

AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESCALA HEART EM PACIENTES CARDIOPATAS CLÍNICOS

EVALUATION OF THE APPLICATION OF THE HEART SCORE IN CLINICAL CARDIOPATHIC PATIENTS

APLICAÇÃO DA ESCALA HEART EM CARDIOPATAS CLÍNICOS

Carlos Cesar Barbosa¹, Natalia Cristina Ferreira Vitor², Rita de Cássia Gomes³, Juliana Aguiar Moraed⁴, Livia Cristina Scalon da Csota Perinoti⁵

DOI: 10.54899/dcs.v23i93.6594

Recibido: 10/07/2026 | Aceptado: 05/08/2026 | Publicación en línea: 12/08/2026.

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCVs) permanecem como a principal causa de mortalidade no mundo, exigindo instrumentos confiáveis de estratificação de risco. Este estudo avaliou a efetividade da Escala HEART na classificação do risco de eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE) em pacientes cardiopatas clínicos. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, realizado em um centro de especialidades médicas do Sistema Único de Saúde, no interior de São Paulo, com 303 pacientes. A amostra apresentou idade média de 64,6 ± 12,8 anos, predominância feminina (54,1%) e elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica (68%), dislipidemia (31%) e diabetes mellitus (29%). A maioria era aposentada (58,1%), casada (65,3%) e pertencia à faixa de renda de até 1 salário mínimo de R\$1.518,00 mensais. A estratificação pela Escala HEART indicou predomínio de risco intermediário (63%), seguido de baixo (28%) e alto risco (9%). Houve associação significativa entre alto risco e o uso de ARA II ($p=0,03$), estatinas ($p=0,01$), antiagregantes/AINEs ($p=0,02$), bloqueadores dos canais de cálcio ($p<0,01$) e nitratos vasodilatadores ($p<0,01$). O modelo de regressão logística ordinal apresentou adequação global ($\chi^2=22,06$; $gl=17$; $p=0,18$), confirmando a validade da escala na estratificação de risco, mesmo na ausência do componente troponina. Conclui-se que a Escala HEART constitui uma ferramenta útil e aplicável na prática de enfermagem, contribuindo para decisões clínicas seguras e fundamentadas em evidências.

Palavras-chave: Escala HEART. Enfermagem. Estratificação de Risco. Doenças Cardiovasculares. Cardiopatia Clínica.

¹ Doutorando em Ciências da Cirurgia, Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE), São João da Boa Vista, São Paulo, Brasil. E-mail: carlos.babosa@prof.fae.br

² Graduada em Enfermagem, Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE), São João da Boa Vista, São Paulo, Brasil. E-mail: cristinanataliaf82@gmail.com

³ Mestranda em Ciências da Saúde, Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE), São João da Boa Vista, São Paulo, Brasil. E-mail: rita.gomes@prof.fae.br

⁴ Mestranda em Ciências da Saúde, Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE), São João da Boa Vista, São Paulo, Brasil. E-mail: juliana.moraes@prof.fae.br

⁵ Doutora em Ciências, Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino (UNIFAE), São João da Boa Vista, São Paulo, Brasil. E-mail: livia.perinoti@prof.fae.br

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVDs) remain the leading cause of death worldwide, requiring reliable risk stratification tools. This study evaluated the effectiveness of the HEART Scale in classifying the risk of major adverse cardiovascular events (MACE) in patients with clinical heart disease. This was an exploratory, descriptive, and quantitative study conducted at a medical specialty center within the Unified Health System (SUS) in the interior of São Paulo, involving 303 patients. The sample had a mean age of 64.6 ± 12.8 years, a predominance of women (54.1%), and a high prevalence of systemic hypertension (68%), dyslipidemia (31%), and diabetes mellitus (29%). Most were retired (58.1%), married (65.3%), and belonged to the income bracket of up to 1 minimum wage of R\$1,518.00 per month. Stratification using the HEART Scale indicated a predominance of intermediate risk (63%), followed by low risk (28%) and high risk (9%). There was a significant association between high risk and the use of ARB II ($p=0.03$), statins ($p=0.01$), antiplatelet agents/NSAIDs ($p=0.02$), calcium channel blockers ($p<0.01$), and vasodilator nitrates ($p<0.01$). The ordinal logistic regression model showed overall goodness of fit ($\chi^2=22.06$; $df=17$; $p=0.18$), confirming the scale's validity in risk stratification, even in the absence of the troponin component. It is concluded that the HEART Scale is a useful and applicable tool in nursing practice, contributing to safe, evidence-based clinical decisions.

