



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

CURSO DE MEDICINA

BRENDA BARBETTA

PERFIL DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DE ARRITMIAS CARDÍACAS

PASSO FUNDO – RS

2019

BRENDA BARBETTA

PERFIL DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof. Especialista Roselei Graebin

PASSO FUNDO – RS

2019

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Barbetta, Brenda
Perfil do Atendimento Emergencial de Arritmias
Cardíacas / Brenda Barbetta. -- 2019.
27 f.

Orientadora: Especialista Roselei Graebin.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Medicina, Passo Fundo, RS , 2019.

1. Arritmia Cardíaca. 2. Serviços Médicos de
Emergência. 3. Tratamento de Emergência. 4. Pesquisas
sobre serviços de saúde. 5. Epidemiologia. I. Graebin,
Roselei, orient. II. Universidade Federal da Fronteira
Sul. III. Título.

BRENDA BARBETTA

PERFIL DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof^a Especialista Roselei Graebin

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:
09/10/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Roselei Graebin - UFFS

Prof^o Alison Blum Saraiva - UFFS

Elias Sato de Almeida - HSVP

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado conforme o Manual de trabalhos acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul, requerido pela mesma para a graduação em Medicina. Composto pelo projeto de pesquisa que tem como tema o Atendimento Emergencial de Arritmias Cardíacas, relatório e artigo científico, realizados pela acadêmica Brenda Barbeta com auxílio da orientadora Prof. Esp. Roselei Graebin. As arritmias cardíacas são causas frequentes de atendimento emergencial, comumente se apresentando com gravidade mediana ou alta. Tendo em vista que a última Diretriz Brasileira sobre arritmias cardíacas num contexto geral data do ano de 2002, o manejo indicado tornou-se obsoleto. Neste contexto, o presente estudo objetiva identificar os principais tipos de arritmias atendidas pelo Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), bem como a existência de patologias de base, comorbidades associadas, apresentação clínica e desfecho conforme manejo optado. A amostra não-probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes que deram entrada no serviço emergencial da unidade hospitalar citada, no período de 01 de julho de 2018 a 30 de junho de 2019. Os dados serão obtidos através do prontuário eletrônico, posteriormente digitalizados, inseridos em uma planilha eletrônica no EpiData e posteriormente exportados para o programa PSPP para análise estatística, sendo que a relação entre as variáveis será analisada através do teste Qui-Quadrado.

Palavras-chave: Arritmia Cardíaca. Serviços Médicos de Emergência. Tratamento de Emergência. Pesquisas sobre Serviços de Saúde. Epidemiologia.

ABSTRACT

This final paper was elaborated according to the Manual of academic works of Universidade Federal da Fronteira Sul, as required by the graduation course in Medicine. It is structured by the research Project, whose theme is the Emergency Response of Cardiac Arrhythmias, by the report and the scientific article, carried out by the academic Brenda Barbeta with the help of the advisor professor Roselei Graebin. Cardiac arrhythmias are frequent causes of emergency care, usually presenting with medium or high severity. Considering that the last Brazilian Guideline on cardiac arrhythmias in a general context dates from the year 2002, the indicated management has become obsolete. In this context, the present study aims to identify the main types of arrhythmias treated by Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), as well as the existence of underlying pathologies, associated comorbidities, clinical presentation and outcome according to the chosen management. The non-probabilistic sample, selected for convenience, will be made up of all the patients who were admitted to the emergency department of the hospital unit, from July 1, 2018 to June 30, 2019. The data will be obtained through the electronic medical records, which were scanned and inserted in a spreadsheet in EpiData, and later exported to the PSPP program for statistical analysis; and the relationship among the variables will be analyzed through the Chi-Square test.

Key words: Cardiac Arrhythmia. Emergency Medical Services. Emergency Treatment. Research on Health Services. Epidemiology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. DESENVOLVIMENTO	11
2.1 Resumo informativo	11
2.2 Tema	12
2.3 Problema	12
2.4 Hipóteses	12
2.5 Objetivos	13
2.5.1 Objetivo Geral	13
2.5.2 Objetivos específicos	13
2.6 Justificativa	13
2.7 Referencial teórico	14
2.8 Metodologia	16
2.8.1 Tipo de estudo	16
2.8.2 Local e período de realização	17
2.8.3 População e amostragem	17
2.8.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados	17
2.8.5 Processamento, controle de qualidade e análise estatística dos dados	18
2.8.6 Aspectos éticos	18
2.9 Recursos	20
2.10 Cronograma	21
2.11 Referências	22
2.12 Apêndice	24
3. RELATÓRIO DE PESQUISA	29
3.1 Redação do projeto	29
3.2 Comitê de Ética em Pesquisa	29
3.3 Coleta de dados	29
3.4 Alterações no projeto inicial	30
4. ARTIGO CIENTÍFICO	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
6. REFERÊNCIAS	49
7. ANEXOS	53
7.1 Formulário de Aceite de Orientação	53
7.2 Normas da Revista	54

7.3 Comprovante de envio do Projeto ao CEP-UFFS.....	63
--	----

1. INTRODUÇÃO

As causas cardiovasculares correspondem a 20% do total de mortes no mundo, e no Brasil elas ocupam o terceiro lugar no ranking (MANSUR, 2011). Dentre estas doenças, encontram-se as arritmias cardíacas.

Arritmias cardíacas são distúrbios na frequência cardíaca produzidas por anormalidades na produção e/ou na condução do impulso elétrico. As bradiarritmias são caracterizadas por uma frequência cardíaca menor do que 50 batimentos por minuto (bpm) e surgem a partir de distúrbios na formação do impulso no nó sinoatrial (NAS) ou na propagação a qualquer nível. As taquiarritmias podem ser geradas por aumento da automaticidade, por existência de circuito de reentrada ou por mecanismos de gatilho (HARRISON, 2016). Existem ainda, os distúrbios com batimentos prematuros, onde estão inclusas as extrassístoles isoladas a partir dos átrios ou dos ventrículos (GOLDMAN; AUSIELLO, 2014).

Esta disfunção pode ocorrer em pessoas com ou sem alterações cardíacas, ou ainda, como resposta a outras doenças, distúrbios hidroeletrólíticos ou intoxicação medicamentosa (MOURA et al., 2017).

A epidemiologia varia conforme o tipo de arritmia apresentada. A fibrilação atrial (FA) constitui a apresentação com maior relevância clínica e demonstra uma prevalência variável com a idade. Tendo em vista que a incidência da maioria das arritmias cardíacas tende a aumentar com o avanço da idade, diante do envelhecimento populacional, o número de casos destes distúrbios do ritmo se elevar. Sendo que, no caso da FA, a prevalência em pessoas com menos de 60 anos de idade é de cerca de 1%, enquanto em maiores de 80 anos, supera os 8% (CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira, 2016a). Além disso, a prevalência é influenciada pelo fator sexo, sendo mais prevalente em homens, na proporção de 2:1. Apesar disso, a FA é mais encontrada em mulheres, tendo em vista a sobrevida a elas relacionada (CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira 2016a).

Existe a possibilidade de se apresentar sem qualquer sintomatologia ou com manifestações como síncope, dor pré-cordial, vertigem, confusão mental, astenia e

hipotensão, além de poderem evoluir para quadros clínicos mais graves como insuficiência cardíaca congestiva e, até mesmo, para a morte súbita (MOURA et al., 2017).

O tratamento instituído pelo médico assistente varia de acordo com o tipo de arritmia apresentada, assim como a existência ou não de doença cardíaca prévia, e a intensidade dos sintomas. Assim sendo, pode se optar por terapia medicamentosa, ablação por cateter ou o implante de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) (MOURA et al., 2017)

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Resumo informativo

As arritmias cardíacas são causas frequentes de atendimento emergencial, comumente se apresentando com gravidade mediana ou alta. Tendo em vista que a última Diretriz Brasileira sobre arritmias cardíacas num contexto geral data do ano de 2002, o manejo indicado tornou-se obsoleto. Neste contexto, o presente estudo objetiva identificar os principais tipos de arritmias atendidas pelo Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), bem como a existência de patologias de base, comorbidades associadas, apresentação clínica e desfecho conforme manejo optado. A amostra não-probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes que deram entrada no serviço emergencial da unidade hospitalar citada, no período de 01 de julho de 2018 a 30 de junho de 2019. Os dados serão obtidos através do prontuário eletrônico, posteriormente digitalizados, inseridos em uma planilha eletrônica no EpiData e posteriormente exportados para o programa PSPP para análise estatística, sendo que a relação entre as variáveis será analisada através do teste Qui-Quadrado.

Palavras-chave: Arritmia Cardíaca. Serviços Médicos de Emergência. Tratamento de Emergência. Pesquisas sobre Serviços de Saúde. Epidemiologia.

2.2 Tema

Perfil do atendimento emergencial de arritmias cardíacas.

2.3 Problema

Quais as principais causas de arritmias cardíacas no serviço emergencial?

Quais os tipos de arritmias mais prevalentes neste contexto?

Quais os principais sinais e sintomas encontrados diante de um quadro de arritmia cardíaca?

Estas patologias estão comumente associadas à alguma comorbidade?

Quais as condutas mais comumente empregadas diante deste quadro?

Tendo em vista que o prognóstico varia conforme o tipo de distúrbio de ritmo, quais os com melhores e piores mortalidade?

2.4 Hipóteses

Miocardiopatias são as principais causas de arritmias cardíacas em serviço emergencial.

A fibrilação atrial é a arritmia mais comumente encontrada em atendimento emergencial.

Os principais sinais e sintomas de arritmias são precordialgia, síncope, palpitações, adinamia e lipotimia.

Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia são comorbidades desencadeadoras de diversos distúrbios cardiovasculares, entre eles as arritmias. Assim sendo, este distúrbio cardíaco se apresenta maior prevalência entre os portadores de tais comorbidades.

A terapêutica adotada pelo médico depende do tipo de arritmia, sendo que em consulta emergencial é feita normalmente a colocação de marca-passo em bradicardias e a cardioversão química em pacientes com taquiarritmias

As bradicardias normalmente cursam com quadros clínicos mais instáveis, e mais comumente levam a óbito.

2.5 Objetivos

2.5.1 Objetivo Geral

Identificar os principais tipos e causas de arritmia cardíacas em consultas emergenciais, assim como a conduta empregada e o desfecho clínico.

2.5.2 Objetivos específicos

Determinar as principais causas de arritmias cardíacas

Identificar os principais tipos de arritmia, assim como a prevalência de cada um

Verificar os sinais e sintomas mais frequentes diante do quadro clínico de arritmia

Avaliar a resolatividade do tratamento empregado

Analisar a porcentagem de pacientes com arritmias portadores de doenças crônicas

Determinar a conduta empregada após o atendimento

Comparar a mortalidade entre os diferentes tipos de arritmias

2.6 Justificativa

O contexto mundial aumenta a prevalência de distúrbios cardiovasculares, sendo as arritmias cardíacas uma parte importante deste grupo de patologias. Apesar disso, comparando-se às demais doenças cardíacas, as arritmias ainda são pouco estudadas e seu manejo não é bem estabelecido (CARNEIRO et al., 2012).

A prevalência de arritmias cardíacas é alta na população em geral, particularmente em pacientes portadores de doenças cardíacas. Segundo Scanavacca (2012), o manejo das arritmias é um desafio para os médicos, mesmo

que especialistas, tendo em vista o amplo espectro de risco e de apresentações das diferentes arritmias.

Além disso, o conhecimento específico da prevalência de arritmias em determinada região é importante na elaboração de protocolos de atendimento, programas de educação médica continuada e adaptação do centro de atendimento em relação a equipamentos para método diagnóstico e tratamento instituído (LUCIANO et al., 2011). Tendo em vista tal necessidade, verificou-se que até o presente momento não existem estudos que demonstrem o perfil epidemiológico e protocolos de conduta para arritmias cardíacas na região sul do Brasil, assim como a efetividade de tais tratamentos. Portanto, o presente estudo visa atender a esta demanda, buscando evidenciar todos os fatores supracitados, auxiliando no atendimento destas patologias no contexto emergencial.

2.7 Referencial teórico

O impulso elétrico normal do coração é gerado pelas células marca-passo localizadas no nó sinoatrial (NSA), que se encontra na junção do átrio direito com a veia cava superior. Desta forma, o impulso é transmitido, por meio do tecido nodal, aos átrios e posteriormente ao nó atrioventricular (NAV), sendo esta a única conexão elétrica entre os átrios e os ventrículos no coração sem disfunção. Do NAV, o impulso segue para os feixes de His, e então para os ramos direito e esquerdo das fibras de Purkinje, propiciando a contração dos ventrículos (HARRISON, 2016).

As arritmias são produzidas quando ocorre alguma disfunção na geração e/ou condução destes impulsos elétricos. Elas podem ser divididas por sua origem: supraventricular, quando o ritmo se origina acima da junção entre o NAV e o feixe de His, ou ventricular, com ritmo de origem abaixo da bifurcação do feixe de His (CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira 2016b).

As bradiaritmias supraventriculares podem ser causadas por disfunção no nó sinusal, NAV ou no sistema His-Purkinje. Os bloqueios de primeiro e segundo graus costumam ser benignos, especialmente quando revertido por exercício físico. Os bloqueios de segundo e terceiro graus persistentes são anormais e cursam com

sintomas de bradicardia, como tontura, fadiga, dispneia aos esforços, síncope, lipotímia e agravamento da Insuficiência Cardíaca (IC). A principal causa é a influência vasovagal, seguida de medicações, doenças infiltrativas e degeneração fibrocálcica, e diagnóstico é feito através do Eletrocardiograma (ECG) (CECIL, 2014). Quando assintomática, não necessita de tratamento, porém, quando apresentar sintomas, a implantação de DCEI, especialmente o Marca-Passo (MP) é recomendado como primeira opção (CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira 2002).

