

## ARTIGO 27 Revisão Integrativa

# DIRETRIZES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PARA URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS CARDIOVASCULARES

Thiago Enggle de Araújo Alves<sup>1</sup>

Alcivan Nunes Vieira<sup>2</sup>

Maria Vilani Cavalcante Guedes<sup>3</sup>

Clara Katiene Costa Santos Brilhante<sup>4</sup>

Carmem Josaura Lima de Oliveira<sup>5</sup>

Sarah Glícia Medeiros Dantas<sup>6</sup>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7343-1085>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4222-6262>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6766-4376>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1089-571X>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0922-2083>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6755-0934>

**Objetivo:** elaborar diretrizes para o cuidado clínico de enfermagem na assistência pré hospitalar em urgências e emergências cardiovasculares no paciente adulto. **Metodologia:** revisão integrativa da literatura, validação teórica, de constructo e do instrumento; neste artigo será apresentada a etapa de validação teórica realizada por juizes técnicos e de conteúdo. **Resultados:** obteve-se CCI acima de 0,75 assegurando a pertinência teórica, consistência, clareza, objetividade, vocabulário e aplicabilidade clínica. **Resultados:** obteve-se um diretriz organizada nos tópicos: avaliação das condições segurança da cena e anamnese; exame físico e condutas terapêuticas de enfermagem no APH em urgências e emergências cardiovasculares no paciente adulto. As intervenções estão direcionadas para as situações: primeiro atendimento às urgências e emergências clínicas em ambiente pré-hospitalar ou em transferências inter-hospitalares. **Conclusões:** constitui-se uma estratégia que pode qualificar suas intervenções junto às urgências e emergências cardiovasculares. As diretrizes elaboradas surgem como instrumento capaz de qualificar a assistência de enfermagem no APH.

**Descritores:** Prática clínica baseada em evidências, Medicina de emergência baseada em evidências, Enfermagem baseada em evidências, Doenças cardiovasculares, Cuidados de enfermagem, Enfermagem em emergência.

### **GUIDELINES FOR NURSING IN PREHOSPITAL CARE FOR CARDIOVASCULAR EMERGENCIES**

**Objective:** to develop guidelines for clinical nursing care in prehospital care in emergencies and cardiovascular emergencies in adult patients. **Methodology:** integrative literature review, theoretical validation, construct and instrument; In this article the theoretical validation stage will be presented by technical judges and content. **Results:** ICC above 0.75 was obtained, ensuring theoretical pertinence, consistency, clarity, objectivity, vocabulary and clinical applicability. An organized guideline was obtained on the following topics: evaluation of the conditions scene safety and anamnesis; physical examination and therapeutic management of nursing in HPS in emergencies and cardiovascular emergencies in the adult patient. The interventions are directed to situations: first emergency care and clinical emergencies in a prehospital environment or in interhospital transfers. **Conclusion:** a strategy is formed that can qualify its interventions in the emergency and cardiovascular emergencies. The elaborated guidelines appear as an instrument capable of qualifying the nursing care in the APH.

**Descriptors:** Evidence based practice, Evidence based emergency medicine, Evidence based nursing, Cardiovascular diseases, Nursing care, Emergency nursing.

### **DIRECTRICES DE ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA PREHOSPITALARIA PARA URGENCIAS / EMERGENCIAS CARDIOVASCULARES**

**Objetivo:** elaborar directrices para el cuidado clínico de enfermería en la asistencia prehospitalaria en urgencias y emergencias cardiovasculares en el paciente adulto. **Metodología:** revisión integrativa de la literatura, validación teórica, de constructo y del instrumento; en este artículo se presentará la etapa de validación teórica realizada por jueces técnicos y de contenido. **Resultados:** se obtuvo CCI por encima de 0,75 asegurando la pertinencia teórica, consistencia, claridad, objetividad, vocabulario y aplicabilidad clínica. Se obtuvo una directriz organizada en los siguientes tópicos: evaluación de las condiciones de seguridad de la escena y anamnesis; examen físico y conductas terapéuticas de enfermería en el APH en urgencias y emergencias cardiovasculares en el paciente adulto. Las intervenciones están dirigidas a las situaciones: primera atención a las urgencias y emergencias clínicas en ambiente prehospitalario o en transferencias interhospitalarias. **Conclusión:** se constituye una estrategia que puede calificar sus intervenciones ante las urgencias y emergencias cardiovasculares. Las directrices elaboradas surgen como instrumento capaz de calificar la asistencia de enfermería en el APH.

