

CARDIOLOGIA

TEORIA E PRÁTICA

Ed. XVII

Capítulo 26

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO, ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE E CONDUTA NOS SOBREVIVENTES DA MORTE SÚBITA CARDÍACA

AMANDA HENRIQUE SANTANA¹
CAMILLE CRISTINY VIANA LOBO²
KEILANE SILVA CARVALHO³
LUIS AUGUSTO MARINHO DE LUCENA³
GABRIEL VICTOR ALMEIDA NASCIMENTO³
ALEX VALCIMAR DA SILVA⁴
MARIA PAULA SANTOS FONTELLES DE LIMA⁵
SOFIA ZIERO TESSER⁶
ROSICLERK OTTILO CAVASSANI NETO⁷
CLAUDIA MORENO SECCO HELLMEISTER BELLORIO⁸
LAURA BUZATTO GONÇALVES⁸
DANIEL FELIPE MONTEIRO DA SILVA⁹
MELISSA GARCIA SILVA SAUT¹⁰
IARA DE LIMA DE MORAES¹¹
VALDEY ANTONIO DE OLIVEIRA CAVALCANTE¹²

1. Residente de Clínica Médica do Hospital Dr. Carlos Macieira.
2. Discente – Medicina na CEUNI FAMETRO.
3. Discente – Medicina na Universidade CEUMA.
4. Discente – Enfermagem na Faculdade Anhanguera Divinópolis Minas.
5. Discente – Medicina no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ.
6. Discente – Medicina na Universidade do Vale do Sinos – UNISINOS.
7. Discente – Medicina na Universidade Federal de Pelotas – UFPEL.
8. Discente – Medicina na Universidade Nove de Julho.
9. Discente – Medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
10. Discente – Medicina na Universidade para o Desenvolvimento do Estado e Região do Pantanal – UNIDERP.
11. Enfermeira.
12. Médico.

Palavras-chave

Parada Cardiorrespiratória; Estabilização do Paciente; Morte Súbita Cardíaca.

DOI 10.59290/978-65-6029-170-6.26

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma condição médica crítica caracterizada pela cessação súbita da função cardíaca e respiratória, levando à interrupção do fluxo sanguíneo e da oxigenação dos órgãos vitais (BASTOS *et al.*, 2020). Essa emergência pode ocorrer em qualquer momento e afeta tanto adultos quanto crianças, com causas que variam de problemas cardíacos, como infarto do miocárdio, a eventos não cardíacos, como afogamento ou asfixia. O reconhecimento rápido dos sinais de PCR e a intervenção imediata, incluindo manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e desfibrilação, são cruciais para aumentar as chances de sobrevivência e sequelas (CARDOSO, 2012; GONZALEZ *et al.*, 2013).

A parada cardiorrespiratória pode se manifestar de maneira súbita e, muitas vezes, sem aviso prévio. Os sinais incluem a perda de consciência, ausência de pulso e respiração, tornando a situação ainda mais alarmante. As estatísticas indicam que a sobrevivência de vítimas está intimamente ligada ao tempo de resposta; cada minuto que se passa sem intervenções apropriadas reduz significativamente as chances de recuperação (CRUZ & RÊGO, 2018; SOUZA *et al.*, 2019).

O treinamento em ressuscitação cardiopulmonar é, portanto, uma ferramenta vital não apenas para profissionais de saúde, mas também para o público em geral. Iniciativas de conscientização e cursos de RCP têm sido implementados em diversas comunidades, visando capacitar pessoas a agirem com eficácia em emergências (ARAUJO *et al.*, 2022).

A compreensão das causas subjacentes da PCR é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção. Condições como doenças cardíacas, distúrbios respiratórios e até mesmo fatores externos, como acidentes e overdose de substâncias, podem contribuir para o

evento. Assim, o gerenciamento adequado de doenças crônicas e a promoção de hábitos saudáveis desempenham papel fundamental na redução do risco. Em suma, a parada cardiorrespiratória é uma emergência médica que exige ação imediata e conhecimento apropriado. Promover a educação sobre RCP, entender os fatores de risco e criar uma cultura de prontidão pode fazer a diferença entre a vida e a morte em situações críticas (BASTOS *et al.*, 2020). O empoderamento da população e a capacitação contínua dos profissionais de saúde são passos essenciais para enfrentar esse desafio de saúde pública. A compreensão dos mecanismos, fatores de risco e protocolos de atendimento é fundamental para profissionais de saúde e leigos, visando a promoção de uma resposta eficaz a essa emergência médica (CRUZ & RÊGO, 2018).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi apresentar as principais características da parada cardiorrespiratória, destacando estratégias de atendimento, estabilização do paciente e conduta nos sobreviventes da morte súbita cardíaca.

