FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

ADRIANA SOARES LOPES PUGNAL

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

VITÓRIA

2016

ADRIANA SOARES LOPES PUGNAL

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel Enfermagem.

Orientador: Prof. Bruno Henrique Fiorin.

VITÓRIA

2016

ADRIANA SOARES LOPES PUGNAL

QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título em Bacharel Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de ____, por:

_____

Prof. Bruno Henrique Fiorin. - Orientador

_____

Prof. Xxxxxxxxxxxxxxxx, Instituição

_____

Prof. Xxxxxxxxxxxx, Instituição

Deus todo poderoso.

Para meus pais ausentes, que não puderam me acompanhar;

Meu marido e meus filhos.

O professor Bruno.

AGRADECIMENTOS

Deus, meu glorioso agradecimento, com toda sua paciência em me ouvir, atender e compreender; pela sensação de estar presente em todos os momentos, e pela maravilhosa comoção de ter chegado até aqui.

Ao meu orientador, professor Bruno, que compartilhou das minhas reflexões, divindades e da elaboração deste trabalho, que com tanta alegria compartilho esse momento. Pessoa perspicaz, genial, versátil, capaz de transbordar conhecimento com uma única palavra.

Aos mestres professores, pelo zelo e dedicação de cada um para comigo, em cada etapa da minha formação.

Ao meu querido e muito mais que marido, Vander, grande e paciente companheiro que, mesmo nos momentos difíceis, soube ser perseverante e atento as mudanças. Muito obrigada por ter confiado no meu potencial, principalmente nos momentos de enfermidade, que parecem eternos, mas confins. Vencerei como o agora!

Aos meus fantásticos filhos, Felipe e Ana Luiza, que puderam me acompanhar aprender e avaliar meus passos avançados e a luz final com dedicação e certezas.

A toda a família: irmãos, cunhadas, cunhados, pela a compreensão da minha ausência, principalmente aos meus cunhados Valdemir e Giovani pelo o apoio.

À minha amiga e irmã Angélica, que viu em mim a benevolência da nossa amizade e mas horas mais difícil estava do meu lado.

À minha amiga Kamila pelo o incentivo para começar a faculdade.

Aos meus colegas de plantão do Hospital Associação dos Funcionários Públicos (HAFPES) pela compreensão dos momentos difícil.

RESUMO

Com o objetivo de tornar evidentes as bases científicas em torno do conceito de qualidade de vida no paciente infartado, visando estreitar as lacunas do conhecimento e contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa cujo levantamento de dados foi realizado SCIELO, LILACS, MEDLINE e BDENF; todos coletados a partir da Biblioteca Virtual de Saúde. O tema qualidade de vida, tão almejada no momento da internação pelo paciente, esclarece meios para um cuidado e tratamento fundamentados cientificamente para a intervenção do enfermeiro, se baseando das necessidades do cliente de forma individual e integral. Fatores determinantes para a qualidade de vida de um indivíduo podem gerar limitações para o mesmo seguir a diante e viver sem consequências, ou seja, é preciso ter um bem-estar físico e psicológico em equilíbrio, um contexto social e ambiental em constância com o apoio espiritual, se sentindo independentemente aceitável para si e sua família. A partir do conteúdo exposto observou-se que a presença do enfermeiro, com a total capacidade de agir com ciência e conhecimento, interfere diretamente no atendimento prestado ao paciente; reduzindo possíveis danos causados pelo Infarto Agudo do Miocárdio, preparando o mesmo para retornar sua vida sem prejuízos.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Infarto Agudo do Miocárdio. Cuidados. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

This study was to make clear the scientific basis for the concept of quality of life of patients with myocardial infarction, aiming to narrow the gaps in knowledge and contribute to the improvement of nursing care quality. This is a literature review of the narrative type whose survey data was conducted SCIELO, LILACS, MEDLINE and BDENF; all collected in the Virtual Health Library platform. Improving the quality of life, so longed for at admission by the patient, explains means for care and treatment based scientifically for the intervention of the nurse, based on the needs of the individual as customer and integral. determining factors for the quality of life of an individual can create limitations for the same follow and live without consequences, that is, you must have the physical and psychological well-being in balance, a social and environmental context in consistency with the spiritual support, feeling regardless acceptable to you and your family. From the content raised was observed that the presence of nurses, with the full capacity to act with science and knowledge, directly interferes in the care provided to the patient; reducing possible damage caused by acute myocardial infarction, preparing it to return to your life with less losses.

Keywords: Quality of Life. Acute myocardial infarction. Care. Nursing Care.

LISTA DE IMAGENS

Imagem 01 – Qualidade de vida, com fatores, sócio ambientais e Fatores Individuais um modelo conceitual 28
Imagem 02 – Pirâmide de Maslow com medidas dos aspectos básicos que foram a qualidade de vida 32
Imagem 03 – Demonstração do IAM 51
Imagem 04 – aterosclerose 54
Imagem 05 – ECG com ondas alteradas 58
Imagem 06 – Local de introdução do cateter 61
Imagem 07 – ECG e PCI de emergência 68
Imagem 08 – Teste ergométrico 70

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Parâmetros socioambientais e individuais.....30
Quadro 02 – Indicadores de Calvert -Henderson e o de Felicidade Interna Bruta (FIB) 31
Quadro 03 – Estudo descritivo das respostas aos quesitos da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. 37
Quadro 04 – Modelos de qualidade de vida e seus indicadores determinantes 42
Quadro 05 – Instrumentos genéricos de medida da qualidade de vida.....45
Quadro 06 – Instrumentos específicos de medida da qualidade de vida 46
Quadro 07 – Artigos selecionados com Ênfase na Qualidade de Vida. 48
Quadro 08 - Sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio. 52

LISTA DE SIGLAS

QV – Qualidade de Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

DCV – Doenças Cardiovasculares

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

SCIELO - Scientific Eletronic Library OnLine

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

BDENF -Base de Dados de Enfermagem

BVS-Biblioteca Virtual de Saúde

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

FIB - Felicidade Interna Bruta

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL- Lipoproteína de Alta Densidade

LDL- Lipoproteína de Baixa Densidade.

IMC - Índice de Massa Corporal

AVC - Acidente Vascular Cerebral,

IQV - Índice Qualidade de Vida

QWBS - Quality of Well-Being Scale

EQ-5D - Euro Qol-5 Dimensions

EAV - Escala Analógica Visual

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SAOS - síndrome da apneia obstrutiva do sono

ECG - eletrocardiograma

PTCA - Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea

ECA - Enzima Conversora da Angiotensina

PCI - Intervenção Coronariana Percutânea

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 21

2 REFERENCIAL TEÓRICO.....25
2.1 QUALIDADE DE VIDA 25
2.1.1 Qualidade de vida dos pacientes infartado.....33
2.2 INTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA.....39
2.3 FISIOPATOLOGIAS DO INFARTO.....50
2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICA DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO 51
2.5 FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS NO IAM.....52
2.6 FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS NO IAM 56
2.7 DIAGNÓSTICOS.....57
2.7.1 História do paciente 57
2.7.2 Eletrocardiograma.....58
2.7.3 Exames laboratoriais 59
2.7.4 Ecocardiograma 59
2.7.5 cateterismo cardíaco 60
2.8 TRATAMENTOS DO PACIENTE INFARTADO 61
2.8.1 Terapia farmacológica 62
2.8.1.1 Nitroglicerina 62
2.8.1.2 Agentes bloqueadores beta-adrenérgicos.....63
2.8.1.3 Agentes bloqueadores dos canais de cálcio 63
2.8.1.4 Medicamentos antiplaquetários e anticoagulantes 64
2.8.1.5 Trombolíticos 64
2.8.1.6 Analgésicos 65
2.8.1.7 Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA-I) 65
2.8.2 Administração de oxigênio 65
2.8.3 Terapias de reperfusão.....66
2.8.3.1 Agentes fibrinolíticos 66
2.8.3.2 Intervenção coronariana percutânea 66
2.9 REABILITAÇÂO CARDÌACA.....69
2.10 EPIDEMIOLOGIA.....71
2.9 O ENFERMEIRO E A ASSISTÊNCIA 72

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS 77

REFERÊNCIAS 79

1 INTRODUÇÃO

Discutir o tema qualidade de vida (QV) é refere-se à pessoa supostamente sadia da aparência estrutural, estando de bem com vida, pertencente com os fatores que a integram dessa maneira a alimentação, moradia, lazer, transporte, satisfação profissional, relacionamento sexual e amoroso, convívio, autonomia, independência e situações financeiras (SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é apresentada "[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1995, p.1.405).