**Descriptores:** Práctica clínica basada en la evidencia, Medicina de emergencia basada en la evidencia, Enfermería basada en la evidencia, Enfermedades cardiovasculares, Atención de enfermería, Enfermería de urgencia.

<sup>1</sup>SAMU Metropolitano do Rio Grande do Norte\

<sup>2</sup>Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Ceará

<sup>4</sup>Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

<sup>5</sup>Hospital Wilson Rosado

<sup>6</sup>Universidade Estadual do Rio Grande do Norte

Autor Correspondente: Alcivan Nunes Vieira – Email: alcivannunes@uern.br

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão entre as morbidades mais letais e onerosas para os sistemas de saúde; elas geram intercorrências caracterizadas como urgências ou emergências<sup>1</sup>.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências compõe-se de serviços responsáveis por elaborar respostas rápidas e eficazes. Dentro dela tem-se o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) onde muitas urgências e emergências cardiovasculares são atendidas<sup>2</sup>.

Um dos seus desafios é a qualificação das práticas profissionais a partir das melhores evidências científicas disponíveis. Uma assistência eficiente se organiza com a incorporação de tecnologias oriundas de estudos científicos, como por exemplo, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Consistem em guias e recomendações capazes de otimizar o cuidado ao paciente e tornar a assistência eficaz e resolutiva<sup>3</sup>.

Propõe-se um estudo com o objetivo de elaborar diretrizes terapêuticas para o cuidado clínico de enfermagem na assistência pré-hospitalar, em urgências e emergências cardiovasculares no paciente adulto. Justifica-se pela necessidade de assegurar a cientificidade nas ações do enfermeiro, aliada a uma sistematização que possibilite o desenvolvimento de intervenções específicas no conjunto daquelas previstas para o APH.

## METODOLOGIA

Estudo metodológico composto por quatro etapas: revisão integrativa da literatura, validação teórica, validação de constructo e validação do instrumento. Neste artigo será apresentada a validação teórica realizada por Juízes de Conteúdo (JC) e Juízes Técnicos (JT).

Os JC foram 16 docentes universitários que desenvolvem estudos sobre urgência e emergência. Os JT foram 21 enfermeiros atuantes na área de urgência e emergência, tanto em ambiente hospitalar quanto pré-hospitalar.

A validação teórica foi realizada com base nos aspectos de consistência, clareza, objetividade, simplicidade, exequibilidade, relevância, atualização e vocabulário. Cada item do instrumento recebeu uma classificação geral com base nos julgamentos: "adequado", "adequado com alterações" ou "inadequado", e uma nota (0,0 - 10,0). As alterações sugeridas foram incorporadas e os juízes realizaram uma segunda apreciação que resultou na versão final. O projeto foi aprovado pelo CEP da FACENE (protocolo 180/2016 de 07/12/2016).

## RESULTADOS

Os resultados obtidos para o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) que estavam entre 0,40 e 0,75 foram considerados satisfatórios e excelentes quando acima de 0,75. O índice de Kappa foi de 0,791 para os JC e obteve valor 1,0 na avaliação dos JT, demonstrando a adequabilidade do instrumento. A primeira versão das diretrizes possuía 25 itens e obteve um IVC de 0,52. Foram realizadas alterações sugeridas pelos juízes e o IVC como um todo no segundo julgamento foi de 0,92, o que, de acordo com a literatura, indica validade de conteúdo do instrumento.

Obteve-se uma diretriz organizada nos seguintes tópicos: condições segurança da cena e anamnese; exame físico e condutas terapêuticas de enfermagem no APH em urgências e emergências cardiovasculares no adulto.

## DISCUSSÃO

A validação teórica da primeira parte da diretriz foi estruturada na avaliação das condições de segurança da cena e anamnese. A primeira orientação consiste em "Verificar a segurança da cena". Os enfermeiros, juntamente com a equipe, devem avaliar os perigos inerentes à cena, tais como: a existência de chamas, linhas elétricas expostas, a presença de materiais explosivos, fluidos corporais, tráfego de veículos, inundações e pessoas armadas. Na presença deles, o profissional deve acionar serviços auxiliares como o Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Companhia Elétrica ou Defesa Civil<sup>4</sup>.