Keywords: HEART Scale. Nursing. Risk Stratification. Cardiovascular Diseases. Clinical Heart Disease.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo la principal causa de mortalidad en el mundo, lo que exige contar con instrumentos fiables para la estratificación del riesgo. Este estudio evaluó la eficacia de la escala HEART en la clasificación del riesgo de eventos cardiovasculares adversos graves (MACE) en pacientes con cardiopatía clínica. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y cuantitativo, realizado en un centro de especialidades médicas del Sistema Único de Salud, en el interior de São Paulo, con 303 pacientes. La muestra presentaba una edad media de $64,6 \pm 12,8$ años, un predominio femenino (54,1 %) y una elevada prevalencia de hipertensión arterial sistémica (68 %), dislipidemia (31 %) y diabetes mellitus (29 %). La mayoría eran jubilados (58,1 %), casados (65,3 %) y pertenecían al tramo de ingresos de hasta un salario mínimo de 1.518,00 R\$ al mes. La estratificación según la escala HEART indicó un predominio del riesgo intermedio (63 %), seguido del riesgo bajo (28 %) y del riesgo alto (9 %). Se observó una asociación significativa entre el riesgo alto y el uso de ARA II ($p = 0,03$), estatinas ($p = 0,01$), antiagregantes plaquetarios/AINE ($p = 0,02$), bloqueadores de los canales de calcio ($p < 0,01$) y nitratos vasodilatadores ($p < 0,01$). El modelo de regresión logística ordinal presentó un ajuste global ($\chi^2 = 22,06$; $gl = 17$; $p = 0,18$), lo que confirma la validez de la escala en la estratificación del riesgo, incluso en ausencia del componente de troponina. Se concluye que la Escala HEART constituye una herramienta útil y aplicable en la práctica de la enfermería, que contribuye a la toma de decisiones clínicas seguras y basadas en la evidencia.

Palabras clave: Escala HEART. Enfermería. Estratificación del Riesgo. Enfermedades Cardiovasculares. Cardiopatía Clínica.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) permanecem como a principal causa de morte no mundo, configurando-se como um grave problema de saúde pública global. De acordo com a Organização Mundial da Saúde¹, as DCVs foram responsáveis por aproximadamente 19 milhões de mortes em 2023, representando um em cada três óbitos em escala mundial. Entre essas, a cardiopatia isquêmica destaca-se como a principal causa isolada de mortalidade. Dados recentes da American Heart Association² apontam que mais de 612 milhões de pessoas vivem atualmente com alguma forma de doença cardiovascular, número que reflete tanto o envelhecimento populacional quanto o aumento da exposição a fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada.

No contexto brasileiro, as doenças cardiovasculares também ocupam posição de destaque, sendo responsáveis por cerca de 28% de todas as mortes registradas no país, segundo o Ministério da Saúde³. A alta prevalência dessas condições sobrecarrega o sistema de saúde e evidencia a necessidade de estratégias que aprimorem a identificação precoce e a estratificação de risco em pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA)⁴.

A problemática central reside no fato de que, mesmo com avanços tecnológicos e terapêuticos, muitos pacientes com dor torácica continuam sendo subdiagnosticados ou superestimados quanto ao risco cardiovascular, o que pode levar tanto a internações desnecessárias quanto a atrasos no manejo de casos graves. Nesse cenário, instrumentos validados e de fácil aplicação, como a Escala de HEART, surgem como ferramentas úteis para avaliar o risco de eventos adversos cardiovasculares e orientar condutas clínicas de forma segura e eficiente.

O objetivo do trabalho é avaliar a efetividade da escala de HEART na estratificação de risco de eventos cardiovasculares adversos maiores (MACE) em pacientes cardiopatas clínicos. Para isso foi definido os seguintes objetivos específicos: i) Descrever o perfil clínico e sociodemográfico da amostra, incluindo a prevalência de fatores de risco cardiovascular e comorbidades; e ii) Determinar a contribuição do componente T (acrônimo HEART) para a pontuação final da escala na estratificação de risco dos pacientes.

MÉTODOS

A pesquisa desenvolvida caracteriza-se como um estudo exploratório, descritivo e quantitativo, conduzido com o propósito de avaliar a aplicação da Escala de HEART em pacientes cardiopatas clínicos. Esse delineamento possibilita uma análise sistemática dos dados clínicos, permitindo verificar a efetividade da escala na estratificação do risco cardiovascular. O estudo foi realizado em um Centro de Especialidades Médicas do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no interior do estado de São Paulo.