Atualmente, no âmbito da Saúde Coletiva e nas demais áreas que exercem atividade com qualidade de vida, bastantes estudos conceituais têm sido realizados, entretanto ainda não existe um consenso definido para o assunto, sendo considerado um termo bem genérico e de difícil conceituação (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Nahas (2003), esclarece o tema qualidade de vida sendo de grande relevância social, no entanto, seu conceito possui algumas imprecisões, assim como teórica, tanto metodológica. Estudiosos mostram três considerações que desvendam a ênfase oferecida à qualidade de vida correlacionada às doenças cardiovasculares (DCV), que justificam a apreensão em comparar a primeira, a alternativa das intervenções apesar de que aumentar à duração da vida, envolve sua eficiência; segundo, a associação que relação dos efeitos do fármaco sobre a qualidade de vida e a ligação do indivíduo à prescrição; e terceira, a comparação da legalidade , da visibilidade econômico concedido a intervenção (SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998).

De acordo com Naves (2008), ao se executar uma investigação a fim de deparar conceptualizações sobre o tema, é possível perceber as divergências existentes, fazendo com que essa forma diversificada vá de encontro ao conceito de saúde e o mesmo de qualidade de vida. O que se verifica é o quanto a insuficiência cardíaca atrapalha ou impede a vida do indivíduo, pois eles desenvolvem mecanismos para procurar diminuir o desanimo que o tratamento lhes causa e, dependendo da proporção, acaba envolvendo na sua forma de vida. (CAETANO; SOARES, 2007).

Qualidade de vida é uma conclusão bastante individual, partindo do principio em que se afirma que saúde é satisfação concluída do indivíduo, sendo a integralidade , fisicamente, socialmente e mentalmente (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Alcântara e outros (2007), comprovam que a qualidade de vida, possui alguns aspectos objetivos, relacionado quanto às exigências de vida de cada pessoa, onde reside, situação financeira, escolaridade, entre outras causas. Aspectos subjetivos que estão relacionados ao estilo de vida de cada indivíduo, se são inativos, suas realizações pessoais, suas alimentações, dentre outros.

Pesquisas atualmente mostram que a qualidade de vida dos indivíduos que foram acometidos por um infarto agudo do miocárdio (IAM), sendo este agudo ou grave, sofrem modificações, alterando inúmeros fatores na vida dessa pessoa. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Ocorrem modificações emocionais, sociais e físicas na vida desses indivíduos após IAM, "entendemos que a avaliação da qualidade de vida passa necessariamente por crenças e expectativas quanto à condição de vida que o paciente julga que terá após o evento" (ALCANTARA et al., 2007, p. 119).

Segundo Nahas (2003), algumas modificações relatadas por esses pacientes são quanto às limitações que passam a existir após o IAM sendo em casa ou até mesmo no emprego.

A falta de autoconhecimento na sua capacidade após o IAM também é evidenciado após a doença, inclusive o relacionamento intimo com o cônjuge passa por transformações (KAMEL; KAMEL, 1996). Não se trata apenas da ausência ou existência de uma doença. Fatores expressivos com a falta da pessoa queridas, desemprego, existência de patologia distendida na família ou na própria pessoa, problemas conjugais, problemas com filhos, são estressores que provoca impacto na a qualidade de vida e até mesmo influenciam na estimulação e na progressão de eventos cardiovasculares (INTERHEART, 2004).

Ainda que as Doenças Cardiovasculares (DCV) e, sobretudo o IAM "[...] representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no Brasil e no mundo e o seu crescimento acelerado em países em desenvolvimento representa uma das questões de saúde pública mais relevante da atualidade" (AVEZUM et. al., 2005, p. 93). As DCV são identificadas como os principais fatores de óbito no Brasil e no

mundo, e vem aumentando com o decorrer dos anos consideravelmente (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Doenges (2011) relata que, no Brasil, cerca de 100 mil óbitos anuais são ocasionados pelo IAM, e ainda, 17,3 milhões de indivíduos, morreram no ano de 2008 em consequência de DCV, totalizando 30,5 % neste mesmo ano. Já no Brasil, em 2011, 28,6% vieram a óbito, totalizando de 335.213 por DCV.

Figueiredo e outros (2006), afirmam que o número de hospitalizações no Brasil ocasionadas por IAM entre os anos de 1995 a 2003 aumentaram em 45,7%, e a taxa de óbito registrou uma diminuição de 1%.

Este estudo torna-se significativo, pois os dados obtidos após a análise e a conclusão apontam para o entendimento do enfermeiro a respeito da qualidade de vida e das precauções a serem ofertada aos indivíduos após o IAM. Classificar a qualidade de vida do cliente no momento da internação, fornecerá meios e motivo cientificamente para a intervenção do enfermeiro e dos cuidados essenciais à frente das angústias dos pacientes.

A análise descreve as evidências científicas em redor do resumo de qualidade de vida no paciente infartado, visando estreitar as lacunas do entendimento e auxiliar o melhoramento da capacidade da assistência de enfermagem. Estes fatores e a magnitude profissional, científica e social do tema justifica o desenvolvimento e o meu interesse pelo tema desta pesquisa.

No tocante aos métodos metodológicos, refere-se a uma pesquisa do tipo bibliográfica. Consequentemente, o estudo bibliográfico é uma das excelentes formas de começar uma pesquisa, investigando-se equivalência e discordância em ligação correspondente os artigos abordados nos instrumentos de referência. O projeto completo de uma revisão de literatura de estudo é agrupar entendimento em relação um tema, auxiliando nas criações de um aprendizado relevante para enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Conforme a afirmação de Manzo (1971, p. 23), “a revisão bibliográfica pertinente oferece meios para definir e resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas, em que os problemas não se cristalizaram suficientemente”. Com o aproveitamento da ementa de bibliográfica é conhecido que a mesma permita uma investigação geral incluindo uma gama de fatores, que uma pesquisa de campo não consegue incluir (GIL, 2002).

O apoio da elaboração do referencial teórico foi um levantamento no banco de informações do SCIELO (Scientific Eletronic Library OnLine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) , todos coletados a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram usadas as palavras chaves: qualidade de vida, infarto agudo do miocárdio, cuidados e assistência de enfermagem. Os textos selecionados correspondem ao período de 2000 a 2016, com algumas referências em momentos anteriores por serem relevantes para destacar. Os critérios de inclusão foram livros, artigos e textos completos publicados na língua portuguesa e inglesa. Os critérios de exclusão foram: textos incompletos e publicações que não propicia a assunto adotado.

.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE DE VIDA

O Princípio do termo qualidade derivado do latim, significa qualis, que quer dizer "[...] o modo de ser característico de alguma coisa, tanto considerado em si mesmo, como relacionado a outro grupo, podendo, assim, assumir tanto características positivas como negativas" (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 241).

O indivíduo tem uma interpretação holística quanto à compreensão do termo qualidade de vida, que resultando da área de aproveito, e a área onde será utilizada, pode ter outra definição, mas em sua grande maioria, qualidade de vida é aplicado como sinônimo de saúde, como distinção de vida, como satisfação pessoal e felicidade, normalmente se refere a algo bom e positivo (DESLANDES, 2004).

Para Bifulco e Lochidal (2009), qualidade de vida está correspondente justamente ao complemento da esperança de vida e questões relacionadas à diminuição da morbimortalidade. Já Deslandes (2004), afirma que há diversificados modelos clássicos de avaliação para o termo dentre as literaturas, permanecendo assim, sempre em constante debate.

Segundo Avezum e outros (2005), o conclusão qualidade de vida constitui de amplos e variados conceitos, alcançando com que o seu conhecimento perante o indivíduo fica comprometido, correndo o risco de afetar a correta percepção do individuo. Pereira, Teixeira e Santos (2012, p. 241) relatam que o conceito de qualidade de vida "[...] na literatura especializada apresentam-se, tanto de forma global, enfatizando a satisfação geral com a vida, como dividida em componentes, que, em conjunto, indicariam uma aproximação do conceito geral".