As extrassístoles podem ser originadas nos átrios ou nas veias pulmonares. Geralmente são assintomáticas, mas podem cursar com palpitações e, quando de gravidade alta, fadiga. O diagnóstico pode ser feito através de ECG ou Holter. Apenas necessitam de tratamento quando extremamente sintomáticas, e este pode ser feito pelo uso de beta-bloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio (GOLDMAN; AUSIELLO, 2014).

Taquiarritmias supraventriculares cursam com batimentos regulares ou irregulares numa frequência acima de 100 batimentos por minuto. Suas causas mais comuns são dilatação atrial, infarto agudo do miocárdio (IAM), embolia pulmonar, estados inflamatórios agudos ou crônicos ou cicatrizes cirúrgicas prévias. São divididas em: taquicardia sinusal, taquicardia atrial, taquicardia por reentrada nodal atrioventricular, taquicardia juncional, taquicardia relacionada com as vias acessórias, flutter atrial e fibrilação atrial. Os sintomas mais comuns são: fadiga, palpitações, tontura, dispneia, precordialgia, lipotímia e síncope. O método diagnóstico mais utilizado é o ECG, seguido do monitoramento por Holter. A terapêutica varia conforme o tipo de arritmia, e geralmente consiste em tratamento agudo e crônico, além da necessidade de anticoagulação (GOLDMAN; AUSIELLO, 2014).

As arritmias ventriculares incluem: extrassístoles ventriculares (EVs) isoladas, em pares, taquicardias ventriculares sustentadas e não sustentadas (TVs) e fibrilação ventricular (FV). Estas podem ocorrer em todas as formas de doenças cardíacas e, comumente, são a apresentação inicial da doença. A avaliação e a terapêutica são direcionadas pelo risco de morte arritmica, definido através da sintomatologia, tipo de arritmia e doença cardíaca subjacente (GOLDMAN; AUSIELLO, 2014).

EVs são encontradas em menos de 1% da população abaixo de 20 anos de idade, porém a prevalência aumenta com a idade e passa dos 2% em pacientes acima

de 50 anos. Podem ser sinal de aumento do tônus simpático, isquemia miocárdica, hipóxia e anormalidade eletrolítica, em especial hipocalcemia (GOLDMAN; AUSIELLO, 2014).

Em geral, arritmias ventriculares sustentadas são causadas por cardiopatia estrutural, e a prevalência da arritmia aumenta em conformidade com a gravidade da doença. Comumente são associadas à morte súbita (GOLDMAN; AUSIELLO, 2014).

A FV associada à isquemia miocárdica é relativamente comum, especialmente quando associada à doença coronariana, estando presente em 2% da população com IC ao ano. Outra forma comum de arritmia entre os portadores de IC são as TVs, que aparecem com a mesma incidência em casos de IC leve e moderada, mas sua prevalência aumenta para 50% em pacientes com insuficiência cardíaca grave (GOLDMAN; AUSIELLO, 2014).

Além do tipo de arritmia, é importante determinar a causa-base desta, pois quando existe uma cardiopatia estrutural subjacente, o prognóstico da arritmia tende a piorar. Logo, notamos a importância de se avaliar as comorbidades do paciente, tendo em vista que muitas delas, como a hipertensão arterial e a obesidade, causam instabilidade elétrica no miocárdio, propiciando o surgimento de distúrbios do ritmo cardíaco (CLEMENTE, 2012) (MAGALHÃES et al., 2014).

Até o momento não existem estudos no Hospital de Clínicas - Passo Fundo, RS sobre prevalência de arritmias. O presente estudo tem por objetivo avaliar, não só a prevalência desta patologia, como também as causas, tratamentos e sua eficácia, além das comorbidades mais frequentemente associadas.

2.8 Metodologia

2.8.1 Tipo de estudo

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo quantitativo, observacional e transversal do tipo descritivo analítico.

2.8.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HC – PF), durante o período de agosto de 2019 a julho de 2020.

2.8.3 População e amostragem

A população será composta por pacientes atendidos por arritmia cardíaca na emergência de um hospital de referência regional. A amostra não-probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) no período de 01 de julho de 2018 a 30 de junho de 2019, que se enquadram nos critérios propostos.

Serão utilizados como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, que, independentemente da idade e local de procedência, forem atendidos no serviço emergencial com a queixa principal relacionada a arritmia. A amostra não levará em conta a proveniência do paciente, pois será composta por pacientes do setor público (Sistema único de Saúde – SUS), privado e conveniado.

Serão excluídos os casos com achado acidental de arritmia cardíaca em atendimento emergencial e pacientes internados que têm a arritmia cardíaca como complicação de algum procedimento.

Dados os critérios de inclusão e exclusão, estima-se que 400 participantes sejam incluídos no projeto de pesquisa.

2.8.4 Variáveis e instrumentos de coleta de dados

O trabalho será desenvolvido a partir da consulta ao sistema de informações hospitalares, através de login e senha criados especificamente para o estudo em

questão. A coleta de dados será realizada pela acadêmica pesquisadora Brenda Barbeta, nas terças-feiras nos períodos matutino e vespertino. Serão identificados os pacientes para composição da amostra, dos quais serão coletados do próprio sistema os dados necessários, sendo que os casos de prontuários com informações relevantes ausentes serão excluídos do estudo. Posteriormente os dados serão transcritos para a ficha de coleta de dados (APÊNDICE A).

Os seguintes fatores serão considerados variáveis independentes: sexo, idade, presença de comorbidades, presença de evento vascular prévio, apresentação clínica e presença de doença de base. Como variável dependente será considerada a terapêutica empregada e sua resolatividade.

2.8.5 Processamento, controle de qualidade e análise estatística dos dados

Os dados obtidos serão duplamente digitalizados e inseridos no banco de dados EpiData, programa para entrada e documentação de dados (*software* de distribuição livre) e posteriormente exportados para o programa PSPP para análise estatística.

A análise estatística descritiva compreenderá a distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas, medidas de tendência central e de dispersão das variáveis numéricas, além da estimativa de prevalência do desfecho, com intervalo de confiança de 95%. Para testar as associações entre as variáveis dependentes e independentes será realizado o teste Qui-quadrado (χ^2), sendo considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$.

2.8.6 Aspectos éticos

O presente estudo será enviado à Coordenação de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Passo Fundo – RS, e posteriormente a sua aprovação, será

submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Riscos: o estudo tem como riscos aos participantes a exposição acidental dos dados de identificação. A fim de minimizar tais risco, o nome do paciente analisado será substituído por um número codificado na planilha eletrônica. Caso tal risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido.

Benefícios: não estão previstos benefícios diretos aos participantes. No entanto, o estudo atualizará os conhecimentos acerca da prevalência das arritmias cardíacas, seus sinais, sintomas e tratamentos. Tais informações, poderão auxiliar no manejo destas patologias em situação emergencial dentro de centros de atenção terciária.

Em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo em vista o caráter emergencial do perfil em estudo, os pacientes atendidos não apresentam vínculo concreto com a instituição, e considerando a alta mortalidade gerada por este distúrbio, dificultando a obtenção dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a equipe de pesquisa solicita dispensa do mesmo (APÊNDICE B).

Por fim, os pesquisadores deste projeto se comprometem a preservar as informações dos prontuários e da base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico do Hospital de Clínicas de Passo Fundo – HCPF, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Afirmam igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto de pesquisa e serão divulgadas em anonimato, conforme o Termo de Compromisso para uso de Dados em Arquivo (APÊNDICE C). Ademais, os dados serão mantidos sob responsabilidades dos pesquisadores no intervalo de 5 anos, após este período e, posteriormente a sua utilização, todas as informações coletadas de prontuários para o presente estudo serão destruídas.

Tendo em vista o caráter emergencial do atendimento e a falta de seguimento dos pacientes analisados no estudo, não estão previstas devolutivas diretas ao participante. Entretanto, esta devolutiva se dará de forma indireta, por meio de relatório ofertado ao Hospital de Clínicas de Passo Fundo, com o intuito de qualificar

o atendimento por meio do estudo detalhado de perfil epidemiológico e eficácia do tratamento de arritmias cardíacas.

2.9 Recursos

Para realização do presente estudo, está prevista a utilização dos seguintes recursos:

Item	Quantidade	Valor unitário	Total
Caneta preta 0.8 mm	5	R\$ 2,50	R\$ 7,50
Folha de ofício A4 branca	400	R\$ 0,05	R\$ 20,00
Impressões	400	R\$ 0,25	R\$ 100,00
			R\$ 127,50

Fonte: elaborada pelo autor

As despesas relacionadas à execução do projeto serão custeadas pela própria equipe de pesquisa.

2.10 Cronograma

	Ago 19	Set 19	Out 19	Nov 19	Dez 19	Jan 20	Fev 20	Mar 20	Abr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20
Revisão de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Submissão ao Comitê de Ética	x											
Coleta de dados			x	x	x	x	x	x	x			
Análise dos dados										x		
Relatório Parcial						x						
Redação e divulgação dos resultados finais											x	x
Relatório final												x

Fonte: elaborado pelo autor

2.11 Referências

CARNEIRO, Bárbara Vieira *et al.* Arritmias: fisiopatologia, quadro clínico e diagnóstico. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, 29 jun. 2012. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/3328/2070>. Acesso em: 10 maio 2019.

CLEMENTE, David; PEREIRA, Telmo; RIBEIRO, Susana. Repolarização ventricular em pacientes diabéticos: caracterização e implicações clínicas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, 30 out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001400007&lang=pt. Acesso em: 4 maio 2019.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. **Cecil Medicina Interna**. 23. ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2011.

LUCIANO, Paula Menezes *et al.* Atendimento de Arritmia Cardíaca em Emergência de Hospital Universitário Terciário. **Revista Brasileira de Cardiologia**, [S. /], 22 ago. 2011. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_04/a_2011_v24_n04_03atendimento.pdf. Acesso em: 30 abr. 2019.

HARRISON, T.R. *et al.* **Harrison: Medicina Interna**. 17 ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora Limitada, 2008. Vol I e II.

MAGALHÃES, Fernanda Jorge *et al.* Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Fortaleza - CE, 5 maio 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300394. Acesso em: 21 jun. 2019.

MANSUR, Antonio de Pádua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Instituto do Coração - HCFMUSP**, São Paulo, 28 jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001100010. Acesso em: 2 maio 2019.

MOURA, Liliâne Ferreira *et al.* Internações e óbitos por transtornos de condução e arritmias cardíacas no estado da Bahia - Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], 27 jan. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/asus/Downloads/21069-88256-1-PB.pdf. Acesso em: 9 maio 2019.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **III Diretrizes Da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Análise E Emissão de Laudos Eletrocardiográficos**. Arq Bras Cardiol. 2016; 106 (4Supl.1):1-23. (b)

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes para Avaliação e Tratamento de Pacientes com Arritmias Cardíacas**. Arq Bras Cardiol. 2002; 79 (Supl. V): 1-50.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial**. Arq Bras Cardiol. 2009; 92 (6 Supl I):1-39.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial**. Arq Bras Cardiol. 2016; 106 (Supl.IV): 1-35. (a)

SCANAVACCA, Mauricio. Novas Perspectivas do Tratamento das Arritmias Cardíacas e sua Aplicação no Brasil. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, 13 nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n6/v99n6a01.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2012.

SCUOTO, F. *et al.* Arritmias na sala de emergência e UTI. Taquicardias de QRS estreito: fundamentos para a abordagem. **Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. São Paulo, v. 28, n. 3, P 276-285, 2018.