A segunda orientação é "Realize a anamnese"; esta etapa deve ser realizada concomitante à abordagem primária, sendo direcionada para o histórico cardiovascular. Caso haja relato de dor torácica investiga-se: sensação de queimação, aperto, pontada; se difusa ou localizada; se presente no repouso, se melhora ou piora com a respiração ou posição no leito, ou se está relacionada com esforço físico<sup>7</sup>.

A validação teórica da segunda parte da diretriz foi organizada em torno da realização do exame físico e das condutas terapêuticas de enfermagem no APH em urgências e emergências cardiovasculares no adulto

Seguindo as diretrizes do APH o enfermeiro deve realizar a avaliação primária buscando identificar condições que impliquem em risco de vida através de: 1- avaliação da responsividade e 2- sequência A-B-C-D<sup>7</sup>.

A avaliação da Responsividade consiste em chamar paciente pelo nome tocando seus ombros com firmeza; simultaneamente observa-se a sua expansão torácica. Pode-se identificar: paciente não responsivo e sem movimentos respiratórios; checa-se o pulso central em até 10 segundos. Se não responsivo e com pulso ausente: iniciar a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Se não responsivo, com pulso

presente e sem respiração: abrem-se as vias aéreas através da hiperextensão do pescoço e elevação da mandíbula; usando o dispositivo bolsa-válvula-máscara acoplado a uma fonte de oxigênio, aplica-se uma insuflação de boa qualidade<sup>7</sup>.

Persistindo a Parada Respiratória (PR), realiza-se uma insuflação a cada 5 ou 6 segundos (10-12/min); simultaneamente verifica-se a presença de pulso a cada 2 minutos e na sua ausência inicia-se a RCP<sup>7</sup>.

Quando possível, um dispositivo de via aérea avançada precisa ser instalado, optando-se preferencialmente pela intubação orotraqueal; no caso de intubação dificultada pode-se optar pela máscara laríngea. Após instalação da via aérea avançada, realizam-se 10 insuflações/minuto checando-se o ritmo cardíaco a cada 2 minutos<sup>9</sup>.

A avaliação será novamente realizada com base nas recomendações: se o paciente não for responsivo e apresentar pulso e movimentos respiratórios: garantir a permeabilidade das vias aéreas, manter o suporte ventilatório, verificar pressão arterial, frequência e ritmo cardíaco. Se o paciente for responsivo, prosseguir com a avaliação secundária<sup>10</sup>.

Em caso de PCR caracterizada por paciente sem resposta aos estímulos externos, com respiração agônica (gasping) ou ausente e sem pulso central palpável, a sequência será C-A-B. Assim, o paciente será posicionado em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e rígida, seguindo-se a intervenção por meio de compressões torácicas<sup>10</sup>.

O enfermeiro deve realizar as compressões e solicitar que outro membro da equipe providencie o Desfibrilador Externo Automático (DEA), bolsa contendo kits de vias aéreas e medicamentos<sup>7</sup>.

Os ciclos de RCP devem ser realizados com 30 compressões para 2 ventilações durante 2 minutos. A frequência recomendada para as compressões torácicas é de no mínimo 100 e no máximo 120 por minuto, com uma profundidade de 2 polegadas (05 cm)<sup>7</sup>.

Caso seja observada alguma responsividade ou outro sinal de retorno da circulação espontânea, as compressões podem ser interrompidas e o paciente será reavaliado<sup>11</sup>.

Quando a equipe de SAV chegar ao local, providencia-se o acesso venoso periférico e a monitorização cardíaca do paciente. O primeiro medicamento a ser preparado é a Adrenalina (Epinefrina), juntamente com um flush de 20 ml com soro fisiológico ou água bidestilada. Em seguida, monitorização e a observação do ritmo cardíaco; na presença de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, a conduta inclui a preparação de 300 mg de Amiodarona<sup>7</sup>.

Em caso de PCR presenciada por um profissional de saúde, havendo um DEA ou monitor com desfibrilador manual disponível, deve-se usar o desfibrilador antes de se iniciarem as compressões<sup>12</sup>.