MÉTODOS

Uma revisão de literatura foi realizada a partir de artigos científicos encontrados nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Public Medline (PubMed), Portal de Periódicos CAPES e Scientific Electronic Library Online (SciELO), sem restrição de período de publicação. Foram consultados os sites oficiais do Ministério da Saúde e a literatura cinzenta.

Para a busca nos bancos de dados, utilizou-se as palavras-chave: "Parada Cardiorrespiratória", "Etiologia", "Sinais clínicos" e "Morte Súbita Cardíaca". As palavras foram combinadas usando as expressões booleanas "AND" e "OR". Os critérios de inclusão definidos foram: 1) artigos completos e de acesso gratuito; e 2) artigos que fossem relevantes para a pesquisa do tema.

Os critérios de exclusão incluíram: comentários, cartas ao editor, estudos que não apresentaram resultados concretos ou conclusivos e artigos que não tratassem diretamente do tema central do estudo.

A pesquisa aplicou filtros nos campos de título, resumo e assunto. Após essa filtragem, os artigos selecionados foram revisados integralmente, e suas informações foram organizadas e analisadas no *software* Microsoft Office Word. A síntese dos dados foi feita através de uma análise descritiva e quantitativa dos estudos escolhidos, sendo os resultados apresentados de forma dissertativa.

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Etiopatogenia

A etiopatogenia envolve a análise das causas e dos mecanismos que levam a essa condição crítica. As etiologias podem ser classificadas em cardíacas e não cardíacas, cada uma apresentando fatores de risco distintos. Entre as causas cardíacas, a doença coronariana é a mais comum, com o infarto do miocárdio resultando da obstrução do fluxo sanguíneo para o coração. Arritmias, como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular, também podem causar PCR ao comprometer a capacidade de bombeamento do coração. Além disso, condições como cardiomiopatias e doenças valvulares podem predispor os indivíduos a essa emergência (PESARO *et al.*, 2004; FIELD *et al.*, 2010; NEUMAR *et al.*, 2010; WALLMULLER *et al.*, 2012).

Por outro lado, as causas não cardíacas incluem problemas respiratórios, como asfixia e afogamento, que podem levar à parada respiratória e, conseqüentemente, à PCR. Intoxicações, especialmente por opioides, podem causar depressão respiratória significativa, resultando em colapso cardiovascular (KRAYCHETE *et al.*,

2014). O choque hipovolêmico, decorrente da perda excessiva de sangue ou fluidos, compromete a perfusão orgânica e é outra causa relevante. Distúrbios metabólicos, como acidose severa, hipocalemia ou hipocalcemia, também desempenham papel importante, afetando a excitabilidade cardíaca e contribuindo para a parada (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Os mecanismos patológicos que levam à PCR geralmente envolvem isquemia miocárdica, que resulta na perda da função cardíaca, e anóxia, que causa a falta de oxigênio, prejudicando tanto a função respiratória quanto a metabólica. Além disso, processos de inflamação e estresse oxidativo podem danificar células e tecidos, exacerbando a falência orgânica (OLIVEIRA *et al.*, 2023). Compreender a etiopatogenia é fundamental para a prevenção, identificação e tratamento adequado da PCR, enfatizando a importância de medidas que visem não apenas a resposta imediata, mas também a promoção de intervenções preventivas, como a educação em saúde e o gerenciamento de condições crônicas, a fim de reduzir a incidência de PCR e melhorar as taxas de sobrevivência em emergências.