A população investigada foi composta por pacientes cardiopatas clínicos atendidos na instituição durante o período de coleta, considerando-se que o serviço oferece atendimento contínuo. A amostra foi não probabilística e intencional, totalizando 303 participantes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Foram incluídos pacientes adultos (com idade igual ou superior a 18 anos) diagnosticados com cardiopatia clínica ou que apresentaram sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que se recusaram a participar e aqueles em consulta pré-operatória.

Para a coleta de dados, utilizou-se a Escala de HEART (History, ECG, Age, Risk factors, Troponin) como instrumento principal de estratificação de risco, complementada por um formulário estruturado elaborado pelos pesquisadores, o qual contemplava variáveis sociodemográficas (idade, sexo e comorbidades) e clínicas (sintomas).

A coleta ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2025, por meio da análise de prontuários, aplicação de questionário socioeconômico e utilização da Escala de HEART. Cada paciente foi avaliado conforme os critérios da escala, sendo o risco classificado como baixo (0–3 pontos), moderado (4–6 pontos) ou alto (7–10 pontos). Os dados obtidos foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel® e submetidos à análise estatística no software SPSS® versão XX (ou similar). Foram empregadas estatísticas descritivas, como frequência, média e desvio-padrão, além de testes de associação (qui-quadrado ou t de Student) quando aplicáveis, adotando-se um nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 303 pacientes cardiopatas clínicos, com idade média de $64,6 \pm 12,8$ anos e predominância do sexo feminino (54,1%). Observou-se alta prevalência de comorbidades cardiovasculares, sendo as mais frequentes hipertensão arterial sistêmica (68%), dislipidemia (31%) e diabetes mellitus (29%). Quanto ao perfil sociodemográfico, verificou-se que 58,1% dos participantes eram aposentados, 65,3% eram casados e 67% apresentavam renda mensal de classificação A. Em relação ao acompanhamento em saúde, 60% relataram realizar acompanhamento médico regular e 98% faziam uso de serviços farmacêuticos para obtenção de medicamentos.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes avaliados pela escala HEART (n = 303)

Variável	n (%) ou Média $\pm$ DP
Idade (anos)	64,6 $\pm$ 12,8
Sexo feminino	164 (54,1%)
Hipertensão arterial	205 (68%)
Diabetes mellitus	87 (29%)
Dislipidemia	93 (31%)
Aposentados	176 (58,1%)

*Fonte: dados da pesquisa, 2025.

O uso de fármacos cardiovasculares foi elevado, destacando-se os antagonistas da angiotensina II (ARA II) (34,3%), as estatinas (33%), os antiagregantes plaquetários/AINEs (25,7%), os betabloqueadores cardiosseletivos (24,4%) e os diuréticos tiazídicos (19,8%). A análise bivariada indicou associação estatisticamente significativa entre a classificação de alto risco cardiovascular e o uso de ARA II ($p = 0,03$), estatinas ($p = 0,01$), antiagregantes/AINEs ($p = 0,02$), bloqueadores dos canais de cálcio do tipo diidropiridina ($p < 0,01$) e nitratos vasodilatadores ($p < 0,01$).

Tabela 2. Classes de medicamentos utilizadas pela amostra

Classe farmacológica	n	%
ARA II	104	34,3
Estatina	100	33
Antiagregante/AINE	78	25,7
Betabloqueador cardiosseletivo	74	24,4
Diurético tiazídico	60	19,8

*Fonte: dados da pesquisa, 2025.

Na análise dos componentes da Escala HEART, predominou a pontuação intermediária para história clínica (0 pontos: 79,2%), ECG (1 ponto: 47,9%), fatores de risco (1 ponto: 42,4%)

e idade (2 pontos: 51,2%), refletindo tendência para risco moderado na população estudada. A estratificação de risco global, conduzida em cenário neutro pela ausência de dados de troponina, classificou 63% dos pacientes como de risco intermediário, 28% como de baixo risco e 9% como de alto risco.

Tabela 3. Distribuição dos estratos de risco da Escala HEART

Estrato de risco	n	%
Baixo risco	86	28
Risco intermediário	191	63
Alto risco	26	9

*Fonte: dados da pesquisa, 2025.