Quando indicada, a desfibrilação será efetivada com choque único utilizando-se potência máxima do aparelho (360 J no monofásico e 200 J no bifásico); em seguida a RCP será reiniciada durante 2 minutos<sup>7</sup>.

Havendo persistência de FV/TVSP mantem-se a RCP precisam até que sejam evidenciados sinais de circulação, ou conforme decisão médica. Após cinco ciclos, o pulso será novamente checado; caso a FV/TVSP se mantenha, realiza-se outro choque<sup>8</sup>.

A terapêutica medicamentosa a ser instituída consiste em Amiodarona (1ª dose - 300 mg) em bolus, seguida de bolus de 20 ml de solução salina a 0,9%; esta administração pode ser repetida 3-5 minutos na dose de 150 mg a partir da 2ª dose. Outra opção é a Lidocaína na dosagem de 1 - 1,5 mg/kg, que pode ser repetida após 5 - 10 minutos (0,5 - 0,75 mg/kg).<sup>7</sup>

Outro choque pode ser aplicado se houver persistência da FV/TVSP, seguido das manobras de RCP. Caso o ritmo evolua para assistolia ou Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP), institui-se terapêutica para ritmos não chocáveis. Alguns procedimentos são indicados para qualquer tipo de ritmo cardíaco e consistem em ações inerentes às diretrizes: instalar via aérea avançada e manutenção da RCP, checar ritmo a cada 2 minutos, monitorização cardíaca e instalar acesso venoso<sup>13</sup>.

Se o Ritmo for não chocável (assistolia, AESP) deve-se reiniciar RCP por dois minutos e checar novamente o ritmo. 13 Em caso de assistolia aplica-se também o protocolo de linha reta: verificar cabo ou eletrodo desconectado, aumentar ganho de sinal do monitor e checar o ritmo em outra derivação. Se for confirmada a assistolia, a intervenção será a terapêutica específica para ritmos não chocáveis<sup>7</sup>.

Em seguida o enfermeiro realizará o contato com a Regulação Médica para estabelecer a definição do encaminhamento para uma unidade de saúde, além de registrar os achados e procedimentos.

Caso haja retorno da circulação a diretriz orienta a implementação dos cuidados pós-PCR: estabelecer via aérea definitiva e Ventilação Mecânica com Pressão Positiva (VMPP), instalar acesso venoso central, administrar drogas vasoativas, realizar sondagem vesical de demora e oferecer suporte hemodinâmico<sup>7</sup>.

Em caso de paciente responsivo, avaliam-se as vias aéreas no sentido de identificar como o paciente consegue verbalizar; se responder com dificuldade, procede-se a abertura das vias aéreas pela manobra de hiperextensão da cabeça e elevação da mandíbula<sup>9</sup>.

Em caso de obstrução, identifica-se a causa; sendo por material líquido a conduta será a lateralização da cabeça do paciente ou a aspiração de secreções. Em caso de obstrução por material sólido, o enfermeiro o remove utilizando uma pinça cirúrgica ou ainda os dedos indicador e médio<sup>9</sup>.

No item Respiração avalia-se o padrão ventilatório, simetria torácica e frequência respiratória atentando-se para a ocorrência de bradipneia (risco de PCR) e taquipneia (sinal de choque)?.

Na avaliação cardiovascular o enfermeiro verifica a presença de hemorragias externas de natureza não traumática, avalia os pulsos periféricos ou centrais (frequência, ritmo, amplitude e simetria), o tempo de enchimento capilar, coloração e temperatura da pele<sup>14</sup>.

O exame secundário é realizado dentro da viatura durante o transporte; nesta Diretriz o exame físico está associado diretamente às condutas terapêuticas de enfermagem e uma das suas etapas é a entrevista AMPLA: A - alergias, M - medicamentos, P - passado médico, doenças e cirurgias; L - líquidos e alimentos e A - ambiente do evento?.

No sistema neurológico aplica-se a inspeção, a Escala de Cincinnati e a Escala de Coma de Glasgow (ECG) para a avaliação do nível de consciência. 15 No exame da cabeça e do pescoço, realiza-se a avaliação do pulso carotídeo em busca de sopro, distensão ou palpação. Observa-se a consistência da parede arterial, ritmo, frequência, simetria, intensidade e a presença de frêmito. Ausculta-se a fúrcula esternal para se verificar a existência de sopro e as veias jugulares serão inspecionadas em busca de distensão. 10 Seguindo a avaliação, inspeciona-se a face do paciente verificando alterações de interesse cardiovascular tais como a presença de cianose, fácies renal, mixedematosa ou cushingóide<sup>17</sup>.