Ritmos cardíacos

Na parada cardiorrespiratória (PCR), a identificação dos ritmos cardíacos é crucial para determinar a abordagem terapêutica adequada. Os ritmos podem ser classificados em duas categorias principais: aqueles que respondem à desfibrilação e aqueles que não respondem. Entre os ritmos que respondem, destaca-se a fibrilação ventricular, que se caracteriza por um padrão desorganizado em que os ventrículos se contraem de forma rápida e irregular, resultando na ausência de fluxo sanguíneo efetivo. Nesse caso, a desfibrilação é a intervenção prioritária. Outro ritmo que requer desfibrilação é a taquicardia ventricular sem pulso, que apresenta uma contração ventricular rápida incapaz de manter uma

pressão arterial adequada, também exigindo a aplicação imediata de choque elétrico (CHOKR *et al.*, 2014; BERNOCHE *et al.*, 2019).

Por outro lado, existem ritmos que não respondem à desfibrilação, como a Asystole, que se caracteriza pela ausência total de atividade elétrica no coração, apresentando uma linha reta no eletrocardiograma (MERCER *et al.*, 2023). Nesse cenário, a intervenção consiste em manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e na administração de medicamentos, como a epinefrina, para tentar restabelecer a atividade cardíaca (GONZALEZ *et al.*, 2013). A atividade elétrica sem pulso (AES) também se enquadra nessa categoria, pois, embora haja presença de atividade elétrica no eletrocardiograma, não há um pulso palpável. Assim como na Asystole, o tratamento para AES envolve a realização de RCP e a administração de epinefrina (VARÃO *et al.*, 2024).

A identificação rápida e precisa do ritmo cardíaco durante a PCR é essencial, pois influencia diretamente nas decisões de tratamento e nas chances de sobrevivência do paciente. A desfibrilação deve ser realizada o mais rápido possível em casos de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, e a ressuscitação cardiopulmonar deve ser iniciada em casos de atividade elétrica sem pulso. O manejo adequado dos ritmos cardíacos pode aumentar significativamente as taxas de sobrevivência e melhorar os desfechos neurológicos dos pacientes (GONZALEZ *et al.*, 2013).

ABORDAGEM DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A abordagem da PCR envolve uma série de intervenções críticas que devem ser realizadas de forma rápida e eficaz para maximizar as chances de sobrevivência e minimizar sequelas. O primeiro passo é reconhecer os sinais de PCR,

que incluem a ausência de consciência, respiração anormal ou ausente e ausência de pulso. Ao identificar a PCR, é fundamental acionar imediatamente o serviço de emergência e, se possível, solicitar a ajuda de outros ao redor (BASTOS *et al.*, 2020).

Em seguida, deve-se iniciar a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) o quanto antes. A RCP consiste em compressões torácicas de alta qualidade, que devem ser realizadas a uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto e com uma profundidade adequada. As compressões devem ser intercaladas com ventilações, seguindo a proporção de 30 compressões para 2 ventilações, se houver um reanimador treinado. Caso o reanimador não tenha formação específica ou não se sinta seguro em realizar as ventilações, pode optar por realizar apenas as compressões (GONZALEZ *et al.*, 2013).

Enquanto a RCP é iniciada, é crucial utilizar um desfibrilador externo automático (DEA) assim que estiver disponível. O DEA pode analisar o ritmo cardíaco e indicar se a desfibrilação é necessária. Se o ritmo identificado for fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, a desfibrilação deve ser aplicada imediatamente. A desfibrilação deve ser feita o mais rápido possível, pois cada minuto conta na sobrevivência do paciente. Após a desfibrilação, deve-se continuar a RCP até que o socorro especializado chegue ou até que o paciente demonstre sinais de recuperação (BERNOCHE *et al.*, 2019; FERREIRA *et al.*, 2021).

Além disso, é importante monitorar o paciente durante todo o processo e estar preparado para administrar medicamentos, como a epinefrina, conforme as diretrizes estabelecidas. A equipe médica que chega ao local deve ser informada sobre as ações já realizadas, o tempo de PCR e quaisquer intervenções executadas. A abordagem adequada da PCR é fundamental,

não apenas para restaurar a circulação e a respiração, mas também para garantir que o paciente receba cuidados contínuos após a reanimação, com o objetivo de prevenir complicações e melhorar os desfechos neurológicos. A prática regular e a educação em ressuscitação são essenciais para capacitar tanto profissionais de saúde quanto leigos, garantindo que mais pessoas estejam prontas para agir em emergências.

ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE APÓS A REVERSÃO DA PCR

A estabilização do paciente após a reversão da parada cardiorrespiratória (PCR) é um passo crucial que visa garantir a recuperação segura e a prevenção de complicações. Uma vez que a circulação e a respiração foram restauradas, é fundamental monitorar continuamente os sinais vitais, como frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio. O paciente deve ser colocado em uma posição adequada, geralmente deitado em decúbito lateral, para facilitar a respiração e minimizar o risco de aspiração, especialmente se houver comprometimento do nível de consciência (BRASIL, 2016).

O suporte ventilatório pode ser necessário, especialmente se o paciente apresentar hipoxemia ou dificuldade respiratória. Ventilações assistidas podem ser implementadas, utilizando oxigênio suplementar para garantir uma adequada oxigenação dos tecidos. O controle da temperatura também é essencial, uma vez que a hipertermia pode ser comum após uma PCR, e a normotermia deve ser mantida para prevenir danos neurológicos (CARVALHO *et al.*, 2007).

A administração de fluidos intravenosos é frequentemente necessária para restaurar a volemia e estabilizar a pressão arterial; a monitoração hemodinâmica pode ajudar a guiar a terapia. Além disso, a avaliação da função neurológica

deve ser realizada, utilizando escalas como a Escala de Coma de Glasgow, para determinar o nível de consciência do paciente e identificar qualquer dano neurológico que possa ter ocorrido durante a PCR (MUNIZ *et al.*, 1997; CHEREM *et al.*, 2020).

Se o paciente for identificado como tendo um ritmo cardíaco que responde a tratamento específico, como arritmias, o uso de medicamentos antiarrítmicos pode ser indicado. A equipe médica deve considerar a possibilidade de intervenções adicionais, como cateterismo cardíaco ou terapias específicas para tratar causas subjacentes da PCR, como infecções ou problemas cardíacos (LORGA *et al.*, 2002).

Por fim, a transferência para uma unidade de terapia intensiva ou emergência é frequentemente necessária, onde o paciente pode receber cuidados mais intensivos e monitoramento contínuo. A comunicação clara entre a equipe de resgate e os profissionais de saúde que assumem o cuidado do paciente é essencial para garantir que todas as intervenções realizadas sejam bem documentadas e que o plano de tratamento seja seguido adequadamente (MELO & SILVA, 2011). A estabilização eficaz do paciente após a reversão da PCR é fundamental para melhorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida futura.

CONDUTA NOS SOBREVIVENTES DA MORTE SÚBITA CARDÍACA

A conduta em sobreviventes de morte súbita cardíaca é uma etapa crítica que visa não apenas a recuperação imediata, mas também a prevenção de novos eventos e a melhoria da qualidade de vida. Após a estabilização inicial, a avaliação deve incluir uma investigação detalhada das causas subjacentes da morte súbita. Isso geralmente envolve a realização de um histórico clí-

nico completo, exame físico e testes diagnósticos, como eletrocardiograma, ecocardiograma, testes de estresse e, em alguns casos, monitoramento Holter (RIBEIRO, 2006; SPINETI *et al.*, 2021).

Uma vez identificadas as causas, o tratamento deve ser individualizado. Se a morte súbita estiver relacionada a arritmias, a implantação de um cardiodesfibrilador implantável (CDI) pode ser indicada para prevenir futuros episódios. Em situações em que a morte súbita é atribuída a doenças coronarianas, intervenções como angioplastia ou cirurgia de revascularização podem ser necessárias (FONSECA *et al.*, 2007).

Revascularização miocárdica

A revascularização miocárdica é um conjunto de procedimentos médicos destinados a restaurar o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco, especialmente em casos de doença arterial coronariana. Essa condição ocorre quando as artérias que irrigam o coração se estreitam ou bloqueiam, geralmente devido ao acúmulo de placas de gordura, o que pode causar angina, infarto do miocárdio e, em casos graves, morte súbita (PINHO *et al.*, 2010; NOGUEIRA *et al.*, 2024).

