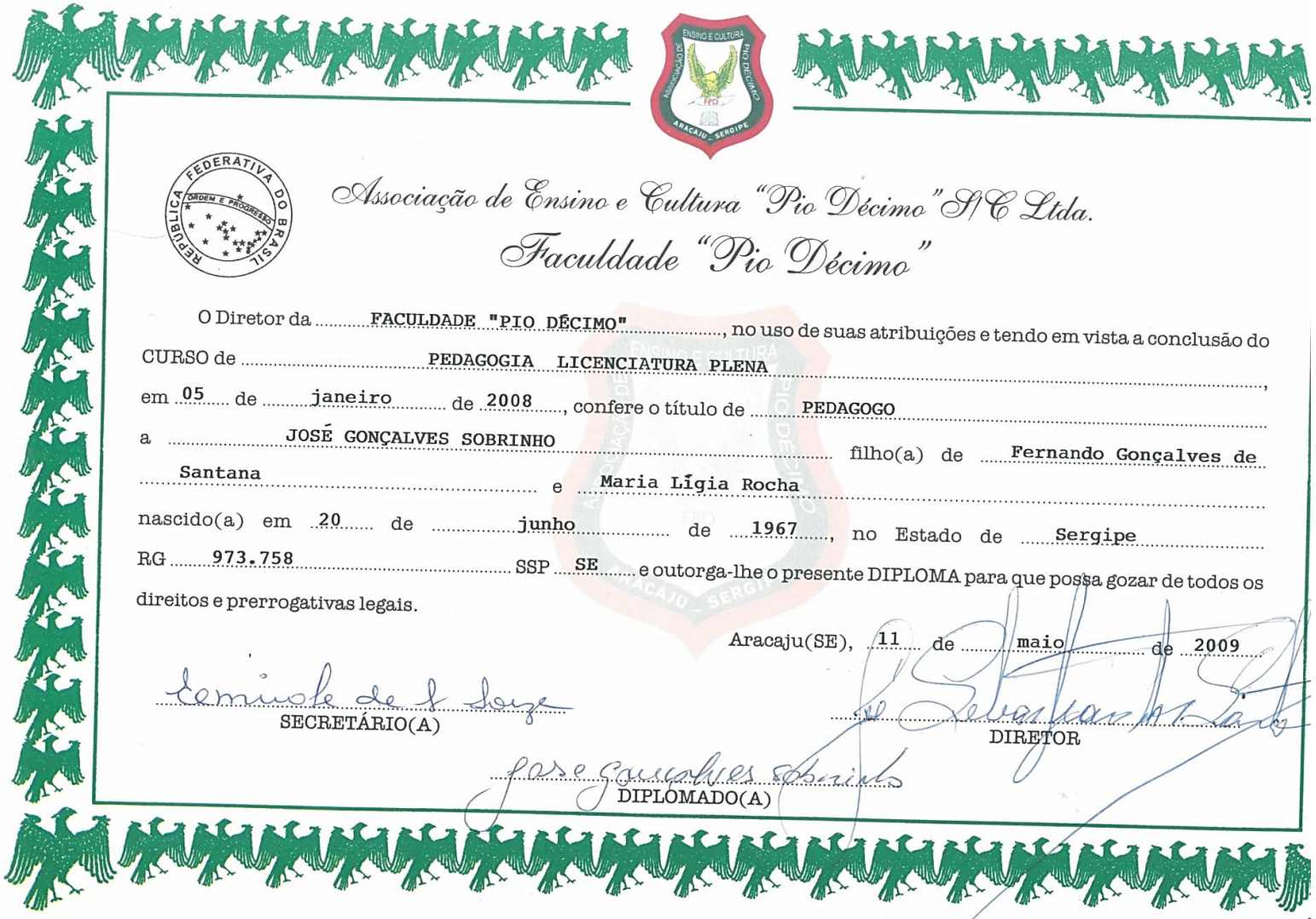
RESERVADO AO REVISOR DE LÍNGUA PORTUGUESA
Anexar documento comprobatório de habilidade com a língua, exceto quando revisado pelo orientador.

Eu, JOSÉ GONÇALVES SOBRINHO, declaro inteira responsabilidade pela revisão da Língua Portuguesa referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), intitulado: **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PACIENTES COM URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA CARDIOVASCULARES,** a ser entregue por AGNE CLÉCIA REIS SILVA, acadêmico (a) do curso de **ENFERMAGEM.**

Em testemunho da verdade, assino a presente declaração, ciente da minha responsabilidade no que se refere à revisão do texto escrito no trabalho.

Lagarto, 20 de junho de 2022.

Assinatura do revisor



Associação de Ensino e Cultura "Pio Décimo" S/C Ltda.

Faculdade "Pio Décimo"

O Diretor da FACULDADE "PIO DÉCIMO", no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do CURSO de PEDAGOGIA LICENCIATURA PLENA, em 05 de janeiro de 2008, confere o título de PEDAGOGO a JOSÉ GONÇALVES SOBRINHO filho(a) de Fernando Gonçalves de Santana e Maria Lígia Rocha nascido(a) em 20 de junho de 1967, no Estado de Sergipe RG 973.758 SSP SE e outorga-lhe o presente DIPLOMA para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Aracaju(SE), 11 de maio de 2009.

SECRETÁRIO(A)

DIRETOR

DIPLOMADO(A)

Prof. José Sebastião dos Santos
Diretor Geral

Emeralva da Cruz Souza
Diretora Acadêmica
Portaria n.º 11/2001/AEC/TD/EPE

CURSO DE PEDAGOGIA
Reconhecido pelo Decreto n.º 83.064 de
22 de Janeiro de 1979.
D.O. página 1.088 (seção I, Parte I) de
23 de Janeiro de 1979.

APOSTILA
ASSOCIAÇÃO DE ENSINO E CULTURA "PIO DÉCIMO"
FACULDADE "PIO DÉCIMO"
O(a) diplomado(a) [illegible] Faculdade
a Habilitação em Magistério das Disciplinas
Pedagógicas [illegible] Administração
Escolar [illegible]
Aracaju, SE, 14 / 05 / 2009

Prof. Dr. José Sebastião dos Santos
DIRETOR

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
Diploma registrado sob. n. 069 livro 049
fls. 035 em 18 / 09 / 09 processo n.
08721/09-34 por delegação de competência do Ministério da Educação nos termos da Portaria MEC/DAU n. 319 de 10/07/69.
DIRED 18 / 09 / 2009
Rita Mª Souza de Jesus
Chefe da DIRED/DAA

Diretor do DAA/PROGRAD