Qualidade de vida tem vários significados que representam entendimentos, princípios pessoais e universais que apontam vários períodos. (MINAYO; HARTZ;

BUSS, 2000).

Tido com um assunto trabalhoso de descrição, compreensão, e com bastante dificuldade, o tema qualidade de vida, possui fatores que "[...] vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida [...], e necessita certas delimitações

que possibilitem sua operacionalização em análises científicas" (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 241).

A qualidade de vida para Caetano e Soares (2007), está ligada à maneira de viver, incluindo tipo de alimentação, exercitação física, a não aderência acertos hábitos, como o uso do álcool, tabagismo, e a maneira como enfrenta o emprego, os familiares e ainda existente chamada tensão de vida moderna.

Para Nahas (2003), as situações as quais as pessoas se manifestam ao decorrer dos anos, desigualdade de indivíduo para indivíduo, têm parte principal para determinar a qualidade de vida desses indivíduos, associado a fatores como tempo de vida, sua saúde, condições no trabalho, aspecto financeiro. Naves (2008), referem que as situações de saúde, como a desnutrição, a obesidade, influência dessemelhança a qualidade de vida das pessoas.

Segundo Alves (2011) existem seis princípios universais, que não mudam, onde cada um deles dispõe sua própria natureza, e são denominados de domínios, e são considerados motivos causadores para qualidade de vida de um individuo, sendo eles:

- Bem estar físico: Que está propriamente pertencente com o fato do indivíduo sofre ou não dor, a qualidade do seu sono, se há desconforto, fadiga dentre outros;
- Psicológico: Que enfatiza os afetos do indivíduo, sendo eles positivos ou negativos, englobando a aparência pessoal juntamente com a sua imagem corporal, sua autoestima. E nesse domínio são relatados semelhantemente alguma aparência mental, que diz respeito à concentração e a memória, o pensamento e o aprendizado do individuo;
- Relações sociais: Voltada para a relação com a sociedade, amigos e a vida sexual;
- O ambiente: Descreve o ambiente físico dentro da casa do individuo, se existe opções de lazer, o transporte a qual se sujeita aspectos físicos do local ao qual esta inserida como sujeiras e barulhos;
- O nível de independência: Tem como individualmente a capacidade das atividades cotidianas, a eficiência da pessoa em se locomover, sua propensão no trabalho.

- Aspectos espirituais: Relacionado diretamente com as crenças pessoais, a religiosidade do individuo que interfere a sua qualidade de vida.

Almeida, Gutierres e Marques (2012, p.18), descrevem sobre qualidade de vida sendo:

> [...] forma de percepção de mundo estabelece uma existência inerente a esse campo de conhecimento, independente de ser considerado bom ou ruim. A qualidade de vida sempre esteve entre os homens; remete-se ao interesse pela vida. Logo, é possível estabelecer que qualidade de vida não seja algo a ser alcançado, um objeto de desejo da sociedade contemporânea que deve ser incorporado à vida a partir de esforço e dedicação individual. Pelo contrário, é uma percepção que sempre esteve e sempre estará presente na vida do ser humano. O fato é que, a partir desse tipo de análise, todos os sujeitos têm qualidade de vida, não sendo esse um elemento a ser alcançado através de ações embutidas no padrão de boa vida da sociedade contemporânea; porém, o interessante para a vida de cada um é buscar uma boa qualidade frente às suas possibilidades individuais de ação. Quanto ao valor implícito a essa percepção (bom ou ruim), é possível afirmar que respeita tanto questões de ordem concreta, que exercem influência direta sobre as possibilidades de ação do sujeito frente à própria vida, como formas de percepção, ação e expectativas individuais frente a esses elementos. Inclusive, estabelecer se algo é bom ou ruim depende de diferentes referenciais ou pontos de vista. Neste segundo momento, se faz importante uma definição sobre o termo em questão, para um encaminhamento frente aos limites de abrangência dessa área de conhecimento.

Quando o contexto de vida diária de um indivíduo é afetado por uma morbidade com incapacidade física que a doença cardíaca pode trazer, é presumível que a qualidade de vida dos indivíduos seja prejudicada; isso é afirmado por Serrano Junior (2009). Relata ainda serrano Junior (2009, p. 119), que "as DCV representam a principal causa de incapacidade e mortalidade entre os idosos brasileiros". Alguns autores validam que a QV em diferentes doenças, particularmente as críticas, comprometem, de modo geral, o cotidiano, a função mental e física do ser humano (CICONELLI et al., 1999).

Benefícios políticos e científicos tem ligação de aspecto de modo direto no termo que foi adotado. Em consequência a sua elevação dificuldade e subjetividade, metodologias diferentes estão sendo sugeridas a fim de se obter um conceito sobre o tema (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

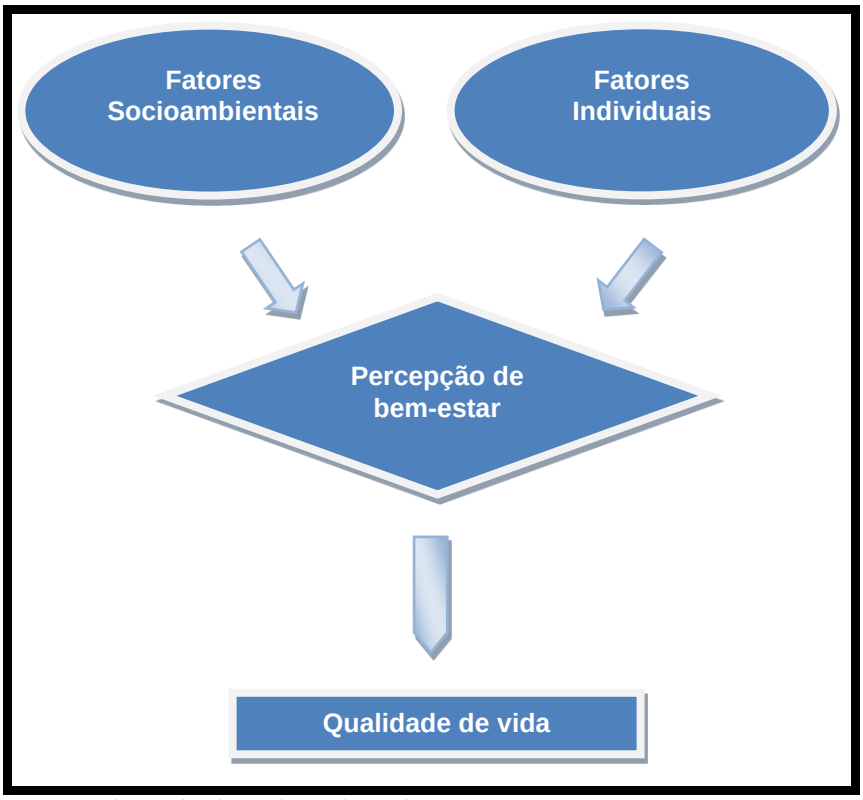
A metodologia para o tratamento tecnológico do assunto proposto seria a parceria entre as distintas áreas que dispõe o termo qualidade de vida, de modo que cada uma dessas áreas contribua para a classificação da definição (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) alguns estudos científicos restringem o campo de estudo unicamente à descrição de indicadores, deixando de executar relações justamente com a qualidade de vida do ser humano.

É interessante diferenciar que quando um evento cardíaco ocorre, para preveni-lo posteriormente é relevante uma disciplina de medidas que busquem não só a adesão às intervenções medicamentosas, mas também à modificação no estilo de vida, para que a prevenção seja terapêutica, enfrentando os fatores de perigo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para Nahas (2003), em seu modelo conceitual, as circunstâncias da fase de vida em que se depara o indivíduo são as que determinam a sua qualidade de vida, sendo evidenciado através de fatores socioambientais e fatores individuais, sendo eles transformados ou não, de acordo mostra na Imagem 01.

Imagem 01 - Qualidade de vida, um modelo com fatores, sócio ambiental e fatores individuais um modelo conceitual.