A revascularização miocárdica em sobreviventes de morte súbita cardíaca é uma intervenção crucial para restaurar o fluxo sanguíneo adequado ao coração e prevenir novos episódios arrítmicos. Após um evento de morte súbita, é fundamental identificar as causas subjacentes que podem ter contribuído para a parada cardíaca, sendo a doença arterial coronariana uma das principais responsáveis. A revascularização pode ser realizada por meio de procedimentos como a angioplastia coronariana ou a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) (BRAGION-SANTOS *et al.*, 2015).

Na angioplastia, um balão é inserido e insuflado na artéria coronária obstruída para abrir o vaso, frequentemente com a colocação de um *stent* para mantê-lo patente. Este procedimento é minimamente invasivo e pode ser feito em emergências, especialmente se o paciente apresentar angina ou infarto do miocárdio (BARBOSA *et al.*, 2013).

A cirurgia de revascularização do miocárdio, por outro lado, envolve a criação de um novo caminho para o fluxo sanguíneo ao utilizar enxertos de vasos sanguíneos do próprio paciente. Este método é geralmente indicado quando há múltiplas obstruções coronárias ou quando a angioplastia não é viável. A CRM não só alivia os sintomas, como também melhora a função cardíaca e reduz o risco de novos eventos cardíacos (BRICK *et al.*, 2004).

A decisão sobre qual abordagem de revascularização utilizar deve ser individualizada, levando em consideração fatores como a gravidade da doença arterial coronariana, a anatomia das artérias afetadas e a condição clínica do paciente. Além da revascularização, a reabilitação cardíaca e a adesão a um estilo de vida saudável são essenciais para melhorar a qualidade de vida e prevenir a recorrência de problemas cardíacos. A revascularização miocárdica, quando realizada em sobreviventes de morte súbita cardíaca, representa uma oportunidade vital para reverter o dano causado pela isquemia (BRICK *et al.*, 2004).

A terapia antiarrítmica é um componente essencial no tratamento de distúrbios do ritmo cardíaco, que podem variar de formas benignas a condições potencialmente fatais. O objetivo dessa terapia é restaurar a normalidade do ritmo cardíaco, prevenir a ocorrência de arritmias e minimizar o risco de complicações, como o infarto do miocárdio ou a morte súbita cardíaca (PAZIN FILHO *et al.*, 2003).

Os medicamentos antiarrítmicos são classificados em diferentes classes, de acordo com a ação e o mecanismo de ação. A Classificação de

Vaughan Williams é uma das mais comuns (**Quadro 26.1**).

Quadro 26.1 Medicamentos antiarrítmicos classificados em diferentes classes, de acordo com a ação e o mecanismo de ação

Classificação	Mecanismo de ação
Classe I	Bloqueadores de canais de sódio, que podem ser subdivididos em Ia, Ib e Ic, cada um com diferentes características de ação. Exemplos incluem a quinidina (Ia), a lidocaína (Ib) e a flecainida (Ic).
Classe II	Betabloqueadores, que reduzem a frequência cardíaca e a força de contração do coração. São frequentemente utilizados para tratar arritmias supraventriculares e algumas arritmias ventriculares. Exemplos incluem metoprolol e carvedilol.
Classe III	Bloqueadores de canais de potássio, que prolongam o tempo de repolarização do coração. Exemplos incluem a amiodarona e o sotalol. Estes são frequentemente utilizados para tratar arritmias ventriculares e fibrilação atrial.
Classe IV	Bloqueadores de canais de cálcio, que são utilizados principalmente para tratar arritmias supraventriculares. Exemplos incluem o diltiazem e a verapamil.

Além dos medicamentos, a terapia antiarrítmica pode incluir intervenções não farmacológicas, como a cardioversão elétrica, que é utilizada em emergências para restaurar o ritmo normal. A ablação por cateter é outra técnica que pode ser empregada em casos de arritmias persistentes, onde se utiliza energia para destruir o tecido cardíaco responsável pela arritmia (PIRES *et al.*, 2013).