2.12 Apêndice

Apêndice A

CODIFICAÇÃO NUMÉRICA DA FICHA DE COLETA DE DADOS

Número do prontuário:	np__
Sexo: (1) feminino; (2) masculino	sex__
Idade:	ida__
Evento vascular prévio: (1) sim, evento cardíaco; (2) sim, evento não cardíaco; (3) não	evp__
Doença estrutural cardíaca prévia: (1) sim, congênita; (2) sim, hipertensiva; (3) sim, chagásica; (4) sim, infiltrativa; (5) sim, idiopática; (6) sim, adquirida de outra forma; (7) sim, isquêmica; (8) não	dec__
Cirurgia cardíaca prévia: (1) sim; (2) não	ccp__
Intervenção coronária percutânea prévia: (1) sim; (2) não	ipc__
Infarto do miocárdio prévio: (1) sim; (2) não	imp__
Hipertensão Arterial Sistêmica: (1) sim, em tratamento; (2) sim, sem tratamento; (3) não	has__
Diabetes Mellitus: (1) sim, em tratamento; (2) sim, sem tratamento; (3) não	dm__
Disfunção tireoidiana: (1) sim, hipertireoidismo; (2) sim, hipotireoidismo; (3) não	dt__
Dislipidemia: (1) sim, em tratamento; (2) sim, sem tratamento; (3) não	dis__
Insuficiência Renal: (1) sim; (2) não	ir__
Uso de medicações bradicardizantes: (1) sim, bloqueador dos canais de cálcio; (2) sim, B-bloquadores; (3) sim, amiodarona; (4) sim, digitálicos; (5) sim, propafenona; (6) não	mbr__

Quadro clínico: (1) dor/desconforto/opressão paraesternal; (2) síncope; (3) palpitações/sensação anômala dos batimentos cardíacos; (4) dispneia; (5) lipotimia; (6) sudorese; (7) palidez; (8) adinamia; (9) outro	qc__
Tipo de arritmia: (1) taquiarritmia; (2) bradiarritmia	tac__
Diagnóstico: (1) taquicardia sinusal; (2) extrassístolia supraventricular; (3) extrassistolia ventricular; (4) taquicardia supraventricular; (5) flutter atrial; (6) fibrilação atrial; (7) taquicardia ventricular; (8) fibrilação ventricular; (9) bradicardia sinusal; (10) BAV 1º grau; (11) BAV 2º grau Mobitz I; (12) BAV 2º grau Mobitz II; (13) BAV 2ª grau 2:1; (14) BAVT	dac__
Conduta em sala de emergência: (1) adenosina; (2) amiodarona; (3) B-bloqueador; (4) antagonista dos canais de cálcio; (5) digital; (6) marca-passo transcutâneo; (7) marca-passo transvenoso; (8) cardioversão elétrica sincronizada; (9) desfibrilação	con__
Reversão da arritmia: (1) sim; (2) não	rev__
Tempo de internação (horas):	tem__
Desfecho intra-hospitalar: (1) óbito; (2) alta hospitalar após medicação; (3) internação em Unidade de Terapia Intensiva; (4) internação em enfermaria; (5) alta hospitalar após orientação médica;	des__

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA

ATENDIMENTO EMERGENCIAL DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Esta pesquisa será desenvolvida por Brenda Barbeta, discente de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, sob orientação da professora Esp. Roselei Graebin.

O objetivo central do estudo é analisar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos por arritmia cardíaca no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HC – PF), bem como a terapêutica empregada e sua resolutibilidade.

A população do estudo é composta por pacientes atendidos na ala de emergência, tendo como motivo do atendimento a arritmia cardíaca. A amostra não probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes atendidos entre 01 de julho de 2018 à 30 de julho de 2019, que se enquadrem nos critérios propostos no estudo. A partir de revisões na área de epidemiologia, estima-se a amostra seja composta por 400 pacientes.

A pesquisa será desenvolvida a partir da consulta ao sistema de informações hospitalares, através do Código Internacional de Doenças (CID) específico para as arritmias cardíacas (I44, I45, I46, I47, I48 e I49), de maneira a identificar os pacientes para compor a amostragem. O acesso aos prontuários de dará através do fornecimento de senha específica fornecida pelo próprio hospital. Os dados serão transcritos para a ficha de coleta de dados, posteriormente digitalizados em planilha eletrônica e transferidos para programas estatísticos para posterior análise. Após estes procedimentos, os dados serão guardados por um período de 5 anos e, posteriormente, destruídos por um membro da equipe de pesquisa responsável.

Haja vista que presente estudo utilizará dados pessoais dos pacientes, este tem como riscos aos participantes a exposição acidental de dados de identificação para pessoas não pertencentes à equipe de pesquisa. No intuito de evitar tais riscos, o nome do paciente, presente em prontuário, será substituído por um código na planilha eletrônica. Da mesma forma, serão garantidas a confidencialidade e privacidade de todas os dados pessoais obtidos pela equipe de pesquisa, sendo que apenas os componentes da equipe terão acesso às informações. Caso ocorra a exposição de dados pessoais dos participantes da pesquisa, esta será interrompida.

Dada a natureza do estudo, não são previstos benefícios diretos aos participantes. Entretanto, o estudo resultará em um relatório final, com os resultados obtidos, a ser entregue ao Hospital de Clínicas de Passo Fundo, com atualizações de dados epidemiológicos e manejos mais efetivos. Estas informações poderão auxiliar no manejo destas patologias em situação emergencial dentro do centro de atenção terciária, resultando em benefícios indiretos para os pacientes que utilizam os serviços do hospital em questão, em especial, os portadores de arritmias cardíacas.

Este estudo será realizado em conformidade com as orientações contidas na resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP). Haja vista que a coleta de dados será realizada sem o contato direto com os pacientes, pois estes não mantêm contato regular com a instituição, devido ao caráter emergencial do atendimento, e considerando-se a alta mortalidade atribuída a este distúrbio, a equipe solicita dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Passo Fundo, 10 de outubro de 2019

Nome do pesquisador	Assinatura
Roselei Graebin	

Apêndice C**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFFS****TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO****PERFIL DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DE ARRITMIAS CARDÍACAS**

Os pesquisadores abaixo se comprometem a preservar as informações dos prontuários e da base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico do Hospital de Clínicas de Passo Fundo – HCPF, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Afirmam igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução deste projeto de pesquisa e que serão divulgadas de forma anônima.

Passo Fundo, 03 de julho de 2019

Nome do Pesquisador	Assinatura
Roselei Graebin	
Brenda Barbeta	

3. Relatório de Pesquisa

3.1 Redação do projeto

O presente trabalho foi realizado em três etapas. A primeira foi redação do projeto de pesquisa, realizada durante o primeiro semestre de 2019, no componente curricular de Pesquisa em Saúde. A segunda foi a coleta e análise de dados, executada no segundo semestre de 2019, em TCC I. E, por último, a produção do artigo final, durante o primeiro semestre de 2020, na disciplina de TCC II.

3. 2 Comitê de Ética em Pesquisa

Antes do início do trabalho de campo, o projeto foi submetido, no mês de junho de 2019, ao Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) para análise de sua viabilidade. Após 45 dias do envio, o projeto foi aprovado pelo hospital, sendo então enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – UFFS). De acordo com a lista de adequações emitidas pelo CEP – UFFS, algumas modificações foram realizadas no projeto, para que no dia 07 de novembro de 2019 este fosse aprovado (processo 20235919.1.0000.5564).

3. 3 Coleta de dados

Inicialmente, a metodologia empregada para coleta de dados seria a busca, através do sistema PAGU, por pacientes atendidos no setor de emergência durante o período de 01 julho de 2018 à 30 de junho de 2019, que foram classificados como casos de arritmia de acordo com a seguinte Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID), e os subtipos englobados: I43, I44, I45, I46, I47, I48 e I49. Entretanto, devido aos prontuários deste setor não serem preenchidos com o CID, foi necessário o emprego de outra metodologia de busca.

Através da Unidade de Dor Torácica (UDT) do HCPF, foi obtida a listagem de pacientes atendidos pelo setor de Cardiologia no HCPF durante o período especificado no projeto de pesquisa. Desta forma, foi realizada uma busca ativa, por casos de arritmia em pacientes originários do setor emergencial, através dos prontuários fornecidos pela UDT. Portanto, no dia 23 de novembro de 2019, a coleta de dados foi iniciada.

3. 4 Alterações no projeto inicial

Inicialmente, a metodologia do projeto de pesquisa foi descrita como “busca ativa por CID através de prontuários do sistema hospitalar”. Entretanto, a instituição hospitalar não possui como rotina a descrição do CID durante atendimento, portanto a amostra foi obtida através de análise individual de todos os pacientes atendidos pela Unidade de Dor Torácica (UDT) no período em questão. Ademais, 89 prontuários descritos com o diagnóstico de arritmia cardíaca não continham as informações necessárias para serem inclusos no presente estudo.

Através de cálculo amostral, imaginava-se que o estudo conteria 400 pacientes. Entretanto, devido às perdas, o estudo contou com a participação de 127 pacientes, dentre os casos de bradiarritmias e taquiarritmias.

Após o início da coleta de dados, foi verificada a necessidade de adição de variáveis, portanto, foram inseridas na ficha de coleta de dados as seguintes informações: presença ou não de instabilidade hemodinâmica, presença de cianose como um sinal possivelmente encontrado, e tratamentos conjugados, como “adenosina + marca-passo” e “dobutamina + noradrenalina”. Ademais, a variável “presença de diagnóstico prévio de doença de Chagas” foi excluída, tendo em vista que não esteve presente em prontuários analisados. Da mesma forma, dois diagnósticos foram inclusos posteriormente ao início da coleta de dados, são eles: “Síndrome Wolff-Parkinson-White” e “BAV não especificado”.

4. ARTIGO CIENTÍFICO

Este artigo foi concebido a partir das normas da Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica

PERFIL DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DE ARRITMIAS CARDÍACAS

Brenda Barbeta¹ e Roselei Graebin²

1 – Acadêmica de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul

2 – Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil de atendimento de arritmias cardíacas no setor de Emergência durante o período de 12 meses. **Métodos:** estudo observacional e transversal, do tipo descritivo e analítico que analisou 127 pacientes atendidos por arritmias cardíacas em setor emergencial. **Resultados:** a amostra em estudo foi composta majoritariamente por mulheres (57,5%), com predomínio da faixa etária entre 70 e 79 anos de idade (38,6%). As arritmias cardíacas mais encontradas foram o bloqueio atrioventricular total (48,8% das bradiarritmia) e a fibrilação atrial (48,8% das taquiarritmia). As manifestações clínicas mais comuns foram síncope, adinamia, palpitações, precordialgia e lipotimia/vertigem. As condutas adotadas variaram conforme o diagnóstico específico e a presença ou ausência de sinais de instabilidade hemodinâmica. As bradiarritmias se mostraram com melhor prognóstico, sem óbitos associados, ao passo que as taquiarritmias tiveram uma mortalidade de 3,1%. **Conclusão:** as arritmias cardíacas caracterizam-se como emergências médicas, sendo fundamental que o profissional responsável pelo acolhimento em sala de emergência conduza o caso de maneira a evitar o avanço do quadro para instabilidade hemodinâmica ou tratá-la corretamente a fim de evitar desfechos desfavoráveis.

Descritores: Arritmia Cardíaca. Serviços Médicos de Emergência. Tratamento de Emergência. Pesquisas sobre Serviços de Saúde. Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the profile of cardiac arrhythmias in the Emergency Department during the 12-month period. **Methods:** observational and cross-sectional, descriptive and analytical study that analyzed 127 patients treated for cardiac arrhythmias in an emergency sector. **Results:** the sample population was composed mainly of women (57.4%), with a predominance of the age group between 70 and 79 years of age (38.6%). The most common cardiac arrhythmias were total atrioventricular block (48.8% of bradyarrhythmia) and atrial fibrillation (48.8% of tachyarrhythmia). The most common clinical manifestations were syncope, adynamia, palpitations, chest pain and lipothymia / vertigo. The procedures adopted varied according to the specific diagnosis and the presence or absence of signs of hemodynamic instability. Bradyarrhythmias showed a better prognosis, with no associated deaths, whereas tachyarrhythmias had a mortality rate of 3.1%. **Conclusion:** cardiac arrhythmias are characterized as medical emergencies, and it is essential that the professional responsible for the reception in the emergency room leads the case in order to prevent the progression of the condition for hemodynamic instability or to treat it correctly in order to avoid unfavorable outcomes.

Keywords: Cardiac Arrhythmia. Emergency Medical Services. Emergency Treatment. Research on Health Services. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

As causas cardiovasculares correspondem a 20% do total de mortes no mundo, e no Brasil elas ocupam o primeiro lugar no ranking das principais causas de óbitos.^{1,2} Dentre as doenças cardiovasculares, encontram-se as arritmias cardíacas.

Arritmias cardíacas são distúrbios na frequência cardíaca produzidas por anormalidades na produção e/ou na condução do impulso elétrico. As bradiarritmias são caracterizadas por uma frequência cardíaca menor do que 50 batimentos por minuto (bpm) e surgem a partir de distúrbios na formação do impulso no nó sinoatrial (NAS) ou na propagação a qualquer nível. As taquiarritmias, definidas como frequência cardíaca acima de 100 bpm, podem ser geradas por aumento da automaticidade, por existência de circuito de reentrada ou por mecanismos de gatilho.³ Existem ainda, os distúrbios com batimentos prematuros, onde estão inclusas as extrassístoles isoladas a partir dos átrios ou dos ventrículos.⁴

Esta disfunção pode ocorrer em pessoas com ou sem alterações cardíacas, ou ainda, como resposta a outras doenças, distúrbios hidroeletrólíticos ou intoxicação medicamentosa.⁵

A epidemiologia varia conforme o tipo de arritmia apresentada. A fibrilação atrial (FA) constitui a apresentação com maior relevância clínica e demonstra uma prevalência variável com a idade. Tendo em vista que a incidência da maioria das arritmias cardíacas tende a aumentar com o avanço da idade, diante do envelhecimento populacional, o número de casos destes distúrbios do ritmo se elevar. Sendo que, no caso da FA, a prevalência em pessoas com menos de 60 anos de idade é de cerca de 1%, enquanto em maiores de 80 anos, supera os 8%.⁶ Além disso, a prevalência é influenciada pelo fator sexo, sendo mais prevalente em homens, na proporção de 2:1. Apesar disso, a FA é mais encontrada em mulheres, tendo em vista a sobrevida a elas relacionada.⁶

Existe a possibilidade de se apresentar sem qualquer sintomatologia ou com manifestações como síncope, dor pré-cordial, vertigem, confusão mental, astenia e hipotensão, além de poderem evoluir para quadros clínicos mais graves como insuficiência cardíaca congestiva e, até mesmo, para a morte súbita.⁵

O tratamento instituído pelo médico assistente varia de acordo com o tipo de arritmia apresentada, assim como a existência ou não de doença cardíaca prévia, e a intensidade dos sintomas. Assim sendo, pode se optar por terapia medicamentosa, ablação por cateter ou o implante de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI).⁵

O presente estudo objetiva descrever as principais arritmias encontradas no atendimento emergencial, assim como, destacar o perfil clínico e sociodemográfico destes pacientes, os principais sintomas relacionados à patologia, suas possíveis etiologias, tratamento empregado e a mortalidade associada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal, do tipo descritivo e analítico acerca do perfil de atendimento de arritmias cardíaca no setor de Emergência. A amostra foi composta por pacientes atendidos na Emergência do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), no estado do Rio Grande do Sul, com a queixa principal relacionada à arritmia cardíaca durante o período de 01 de agosto de 2018 à 30 de julho de 2019. A presente pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP – UFFS), sob o parecer 3.687.961 de 06 de novembro de 2019, respeitando a Resolução CNS nº 466 de 2012.