Fonte: Adaptado de Nahas, (2003).

Existem quatro individualidades universais para qualidade de vida. Primeiramente à econômica, depois vem segunda os aspectos psicológicos, a terceira se refere à

biomédica e por último a característica holística. Os Estados Unidos com os políticos naquela época já utilizavam o termo como plataformas políticas em suas campanhas, em seus discursos eram priorizadas as necessidades de condições sociais mínimas a população (DAY; JANKEY, 1996).

No âmbito físico, entende se que tem uma qualidade de vida melhor os pacientes que submetida às intervenções, pois o tratamento reduz as deficiências físicas ao longo dos dias, oferecendo ao paciente uma maior habilidade para evoluir suas atividades no pós-operatório (GOIS, 2009).

Na propriedade de relações sociais, autores afirmam que os pacientes que praticam execução física referem melhor reconhecimento de QV, aproximando eles de velhos e novos amigos por meio de relações sociais, se apoiando para vencerem junta essa nova enfermidade (AGUIAR et al., 2011).

No âmbito psicológico, observa-se que as mulheres relatam inferioridade no entendimento de QV de que os homens, pois apresentam as sequelas de uma cultura focalizada para as funções do lar, de mãe e esposa, carecendo de um auxilio psicológico quando à enfermidade cardíaca e o tratamento (SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009).

Em relação ao meio ambiente, Castro, Matsuo e Nunes (2010) apresentam que os ex-fumantes possuem uma visão de qualidade de vida soberana do que os tabagistas, pelo fato que consideram que vivem em ambiente físico mais saudável, sem restrições de enfrentar ambientes de lazer e meios de transporte.

No sentido geral da palavra, o termo QV, entende à soma de variados expectavas que constituem a vida do indivíduo, como realização profissional, moradia, vida sexual, dentre outros e o ponto de vista físico (NIEMAN et al.,1999).

O termo QV pode ser banalizado, devido a sua empregabilidade indiscriminada "[...] ou oportunista como acontece, por exemplo, com muitos políticos que prometem elevar a qualidade de vida da população lançando mão de estatísticas muitas vezes irreais para comprovar seus feitos" (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 244).

Quadro 01 - Parâmetros socioambientais e individuais

Parâmetros socioambientais	Parâmetros individuais
Moradia	Hereditariedade
Assistência médica	Estilo de vida
Trabalho e remuneração	Hábitos alimentares
Educação	Controle do stress
Opções de lazer	Atividade física habitual
Meio-ambiente	Relacionamentos
Cidadania	Comportamento preventivo

Fonte: Adaptado de Nahas, (2006).

No quadro 1 é discutido os métodos socioambientais e individuais que influenciam na qualidade de vida do indivíduo, tornando-o em estreita harmonia com o meio e com o que faz.

> A presença do termo qualidade de vida é facilmente percebida no linguajar da sociedade contemporânea, sendo incorporado ao vocabulário popular com várias formas de conotação. Parece que existe um consenso de que é algo bom falar em qualidade de vida, mesmo sem definir exatamente do que está se falando. O senso comum se apropriou desse objeto de forma a resumir melhorias ou um alto padrão de bem-estar na vida das pessoas, sejam elas de ordem econômica, social ou emocional. Todavia, a área de conhecimento em qualidade de vida encontra-se numa fase de construção de identidade. Ora identificam-na em relação à saúde, ora à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação, mas o fato é que essa forma de saber afirma que todos esses fatores levam a uma percepção positiva de bem-estar. A compreensão sobre qualidade de vida lida com inúmeros campos do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação. Por ser uma área de pesquisa recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos; por isso, definições sobre o termo são comuns, mas nem sempre concordantes. Outro problema de ordem semântica em relação à qualidade de vida é que suas definições podem tanto ser amplas, tentando abarcar os inúmeros fatores que exercem influência, como restritas, delimitando (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012, p.15).

O termo QV pode ser banalizado, devido a sua empregabilidade indiscriminada "[...] ou oportunista como acontece, por exemplo, com muitos políticos que prometem elevar a qualidade de vida da população lançando mão de estatísticas muitas vezes irreais para comprovar seus feitos" (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 244).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado no ano de 1990 por um paquistanês chamado MahbubulHaq, é aplicado com o objetivo de medir à QV e o IDH de uma estabelecida públicos, por meio de um cálculo estatístico, utilizando

rendimento mensal, a senilidade e a instrução como indicadores permanentes (FLECK, 2000).

A partir de estudo de Fleck (2000), evidencia-se que o termo QV, numerosas circunstâncias é utilizado através de conversa forma banal, manipulando as opiniões ao seu favor, causando um falso conceito sobre o tema, a fim de justificar a comercialização exacerbada. O Fleck (2000), realizou a pesquisa responsável pela adaptação transcultural do WHOQOL 100 no Brasil.

No ano de 2006, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), publicou que dentre 177 países, o Brasil ocupava 69º posição, tendo o seu IDH melhorado. O IDH "[...] apenas fornece de modo insatisfatório uma noção de qualidade de vida, pois esta envolve um conceito muito mais amplo que apenas ser descrito por três aspectos" (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, p. 244).

No entanto, Laurenti (2003), questiona essa ferramenta e o julgamento aplicado com finalidade de mensurar a QV, afirmando que são passíveis de erros ao serem aplicados em culturas e países diversos.

Nahas (2003) descreve acerca de outros indicadores que qualidade de vida, como o de Calvert-Henderson e Felicidade Interna Bruta (FIB).

Quadro 02 - Indicadores de Calvert-Henderson e Felicidade Interna Bruta (FIB).

Calvert-Henderson	Felicidade Interna Bruta (FIB)
1. Educação	Bom padrão de vida econômica
2. Emprego	Boa governança
3. Energia	Educação de qualidade
4. Meio-ambiente	Saúde
5. Saúde	Vitalidade comunitária
6. Direitos humanos	Proteção ambiental
7. Renda	Acesso à cultura
8. Infraestrutura	Gerenciamento equilibrado do tempo
9. Segurança nacional	Bem estar psicológico
10. Segurança pública	-
11. Lazer	-
12. Habitação	-

Fonte: Adaptado de Nahas,(2003).

Dantas, Sawada e Malerbo (2003), certifica que QV necessariamente não seja uma questão médica somente, e por isso, se faz necessários estudos científicos que explique o tema.

Expressão fundamental indispensável para a QV, não pode ser somente voltada para a saúde como um todo, podem ser evidenciados na teoria de Abraham Maslow, um psicólogo americano (NAHAS, 2003).

Essa teoria é composta por cinco vertentes, sendo elas necessidades básicas e necessidades motivacionais consideradas indispensáveis à vida para todo o individuo (KAMEL; KAMEL, 1996). Para Dantas, Sawada e Malerbo (2003, p.14), “[...] à medida que os aspectos básicos que formam a qualidade de vida são preenchidos, podem deslocar seu desejo para aspirações cada vez mais elevadas".

Imagem 02- Pirâmide de Maslow com medida das Interpretações essenciais que criam a QV.

Fonte: Adaptado de Nahas, (2003).

Nahas (2003), descreve as interpretações referentes à pirâmide de Maslow, definindo:

- A necessidade fisiológica: São as exigências relacionadas como biológicas ou necessidades da vida ser humano, e a demanda que prontamente nasce com o ser humano saudável e característico a sua vontade, que quando aparece o indivíduo tenta realiza-las de qualquer jeito, como: alimentação, respiração, descanso, reprodução e outros.
- A necessidade de Segurança: Aparentemente relacionada atitude humano de qualquer um, onde ser humano procura se defender de qualquer constrangimento, imaginário ou não, como segurança em geral.
- A necessidade Social: Está relacionada a exigências referente à vida social do ser humano ligado à sociedade, de ser respeitado, reconhecido em equipe, adotado por amigos, tanto no trabalho ou na sociedade, quer ser admirado por todos.
- A necessidade de estima: Conhecida circunstância como o ser humano leva a vida e a si mesmo, e como o próprio se analisa. Buscando destaque e benefícios, dentro ou fora de uma sociedade.
- A necessidade de auto-realização: É a qualidade levantada de qualquer das instâncias humanas, tudo fica centralizado na mesma que venha de compensação internas e não são cometidos por ninguém, está compatível a estimulação. Sendo elas: princípios, éticas, inovação, espontaneidade, solução dos problemas, acolhimento dos fatos.