A escolha da terapia antiarrítmica deve ser individualizada, levando em consideração o tipo de arritmia, as comorbidades do paciente, a resposta anterior ao tratamento e o perfil de efeitos colaterais dos medicamentos (LORGA *et al.*, 2002). O monitoramento cuidadoso é crucial, uma vez que alguns antiarrítmicos podem ter efeitos adversos significativos, incluindo a indução de novas arritmias.

Cardiodesfibrilador implantável

O cardiodesfibrilador implantável (CDI) desempenha um papel crucial no manejo de sobreviventes de morte súbita cardíaca, oferecendo uma estratégia eficaz para prevenir novas arritmias potencialmente fatais. Após um evento de morte súbita, a instalação de um CDI é frequen-

temente considerada, especialmente em pacientes que apresentam risco elevado de recidiva devido a condições como cardiomiopatia, infarto do miocárdio ou arritmias ventriculares (ZIMMERMAN, 2008; GALVÃO FILHO, 2024).

O CDI é um dispositivo eletrônico que é implantado cirurgicamente sob a pele, geralmente na região do tórax, e conectado a eletrodos posicionados dentro do coração. Sua função principal é monitorar continuamente o ritmo cardíaco. Ao detectar arritmias graves, como fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular, o dispositivo pode administrar choques elétricos para restaurar um ritmo normal. Isso não apenas protege os pacientes em situações críticas, mas também proporciona uma sensação de segurança, permitindo que retomem atividades diárias com maior confiança (RAPSANG & BHATTCHARYYA, 2014).

A decisão de implantar um CDI deve ser baseada em uma avaliação abrangente do paciente, considerando fatores como história clínica, presença de doenças cardíacas subjacentes e resposta a terapias antiarrítmicas. O CDI não substitui a terapia medicamentosa, mas atua em conjunto com ela, especialmente em pacientes que

podem não responder adequadamente apenas a medicamentos (COSTA *et al.*, 2007).

Além dos benefícios imediatos, a presença de um CDI pode melhorar significativamente a qualidade de vida dos sobreviventes, oferecendo proteção contra arritmias inesperadas e reduzindo o risco de morte súbita recorrente. O acompanhamento regular com um cardiologista é essencial para monitorar a função do dispositivo e ajustar o tratamento, garantindo que os pacientes recebam cuidados contínuos e adequados. Em suma, o cardiodesfibrilador implantável é uma ferramenta vital no manejo de sobreviventes de morte súbita cardíaca, contribuindo para a prevenção de novos eventos arrítmicos e promovendo um prognóstico mais favorável a longo prazo (TEIXEIRA *et al.*, 2023).

Prevenção primária

A prevenção primária em sobreviventes de morte súbita cardíaca é fundamental para reduzir o risco de novos episódios e melhorar a qualidade de vida. Essa abordagem envolve uma combinação de estratégias que visam identificar e tratar condições que possam predispor o paciente a arritmias e outros eventos cardíacos (VAKROU *et al.*, 2021).

Um dos primeiros passos na prevenção primária é a avaliação detalhada do risco cardiovascular. Isso geralmente inclui histórico clínico completo, exame físico e exames complementares, como eletrocardiogramas, ecocardiogramas e testes de estresse. A identificação de fatores de risco, como hipertensão, diabetes, dislipidemia e hábitos de vida pouco saudáveis, é crucial para um manejo eficaz (KANNEL & SCHATZKIN, 1985).

Mudanças no estilo de vida também são componente-chave na prevenção primária. Os sobreviventes devem ser encorajados a adotar

hábitos saudáveis, como seguir uma dieta equilibrada, praticar exercícios regularmente, evitar o tabagismo e gerenciar o estresse. Programas de reabilitação cardíaca podem ser especialmente benéficos, oferecendo suporte e orientação para a recuperação física e emocional (GADENZ & BENVENÚ, 2013).

A educação do paciente sobre os sinais e sintomas de arritmias e a importância do acompanhamento médico regular é fundamental. Os sobreviventes devem ser informados sobre como reconhecer sinais de alerta e quando buscar ajuda médica. O monitoramento contínuo e a comunicação aberta com os profissionais de saúde ajudam a ajustar o tratamento conforme necessário e a manter a vigilância sobre a saúde cardiovascular (RABELO *et al.*, 2007).