Para o sistema respiratório são preconizados no APH a inspeção, palpação e a ausculta. Palpa-se a traqueia do paciente buscando identificar algum desvio, sugerindo a ocorrência de pneumotórax ou hemotórax. 10 Na inspeção torácica observa-se a sua simetria, forma e expansibilidade. Quanto ao padrão respiratório poderão ser identificados: ritmo respiratório normal, dispneia, ortopneia, respiração de Biot, respiração de Cheyne-Stokes, respiração de Kussmaul, uso da musculatura acessória e tiragem intercostal<sup>15</sup>.

Quando presentes, algumas intervenções a serem implementadas serão: elevação do decúbito do paciente (45°- 90°), instalação de cateter nasal (SPO2 90% - 94%) ou Máscara de Venturi a 50% (SPO2 85%- 90%)<sup>7</sup>.

O paciente deve ser monitorado por 2 minutos e caso não ocorra melhora clínica ou a oximetria de pulso permaneça abaixo de 85%, considera-se a instalação de máscara com alta concentração de oxigênio com reservatório ou a VPP não invasiva com Fração Inspirada de Oxigênio (FIO2) em 100%. Após 10 minutos, mediante nova avaliação, se não ocorrer melhora clínica considera-se o uso de máscara laringea ou a IOT?.

A presença, o tipo e a localização de ruídos adventícios (RA) constitui alteração clínica importante na avaliação do

paciente em urgência e emergência. Podem evidenciar a presença de secreções (roncos), broncoespamos (sibilos), congestão alveolar (estertores) e colapso de alvéolos (crepitações)<sup>18</sup>.

A VMI diminui o retorno venoso e, conseqüentemente, reduz a PA; se o DC está diminuído o paciente pode desenvolver alterações no padrão respiratório como tentativa de compensar a baixa perfusão de oxigênio em alguns órgãos<sup>7</sup>.

Para o sistema cardiovascular as diretrizes preconizam: providenciar acesso venoso periférico; caso não seja possível, o enfermeiro deve avaliar, juntamente com o médico, a necessidade de realizar acesso venoso central ou punção intraóssea. Considerar a necessidade de se instituir 2 acessos (choque circulatório) e dada a necessidade de administrar de drogas incompatíveis farmacologicamente<sup>7</sup>.

Uma vez instituído o acesso venoso, a equipe administra os medicamentos preconizados e monitora os seus efeitos. Compete também ao enfermeiro conhecer o objetivo terapêutico dos fármacos utilizados em situações de urgência e emergência, assim como monitorizar os seus efeitos nos sinais vitais<sup>8</sup>.

Na continuidade da avaliação verifica-se a FC e observam-se alterações como taquicardia, bradicardia. A PA, FC, aspecto dos pulsos e a saturação do oxigênio refletem o estado hemodinâmico<sup>9</sup>.

A hidratação venosa em pacientes com doenças cardiovasculares deve ser rigorosamente monitorada para se evitar a sobrecarga cardiocirculatória, em virtude de uma possível baixa fração de ejeção e diminuição do inotropismo. Esse monitoramento pode ser feito por meio de ausculta cardíaca que, na presença de B3, pode indicar sobrecarga volumétrica e B4 de sobrecarga pressórica. A ausculta respiratória pode refletir sobrecarga hídrica por meio da presença de estertores bolhosos ou crepitantes<sup>7</sup>.

Em caso de sobrecarga cardiocirculatória as diretrizes preconizam que o enfermeiro deve discutir com o médico da equipe sobre a administração de diuréticos e drogas vasoativas para otimizar a atividade cardiovascular.

Dada a fisiopatologia das doenças cardiovasculares, as diretrizes orientam a aferição da PA nos membros superiores e nos inferiores a cada 10 minutos. Alterações na PA sugerem problemas de inotropismo, volemia, função renal, estado hidroeletrólítico, permeabilidade dos vasos sanguíneos, tônus vascular e controle da microcirculação<sup>11</sup>.