2.1.1 Qualidade de vida dos pacientes infartado

Recentemente, as DCV são as causas pela prevalência dos fatores de óbitos no Brasil. Definindo, então, QV equivalente à saúde como sendo a mensuração de assimilação do estado ligado, abalos, limitações, circunstâncias de tratamentos e percepções que o pacientes com patologia crônica e patologia do coração possui num raciocínio cultural e conjunto de valores (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

É considerado um acontecimento fundamental para a evolução do IAM, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) em indivíduos com sustentação da Pressão Arterial superior de 140/90 mmHg de acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), sendo dominância em torno de 22,3% a 43,9%.

O Mac New QLMI e SF-36 são alguns dos recursos aplicados para avaliar as modificações da QV de um paciente depois o IAM. Esse instrumento é baseado em fatores que abrangem ao lado emotivo, o lado social, e as atividades físicas dos pacientes, e são considerados de ampla confiança e validade (KAMEL; KAMEL, 1996).

O individuo que é acometido por um IAM tem sua QV transformada para pior, de acordo com cada paciente, acontecimentos emocionais, como perda de pessoas amadas, são marcados motivos importantes que podem estar futuramente correlacionados indiretamente com o IAM influenciando na evolução de problemas cardiovasculares (SMELTEZER et al., 2008).

Alcântara e outros (2007) afirmam que, após a doença, o paciente passa a criar expectativa referente à sua nova condição de vida, esse instrumento qualificativo de qualidade de vida comprova que a grande prevalência desses indivíduos "[...] após evento coronariano esses indivíduos têm pior percepção da qualidade de vida para esses domínios". Alcântara e outros (2007, p.118).

Caetano e Soares (2007, p. 31) afirmam que:

> Entendemos que a avaliação da qualidade de vida em pacientes com infarto do miocárdio tem a ver m ais com os benefícios do que com os eventuais prejuízos da intervenção terapêutica. O que se vai medir é o quanto a insuficiência cardíaca impede ou dificulta a vida do paciente, pois esses portadores desenvolvem mecanismos para tentar diminuir os desconfortos que o tratamento lhes ocasiona e, dependendo da intensidade, acabam por afetar o seu estilo de vida. A escolha de um instrumento holístico para avaliar a QV nesta clientela é importante.

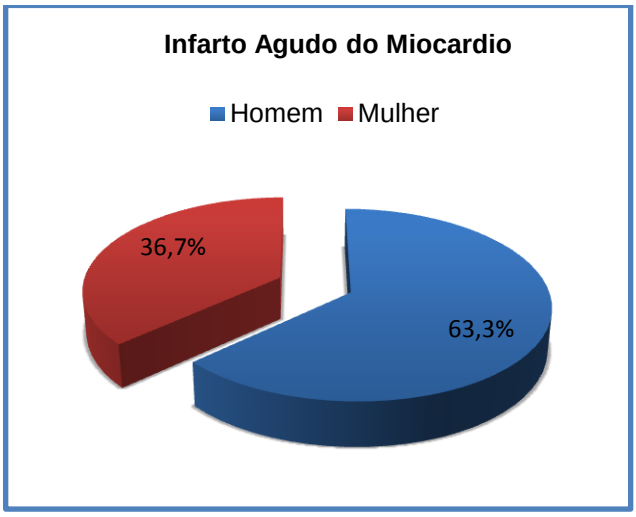
O enfermeiro tem uma função significativa nos cuidados, nas intervenções, nas precações das patologias e igualmente pela manutenção da vitalidade a esses indivíduos (CAETANO; SOARES, 2007).

Após a saída do hospital, esses indivíduos depois IAM, por diversas vezes saem perdidos, sem saber como será a sua qualidade de vida após a doença, uma mistura de sentimento é incluindo nesse processo, como medo e ansiedade, dessa maneira e inesperada após a alta, que a equipe de enfermagem inclusive o enfermeiro estejam treinados para executar uma assistência segura e de melhor qualidade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Uma pesquisa realizada no ano de 2007, houve com a presença de 30 pacientes que sofrem um IAM, sendo 36,7% mulheres e 63,3% eram homens. O estudo

revelou que as doenças da artéria coronariana acometem a maior parte nos homens e a minoria das mulheres. No entanto, após a menopausa, esse índice sofre modificação, aumentando subitamente, passando a ser quase igual aos homens com 30 anos de idade Caetano e Soares (2007).

Gráfico 01 - Predomínio do IAM, com indivíduos na faixa etária de 48 a 70 anos.



Fonte: Adaptado de Caetano e Soares (2007).

Esse fato se dá segundo Caetano e Soares (2007, p. 32), devido:

> A prevalência de IAM no sexo masculino em relação ao feminino pode ser atribuída a uma menor tendência trombolítica e à proteção hormona natural, determinada pelos níveis de estrogênios, cujos mecanismos estão relacionados à interferência nos níveis de lipídios plasmáticos (elevação do nível de HDL colesterol e redução do LDL colesterol), efeito direto na parede do vaso, reduzindo a captação de lipídios e a vasodilatação, com melhoria da pulsatilidade arterial. Com relação à incidência de IAM em mulheres, cientistas revelaram que devem ser consideradas, além da causa fixa, que é a proteção hormonal, também as causas modificáveis, como, por exemplo, maior atenção às enfermidades e, consequentemente, maior utilização dos serviços de saúde comportamento e condutas menos agressivas, hábitos mais saudáveis (sem o consumo de álcool e tabaco) e menor exposição aos riscos do trabalho.

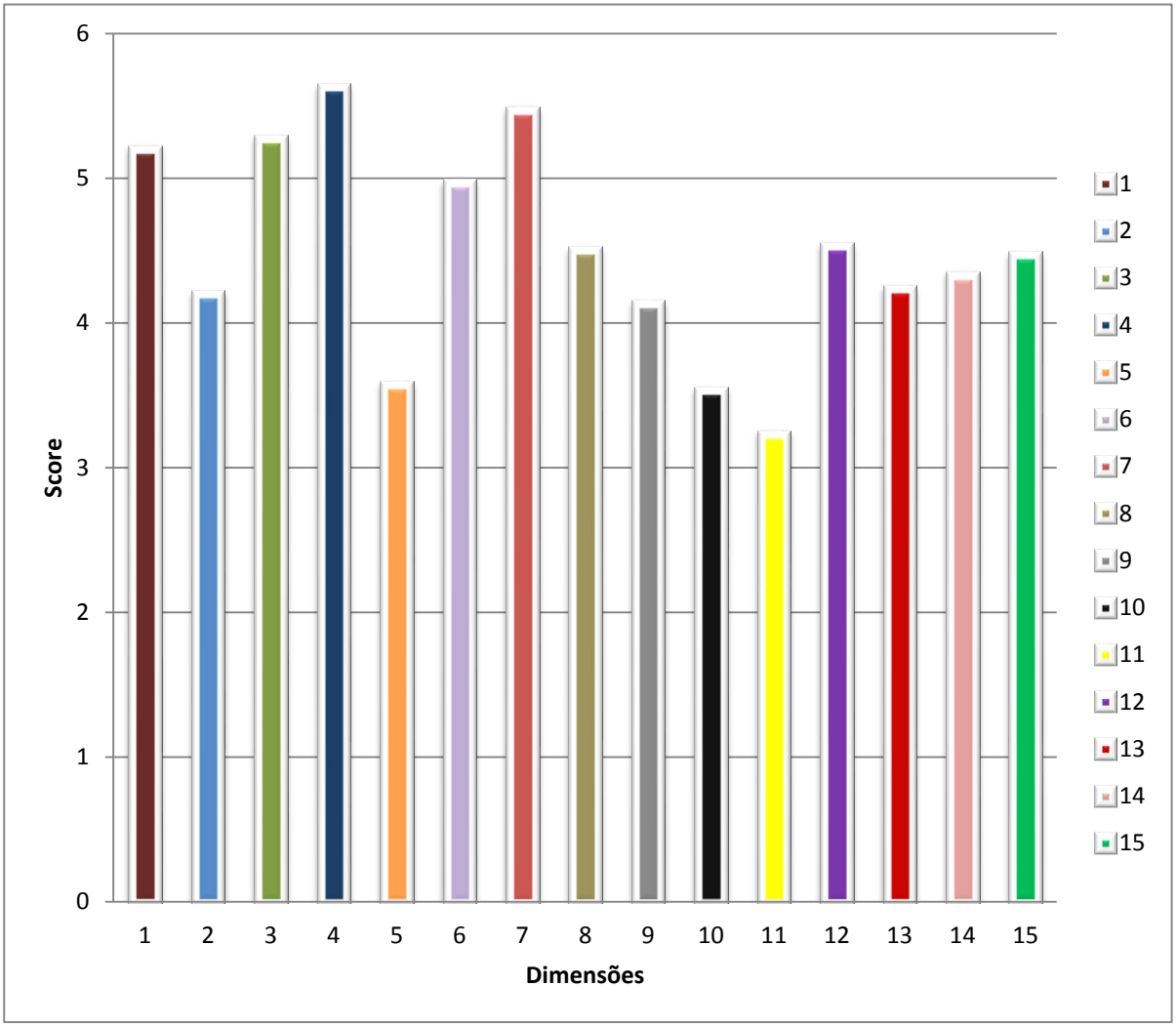
Caetano e Soares (2007), ainda relata que depois de 1980, nesta época os sexos femininos começaram a conquistar as suas independências e seu lugar no mercado de trabalho, elas ficaram mais expostas em virtude de altos motivos de risco, como uso do anticoncepcional oral, o estresse do trabalho, hábitos que são avaliados prejudiciais à saúde da população com o abuso do cigarro e do álcool.