CONCLUSÃO

A gestão de sobreviventes de morte súbita cardíaca exige uma abordagem abrangente e multidisciplinar que inclui a identificação de fatores de risco, intervenções terapêuticas, monitoramento contínuo e educação do paciente. A implementação de estratégias de prevenção primária, como a revascularização miocárdica, a terapia antiarrítmica e a utilização de dispositivos como o cardiodesfibrilador implantável, é crucial para reduzir o risco de recorrências e melhorar a qualidade de vida. Além disso, mudanças no estilo de vida e o apoio psicológico são essenciais para promover a recuperação e a adaptação do paciente. Com manejo adequado e vigilância constante, é possível oferecer aos sobreviventes de morte súbita cardíaca não apenas uma maior segurança, mas também uma vida mais saudável e plena. A colaboração entre pacientes, profissionais de saúde e programas de reabilitação é fundamental para garantir um prognóstico positivo a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAUJO, N.R. *et al.* Nursing training and retraining on cardiopulmonary resuscitation: a theoretical-practical intervention. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 56, e20210521, 2022. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0521.
- BARBOSA, R.R. *et al.* Tratamento de perfuração coronária tipo IV durante intervenção coronária percutânea. *Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva*, v. 21, p. 73, 2013. doi: 10.1590/S2179-83972013000100015.
- BASTOS, T.R. *et al.* Conhecimento de estudantes de medicina sobre suporte básico de vida no atendimento à parada cardiorrespiratória. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, e111, 2020. doi: 10.1590/1981-5271v44.4-20200123.
- BERNOCHE, C. *et al.* Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 113, p. 449, 2019.
- BRAGGION-SANTOS, M.F. *et al.* Morte súbita cardíaca no Brasil: análise dos casos de Ribeirão Preto (2006-2010). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 104, p. 120, 2015. doi: 10.5935/abc.20140178.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRICK, A.V. *et al.* Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica, valvopatias e doenças da aorta. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 82, 2004. doi: 10.1590/S0066-782X2004001100001.
- CARDOSO, R.C.A. Falência cardiopulmonar em paciente pediátrico. *Revista de Pediatria SOPERJ*, v. 13, p. 14, 2012.
- CARVALHO, C.R.R. *et al.* Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 33, p. 54, 2007. doi: 10.1590/S1806-37132007000800002.
- CHEREM, S. *et al.* O comportamento da pressão arterial após elevação da pressão parcial positiva final pode auxiliar na determinação do status de fluido-responsividade em pacientes com choque séptico? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 32, p. 374, 2020. doi: 10.5935/0103-507X.20200065.
- CHOKR, M.O. *et al.* Acoplamento ultracurto e taquicardia ventricular polimórfica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 102, e60, 2014. doi: 10.5935/abc.20140075.
- COSTA, R. *et al.* Incidência de choques e qualidade de vida em jovens com cardioversor-desfibrilador implantável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, p. 258, 2007. doi: 10.1590/S0066-782X2007000300002.
- CRUZ, L.L. & RÊGO, M.G. O enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar: desafios do cotidiano [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2018.
- FERREIRA, M.N.A. *et al.* Uso do desfibriladores externos automáticos (DEA) por pessoas leigas no atendimento pré-hospitalar: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, e36110715989, 2021. doi: 10.33448/rsd-v10i7.15989.
- FIELD J.M. *et al.* Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, v. 122, S640, 2010. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970889.
- FONSECA, S.M.S *et al.* Acompanhamento clínico de pacientes portadores de cardioversor-desfibrilador implantável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, p. 8, 2007. doi: 10.1590/S0066-782X2007000100002.
- GADENZ, S.D. & BENVENÚ, L.A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 3523, 2013. doi: 10.1590/S1413-81232013001200009.
- GALVÃO FILHO, S.S. Impacto do cardioversor desfibrilador implantável na vida de seus portadores. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 121, e20240196, 2024. doi: 10.36660/abc.20240196.
- GONZALEZ, M. *et al.* I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, 2013. doi: 10.5935/abc.2013S006.
- KANNEL, W.B. & SCHATZKIN, A. Sudden death: lessons from subsets in population studies. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 5, 1985. doi: 10.1016/s0735-1097(85)80545-3.
- KRAYCHETE, D.C. *et al.* Recommendations for the use of opioids in Brazil: part IV: adverse opioid effects. *Revista Dor*, v. 15, p. 215, 2014. doi: 10.5935/1806-0013.20140047.