Os dados foram obtidos através do sistema de informações hospitalares, sendo incluídos pacientes de ambos os sexos, que independentemente da idade, do convênio de saúde e da procedência, possuíam as características-alvo do estudo. Foram excluídos do estudo pacientes com achado incidental de arritmia e pacientes que tiveram a patologia decorrente de algum procedimento hospitalar. Foram coletados de cada paciente as seguintes informações: sexo, idade, presença de comorbidades, presença de doença cardíaca prévia, cirurgia cardíaca prévia, histórico de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, apresentação clínica da doença, terapêutica empregada e desfecho clínico intra-hospitalar.

A coleta dos dados foi realizada através da transcrição de prontuários eletrônicos contidos no sistema de informações hospitalares para fichas de dados individualizada. Posteriormente, as informações foram inseridas em banco de dados (EpiData) e exportadas para o programa PSP para análise dos dados. Foram realizadas análises estatísticas, sendo consideradas como estatisticamente significativas análises com $p < 0,05$.

RESULTADOS

O perfil epidemiológico da pesquisa inclui 127 participantes, dentre os quais 41 foram classificados como casos de bradiarritmias (32,3%) e 86 como taquiarritmias (67,7%).

Para os atendimentos por bradiarritmia, 58,54% eram mulheres, sendo a faixa etária mais frequente a dos 70 aos 79 anos de idade (36,6%), seguida da faixa entre 60 e 69 anos

(31,7%), com a média de 71,0 anos de idade. Da mesma forma, entre os portadores de BAVT, bradiarritmia mais prevalente neste estudo, a maior prevalência de arritmia esteve entre a faixa etária de 70 a 79 anos (**Tabela 1**).

Dentre estes pacientes, 9,8% apresentavam obesidade, 82,9% hipertensão arterial sistêmica (80,5% em tratamento), 31,7% diabetes mellitus (24,4% em tratamento), 12,2% hipotireoidismo, 43,9% apresentavam dislipidemia, e 4,9% possuíam algum grau de insuficiência renal. Não foram encontrados casos de hipertireoidismo neste presente subgrupo. Também foi pesquisado o uso prévio de medicações com efeito bradicardizante, com destaque para o uso de betabloqueador, utilizado por 8 pacientes (19,5%), e bloqueador dos canais de cálcio, utilizados por 5 pacientes (12,2%). Com exceção à intervenção coronária percutânea prévia, à qual 13 pacientes (31,7%) foram submetidos previamente, as demais pesquisas sobre a etiologia das bradiarritmias não se mostraram altamente prevalentes (**Tabela 1**).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e perfil clínico dos pacientes atendidos por bradiarritmia no setor de Emergência do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF). Passo Fundo, RS, 2018/2019 (n=41).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	17	41,5
Feminino	24	58,5
Idade (anos completos)		
< 50	1	2,4
50 – 59	2	4,9
60 – 69	13	31,7
70 – 79	15	36,6
≥ 80	10	24,4
Obesidade		
Sim	4	9,8
Não	1	2,4
Não consta	36	87,8
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Sim, em tratamento	33	80,5
Sim, sem tratamento	1	2,4
Não	7	17,1
Diabetes Mellitus		
Sim, em tratamento	10	24,4
Sim, sem tratamento	3	7,3
Não	28	68,3
Disfunção tireoidiana		
Sim, hipotireoidismo	5	12,2
Não	36	87,8
Dislipidemia		
Sim, em tratamento	16	39,0

Sim, sem tratamento	2	4,9
Não	23	56,1
Insuficiência renal		
Sim	2	4,9
Não	38	92,7
Não consta	1	2,4
Uso prévio de beta bloqueador	8	19,5
Uso prévio de bloqueador de canais de cálcio	5	12,2
Uso prévio de amiodarona	2	4,9
Uso prévio de digitálico	2	4,9
Uso prévio de propafenona	2	4,9
Acidente vascular prévio		
Sim, cardíaco	3	7,3
Sim, não cardíaco	2	4,9
Doença cardíaca congênita previamente diagnosticada	1	2,4
Doença estrutural hipertensiva previamente diagnosticada	1	2,4
Cirurgia cardíaca prévia	3	7,3
Intervenção coronária percutânea prévia	13	31,7

Em análise dos atendimentos por taquiarritmias, a maioria dos casos (57,0%) também foram mulheres, com a faixa etária do 70 aos 79 anos novamente sendo mais frequente (39,5%), seguida também pela faixa entre 60 e 69 anos (20,9%), com a média 68,7 anos de idade. Da mesma forma, entre os casos de fibrilação atrial, taquiarritmia mais prevalentes no estudo, a maioria dos pacientes encontra-se na faixa etária entre 70 e 79 anos de idade. Dentre as comorbidades, 11,6% possuíam obesidade, 82,6% eram hipertensos (73,3% em tratamento), 23,2% possuíam diabetes mellitus (18,6% em tratamento), 15,1% hipotireoidismo, 41,9% dislipidemia (36,0% em tratamento), e apenas 2,3% possuíam insuficiência renal. Assim como nos casos de bradiarritmias, não houve pacientes com hipotireoidismo concomitante (**Tabela 2**).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e perfil clínico dos pacientes atendidos por taquiarritmia no setor de Emergência do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) no período de 12 meses. Passo Fundo, RS, 2018/2019 (n=86).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	37	43,0
Feminino	49	57,0
Idade (anos completos)		
< 50	12	13,9
50 – 59	7	8,1
60 – 69	18	20,9
70 – 79	34	39,5
≥ 80	15	17,4

Obesidade		
Sim	10	11,6
Não	3	3,5
Não consta	73	84,9
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Sim, em tratamento	63	73,3
Sim, sem tratamento	8	9,3
Não	15	17,4
Diabetes Mellitus		
Sim, em tratamento	16	18,6
Sim, sem tratamento	4	4,6
Não	66	76,7
Disfunção tireoidiana		
Sim, hipotireoidismo	13	15,1
Não	73	84,9
Dislipidemia		
Sim, em tratamento	31	36,0
Sim, sem tratamento	5	5,8
Não	50	58,1
Insuficiência renal		
Sim	2	2,3
Não	84	97,7

Quanto aos tipos de arritmias, as bradiarritmias mais encontradas foram os bloqueios atrioventriculares totais (48,8%), seguidos se bradicardia sinusal (21,9%) e bloqueio atrioventricular 2:1 (12,2%). As taquiarritmias mais encontradas foram fibrilação atrial (48,8%), taquicardia ventricular (13,9%) e *flutter* atrial (13,9%) (**Tabela 3**).

Foram realizadas associações entre os tipos específicos de bradiarritmias (diagnóstico no atendimento emergencial) e o uso de medicações com efeito bradicardizante: bloqueadores de canais de cálcio (BCC), betabloqueadores, amiodarona, digitálicos e propafenona. Entretanto não houve significância estatística nas associações realizadas.

Tabela 3. Diagnóstico da arritmia no setor de Emergência do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) no período de 12 meses. Passo Fundo, RS, 2018/2019 (n=127)

Variáveis	n	%
Diagnóstico da bradiarritmia		
Bradicardia sinusal	9	21,9
Bloqueio atrioventricular grau 1	3	7,3
Bloqueio atrioventricular grau 2 Mobitz I	1	2,4
Bloqueio atrioventricular grau 2 Mobitz II	2	4,9
Bloqueio atrioventricular 2:1	5	12,2
BAVT	20	48,8
BAV não especificado	1	2,4
Diagnóstico da taquiarritmia		
Extrassistolia supraventricular	2	2,3

Extrassístolia ventricular	2	2,3
Taquicardia ventricular	12	13,9
<i>Flutter</i> atrial	12	13,9
Fibrilação atrial	42	48,8
Taquicardia ventricular	11	12,8
Fibrilação ventricular	1	1,2
Taquicardia sinusal	3	3,5
Síndrome Wolff-Parkinson-White	1	1,2

Para a análise da mortalidade, foi utilizado o critério de desfecho durante o atendimento emergencial, não sendo considerada a morte após o período de alta hospitalar. No subgrupo de bradiarritmias, segundo os critérios citados, não houve mortes no período analisado. Para as taquiarritmias, a maior mortalidade foi relacionada à taquicardia ventricular, com taxa de mortalidade de 18,2%, seguida da fibrilação atrial com 4,8%. Entretanto a análise realizada não se mostrou estatisticamente significativa ($p = 0,725$). Ademais, foram realizadas análises com a variável “mortalidade” associada à idade, sexo, histórico patológico e comorbidades dos pacientes, além da duração do atendimento, incluindo-se o período de internação. A variável “sexo” não pôde ser relacionada à mortalidade, devido ao fato de não ter ocorrido óbito no sexo masculino. Destas associações, apenas a variável “disfunção tireoidiana previamente diagnosticada” se mostrou estatisticamente significativa (**Tabela 4**).

Tabela 4. Mortalidade em uma amostra de pacientes atendidos por arritmias cardíacas no setor emergencial, de acordo com o diagnóstico e comorbidade associada. Passo Fundo, RS, 2018/2019 (n=127)

Variáveis	Mortalidade				p*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Diagnóstico					0,725
Extrassístolia supraventricular	0	0	2	100	
Extrassístolia ventricular	0	0	2	100	
Taquicardia supraventricular	0	0	12	100	
<i>Flutter</i> atrial	0	0	12	100	
Fibrilação atrial	2	4,8	40	95,2	
Taquicardia ventricular	2	18,2	9	81,8	
Fibrilação ventricular	0	0	1	100	
Taquicardia sinusal	0	0	3	100	
Síndrome Wolff-Parkinson-White	0	0	1	100	
Distúrbio tireoidiano					0,046
Sim, hipotireoidismo	2	15,4	11	84,6	
Não	2	2,7	71	97,3	

*Teste do qui-quadrado.

Na Tabela 5, observa-se que dentre as taquiarritmias o sintoma mais prevalente foi a precordialgia (52,3%), seguida de palpitação ou sensação anômala dos batimentos cardíacos (44,2%) e tontura/vertigem/lipotímia (32,6%).

Tabela 5. Prevalência dos principais sintomas associados à taquiarritmias em pacientes atendidos no setor de Emergência do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) no período de 12 meses. Passo Fundo, RS, 2018/2019 (n=86).

Variáveis	n	%
Sinais e sintomas		
Referimento de precordialgia	45	52,3
Referimento de palpitação ou sensação anômala dos batimentos cardíacos	38	44,1
Referimento de tontura, vertigem ou lipotímia	28	32,6
Referimento de dispneia, falta de ar ou dificuldade respiratória	24	27,9
Referimento de adinamia ou cansaço frequente	17	19,8
Presença ou referimento de síncope	12	13,9
Presença ou referimento de palidez ou cianose cutânea	7	8,1
Presença ou referimento de sudorese	6	7,0

Conforme demonstrado na Tabela 6, dentre os casos de bradiarritmias, os sintomas mais prevalentes foram síncope ou referimento de síncope (41,5%), assim como o referimento de tontura, vertigem ou lipotímia (41,5%), seguidos de referimento de adinamia ou cansaço frequente (34,1%).

Tabela 6. Prevalência dos principais sintomas associados à bradiarritmias em pacientes atendidos no setor de Emergência do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) no período de 12 meses. Passo Fundo, RS, 2018/2019 (n=41).

Variáveis	n	%
Sinais e sintomas		
Presença ou referimento de síncope	17	41,5
Referimento de tontura, vertigem ou lipotímia	17	41,5
Referimento de adinamia ou cansaço frequente	14	34,1
Referimento de precordialgia	13	31,7
Referimento de dispneia, falta de ar ou dificuldade respiratória	11	26,8
Referimento de palpitação ou sensação anômala dos batimentos cardíacos	7	17,1
Presença ou referimento de sudorese	3	7,3

O tratamento empregado varia conforme o diagnóstico e também com a presença ou ausência de sinais de instabilidade hemodinâmica. Em casos de bradiarritmias sem sinais descritos de instabilidade hemodinâmica a conduta realizada normalmente consistiu em suspensão ou ajuste de dose de medicação previamente utilizada, internação para investigação

detalhada da etiologia da bradiarritmia, inserção de marca-passo transvenoso ou transcutâneo, ou alteração da frequência cardíaca através de propafenona. Em casos de instabilidade, descritos somente em BAVT, as condutas realizadas foram a inserção de marca-passo transvenoso ou a administração de dobutamina juntamente com noradrenalina (**Tabela 7**).