As diretrizes do APH preconizam a realização de um ECG com 12 derivações em até dez minutos após o início da assistência, se possível ainda com a ambulância parada. Avaliam-se: o ritmo, a FC, traçado compatível com supradesnivelamento ou infradesnivelamento do segmento ST, bloqueio de ramo esquerdo, bloqueio de ramo direito ou

inversão de onda T<sup>8</sup>.

Em caso de alteração que indique isquemia miocárdica, esta diretriz orienta o consenso com o médico da equipe sobre o protocolo para assistência ao paciente com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Utiliza-se o mnemônico MONAB (Morfina-Oxigênio-Nitrato-AAS-Betabloqueador) e em caso de IAM com supradesnívelamento do segmento ST acrescentam-se ainda clopidogrel, heparina não fracionada e heparina de baixo peso molecular<sup>11</sup>.

Em caso de suspeita IAM de no ventrículo direito, deve ser realizado ainda um ECG com as derivações V3R, V4R, V7 e V8; observa-se a presença de alteração nas derivações DII, DIII, aVF. Se confirmado este tipo de IAM, o enfermeiro entra em consenso com o médico para a instituição da terapêutica específica, retirando do protocolo a morfina e os nitratos<sup>17</sup>.

Na avaliação cardíaca recomenda-se a monitorização visando a identificação de ritmos anormais ou potencialmente fatais. Em caso de extrassístole atrial ou ventricular, institui-se tratamento caso o paciente apresente sintomas de baixo débito. Em relação às taquicardias, se o paciente estiver estável hemodinamicamente, preconiza-se o uso de Amiodarona ou outro antiarrítmico; sendo um paciente instável está indicada a cardioversão elétrica<sup>7</sup>.

Quando detectada uma taquicardia supraventricular, aplica-se primeiramente uma manobra vagal e, em caso de não reversão, considera-se o uso de adenosina. Em caso de bradicardias, se o paciente estiver estável hemodinamicamente, a diretriz orienta o estabelecimento de consenso com o médico sobre o uso de atropina; se estiver instável, a intervenção a ser ponderada será o marcapasso transcutâneo<sup>8</sup>.

Verificam-se os pulsos radial e femoral tentando identificar alguma diferença entre eles; através de ausculta verifica-se ainda se ocorre dissociação entre o pulso precordial e um pulso periférico. Será pesquisada ocorrência de quarta ou terceira bulha, hipofonese ou hiperfonesse de bulhas, sopro sistólico ou diastólico<sup>7</sup>.

No sistema gastrointestinal a diretriz adota a realização de inspeção abdominal em busca de ascite e circulação colateral; ausculta abdominal, em busca de sopros e a palpação verificando a existência de visceromegalias<sup>10</sup>.

Na avaliação do sistema investigam-se mudanças no aspecto e na frequência urinária. Considerando as prioridades assistenciais, o enfermeiro busca entrar em consenso com o médico da equipe sobre a necessidade de instalação de sonda vesical de demora objetivando monitorar o débito urinário. <sup>8</sup>

No exame do estado geral do paciente, sinais vitais alterados e achados como palidez, rubor e sudorese apontam para causas potencialmente fatais. Na continuidade da avaliação serão inspecionados e palpados os membros inferiores em busca de edemas e seu aspecto<sup>7</sup>.

Nas urgências e emergências cardiovasculares a avaliação da temperatura corporal reveste-se de importância principalmente na presença de sudorese, pois, trata-se de uma condição clínica muito comum nos estados de choque. As limitações do estudo situam-se na sua abrangência geográfica.

## CONCLUSÃO

A elaboração de diretrizes para a assistência de enfermagem consolida uma prática baseada nas melhores evidências científicas. Constitui-se em uma estratégia que pode qualificar suas intervenções junto às urgências e emergências cardiovasculares, assegurando-lhe cientificidade e eficácia; as DECAPAH surgem como um instrumento capaz de qualificar a assistência de enfermagem no APH.

Compreende-se que um estudo desta natureza tem sua consolidação na validação prática do seus achados, etapa ainda em andamento; entretanto, a validação teórica operacionalizada com a participação de juízes qualificados possibilita a composição de um conjunto de intervenções capazes de agregar cientificidade à prática assistencial.