Outro fator de risco para o desencadeamento do IAM, é a ansiedade, que faz com que seja disponível um volume a mais de adrenalina, acelera o batimento cardíaco,

provocando com que a artéria se contraia desta forma, o risco de produção de coágulos é maior, estimulando a angina e consequentemente o IAM (CAETANO; SOARES, 2007).

O mesmo relata que em consequência fez uso da equivalência de Flanagan mensurar a qualidade de vida dos indivíduos após IAM. O resultado apontou que a intermediário humanidade da escala foi de 67,26%, sendo que 4,48% foram a nota de todos os elementos. “Em relação à escala como um todo, o maior índice de respostas se posicionou no nível 4, nem insatisfeito, nem satisfeito, a 5, satisfeito, com suas qualidades de vida”. (CAETANO; SOARES, 2007, p. 34).

Gráfico 02 -Score do resultado da Escala de Flanagan.



Fonte: Adaptado de Caetano; Soraes,(2007).

A escala de Flanagan é uma ferramenta universal de análise da qualidade de vida, que tem a possibilidade de ser empregada pelos profissionais de saúde, sobre tudo

perante o usuário possuidor de doença crônica, comprometendo diversas dimensões do seu cotidiano. Respeitada como um aparelho de reflexão sobre a qualidade de vida de grande utilidade, é bastante utilizada em pacientes que sofreram IAM, para avaliar as alterações que ocorreram após a doença na vida desses indivíduos infartados (CAETANO; SOARES, 2007).

Segundo Caetano e Soares (2007) a enfermagem ininterruptamente possui e possuirá enormes inquietações com os cuidados oferecidos a uma pessoa em um grande número de características associadas à saúde, bem com a situação geral, o bem-estar, a qualidade de vida, dentre outras.

Quadro 03 - Estudo descritivo das respostas aos quesitos da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan.

(Continua)

Escala de Flanagan		
Dimensões	Média	Descrição
1. Conforto material: casa, alimentação, situação financeira.	5,20	Sentir a vida difícil tem a ver, também, com a escassez de recursos econômicos. Embora a renda seja um problema com o qual lidaram toda a vida, nesse momento se agudiza pela saída social do trabalho, pelo escasso valor da aposentadoria ou pensão, ou pelas dificuldades para conseguir, o que dizem eles, seus direitos. Possuir uma moradia própria gera uma sensação de bem estar, dá segurança e autonomia; alimentar-se bem, para eles, significa comer “tudo” do que gosta, sem restrições. A modificação da alimentação faz parte da terapia não farmacológica, pois a dieta inadequada pode comprometer mais ainda as coronárias; assim, essa modificação, por vezes, não é vista como parte do tratamento, deixando-os insatisfeitos e, às vezes, até deprimidos. Esta incompreensão pode estar relacionada com a falta de orientação sobre a doença e o tratamento, devendo, por conseguinte, ser realizada por médicos e enfermeiros logo após a estabilização da crise aguda do infarto.
2. Saúde: fisicamente bem e vigoroso (a)	4,20	Está relacionado com a possibilidade de ter, ser, poder e saber. O ter traz referência ao conjunto de necessidades básicas parcialmente resolvidas, a possibilidade de contar com bom estado de saúde e capacidade para realizar suas atividades de vida diária. Verifica-se, portanto, que, na área da saúde, a vida se torna difícil em virtude das dificuldades para acessar o sistema de saúde, da ineficiência desse sistema, dos problemas para compra de remédios ou para fazer o tratamento, da ansiedade por não compreender sua doença ou pela enfermidade de um ser querido.

Quadro 03 - Estudo descritivo das respostas aos quesitos da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan.

(Continuação)

Escala de Flanagan		
Dimensões	Média	Descrição
3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda.	5,27	Registram-se aqui as expressões de afetividade percebidas nas respostas a este item, tendo algum cliente colocado a família como maior responsável pela sua recuperação. É de suma importância o apoio dos grupos, principalmente da família, dos filhos e amigos, em que o indivíduo pode se sentir intimamente aceito, respeitado e considerado, o que, sem dúvida, representa um fator de proteção para o coração.
4. Constituir família: ter filhos.	5,63	A família e os filhos são a primeira rede social do indivíduo, é nela que as relações acontecem e se desenvolvem.
5. Relacionamento íntimo com o esposo (a), namorado (a) ou outra pessoa relevante.	3,57	O relacionamento íntimo com companheiro apresentou-se prejudicado, com uma média de 3,57, o que representa o ponto 3-4, onde temos no número 3 = insatisfeito e 4 = nem insatisfeito, nem satisfeito. A ansiedade, a depressão, o medo de morrer, a simbologia do coração doente, a revisão dos valores vitais, baixa autoestima e, consequentemente, o sentimento de impotência diante da vida, decorrentes da doença, são generalizados para a área sexual, gerando um sentimento de que não vai conseguir lidar com os eventos da vida, simbolizados pela incapacidade e insatisfação sexual.
6. Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões.	4,97	Quanto às relações com os amigos, as respostas apresentaram média de escore 4,97, quase 5, satisfeito. Mesmo justificando o apoio de amigos para o enfrentamento do problema, das novas adaptações, ressaltamos, porém, a manifestação de sentimento como medo, limitações, dúvida, depressão, desânimo e mudanças de hábitos de vida, que retratam os desafios propostos ao ser humano pelo processo de adoecimento, pois a recuperação dos pacientes deve, necessariamente, ser complementada com outras ações que envolvem, além dos profissionais de saúde, a família e a comunidade, possibilitando a sua reintegração socioeconômica.
7. Voluntariamente, ajudar e apoiar a outras pessoas	5,47	Em relação à ajuda e apoio a outras pessoas, o resultado foi satisfeito. Foi possível constatarmos que a doença pode interferir no cotidiano dos indivíduos. Adoecer pode levar a um isolamento social, aumento da depressão e diminuição das expectativas de melhora, contribuindo para um sentimento de desesperança. Há necessidade de compartilhar a experiência do adoecimento com outras pessoas que tenham passado por vivência semelhante, uma vez que a troca de informações poderia ser de grande valia nas conversas ou reuniões.
8. Participação em associações e atividade de interesse público.	4,50	Na participação em atividades sociais, comunitárias e cívicas, registrou-se uma baixa média, nem insatisfeito, nem satisfeito.
9. Aprendizagem: frequentar outros cursos para conhecimentos gerais.	4,13	Apresentou baixa média de escore, nem insatisfeito, nem satisfeito, o que pode ser interpretado como uma estagnação no processo de conhecimento, em que a maioria dos clientes, com mais de 60 anos, já se encontram “aposentados”.