Para os casos de taquiarritmias, os manejos também variaram conforme o diagnóstico e a presença ou não de critérios de instabilidade. Para casos com estabilidade e diagnóstico para arritmia de complexo QRS estreitos (supraventriculares), utilizou-se fármacos controladores de frequência cardíaca (como amiodarona, betabloqueador, digitálico e propafenona, e até mesmo a dobutamina, isoladamente ou em associação), ou foi realizada internação sem intervenção emergencial, ou até mesmo realizada a inserção de marca-passo transvenoso. Além disso, em um caso a cardioversão elétrica sincronizada foi utilizada, mesmo na ausência de critérios de instabilidade hemodinâmica descritos (**Tabela 7**).

Para os casos com instabilidade descrita, os manejos descritos foram cardioversão elétrica sincronizada, inserção de marca-passo transcutâneo, e administração de amiodarona, ou adrenalina juntamente com dobutamina (**Tabela 7**).

Tabela 7. Tratamentos empregados de acordo com o diagnóstico de arritmia no atendimento emergencial do Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) no período de 12 meses. Passo Fundo, RS, 2018/2019 (n=127).

Variáveis	n	%
Bradicardia sinusal (n=9)		
Marca-passo transvenoso	2	22,2
Internação sem intervenção	4	44,4
Suspensão ou ajuste de dose de medicação de uso prévio	3	33,3
BAV grau 1 (n=3)		
Marca-passo tranvenoso	1	33,3
internação sem intervenção	2	66,7
BAV grau 2 Mobitz I (n=1)		
Marca-passo transcutâneo	1	100,0
BAV grau 2 Mobitz II (n=2)		
Propafenona	1	50,0
Marca-passo transvenoso	1	50,0
BAV 2:1 (n=5)		
Marca-passo transvenoso	2	40,0
Internação sem intervenção	3	60,0
BAVT sem instabilidade hemodinâmica (n=17)		
Propafenona	1	5,9
Marca-passo transcutâneo	1	5,9
Marca-passo transvenoso	10	58,8
Internação sem intervenção	2	11,8
Suspensão ou ajuste de dose de medicação	3	17,6

BAVT com instabilidade hemodinâmica (n=3)		
Dobutamina	2	66,7
Dobutamina + noradrenalina	1	33,3
BAV não especificado (n=1)		
Marca-passo transvenoso	1	100,0
Extrassistolia supraventricular (n=2)		
Amiodarona	1	50,0
Propafenona	1	50,0
Extrassistolia ventricular (n=2)		
Amiodarona	1	50,0
Betabloqueador	1	50,0
Taquicardia supraventricular sem instabilidade hemodinâmica (n=11)		
Adenosina	3	27,3
Amiodarona	2	18,2
Betabloqueador	2	18,2
Propafenona	1	9,1
Adenosina + amiodarona	2	18,2
Cardioversão elétrica sincronizada + betabloqueador	1	9,1
Taquicardia supraventricular com instabilidade hemodinâmica (n=1)		
Cardioversão elétrica sincronizada	1	100,0
Flutter atrial (n=12)		
Betabloqueador	1	8,3
Digitálico	1	8,3
Propafenona	2	16,7
Cardioversão elétrica sincronizada	2	16,7
Internação sem intervenção	5	41,7
Digitálico + betabloqueador	1	8,3
Fibrilação atrial (n=42)		
Adenosina	1	2,4
Amiodarona	6	14,9
Betabloqueador	10	23,8
Digitálico	2	4,8
Propafenona	1	2,4
Cardioversão elétrica sincronizada	1	2,4
Marca-passo transvenoso	1	2,4
Suspensão ou ajuste de dose de medicação	12	28,6
Internação sem intervenção	8	19,0
Taquicardia ventricular (n=8)		
Amiodarona	1	12,5
Betabloqueador	1	12,5
Cardioversão elétrica sincronizada	2	25,0
Internação sem intervenção	1	12,5
Adenosina + amiodarona	1	12,5
Adenosina + marca-passo transvenoso	1	12,5
Adenosina + betabloqueador	1	12,5
Taquicardia ventricular com instabilidade hemodinâmica (n=3)		
Amiodarona	2	66,6
Adrenalina + dobutamina	1	33,3

Fibrilação ventricular com instabilidade hemodinâmica (n=1)		
Marca-passo transcutâneo	1	100,0
Taquicardia sinusal (n=3)		
Betabloqueador	2	66,6
Internação sem intervenção	1	33,3
Síndrome Wolff-Parkinson-White (n=1)		
Betabloqueador + propafenona	1	100,0

DISCUSSÃO

Epidemiologia

As amostras em estudo se encontravam predominantemente na mesma faixa etária, entre 70 e 79 anos. Da mesma forma, ambas eram compostas predominantemente pelo sexo feminino.

Etiologia

A causa das arritmias cardíacas comumente se apresenta como desconhecida, à exceção do uso prévio de medicação bradicardizante nas bradiarritmias, e distúrbios hidroeletrólíticos em ambos os subgrupos.⁷ Apesar disso, existem fatores fortemente associados à tais patologias, e neste presente estudo alguns destes fatores puderam ser identificados. Outros fatores também comumente associados às arritmias cardíacas, como a doença de Chagas, não foram identificados nesta amostra, tendo em vista a baixa incidência da patologia na região pesquisada.

A obesidade não se mostrou um fator relacionado à etiologia das arritmias cardíacas, tendo em vista que sua prevalência no estudo foi de 9,8% em bradiarritmias e 11,6% em taquiarritmias, entretanto a prevalência de obesidade no Brasil no ano de 2018 foi de 19,8%.⁸ A HAS se mostrou como um fator relacionado às arritmias, tendo uma prevalência de 80,5% em bradiarritmias, e 73,3% em taquiarritmias, sendo que a prevalência de HAS na população brasileira maior de 18 anos foi de 24,7% e de 60,9% em maiores de 65 anos, no ano de 2018, segundo o Ministério da Saúde.⁸ Segundo Tenekecioglu et. al⁹, a HAS atualmente se mostra como o principal fator desencadeador de fibrilação atrial, a taquiarritmia mais frequentemente encontrada neste estudo, tendo em vista as alterações eletrofisiológicas causadas no ventrículo esquerdo com a mudança da estrutura cardíaca consequente à HAS.

O diabetes mellitus, considerando-se os tipos I e II, esteve presente em 20 pacientes (48,8%). Considerando que a Diabetes Mellitus também se apresenta como um forte fator

associado à etiologia das taquiarritmias⁶, esta também pode ser considerada uma das etiologias neste subgrupo, principalmente quando associada à HAS.

Segundo o Kusumoto et. al¹⁰, existem condições comumente associadas às bradiarritmias, dentre elas se destacam a cardiomiopatia (isquêmica e não isquêmica), uso de medicações com efeito bradicardizante, doença cardíaca congênita, fibrose degenerativa, inflamação/infecção, isquemia, trauma cirúrgico e distúrbios metabólicos.

Para tanto, foram pesquisados o uso prévio de medicações bradicardizantes, histórico de intervenção coronária percutânea (ICP) e cirurgia cardíaca, história de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, assim como o diagnóstico prévio de cardiopatias congênita e hipertensiva. Nesta amostra, 12 (46,4%) pacientes fizeram uso prévio de medicações bradicardizantes, com destaque para a classe dos betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio, sendo esta a provável causa da arritmia.

Ademais, em análise do histórico vascular dos pacientes, nota-se que 13 (31,7%) foram submetidos à ICP previamente, além de 5 (12,2%) apresentarem história de eventos vasculares prévios, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Com estes dados, podemos presumir que existe uma alta prevalência de doenças vasculares nesta população, o que também pode ser encontrado na literatura como uma etiologia de bradiarritmias.¹⁰

Sintomas

Os bloqueios atrioventriculares, principais bradiarritmias encontradas neste estudo, podem ser assintomáticos ou cursar com manifestações de hipoperfusão cerebral e/ou sistêmica, como síncope, adinamia, palpitações, dispneia e fadiga.¹¹ Não foram encontradas referências bibliográficas que indiquem a principal manifestação clínica da patologia, porém neste estudo, as mais prevalentes foram a síncope e vertigem/lipotimia, seguidas de adinamia e precordialgia, o que vai ao encontro da hipótese do estudo.

Segundo Carneiro et. al¹², a palpitação é a manifestação clínica mais comumente encontrada nas taquiarritmias cardíacas, seguida de síncope. Este dado difere do resultado obtido no estudo, no qual a precordialgia foi mais encontrada, seguida da palpitação.

Tratamento

De acordo com Kusumoto et. al¹⁰, o manejo das bradiarritmias pode ser realizado de acordo com a presença ou não de critérios de instabilidade hemodinâmica. Em casos com

estabilidade, é necessário avaliar primeiramente a causa ou fatores associados à etiologia da doença, como realizado nos casos de suspensão ou ajuste de dose de medicação previamente utilizada, como os betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, digitálicos ou agentes antiarrítmicos, deste estudo. Posteriormente, o paciente deve ser encaminhado para inserção de marca-passo transvenoso em casos de bradiarritmias mais graves, como o BAV grau 2 Mobitz II e BAVT. Portanto, nos casos em que a causa não pôde ser evidenciada, o paciente foi encaminhado diretamente para a inserção deste dispositivo.

Em casos com presença de instabilidade hemodinâmica, Kusumoto et. al¹⁰ indica a administração de atropina, exceto em BAV grau 2 Mobitz II e BAVT, que não respondem à medicação.¹⁰ Entretanto, esta não foi uma conduta descrita em prontuários deste estudo, sendo estas bradiarritmias inicialmente manejadas com dobutamina isolada ou juntamente com noradrenalina, e posteriormente inserido o marca-passo transvenoso.

Segundo Page et. al¹³, em caso de instabilidade hemodinâmica associada à taquiarritmia supraventricular, deve ser realizada a cardioversão elétrica sincronizada (CVES), e desta forma foi manejado o único caso de taquicardia supraventricular incluso neste estudo. Na presença de estabilidade, recomenda-se inicialmente a manobra vagal ou manobra de Valsalva, procedimentos não descritos em prontuários deste estudo. Posteriormente às manobras, é recomendada a administração de adenosina intravenosa, manejo empregado em 5 casos de taquicardia supraventricular estáveis hemodinamicamente (n=11). Em casos de falha deste, recomenda-se a administração de betabloqueadores ou bloqueadores de canais de cálcio, administrados em 3 casos de taquicardia supraventricular estáveis (n=11). O uso da amiodarona pode ser realizado caso não haja reversão da arritmia após o uso de betabloqueadores ou bloqueadores de canais de cálcio, e este tratamento foi empregado em 4 casos de taquicardia supraventricular.

Casos de taquiarritmias atriais, como fibrilação atrial e *flutter* atrial, são pouco responsivos à adenosina, sendo recomendado o manejo através do uso de betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio. No presente estudo, foram identificados manejos iniciais diversificados, como o uso de propafenona, digitálicos e até mesmo adenosina.¹³

Para os casos de taquiarritmias ventriculares, devem ser manejadas com agentes antiarrítmicos em casos hemodinamicamente estáveis, sendo utilizada preferencialmente a amiodarona, como realizado em 25% dos casos, sendo também utilizados betabloqueador,

adenosina, marca-passo transvenoso e cardioversão elétrica sincronizada como alternativas. Em caso de instabilidade hemodinâmica, antes da administração de amiodarona deve-se cardioverter ou desfibrilar a arritmia.¹⁴ Neste estudo, a administração de amiodarona foi relatada em 50% dos casos, sendo também utilizada a dobutamina e inserção de marca-passo transvenoso alternativamente.

Mortalidade e prognóstico

A taxa de mortalidade geral das arritmias cardíacas é de 12-20%, variando conforme sua classificação e diagnóstico específico.¹⁵ Entretanto, a mortalidade geral encontrada neste estudo foi de 3,1%, com a objeção de que não foram encontrados desfechos de óbito em casos de bradiarritmias (n=41). Este dado pode ser resultado dos critérios de exclusão utilizados, pois não foram considerados casos de arritmia por complicação de procedimento ou casos em internação, fazendo decair a gravidade dos casos encontrados.

CONCLUSÃO

As arritmias cardíacas caracterizam-se como emergências médicas, sendo fundamental que o profissional responsável pelo acolhimento em sala de emergência conduza o caso de maneira a evitar o avanço do quadro para instabilidade hemodinâmica ou tratá-la corretamente a fim de evitar desfechos desfavoráveis.

Os resultados obtidos reforçam a relevância deste conhecimento médico, principalmente no tangente às manifestações clínicas tipicamente encontradas, e as patologias associadas, que frequentemente se apresentam como a causa da arritmia.

Os dados identificados nesse estudo podem servir para auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle das arritmias mais frequentemente encontradas em atendimentos emergenciais.

Destaca-se como limitação do presente estudo a insuficiência de informações descritas em prontuários analisados.