O modelo de regressão logística ordinal ajustado às variáveis sexo, raça, estado civil, ocupação, renda, idade e número de dependentes apresentou adequação estatística global ($\chi^2 = 22,06$; gl = 17; p = 0,18), confirmando a proporcionalidade dos odds. Entretanto, observou-se instabilidade nos coeficientes individuais dessas variáveis, impossibilitando inferências isoladas quanto à sua influência sobre o escore final da Escala HEART. A seguir, são apresentados os resultados que contemplam tanto a caracterização da amostra quanto os padrões identificados.

Tabela 4. Associação entre uso de classes de medicamentos e alto risco cardiovascular (HEART ≥ 7)

Classe	OR	IC95%	p
ARA II	2,4	1,08–5,33	0,03*
Estatina	3,03	1,36–6,78	0,01*
Antiagregante/AINE	2,74	1,23–6,13	0,02*
Bloq. canais Ca (DHP)	3,96	1,66–9,44	<0,01**
Nitrato vasodilatador	7,23	2,32–22,57	<0,01**

*Fonte: dados da pesquisa, 2025.

DISCUSSÃO

A aplicação da Escala HEART neste estudo reforça seu valor como suporte estruturado ao julgamento clínico de enfermagem, sobretudo para identificação precoce de pacientes com maior vulnerabilidade cardiovascular em serviços ambulatoriais do SUS. Ao organizar dados anamnésicos, eletrocardiográficos, demográficos e fatores de risco em um escore objetivo, a equipe consegue priorizar condutas, acionar fluxos e reduzir a variabilidade do cuidado, em consonância com a literatura que destaca a importância de modelos sistemáticos para apoiar o raciocínio clínico e a tomada de decisão em cardiologia e reabilitação cardiovascular^{5,6}.

Mesmo quando a troponina não está imediatamente disponível o componente HEAR

mostrou-se útil para triagem inicial e estratificação provisória, permitindo que intervenções de enfermagem e vigilância aumentada sejam implementadas sem atrasos, enquanto se aguarda confirmação diagnóstica, o que vai ao encontro da ênfase dos modelos de raciocínio clínico em decisões iterativas e baseadas no melhor dado disponível no momento^{5,7}

A consistência entre a estratificação de risco pela HEART/HEAR e os achados clínicos observados na amostra dialoga com evidências de que diagnósticos de enfermagem, quando apoiados por estruturas conceituais claras, tendem a maior precisão, utilidade clínica e reprodutibilidade^{8,9}.

O modelo Outcome-Present State-Test (OPT), por exemplo, orienta a construção do raciocínio a partir do estado desejado (outcome), contrastando-o com o estado presente e testando hipóteses, o que facilita a seleção de intervenções alinhadas ao nível de risco identificado⁵. De modo semelhante, o framework Developing Nurses' Thinking favorece a priorização de problemas e o reconhecimento rápido de padrões, habilidades essenciais em cenários onde a janela de decisão é curta, como na suspeita de síndrome coronariana aguda⁸. Estudos com simulação clínica também indicam que o uso de ferramentas estruturadas potencializa o pensamento crítico de estudantes e profissionais, reduzindo omissões e melhorando a segurança do paciente⁷

No âmbito do Processo de Enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a incorporação formal da HEART/HEAR contribui para qualificar a etapa de diagnóstico e o planejamento, integrando linguagens padronizadas (NANDA-I, NOC, NIC) e fluxos assistenciais voltados à prevenção de agravos, monitorização e educação em saúde^{6,7}.

A literatura mostra que, em populações com doenças cardiovasculares, a identificação consistente de diagnósticos de enfermagem e a articulação com resultados e intervenções estão associadas a melhor continuidade do cuidado e comunicação multiprofissional⁶. Ademais, análises sobre correspondência entre classificações e sistemas de estratificação apontam benefícios na alocação de recursos e na justificativa de níveis de cuidado, tema particularmente sensível em serviços públicos com grande demanda¹⁰.

A elevada carga de comorbidades e o regime medicamentoso complexo observados nos pacientes do presente estudo reforçam a necessidade de planos terapêuticos individualizados, o que encontra apoio em revisões integrativas que descrevem padrões recorrentes de diagnósticos de enfermagem em condições cardiovasculares⁹.

Em reabilitação cardiovascular, por exemplo, combinações específicas de diagnósticos,

resultados e intervenções de enfermagem têm sido relacionadas à melhora funcional e ao autocuidado, sugerindo que escores de risco podem funcionar como “gatilhos” para protocolos educativos e de vigilância⁶.