- LORGA, A. *et al.* Diretrizes para avaliação e tratamento de pacientes com arritmias cardíacas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 79, 2002. doi: 10.1590/S0066-782X2002001900001.
- MELO, M.C.B. & SILVA, N.L.C. Urgência e emergência na atenção primária à saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.
- MERCER, J. *et al.* Cardiac asystole at birth re-visited: effects of acute hypovolemic shock. *Children*, v. 10, 2023. doi: 10.3390/children10020383.
- MUNIZ, E.C.S. *et al.* Utilização da Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 31, p. 287, 1997. doi: 10.1590/S0080-62341997000200010.
- NEUMAR, R.W. *et al.* Part 8: adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, v. 122, S729, 2010. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970988.
- NOGUEIRA, R.A. *et al.* Reabilitação cardiovascular de pacientes submetidos à cirurgia de bypass coronário. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, p. 598, 2024. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p598-616.
- OLIVEIRA, G.M.M. *et al.* Position statement on ischemic heart disease: women-centered health care 2023. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 120, e20230303, 2023. doi: 10.36660/abc.20230303.
- OLIVEIRA, M.A.B. *et al.* Modalidades de parada cardíaca induzida: hipercalemia e hipocalcemia: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, v. 29, p. 432, 2014. doi: 10.5935/1678-9741.20140074.
- PAZIN FILHO, A. *et al.* Distúrbios do ritmo cardíaco. *Medicina*, v. 36, p. 151, 2003. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p151-162.
- PESARO, A.E.P. *et al.* Infarto agudo do miocárdio: síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, p. 214, 2004. doi: 10.1590/S0104-42302004000200041.
- PINHO, R.A.D. *et al.* Doença arterial coronariana, exercício físico e estresse oxidativo. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 94, p. 549, 2010. doi: 10.1590/S0066-782X2010000400018.
- PIRES, L.M. *et al.* Ablação de arritmias por cateter com mapeamento eletroanatômico exclusivo: uma série de casos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, p. 226, 2013. doi: 10.5935/abc.20130147.
- RABELO, E.R. *et al.* What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, p. 165, 2007. doi: 10.1590/S0104-11692007000100024.
- RAPSANG, A.G. & BHATTACHARYYA, P. Marcapassos e cardioversores desfibriladores implantáveis: considerações gerais e anestésicas. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 64, p. 205, 2014. doi: 10.1016/j.bjan.2013.02.003.
- RIBEIRO, A.L.P. Eletrocardiografia dinâmica (HOLTER): revisão atualizada. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 16, p. 96, 2006.
- SOUZA, B.T. *et al.* Identificação dos sinais de alerta para a prevenção da parada cardiorrespiratória intra-hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, e3072, 2019. doi: 10.1590/1518-8345.2853.3072.
- SPINETI, P.P.M. *et al.* The challenge of assessing sudden cardiac death risk in patients with nonischemic heart failure. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 117, p. 542, 2021. doi: 10.36660/abc.20210633.
- TEIXEIRA, R.A. *et al.* Brazilian guidelines for cardiac implantable electronic devices 2023. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 120, e20220892, 2023. doi: 10.36660/abc.20220892.
- VAKROU, S. *et al.* Estratificação de risco para prevenção primária de morte súbita cardíaca em cardiomiopatia hipertrófica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 117, p. 157, 2021. doi: 10.36660/abc.20201339.
- VARÃO, F.S. *et al.* A importância da reanimação cardiopulmonar no atendimento pré-hospitalar. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, p. 1612, 2024. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n2p1612-1623.
- WALLMULLER, C. *et al.* Causes of in-hospital cardiac arrest and influence on outcome. *Resuscitation*, v. 83, p. 1206, 2012. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.05.001.
- ZIMERMAN, L.I. Cardioversor-desfibrilador na prevenção primária de morte súbita: para todos ou para poucos? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 91, p. 70, 2008. doi: 10.1590/S0066-782X2008001400001.