REFERÊNCIAS

- 1 - Mansur Antônio de Pádua, Favarato Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet]. 2012 Jun 28 [cited 2019 May 2];99(2) DOI <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000061>. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001100010
- 2- Departamento de Informática do SUS. Mortalidade Geral por Unidade de Federação [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 1]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>.
- 3 - Falci Anthony S, Braunwald Eugene, Loscalzo Joseph, Longo Dan L, Hauser Stephen L, Kasper Dennis L. Manual de Medicina de Harrison. 19th rev. ed. e atual. [place unknown]: AMGH; 2017. 3048 p. ISBN: 8580555868.
- 4 - Goldman Lee, Schafer Andrew I, et al. Goldman-Cecil Medicina Interna. 25th ed. [place unknown]: Elsevier; 2018. 3112 p. ISBN: 9788535284904.
- 5 - Moura Liliane Ferreira, Maltez Angela Conceição Sena, Palmeira Catia Suely, Gomes Maria de Lourdes de Freitas. Internações e óbitos por transtornos de condução e arritmias cardíacas no estado da Bahia - Brasil. Revista Baiana de Enfermagem [Internet]. 2017 Jan 27 [cited 2019 May 9];31(4) DOI <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.21069>. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21069>
- 6 - Magalhães L P, Figueiredo M J O, Cintra F D, Saad E B, Kuniyoshi R R, Teixeira R A. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 Sep 4];106(4):1-15. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/02_II%20DIRETRIZ_FIBRILACAO_ATTRIAL.pdf
- 7 - Scanavacca Mauricio Ibrahim, Brito Fábio Sândoli de, Maia Ivan, et al. Diretrizes para Avaliação e Tratamento de Pacientes com Arritmias Cardíacas. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet]. 2002 Jan 01 [cited 2019 May 6];79:7-50. Available from: <https://sobrac.org/home/wp-content/uploads/2013/01/arritmias-2002.pdf>
- 8 - E. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. VIGITEL Brasil 2019 [Internet]. 2019 Jan 01 [cited 2020 Sep 7];(1):39-45. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>
- 9 - Tenekecioglu Erhan, Agca Fahriye Vatansever, Ozluk Ozlem Arican, Karaagac Kemal, Demir Serafettin, Peker Tezcan. Função Atrial Esquerda Prejudicada Associada com a Fibrilação Atrial Paroxística na Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet].

2014 Mar 02 [cited 2020 Sep 14]; DOI <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140009>. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2014000300007&script=sci_arttext#:~:text=A%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20%C3%A9%20o,contr%C3%A1til%20e%20nas%20propriedades%20el%C3%A9tricas

10 - Kusumoto Fred M., Schoenfeld Mark H., Barret Coletta, et al. Guideline on the Evaluation and Management of Patients With Bradycardia and Cardiac Conduction Delay: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. *Journal of the American College of Cardiology* [Internet]. 2019 Aug 20 [cited 2020 Sep 17];74:932-987. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718389848?via%3Dihub>

11 - Assumpção Antônio Carlos, Moreira Dalmo Antônio Ribeiro. Arritmias Cardíacas na Sala de Emergência e UTI. Bradiarritmias: como identificar e tratar o paciente com baixa perfusão. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* [Internet]. 2018 Aug 06 [cited 2020 Sep 6];28:296-301. Available from: http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/6519014981539115541pdfptARRITMIAS%20CARD%C3%80ACAS%20NA%20SALA%20DE%20EMERG%C3%80ANCIA%20E%20UTI.%20BRADIARRITMIAS_REVISTA%20SOCEESP%20V28%20N3.pdf

12 - Carneiro Bárbara Vieira, Pires Hélio Henrique Medeiros, Nogueira Ana Cláudia Cavalcante, Brick Alexandre Visconti. Arritmias: fisiopatologia, quadro clínico e diagnóstico. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília* [Internet]. 2012 Jul 22 [cited 2020 Sep 9];(1):93-104. Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/3328/2070>

13 - Page Richard L, Joglar José A, Caldwell Mary A, et al. Guideline for the Management of Adult Patients With Supraventricular Tachycardia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Journal of the American College of Cardiology* [Internet]. 2016 Apr 05 [cited 2020 Sep 15];133(14):506-574. DOI doi.org/10.1161/CIR.0000000000000311. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000311>

14 - Darrieux Francisco, Scanavacca Maurício. Arritmias Ventriculares Sustentadas: a tempestade chegou. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* [Internet]. 2018 Aug 23 [cited 2020 Sep 19];28(3):291-295. Available from: http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/6200057421539115434pdfptARRITMIAS%20VENTRICULARES%20SUSTENTADAS%20-%20A%20TEMPESTADE%20CHEGOU_REVISTA%20SOCEESP%20V28%20N3.pdf

15 - Robinet Sébastien, Casteren Lieve Van, Delcour Alexandre, Lancellotti Patrizio. Les troubles du rythme cardiaque sévères. *Revue Medicale de Liege* [Internet]. 2018 Feb 06 [cited 2020 Sep 8];:251-256. Available from: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/234388>

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As arritmias cardíacas caracterizam-se como emergências médicas, sendo fundamental que o profissional responsável pelo acolhimento em sala de emergência conduza o caso de maneira a evitar o avanço do quadro para instabilidade hemodinâmica ou tratá-la corretamente a fim de evitar desfechos desfavoráveis.

Os resultados obtidos reforçam a relevância deste conhecimento médico, principalmente no tangente às manifestações clínicas tipicamente encontradas, e as patologias associadas, que frequentemente se apresentam como a causa da arritmia.

Os dados identificados nesse estudo podem servir para auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle das arritmias mais frequentemente encontradas em atendimentos emergenciais.

Destaca-se como limitação do presente estudo a insuficiência de informações descritas em prontuários analisados.

6. REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, Antônio Carlos *et al.* Arritmias Cardíacas na Sala de Emergência e UTI. Bradiarritmias: como identificar e tratar o paciente com baixa perfusão. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, [s. l.], v. 28, ed. 3, p. 296-301, 6 ago. 2018. Disponível em: http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/6519014981539115541pdfptARRITMIAS%20CARD%C3%8DACAS%20NA%20SALA%20DE%20EMERG%C3%8ANCI A%20E%20UTI.%20BRADIARRITMIAS_REVISTA%20SOCESP%20V28%20N3.pdf. Acesso em: 6 set. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 07 set. 2020.

CARNEIRO, Bárbara Vieira *et al.* Arritmias: fisiopatologia, quadro clínico e diagnóstico. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, 29 jun. 2012. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/3328/2070>. Acesso em: 10 maio 2019.

CLEMENTE, David; PEREIRA, Telmo; RIBEIRO, Susana. Repolarização ventricular em pacientes diabéticos: caracterização e implicações clínicas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, 30 out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001400007&lang=pt. Acesso em: 4 maio 2019.

DARRIEUX, Francisco *et al.* Arritmias Ventriculares Sustentadas: a tempestade chegou. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, p. 291-295, 23 ago. 2018. Disponível em: http://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/6200057421539115434pdfptARRITMIAS%20VENTRICULARES%20SUSTENTADAS%20-%20A%20TEMPESTADE%20CHEGOU_REVISTA%20SOCESP%20V28%20N3.pdf. Acesso em: 19 set. 2020.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. **Cecil Medicina Interna**. 23. ed. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2011.

LUCIANO, Paula Menezes *et al.* Atendimento de Arritmia Cardíaca em Emergência de Hospital Universitário Terciário. **Revista Brasileira de Cardiologia**, [S. l.], 22 ago. 2011. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_04/a_2011_v24_n04_03atendimento.pdf. Acesso em: 30 abr. 2019.

HARRISON, T.R. *et al.* **Harrison: Medicina Interna**. 17 ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora Limitada, 2008. Vol I e II.

KUSUMOTO, Fred M. *et al.* Diretriz sobre a avaliação e tratamento de pacientes com bradicardia e retardo de condução cardíaca: Resumo executivo: um relatório do American College of Cardiology/American Heart Association sobre as diretrizes de prática clínica e da Heart Rhythm Society. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 74, n. 7, p. 1014-1016, 20 ago. 2019. DOI doi.org/10.1016/j.jacc.2018.10.043. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718389848?via%3Dihub>. Acesso em: 17 set. 2020.

MAGALHÃES, Fernanda Jorge *et al.* Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Fortaleza - CE, 5 maio 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300394. Acesso em: 21 jun. 2019.

MANSUR, Antonio de Pádua; FAVARATO, Desidério. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Instituto do Coração - HCFMUSP**, São Paulo, 28 jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001100010. Acesso em: 2 maio 2019.

MOURA, Liliane Ferreira *et al.* Internações e óbitos por transtornos de condução e arritmias cardíacas no estado da Bahia - Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], 27 jan. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/asus/Downloads/21069-88256-1-PB.pdf>. Acesso em: 9 maio 2019.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **III Diretrizes Da Sociedade Brasileira de Cardiologia Sobre Análise E Emissão de Laudos Eletrocardiográficos**. Arq Bras Cardiol. 2016; 106 (4Supl.1):1-23. (b)

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes para Avaliação e Tratamento de Pacientes com Arritmias Cardíacas**. Arq Bras Cardiol. 2002; 79 (Supl. V): 1-50.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial**. Arq Bras Cardiol. 2009; 92 (6 Supl I):1-39.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial**. Arq Bras Cardiol. 2016; 106 (Supl.IV): 1-35. (a)

SCANAVACCA, Mauricio. Novas Perspectivas do Tratamento das Arritmias Cardíacas e sua Aplicação no Brasil. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, 13 nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n6/v99n6a01.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2012.

SCUOTO, F. et al. Arritmias na sala de emergência e UTI. Taquicardias de QRS estreito: fundamentos para a abordagem. **Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. São Paulo, v. 28, n. 3, P 276-285, 2018.

Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyishi RR, Teixeira RA, et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq Bras Cardiol 2016; 106(4Supl.2):1-22. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/02_II%20DIRETRIZ_FIBRILACAO_ATRIAL.pdf. Acesso em: 16 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática do SUS. **Mortalidade Geral por Unidade de Federação**. [S. l.], 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>. Acesso em: 1 set. 2020.

PAGE, Richard L *et al.* Diretrizes para o tratamento de pacientes adultos com taquicardia supraventricular. **Journal of the American College of Cardiology**, [s. l.], v. 133, n. 14, p. 506-574, 5 abr. 2016. DOI doi.org/10.1161/CIR.0000000000000311. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000311>. Acesso em: 15 set. 2020

ROBINET, S *et al.* Les troubles du rythme cardiaque sévères. **Revue Medicale de Liege**, Belgium, v. 73, 6 fev. 2018. 5-6, p. 251-256. Disponível em: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/234388>. Acesso em: 8 set. 2020.

TENEKECIOGLU, Erhan *et al.* Função Atrial Esquerda Prejudicada Associada com a Fibrilação Atrial Paroxística na Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 102, n. 3, p. 245-252, 2 mar. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2014000300007&script=sci_arttext#:~:text=A%20hipertens%C3%A3o%20arterial%20%C3%A9%20o,contr%C3%A1til%20e%20nas%20propriedades%20el%C3%A9tricas. Acesso em: 14 set. 2020.

7. ANEXOS

7.1 Formulário de Aceite de Orientação

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO/RS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC**

FORMULÁRIO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO

Eu, professor(a) Roselei Graebin, aceito orientar o TCC do(a) Acadêmico(a) Brenda Barbeta, cujo tema provisório é Perfil do Atendimento Emergencial de Arritmias Cardíacas.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Passo Fundo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Acadêmico(a)

7.2 Normas da Revista

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, publicação trimestral oficial da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, tem como objetivo divulgar artigos científicos que contribuam para o conhecimento médico e atualização dos profissionais relacionados à saúde.

TIPOS DE MANUSCRITOS

São aceitos manuscritos originais, em português, inglês ou espanhol, podendo ser aceitos manuscritos de autores nacionais publicados no exterior na forma em que ele se encontra, com autorização explícita do periódico onde o artigo foi publicado originalmente. Trabalhos de outra natureza poderão ser aceitos para publicação dependendo da avaliação do Conselho Editorial. Não serão aceitos manuscritos já publicados em outros periódicos.

Artigos Originais

Artigos originais apresentam experimentos completos com resultados nunca publicados (limites máximos: 3.000 palavras, título, resumo estruturado, 7 figuras ou tabelas e até 30 referências). A avaliação dos manuscritos enviados seguirá as prioridades de informação nova e relevante comprovada em estudo com metodologia adequada.

Não serão aceitos manuscritos com conclusões especulativas, não comprovadas pelos resultados ou baseadas em estudo com metodologia inadequada.

POLÍTICAS DE SEÇÃO

Artigos Originais

Artigos originais apresentam experimentos completos com resultados nunca publicados (limites máximos: 3.000 palavras, título, resumo estruturado, 7 figuras ou tabelas e até 30 referências). A avaliação dos manuscritos enviados seguirá as prioridades de informação nova e relevante comprovada em estudo com metodologia adequada.

Não serão aceitos manuscritos com conclusões especulativas, não comprovadas pelos resultados ou baseadas em estudo com metodologia inadequada.

Submissões
abertas

Indexado

Avaliado pelos
pares

PROCESSO DE AVALIAÇÃO PELOS PARES

Processo editorial

Todos os manuscritos serão inicialmente analisados pelo editor chefe que pode aceitar ou rejeitar a submissão do manuscrito. Os manuscritos aceitos, serão encaminhados para análise e avaliação de dois a quatro revisores. O editor chefe receberá a análise dos revisores, fará apreciação crítica com base nos pareceres e emitirá o aceite final ou solicitação de correções menores ou ainda poderá fazer a rejeição do manuscrito. Os comentários serão devolvidos aos autores para modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Somente após aprovações finais dos revisores e editores os trabalhos serão encaminhados para publicação.

A secretaria editorial comunicará inadequações no envio do manuscrito. Após a notificação, o autor correspondente terá o prazo de 30 dias para adequação do seu manuscrito.

Os manuscritos ao serem recebidos estarão sujeitos a correções ou modificações de padronização editorial, sem alteração do conteúdo do estudo. Quando não aceitos, os manuscritos serão devolvidos no formato original, com a justificativa do editor.

O manuscrito final será encaminhado ao autor em PDF para correções tipográficas e devolução no prazo de cinco (5) dias. Se acarretar atraso na devolução da prova gráfica, ao Editor reserva-se o direito de publicar, independente da correção final.