Em contextos perioperatórios e de terapia intensiva cardíaca, a gestão do cuidado mediada pela SAE e por protocolos padronizados mostrou efeitos positivos na organização do trabalho, na continuidade da assistência e nos desfechos clínicos, o que sustenta a adoção de ferramentas de estratificação também no pré e pós-operatório⁷.

A predominância de pacientes classificados no estrato intermediário de risco merece atenção particular sob a perspectiva assistencial, uma vez que esse grupo reúne indivíduos que não apresentam elementos suficientes para serem considerados de baixo risco, mas também não concentram, necessariamente, critérios que indiquem uma condição de maior gravidade imediata. A presença de 63% dos participantes nessa categoria sugere uma população que demanda acompanhamento sistemático, reavaliações periódicas e observação de possíveis mudanças no quadro clínico. Para a enfermagem, essa característica amplia a importância da vigilância longitudinal, pois alterações discretas nos sinais e sintomas, no eletrocardiograma ou no controle dos fatores de risco podem modificar a classificação inicialmente atribuída e exigir adequação das intervenções propostas.

A idade média de 64,6 anos, associada à elevada ocorrência de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, configura um perfil caracterizado pela coexistência de diferentes fatores capazes de potencializar o risco cardiovascular. Mais do que considerar cada condição de maneira isolada, o cuidado deve reconhecer a interação entre envelhecimento, multimorbidade e exposição prolongada a fatores metabólicos e hemodinâmicos. Nesse cenário, a consulta de enfermagem constitui oportunidade para avaliação integrada do paciente, incluindo controle pressórico, acompanhamento de parâmetros metabólicos, investigação de hábitos de vida, identificação de dificuldades relacionadas ao tratamento e reconhecimento de sinais indicativos de descompensação cardiovascular.

A distribuição das classes farmacológicas acrescenta uma dimensão importante à compreensão da complexidade clínica dessa população. O uso frequente de ARA II, estatinas, antiagregantes, betabloqueadores e diuréticos indica que parcela considerável dos participantes já se encontrava submetida a estratégias farmacológicas destinadas ao controle de fatores de risco ou ao manejo de doenças cardiovasculares estabelecidas. Nesse sentido, a associação entre determinadas classes medicamentosas e maior classificação de risco deve ser interpretada com

cautela, uma vez que o medicamento pode representar um marcador indireto da gravidade ou da presença prévia de doença cardiovascular, e não necessariamente um fator responsável pelo aumento do risco. Pacientes com condições clínicas mais complexas tendem justamente a receber esquemas terapêuticos mais intensivos.

Essa interpretação torna-se especialmente pertinente diante da magnitude da associação encontrada para os nitratos vasodilatadores, cujo uso apresentou OR de 7,23 para alto risco cardiovascular. A utilização desses medicamentos pode estar relacionada à presença de sintomas anginosos, doença arterial coronariana ou antecedentes cardiovasculares que, por sua própria natureza, contribuem para um perfil clínico de maior vulnerabilidade. Da mesma maneira, as associações identificadas para estatinas, antiagregantes e bloqueadores dos canais de cálcio podem refletir maior carga de doença e necessidade de prevenção secundária. Portanto, tais achados não devem ser interpretados como relações causais, mas como elementos que podem auxiliar a enfermagem na identificação de pacientes que necessitam de avaliação mais criteriosa.

Sob a perspectiva da segurança medicamentosa, a elevada utilização de diferentes classes farmacológicas também direciona a atenção para aspectos relacionados à adesão, compreensão da prescrição e ocorrência de potenciais problemas associados ao tratamento. Pacientes idosos e portadores de múltiplas doenças crônicas podem apresentar esquemas terapêuticos extensos, horários distintos de administração e necessidade de acompanhamento contínuo. O fato de 98% dos participantes utilizarem serviços farmacêuticos para obtenção de medicamentos reforça a possibilidade de articulação entre enfermagem, farmácia e equipe médica, favorecendo ações de conciliação medicamentosa, orientação sobre o uso correto, identificação de eventos adversos e acompanhamento das dificuldades que possam comprometer a continuidade terapêutica.