Quadro 03 - Estudo descritivo das respostas aos quesitos da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan.

(Conclusão)

Escala de Flanagan		
Dimensões	Média	Descrição
10. Autoconhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações.	3,53	No que diz respeito ao autoconhecimento, os clientes apresentaram média de 3,53, insatisfeito. A formação do indivíduo é refletida na vivência de situações estressantes, em que o indivíduo mostra a aceitação de seus limites e compreensão das perdas de suas capacidades.
11. Trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante, que vale a pena.	3,23	Quanto ao retorno às atividades domésticas, dois clientes relataram que não houve alteração significante em relação ao trabalho doméstico. Estudos mostram um percentual entre 52 a 70% de respostas positivas ao trabalho doméstico As dificuldades em relação ao retorno ao trabalho ocorrem especialmente pelo cansaço físico e a dor
12. Comunicação criativa	4,53	Um fator também observado, durante as entrevistas, é que os respondentes apresentavam-se pouco comunicativos, o que para eles pode dificultar a socialização. Entretanto, é nosso entendimento que a ajuda aos seus pares no processo de adaptação ao novo estilo de vida faz parte de sua personalidade, e não é em decorrência do infarto.
13. Participação em recreação ativa.	4,23	A recreação/atividades/sociais teve dimensão 5, representada pelos itens “participação em recreação ativa”, média 4,23, nem insatisfeito, nem satisfeito;
14. Ouvir música, assistir à TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos.	4,33	"Ouvir música, assistir à TV ou ao cinema, leitura ou outros entretenimentos”, nem insatisfeito, nem satisfeito;
15. Socialização: fazer amigos.	4,47	Nem insatisfeito, nem satisfeito; com algumas restrições, desde o praticar esporte a sair de casa. Tem a ver com a capacidade de comunicação; é prejudicada não pelo agravo, mas, sim, pelas suas personalidades. Grande parte dos clientes continuou com sua atividade de lazer considerada passiva - cinemas, TV, leitura, entre outros, atividades de lazer que não requerem esforços. Com relação às viagens e às atividades “ativas”, como praticar algum tipo de esporte, os clientes demonstraram restrições. A maior parte do grupo, 21 (70%), era inativa e atribuiu essa inatividade à doença.

Fonte: Adaptado de Caetano; Soares, (2007).

2.2 INTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Alguns instrumentos de medidas são usados no Brasil para julgamento da qualidade devida do indivíduo, numa probabilidade com tamanho a intensidade unidimensional, quanto multidimensional, e apesar de ter confiabilidade nos resultados, ainda se faz necessários mais estudos de como se aplicar estes instrumentos de medida a fim de se obter resultados os mais fidedignos possíveis (NISHIMURA; SPERS; GIULIANI, 2008).

Aguiar e outros (2011), apontam que ainda assim, constata-se ser complexo ligar todas as dimensões razoáveis ao aferir a qualidade de vida de uma pessoa, já que cada sujeito é avaliado com pontuações distintas nessas dimensões, colaborando a singularidade do ser humano.

Estes instrumentos são usados para investigar e se avaliar a saúde dos indivíduos, auxiliando os profissionais nas intervenções que deverão ser realizadas, como adotarem novos critérios de abordagens, transformando as informações obtidas em novos conhecimentos (NISHIMURA; SPERS; GIULIANI, 2008).

Estudos que fazem mensuração da qualidade de vida do individuo irão contribuir para as tomadas de decisão e também para o desenvolvimento de instrumentos novos de medidas (NISHIMURA; SPERS; GIULIANI, 2008).

Essa diversidade existente na conceitualização do termo qualidade vida pode fazer com que os resultados sofram alterações quando se comparados a outros países, por isso realiza a necessário que os instrumentos de avaliação sejam sempre autorizados para medição desses parâmetros (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2008).

Os parâmetros que se refere aos indicadores que são utilizados são bem variados, incluindo comandos psicológicos, físicos, sociais, econômicos e espirituais, de modo que baseado "[...] nesses modelos, é plausível a escolha do instrumento de medida apropriado à determinada situação. Com base nisso, torna-se possível à avaliação de uma larga faixa de domínios e a comparação entre diferentes regiões e condições." (ALVES, 2011, p.18). O instrumento de medida da qualidade de vida necessita que o enfermeiro tenha um conhecimento da vida do paciente que será alvo da pesquisa, conhecendo as suas limitações e as suas eficiências funcionais. (ALVES, 2011).

No final da década, ocorreu uma transformação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, com sua maioria desenvolvida nos Estados Unidos, com um forte fascínio em traduzi-los para execução em outras culturas. Em controvérsia, alguns autores alegam a possibilidade de que o termo qualidade de vida não seja capaz de ser ligada às gerações (FOX-RUSHBY; PARKER, 1995), mas, apesar disso, outros autores têm relevado que existe um universo cultural de qualidade de vida, que diferentemente da nação, geração ou idade, é imprescindível que a população se

sinta bem psicologicamente, com boas exigências físicas e socialmente inalteradas, com funcionalidade e competência (BULLINGER; ANDERSON; CELLA, 1993).

A classificação pode ser executada por diversos instrumentos, e de forma quantitativa. A escala de Likert que compõe de seis ou sete pontos é um dos instrumentos de classificação mais usados. (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2008).

Alves (2011), afirma que qualidade de vida é um construto e sendo assim, não consiga totalmente instrumentalizado e exatamente avaliado. Dessa forma, as medidas numéricas alcançadas e definidas a ser sucessivamente percebidas como indicadores imperfeitos de um construto.

> E assim, apenas se enriquece o que se pode medir, portanto é preciso medir para melhorar, sendo assim, torna-se necessário avaliar de forma sistemática o bem-estar do indivíduo em várias áreas e nesse sentido, o processo que permeia a subjetividade é de grande importância para detectar a percepção dos indivíduos sobre os fatores intervenientes na qualidade de vida tardia (ALVES, 2011, p. 20).

Alves (2011) afirma que primeiramente a ser feito como um instrumento de medida para a qualidade de vida afim de que o mesmo seja validado, é a revelação do questionário, e com isso a adequação cultural pode fazer com que se haja incompatibilidade do instrumento original.

A tarefa pode ser considerada ainda muito mais difícil, se observamos que no Brasil a um grande volume de analfabetos, os índices nessa área não são muito favoráveis, e os requisitos que se fazem necessários, como a validade e a confiabilidade (AGUIAR et al., 2011).

Alves (2011) sugere uma proposta bastante didática, a fim de simplificar e organizar os indicadores da medida de qualidade de vida do individuo, conforme mostra no quadro 04.

Quadro 04 - Modelos de qualidade de vida e seus indicadores determinantes

Autor dos Modelos	Indicadores Determinantes
Indicador de Felicidade Interna Bruta – 1972	Bom padrão de vida econômica; boa governança; educação de qualidade; saúde; vitalidade comunitária; proteção ambiental; acesso à cultura; gerenciamento equilibrado do tempo e bem estar psicológico.
Índice de Desenvolvimento Humano – 1990	Renda, longevidade e educação.
Indicadores de qualidade de vida da OMS – 1992	Domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações Domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações.
Indicadores de Qualidade de Vida de Calvert Henderson – 2000	Educação, emprego, energia, meio-ambiente, saúde, direitos humanos, renda, infraestrutura, segurança nacional, segurança pública, lazer e habitação.

Fonte: Adaptado de Alves, (2011)

O desfecho qualidade de vida aparece na literatura com vários significados, como situações de saúde, atividade social e característica de vida, usados como sinônimos. Qualidade de vida pertencente o estado que subjetivo se encontra de saúde, são conceitos predominantes na avaliação subjetiva do cliente, sendo que estão relacionados ao resultado do estado de saúde sobre a eficiência do indivíduo de viver plenamente. Autores consideram que o assunto qualidade de vida é mais geral e inclui a compreensão do indivíduo como fator potencial, como seus envolvimentos e costumes direcionados ao desenvolvimento diário, influenciando a condição de saúde e assistência médicas (BULLINGER; ANDERSON; CELLA, 1993).