Os manuscritos aceitos para publicação passam a ser chamados de artigos e entram em produção editorial.

Autoria

O crédito de autoria deve ser baseado em indivíduos que tenham contribuído de maneira concreta nas seguintes três fases do manuscrito:

Concepção e delineamento do estudo, coleta, análise ou interpretação dos dados.

II. Redação ou revisão crítica do manuscrito com relação ao seu conteúdo intelectual.

III. Aprovação final da versão do manuscrito a ser publicada.

Demais pessoas que não preenchem os requisitos acima devem constar nos agradecimentos que deverá vir no final, antes da lista de referências.

A revista adota os Princípios de Autoria do ICMJE, disponível em: http://www.icmje.org/ethical_1author.html

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica requer que os autores garantam que todos os autores preencham os critérios acima e que nenhuma pessoa que preencha esses critérios seja preterida da autoria. É necessário que o autor correspondente preencha e envie o formulário de Cessão de Direitos Autorais disponível no portal de submissão OJS: <http://www.sbcm.or.br/ojs3>. Este formulário deve ser assinado pelo(s) autor(es) e submetida junto com o artigo no site de submissão da revista (<http://www.sbcm.or.br/ojs3>). Toda correspondência será enviada ao autor responsável, cujo endereço eletrônico deve ser indicado no

manuscrito, ficando o mesmo responsável pela apreciação final do material, estando os demais autores de acordo com sua publicação.

A cessão de direitos autorais vigorarão até que o artigo seja aceito para publicação ou rejeitado. Não é permitido envio simultâneo a outro periódico, nem sua reprodução total ou parcial, ou tradução para publicação em outro idioma, sem autorização dos editores.

Periodicidade

A publicação da revista é trimestral.

Política de Acesso Livre

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

O corpo do texto deve ser digitado em espaço duplo, fonte tamanho 12, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em uma nova página. As seções devem se apresentar na sequência: Página de Rosto, Abstract e Keywords, Resumo e Descritores, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos (eventuais), Referências, Tabelas (opcionais) e Figuras (opcionais) com legenda.

1. Página de Rosto

Deve conter:

Título: deve ser curto, claro e conciso, quando necessário usar subtítulo.

Título em português, inglês ou espanhol (máximo de 135 caracteres, incluindo espaços)

2.

Resumo

Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada. Para artigos originais destacar: Justificativa e Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Para os relatos de casos: resumo não estruturado ou livre. Para artigos de revisão destacar: Justificativa e Objetivos, Conteúdo e Conclusões. Para todos os manuscritos indicar cinco (5) descritores. Recomenda-se a utilização dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS disponível em: <http://decs.bvs.br>

3. Abstract

Deverá conter no máximo 250 palavras e elaborado de forma estruturada. Para artigos originais destacar: Background and Objectives, Methods, Results and Conclusions. Para os relatos de casos: resumo não estruturado ou livre. Para artigos de revisão destacar: Background and Objectives, Contents e Conclusions. Para todos os manuscritos indicar cinco (5) descritores em inglês, listados pela National Library of Medicine (MeSH - Medical SubjectHeadings). Consultar no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

4. Autores

I. Nome completo de cada autor;

II. Afiliação institucional a qual deve ser creditado o trabalho (quando houver, indicar departamento, escola, Universidade);

III. Cidade, estado, país

IV. Nome, endereço, telefone e e-mail do autor correspondente;

5. Fontes de auxílio à pesquisa

6. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Todos os estudos que envolvam coleta de dados primários ou relatos clínico-cirúrgicos sejam retrospectivos, transversais ou prospectivos, devem indicar, na página de rosto, o número do projeto e nome da Instituição que forneceu o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. As pesquisas em seres humanos devem seguir a Declaração de Helsinque, consulta no site: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

7. Declaração dos conflitos de interesses de todos os autores

A página de rosto deve conter a declaração de conflitos de interesse de todos os autores (mesmo que esta seja inexistente). Para maiores informações consulte o site: <http://www.wame.org/conflict-of-interest-in-peer-reviewed-medical-journals>

Os Formulários para Declaração de Conflitos de Interesse estão disponíveis em: http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf

8. Número do registro dos Ensaio Clínicos em uma base de acesso público

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica respeita as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE- International Committee of Medical Journal Editors) para registro de estudos clínicos, reconhecendo a importância dessas iniciativas para a divulgação internacional de informações sobre pesquisas clínicas com acesso aberto. A partir de 2012 terão preferência para publicação manuscritos ou estudos registrados previamente em uma Plataforma de Registros de Estudos Clínicos que atenda aos requisitos propostos pela OMS e ICMJE. A lista de Plataforma de Registros de Estudos Clínicos se encontra no site: <http://www.who.int/ictrp/en> da International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP).

No Brasil temos o Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), que é uma plataforma de acesso livre para registro de estudos experimentais e não experimentais realizados em seres humanos, em andamento ou finalizados, por pesquisadores e pode ser acessada no site: <http://ensaiosclinicos.gov.br>.

O número de registro do estudo deve ser publicado ao final do resumo.

9. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Os pacientes têm direito à privacidade que não deve ser infringida sem o consentimento livre e esclarecido. Identificação de informação, incluindo iniciais do nome do paciente, número de registro no hospital, não deve ser publicada através de descrições no texto, fotos ou qualquer outra modalidade, a menos que seja essencial esta informação para propósitos científicos e o paciente ou seu responsável tem que assinar o TCLE por escrito para que o manuscrito seja publicado.

ESTRUTURA DOS ARTIGOS

Artigos originais

Deve conter as seguintes seções:

a) Introdução: sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

b) Métodos: descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de

computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde .

c) Resultados: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto.

d) Discussão: deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais.

e) Conclusões: devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, incluir recomendações, quando pertinentes.

REFERENCIAS

A Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica adota as normas de Vancouver para referência dos artigos e a apresentação deve estar baseada no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>), conforme os exemplos abaixo.

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine. Consulta no site: List of Journal Indexed in Index Medicus <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>

Citar para as referências os primeiros seis (6) autores e a seguir et al.

Artigos de Periódicos

Duggirala S, Lee BK. Optimizing cardiac resynchronization therapy for congestive heart failure. *Curr Probl Cardiol*. 2013; 38(6):215-37.

Mais de seis (6) autores

Pinto RZ, Maher CG, Ferreira ML, Hancock M, Oliveira VC, McLachlan AJ, et al. Epidural corticosteroid injections in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2012; 157(12):865-77.

Artigo com suplemento

Adedapo KS, Fadiji IO, Orunmuyi AT, Onimode Y, Osifo BO. Radioactive iodine ablation therapy: a viable option in the management of Graves' disease in Nigeria. *Afr J Med Med Sci.* 2012; 41 Suppl:193-6.

Artigo com errata

Gujral H, Tea C, Sheridan M. Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size. *Surg Obes Relat Dis.* 2011; 7(4):536-40. Erratum in: *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(1):129-30.

Artigos eletrônicos

Harries LW, McCulloch LJ, Holley JE, Rawling TJ, Welters HJ, Kos K. A role for SPARC in the moderation of human insulin secretion. *PLoS One* [Internet]. 2013 [cited 2012 Jul 21]; 28;8(6):e68253. Available from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0068253>

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. Brasília: MS; 2012 [citado 2013 Jan 21]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf

Livros

Knobel E, Assunção MS, Fernandes HS. Monitorização hemodinâmica no paciente grave. São Paulo: Atheneu; 2013. 480p.

Lopes AC, Guimarães HP, Lopes RD. Tratado de Medicina de urgência e emergência Pronto socorro e UTI. São Paulo: Atheneu; 2010. 232p.

Livros Eletrônicos

Ashley EA, Niebauer J. Cardiology explained [Internet]. London: Remedica; 2004 [cited 2012 Nov 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2204/>

Capítulos de livros

Lopes RA, Martins HS. Gastroenterologia. In: Martins HS, Cavalcanti EF, Brandão Neto RA, Scalabrini Neto A, Velasco IT, editores. *Atualizações em Clínica Médica.* 2ª ed. Barueri: Manole; 2007. p. 232-4.

Capítulos de livros eletrônicos

Laximnarayan R, Chow J, Shahid-Salles AS. Intervention cost-effectives: overview of main messages. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne J, Claeson M, Evans DB, et al., editors. Disease control priorities in developing countries [Internet]. 2nd ed. Washington (DC): World Bank; 2006 [cited 2013 Jun 21]. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11784/>

CITAÇÃO DAS REFERÊNCIAS NO TEXTO

As citações devem ser feitas em números sequenciais, sobrescritos, iniciando-se sempre em um (1).

Exemplos:

Todas estas definições estão de acordo com o fluxograma publicado no Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) (1).

A lista de espera para realização de um transplante renal no ano de 2011, no Brasil, foi quase seis vezes maior do que o número de transplantes realizados deste órgão no mesmo ano (2-4).

ABREVIATURAS E SIGLAS

Quando presentes devem ser precedidos do nome correspondente completo ao qual se referem, quando citadas pela primeira vez, e entre parênteses e depois podem ser usadas apenas abreviaturas. Não devem ser usadas abreviaturas e siglas no título e no resumo.

FIGURAS E TABELAS

É obrigatória a citação no texto. Enumerar figuras e tabelas em algarismos arábicos na ordem em que foram citados no texto. Todas as tabelas e figuras devem conter título e legenda, indicando o local onde a mesma deve constar no texto. Usar fotos coloridas ou em branco e preto pertinentes. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de uma ilustração. Sinais gráficos e siglas utilizadas nas tabelas e gráficos devem ter sua correlação mencionada no rodapé mesmo que definidas previamente no texto e testes estatísticos utilizados, além da fonte bibliográfica, quando extraída de outro trabalho.

Fotografias e ilustrações devem ter resolução mínima de 300 DPI em formato JPEG para o tamanho final da publicação (cerca de 2.500 x 3.300 pixels, para página inteira). A qualidade das imagens é considerada na avaliação do manuscrito.

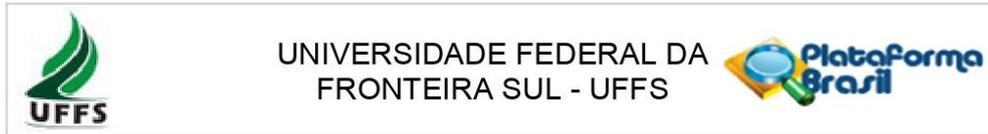
Figuras e tabelas quando extraídas de outras publicações devem conter na legenda a fonte original do trabalho de onde foi extraída.

Uso de recursos digitais

Texto deve estar em formato.doc (word); gráficos em barras ou linhas deverão ser encaminhadas em Excel (extensão xls.), sendo contendo o nome do arquivo conforme o tipo e a numeração da ilustração (Tabela 1, Figura 1, Tabela 2, por exemplo). Títulos e legendas das ilustrações devidamente numeradas devem estar no arquivo de texto. Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas apenas mediante o envio de autorização expressa da Editora ou do autor do artigo de origem.

A qualidade das figuras, tabelas é de responsabilidade dos autores.

7.3 Comprovante de envio do Projeto ao CEP-UFFS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

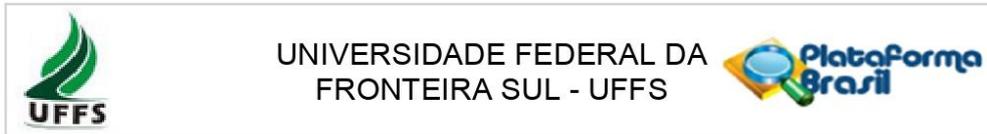
Título da Pesquisa: Perfil do Atendimento Emergencial de Arritmias Cardíacas
Pesquisador: Roselei Graebin
Versão: 3
CAAE: 20235919.1.0000.5564
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 112853/2019
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Perfil do Atendimento Emergencial de Arritmias Cardíacas que tem como pesquisador responsável Roselei Graebin, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS em 05/09/2019 às 13:35.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil do Atendimento Emergencial de Arritmias Cardíacas

Pesquisador: Roselei Graebin

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20235919.1.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

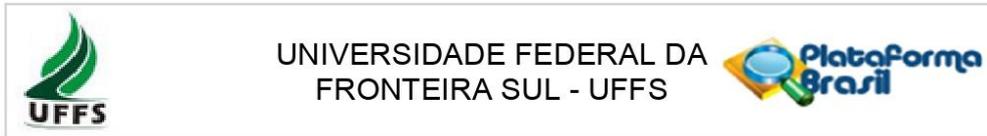
Número do Parecer: 3.687.961

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado conforme o Manual de trabalhos acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul, requerido pela mesma para a graduação em Medicina. Composto pelo projeto de pesquisa que tem como tema o Atendimento Emergencial de Arritmias Cardíacas, relatório e artigo científico, realizados pela acadêmica Brenda Barbeta com auxílio da orientadora Prof. Esp. Roselei Graebin. As arritmias cardíacas são causas frequentes de atendimento emergencial, comumente se apresentando com gravidade mediana ou alta. Tendo em vista que a última Diretriz Brasileira sobre arritmias cardíacas num contexto geral data do ano de 2002, o manejo indicado tornou-se obsoleto. Neste contexto, o presente estudo objetiva identificar os principais tipos de arritmias atendidas pelo Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), bem como a existência de patologias de base, comorbidades associadas, apresentação clínica e desfecho conforme manejo optado. A amostra não probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes que deram entrada no serviço emergencial da unidade hospitalar citada, no período de 01 de julho de 2018 a 30 de junho de 2019. Os dados serão

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.687.961

obtidos através do prontuário eletrônico, posteriormente digitalizados, inseridos em uma planilha eletrônica no EpiData e posteriormente exportados para o programa PSPP para análise estatística, sendo

que a relação entre as variáveis será analisada através do teste Qui-Quadrado.