Outro aspecto que amplia a interpretação dos achados refere-se à realização de acompanhamento médico regular por apenas 60% dos participantes. Considerando que a amostra foi constituída por pacientes cardiopatas e apresentou elevada frequência de fatores de risco cardiovascular, esse percentual aponta para uma parcela expressiva que pode não estar inserida em acompanhamento clínico contínuo. A ausência de seguimento regular pode dificultar ajustes terapêuticos, controle adequado das comorbidades e reconhecimento precoce da progressão da doença. Nesse contexto, a estratificação realizada pela equipe de enfermagem pode contribuir para identificar indivíduos que necessitam de encaminhamento, intensificação do acompanhamento ou inserção em linhas de cuidado voltadas às doenças cardiovasculares.

Os resultados do modelo de regressão ordinal também acrescentam uma perspectiva

importante, pois a ausência de inferências consistentes para características como sexo, raça, estado civil, ocupação, renda e número de dependentes sugere que a estratificação cardiovascular não deve ser conduzida com base em características sociodemográficas isoladas. Embora esses elementos possam interferir no acesso aos serviços, nas condições de autocuidado e na continuidade do tratamento, sua relação com o risco clínico ocorre de maneira complexa e pode depender de diferentes fatores intermediários. Dessa forma, a avaliação de enfermagem deve combinar aspectos biológicos, clínicos, terapêuticos e sociais, evitando interpretações fragmentadas do paciente e favorecendo a elaboração de um plano assistencial compatível com suas necessidades concretas.

CONCLUSÃO

A aplicação da Escala HEART em pacientes cardiopatas clínicos demonstrou ser eficaz para a estratificação de risco, impactando diretamente o aprimoramento do raciocínio e do julgamento clínico de enfermagem. O estudo destaca, ainda, que a escala manteve sua utilidade clínica mesmo na ausência do componente Troponina HEAR, reforçando sua relevância como ferramenta inicial para avaliação e tomada de decisão em pacientes clínicos. Este achado sublinha o papel essencial do enfermeiro na avaliação contínua e no monitoramento desses pacientes. Conclui-se que o uso de instrumentos validados é imperativo para subsidiar decisões seguras, assertivas e oportunas, contribuindo significativamente para a melhoria dos desfechos em saúde cardiovascular.

REFERÊNCIAS

- BRAGA, J. L. *Prevalência dos diagnósticos de enfermagem manifestados por pessoas com problemas cardiovasculares: uma revisão integrativa* [Internet]. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2019. [citado em 25 out. 2025]. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/43589>.
- BUFFON, M. R.; SEVERO, I. M.; MERGEN, T.; ROSA, N. G.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Correspondência entre diagnósticos de enfermagem NANDA Internacional e a classificação de pacientes de Perroca. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 25, e1349, 2021. [Internet]. [citado em 25 out. 2025]. Disponível em: <https://periodicos-hml.cecom.ufmg.br/index.php/reme/article/view/54982>.
- FARIAS, M. S.; SILVA, L. F. Diagnoses, outcomes and nursing interventions applied to patients undergoing cardiovascular rehabilitation. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*

Online, v. 15, e12801, 2023. [Internet]. [citado em 25 out. 2025]. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/12801>.

GONÇALVES, L. W. P. *Diagnósticos de enfermagem em pacientes com doenças cardiovasculares: aplicação do modelo Outcome-Present State-Test* [Internet]. 2017. Dissertação – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, 2017. [citado em 25 out. 2025]. Disponível em: <https://bdtd.famerp.br/handle/tede/504>.

MARTIN, S. S. et al.; AMERICAN HEART ASSOCIATION STATISTICS COMMITTEE; STROKE STATISTICS SUBCOMMITTEE. 2025 heart disease and stroke statistics: a report of the American Heart Association. *Circulation*, 27 jan. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001303>.

MATTEI, A. P. *Aplicabilidade do modelo Developing Nurses' Thinking para o desenvolvimento do raciocínio clínico em graduandos de enfermagem* [Internet]. 2017. Dissertação – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2017. [citado em 25 out. 2025]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/46987>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). *DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. [citado em 25 out. 2025]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório global de doenças cardiovasculares* [Internet]. Genebra: World Health Organization, 2024. [citado em 25 out. 2025]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).

PANIAGO, C. C. R. *Cuidados de enfermagem pré-cateterismo cardíaco e pós-cateterismo cardíaco: uma revisão integrativa* [Internet]. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2018. [citado em 25 out. 2025]. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/21966>.

SANTOS, T. D. *Gerenciamento do cuidado e sistematização da assistência de enfermagem a pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em uma unidade de terapia intensiva* [Internet]. 2021. Tese – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2021. [citado em 25 out. 2025]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-22032022-161012/>.