## Agradecimentos

Registra-se o agradecimento ao Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE pelo suporte teórico e metodológico.

Aos Juízes Técnicos e de Conteúdo que participaram das etapas de validação deste estudo.

## REFERÊNCIAS

- Barbosa RR, Franklin RV, Stefenoni AV, Moraes VD, Jacques TM, Serpa RG et al. Quality of Life Analysis among Men and Women with Heart Failure. *Rev Bras Cardiol* [Internet]. 2014 Mar [cited 2016 feb 14]; 27 (2): 97-103. Available from: <http://www.onlineijcs.com/detalhes/15/quality-of-life-analysis-among-men-and-women-with-heart-failure>.
- Estevam LA, Sales CHC, Domingues EAR, Simões IRA, Sanches RS, Lima RS. Leading of nurse in emergency situations in the hospital: vision of nursing technicians. *J Nurs UFPE on line*. 2017; 11(4):1709-15. DOI: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201720.
- Almeida PMV, Dell'Acqua MCO, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC, Pavelqueires S. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016 Jan; 20(2):289-295. Doi: 10.5935/1414-8145.20160039.
- Camargo FCC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Rev bras Enferm* [Internet]. 2018 Jul; 71 (4): 2030-8. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0617.
- Laureano G, Torman V, Crispim S, Dekkers, Camey S. Comparison of the ISU, NCI, MSM, and SPADE Methods for Estimating Usual Intake: A Simulation Study of Nutrients Consumed Daily. *Nutrients Bas* [Internet]. 2016 Mar; 8 (3): 166. Doi: 10.3390/nu8030166.
- Souza ER, Sousa ATO, Costa ICP. Occupational risks in the Mobile Pre-Hospital Care: scientific production in on-line journals. *Rev Bras Ciên Saúde* [Internet]. 2014 Jun; 18 (2): 151-6. Doi: 10.4034/RBCS.2014.18.02.12.
- Aehlert B. *ACLS: suporte avançado de vida em cardiologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
- Guimarães DBO, Rodrigues TS, Oliveira SCM, Avelino FVSD. Electrocardiogram gate time in patients with thoracic pain in the emergency. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2018 Apr; 12(4):1027-36. Doi: 10.5205/1981-8963-v12i4a231123p1027-1036-2018.
- Jones B. *PHTLS. Atendimento Pré-hospitalar Traumatizado*. 8ª edição. Estados Unidos da América, 2016.
- Berglund A, Heikkilä K, Bohm K, Schenck-Gustafsson K, Von Euler M. Factors facilitating or hampering nurses identification of stroke in emergency calls. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015 Nov; 71 (11): 2609-21. Doi: 10.1111/jan.12729. Epub 2015 Jul 17.
- Traebert J, Giacomello L, Santos A, Martins DF, Traebert E, Lacerda JT. The burden of cardiovascular diseases in Santa Catarina State, Brazil, in 2009. *Epidemiol Serv Saude* [Internet] 2017 Apr; 26(2): 1-8. Doi: 10.5123/S1679-49742017000200010.
- Garcia-Jorda D, Walker A, Campahaug J, Bissett W, Spence T, Dori-Ann M. Bedside chest compression skills: Performance and skills retention in in-hospital trained pediatric providers. A simulation study. *Crit Care* [Internet] 2019 (em preparação); 50: 132-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.11.033>.
- Petippas F, Guenezam J, Vendeuve T, Scepti M, Oriot D, Mimoz O. Use of intra-osseous access in adults: a systematic review. *Crit Care* [Internet]. 2016 Apr; 20: 102-6. Doi: 10.1186/s13054-016-1277-6.
- Silva MFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev latinoam enferm* [Internet]. 2014 Mar; 22(2):218-2. Doi: DOI: 10.1590/0104-1169.3172.2405.
- Santos WC, Vancini-Campanharo CR, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Assessment of nurse's knowledge about Glasgow coma scale at a university hospital. *Einstein* [Internet]. 2016 Apr; 14(2):213-8. Doi: 10.1590/S1679-45082016AO3618.
- Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 Sep; 107 (3 Supl. 3): 1-83. Doi: 10.5935/abc.20160151.
- Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 Aug; 105 (2 supl. 1): 1-81. Doi: 10.5935/abc.20150107.