COMENTÁRIOS

Adequado.

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESES

Miocardiopatias são as principais causas de arritmias cardíacas em serviço emergencial.

A taquicardia supraventricular é a arritmia mais comumente

encontrada em atendimento emergencial.

Os principais sinais e sintomas de arritmias são precordialgia, síncope, palpitações, adinamia e lipotimia.

Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia são comorbidades desencadeadoras de diversos distúrbios

cardiovasculares, entre eles as arritmias. Assim sendo, este distúrbio cardíaco se apresenta maior prevalência entre os portadores de tais

comorbidades.

A terapêutica adotada pelo médico depende do tipo de arritmia, sendo que em consulta emergencial é feita normalmente a colocação

de marca-passo em bradicardias e a cardioversão química em pacientes com taquiarritmias

As bradicardias normalmente cursam com quadros

clínicos mais instáveis, e mais comumente levam a óbito.

COMENTÁRIOS

Adequadas.

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS

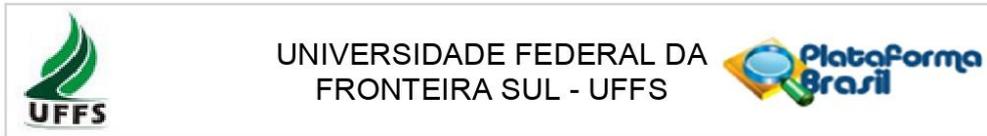
OBJETIVO PRIMÁRIO

Identificar os principais tipos e causas de arritmia cardíacas em consultas emergenciais, assim como a conduta empregada e o desfecho clínico.

COMENTÁRIOS

Adequado.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.687.961

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Determinar as principais causas de arritmias cardíacas.
- Identificar os principais tipos de arritmia, assim como a prevalência de cada um.
- Verificar os sinais e sintomas mais frequentes diante do quadro clínico de arritmia.
- Avaliar a resolutividade do tratamento empregado.
- Analisar a porcentagem de pacientes com arritmias portadores de doenças crônicas.
- Determinar a conduta empregada após o atendimento.
- Comparar a mortalidade entre os diferentes tipos de arritmias.

COMENTÁRIOS

Adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS

O estudo tem como riscos aos participantes a exposição acidental dos dados de identificação. A fim de minimizar tais risco, o nome do paciente analisado será substituído por um número codificado na planilha eletrônica. Caso tal risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido.

COMENTÁRIOS

Adequados.

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS

Não estão previstos benefícios diretos aos participantes. No entanto, o estudo atualizará os conhecimentos acerca da prevalência das arritmias cardíacas, seus sinais, sintomas e tratamentos. Tais informações, poderão auxiliar no manejo destas patologias em situação emergencial dentro de centros de atenção terciária.

COMENTÁRIOS

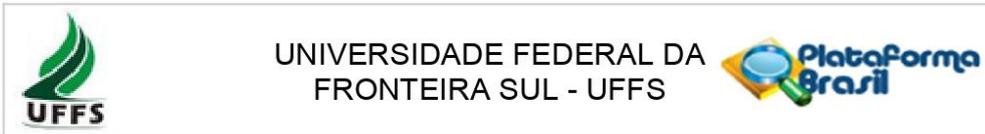
Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo quantitativo, observacional e transversal do

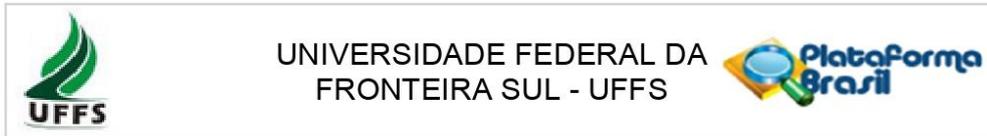
Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.687.961

tipo descritivo analítico. A população será composta por pacientes atendidos por arritmia cardíaca na emergência de um hospital de referência regional. A amostra não-probabilística, selecionada por conveniência, será constituída por todos os pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), que se enquadram nos critérios propostos. O trabalho será desenvolvido a partir da consulta ao sistema de informações hospitalares, através de login e senha criados especificamente para o estudo em questão. A coleta de dados será realizada pela acadêmica pesquisadora Brenda Barbeta, nas terças-feiras nos períodos matutino e vespertino. Serão identificados os pacientes para composição da amostra, dos quais serão coletados do próprio sistema os dados necessários, sendo que os casos de prontuários com informações relevantes ausentes serão excluídos do estudo. Posteriormente os dados serão transcritos para a ficha de coleta de dados. O presente estudo será enviado à Coordenação de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Passo Fundo – RS, e posteriormente a sua aprovação, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul. Em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo em vista o caráter emergencial do perfil em estudo, os pacientes atendidos não apresentam vínculo concreto com a instituição, e considerando a alta mortalidade gerada por este distúrbio, dificultando a obtenção dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a equipe de pesquisa solicita dispensa do mesmo. Por fim, os pesquisadores deste projeto se comprometem a preservar as informações dos prontuários e da base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico do Hospital de Clínicas de Passo Fundo – HCPF, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Afirmam igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto de pesquisa e serão divulgadas em anonimato, conforme o Termo de Compromisso para uso de Dados em Arquivo. Ademais, os dados serão mantidos sob responsabilidades dos pesquisadores no intervalo de 5 anos, após este período e, posteriormente a sua utilização, todas as informações coletadas de prontuários para o presente estudo serão destruídas. Tendo

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.687.961

em vista o caráter emergencial do atendimento e a falta de seguimento dos pacientes analisados no estudo, não estão previstas devolutivas diretas ao participante. Entretanto, esta devolutiva se dará de forma indireta, por meio de relatório ofertado ao Hospital de Clínicas de Passo Fundo, com o intuito de qualificar o atendimento por meio do estudo detalhado de perfil epidemiológico e eficácia do tratamento de arritmias cardíacas. A relevância do projeto constitui-se no delineamento epidemiológico do perfil dos pacientes atendidos por arritmias cardíacas na cidade de Passo Fundo e região. A partir destes dados, será possível adequar o atendimento emergencial, em busca de diminuir a morbidade e mortalidade associadas, através de um diagnóstico rápido e realização de um protocolo de tratamento rápido e adequado.

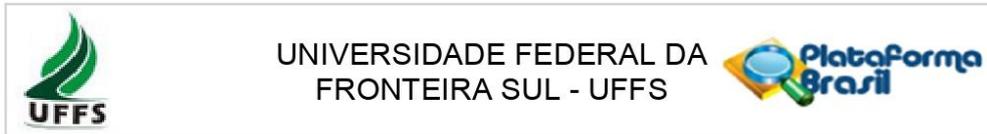
TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA

O estudo será realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HC – PF), durante o período de 01 de agosto de 2019 a 30 de julho de 2020. Através do acesso ao sistema de dados do Hospital de Clínicas de Passo Fundo, em computador no setor de "Biblioteca" disponibilizado pela própria instituição e com login e senha específicos fornecidos pela mesma, será realizada uma busca por pacientes através de CID específico para arritmias cardíacas (I44, I45, I46, I47, I48 e I49). Dados os critérios de inclusão e exclusão, estima-se que 400 participantes sejam incluídos no projeto de pesquisa. Os seguintes fatores serão considerados variáveis independentes: sexo, idade, presença de comorbidades, presença de evento vascular prévio, apresentação clínica e presença de doença de base. Como variável dependente será considerada a terapêutica empregada e sua resolutividade. A fim de minimizar possíveis riscos aos participantes da pesquisa, o nome dos pacientes analisados serão substituídos por um número codificado na planilha eletrônica. Caso a exposição acidental de dados dos participantes ocorra, o estudo será imediatamente interrompido.

COMENTÁRIOS SOBRE DESENHO E METODOLOGIA PROPOSTA

Adequados.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.687.961

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Serão utilizados como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos, que, independentemente da idade e local de procedência, forem atendidos no serviço emergencial com a queixa principal relacionada a arritmia. A amostra não levará em conta a proveniência do paciente, pois será composta por pacientes do setor público (Sistema único de Saúde – SUS), privado e conveniado.

COMENTÁRIOS

Adequado.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os casos com achado acidental de arritmia cardíaca em atendimento emergencial e pacientes internados que têm a arritmia cardíaca como complicação de algum procedimento.

COMENTÁRIOS

Adequado.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

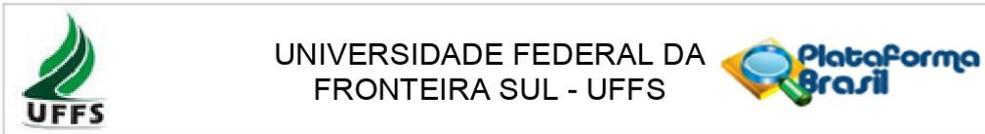
Os dados obtidos serão duplamente digitalizados e inseridos no banco de dados EpiData, programa para entrada e documentação de dados (software de distribuição livre) e posteriormente exportados para o programa PSPP para análise estatística. A análise estatística descritiva compreenderá a distribuição absoluta e relativa das frequências das variáveis categóricas, medidas de tendência central e de dispersão das variáveis numéricas, além da estimativa de prevalência do desfecho, com intervalo de confiança de 95%. Para testar as associações entre as variáveis dependentes e independentes será realizado o teste Qui-quadrado (χ^2), sendo considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$.

COMENTÁRIOS

Adequado.

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.687.961

Os principais desfechos esperados são: as miocardiopatias como as principais causas de arritmias cardíacas em serviço emergencial. A taquicardia supraventricular como a arritmia mais comumente encontrada no serviço, tendo como os principais sinais e sintomas a precordialgia, a síncope, as palpitações, a adinamia e a lipotimia.

Tendo em vista estudos epidemiológicos na área da cardiologia, o Diabetes Mellitus, hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia são comorbidades desencadeadoras de diversos distúrbios cardiovasculares, entre eles as arritmias. Assim sendo, este distúrbio cardíaco será encontrado em maior prevalência entre os portadores de tais comorbidades.

A terapêutica adotada pelo médico depende do tipo de arritmia, sendo que em consulta emergencial é feita normalmente a colocação de marcapasso em bradicardias e a cardioversão química em pacientes com taquiarritmias.

Por último, haja vista que as bradicardias normalmente cursam com quadros clínicos mais instáveis, os piores prognóstico estão relacionados a este distúrbio, que mais comumente levam ao óbito.

COMENTÁRIOS

Adequados.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Período previsto para coleta de dados: 01/12/2019 a 30/04/2020

COMENTÁRIOS

Adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO

COMENTÁRIOS

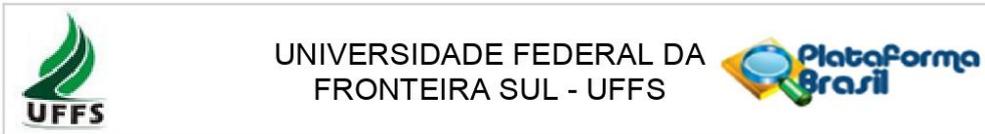
Adequada.

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TCLE

COMENTÁRIOS

Adequada.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.687.961

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES

COMENTÁRIOS

Adequada.

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

COMENTÁRIOS

Adequado.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

COMENTÁRIOS

Adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

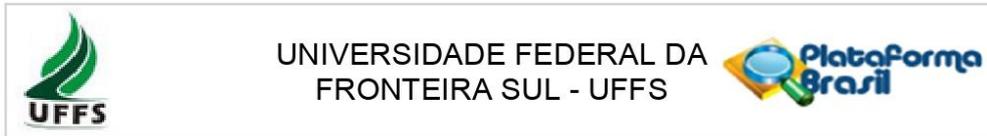
A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.687.961

na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

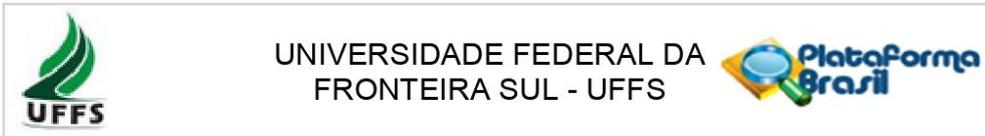
Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1423645.pdf	30/10/2019 20:11:59		Aceito
Outros	resposta_ao_parecer_2.docx	30/10/2019 20:11:04	Roselei Graebin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.pdf	26/10/2019 16:00:49	Roselei Graebin	Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer_circunstanciado.doc	14/10/2019 14:52:55	Roselei Graebin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	solicitacao_dispensa_TCLE.pdf	14/10/2019 14:52:04	Roselei Graebin	Aceito
Outros	Aceite_HCPF.pdf	02/09/2019 14:22:45	Roselei Graebin	Aceito
Outros	Ficha_Coleta_de_Dados_pdf.pdf	02/09/2019 14:20:44	Roselei Graebin	Aceito
Outros	TCUD.pdf	02/09/2019 14:13:18	Roselei Graebin	Aceito
Orçamento	Recursos.pdf	02/09/2019 06:42:57	Roselei Graebin	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	01/09/2019 15:15:46	Roselei Graebin	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 3.687.961

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 06 de Novembro de 2019

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural **CEP:** 89.815-899
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br