Desenvolvido pela OMS, o Grupo de Qualidade de Vida, The WHOQOL Group (1995), relaciona como genérico, com questionários com sustentação indivíduos sem classificar as doenças, com estudos epidemiológicos, análise e avaliação do sistema de saúde, distingue o termo qualidade de vida como percepção da pessoa com sua atitude na vida, no contexto cultural e os valores que tem em relação aos seus objetivos, esperança, padrões e apreensão; assim, este estudo está baseado nas contradição de qualidade de vida em uma construção abstrata, multidimensional e com itens positivos e negativos (WHOQOL GROUP, 1995).

Até o momento o grupo desenvolveu dois instrumentos gerais de medida de qualidade de vida: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. O primeiro avalia em 100 questões os comandos de independência, psicológico, fisicamente, socialmente, o

ambiente e a crenças individuais. Já o segundo é uma versão mais abreviada, contendo 26 questões, retiradas do anterior, com os melhores desempenhos psicométricos, com quatro comandos: social, físico, psicológico, e ambientes (WHOQOL GROUP, 1995).

Ferrans e Powers, duas enfermeiras americanas, criaram o Índice Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQV), que no ano de 1999 foi traduzido para o português, necessitando de algumas adaptações devido à diferença de cultura dos países. Esse índice possui uma característica bem diferente dos demais, fazendo a avaliação não somente do individuo portador de alguma patologia, como também a de indivíduos saudáveis, possuindo 34 itens distintos (ALVES, 2011).

Elaboraram um questionário onde a abordagem tinha critérios individualistas, em que o próprio indivíduo é quem define o que significa qualidade de vida na visão deles. "O sujeito é questionado sobre a avaliação que faz de sua própria qualidade de vida em relação a domínios específicos da vida" (ALVES, 2011, p. 20).

O discernimento do padrão de felicidade e satisfação em relação aos diferentes momentos da vida é considerado como o principal determinante no poder positivo ou negativo da qualidade de vida passionalmente percebido. Os conceitos felicidade e satisfação com a vida são relacionados, mas não idênticos; a felicidade é uma experiência afetiva, com sentimento passageiro de alegria ou euforia, já a satisfação, uma experiência cognitiva, induz julgamento mais perene e eterno em relação à condição de vida, sendo, portanto, mais estável que a felicidade (OLESON, 1990).

Assim, a satisfação com a vida foi optada como núcleo central do método qualidade de vida para Ferrans e Powers. Acrescido a isso, a relevância do indivíduo aos distintos aspectos da vida é considerado definidamente qualidade de vida proposta pelas autoras, com a sensação de bem-estar do ser humano que responde com satisfação ou insatisfação com os momentos da vida que são considerados importantes a eles (FERRANS; POWERS, 1985; FERRANS, 1996).

> O instrumento abarca dimensões representativas do construto que pretende medir, com itens formulados de forma simples e compreensível, evitando cansaço ou desmotivação dos respondentes, sobretudo no caso de indivíduos debilitados, idosos e com baixo nível de escolaridade (KIMURA; SILVA, 2009, p. 1101).

Em meados da década de 1970, o psicólogo americano John Flanagan desenvolve outro instrumento de medida para a qualidade de vida que cita ao grau de

contentamento do individuo, a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, e por ser considera de grande confiabilidade e validade é uma das mais utilizadas nos Estados Unidos (NISHIMURA; SPERS; GIULIANI, 2008).

Desenvolvido no ano de 1973, o Quality of Well-Being Scale (QWBS) avalia o em três domínios o bem-estar dos indivíduos, por ser considerada uma avaliação extensa e complexa um treinamento se faz necessário antes de utilizar o QWBS, sendo que no ano de 1996 foi criado uma versão auto-respondida deste instrumento de avaliação da qualidade de vida (NISHIMURA; SPERS; GIULIANI, 2008).

Em 1985 surge o Hexágono de Kertész, onde periodicamente é utilizado para verificar a qualidade de vida (KERTESZ; KERMAN, 1985 apud NISHIMURA, SPERS; GIULIANI, 2008). Formado por oito dimensões, traduzido e adaptado para a população do Brasil, o Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36), nasce no ano de 1992, reformulado como The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey, sendo o mais usado a nível internacional contempla qualquer tipo de doença e realizando análises acerca a qualidade de vida relacionada à saúde (NISHIMURA; SPERS; GIULIANI, 2008).

Outro instrumento de medida que avalia a qualidade de vida relacionado à saúde e que contou com a ajuda de cinco países para a sua criação é o Euro Qol-5 Dimensions (EQ-5D) constituído por cinco domínios, composto por graduações e escala analógica visual (EAV) (NISHIMURA; SPERS; GIULIANI, 2008). Alves (2011) descreve outra proposta de instrumento de medida mais falado na literatura que foram traduzidos e validados a fim de simplificar e organizar.

Segundo Takiuti e outros (2013) relatam que os documentos de mensuração de qualidade de vida precisam possuir algum domínio fundamental para serem aplicado de maneira verdadeira: aceitação, confiança, suscetibilidade e compromisso. As perguntas devem ser mostradas de maneiras imediatas com grau de resultado ou com exatidão de visual sim ou não. A realização varia desde o autogerenciamento, carta, entrevista ou telefone. Para mensurar a qualidade de vida, são utilizados dos tipos de instrumentos genéricos e específicos, para melhor entendimento segue um quadro instrumentos genéricos em logo a segui mostraremos os instrumentos específicos.

Quadro 05 – Instrumentos genéricos de medida da qualidade de vida

Nome do Instrumento	Descrição do Instrumento
WHOQOL	Mede a qualidade de vida através de seis domínios: psicológico, físico, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/ religião/ crenças pessoais.
Índice Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQV)	Mede a qualidade de vida através de quatro domínios: saúde/Funcionamento; socioeconômico; psicológico/espiritual e família.
Escala de Qualidade de Vida de Flanagan	Mede a qualidade de vida através de cinco dimensões: bem-estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal e recreação.
Hexágono de Kertész	Mede a QV através do estilo de vida por seis domínios: alimentação, atividade física, tempo de repouso e relaxamento, espaço para lazer e diversão, relação com o trabalho e relação com os amigos.
Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36(SF-36)	Mede a QVRS através de oito dimensões: funcionamento físico, as limitações causadas por problemas de saúde física e emocional, o funcionamento social, a saúde mental, a dor, a vitalidade (energia/fadiga) e as percepções da saúde geral.
EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D)	Mede a qualidade de vida relacionada à saúde através de cinco domínios: mobilidade, cuidados próprios, atividade habitual, dor/desconforto e ansiedade/depressão.
QualityofWell-BeingScale (QWBS)	Mede a qualidade de vida relacionada à saúde através de três dimensões: mobilidade, atividade física e atividade social.
Perfil de Saúde de Nottingham (PSN)	Mede a qualidade de vida relacionada à saúde através do bem-estar em três dimensões: nível de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas.

Fonte: Adaptado de Alves, (2011)

Os instrumentos genéricos são usados na população em geral ou em grupos específicos, com critérios incluindo a saúde ou não. Quando inclui a saúde, é direcionado no que tange a doença perante o indivíduo, sem especificar ao certo as patologias. Realiza um confronto entre a qualidade de vida do indivíduo com saúde ou com alguma doença, em contextos diferentes. É inferior ao fato de não encontrar aspectos particulares e específicos da qualidade de vida de um determinado público afetado por um determinado agravo (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Já os instrumentos específicos estão direcionados sobre a repercussão da qualidade de vida de portadores de patologia, agravos e condições específicas, podendo ser aproveitado em classes diferentes como crianças, idosos ou trabalhadores; mas, assim como os genéricos, também apresentam desvantagens, a do bloqueio de

legalização das características psicométricas do instrumento, em consequência do número de itens e amostras insuficientes (SCHMIDT, 2004). Como mostra apresentadas a seguir, no quadro 06:

Quadro 06 – Instrumentos específicos de medida da qualidade de vida

Nome do Instrumento	Descrição do Instrumento
MaugeriCardiacPreventionQuestionnaire (MICRO-Q)	Avalia o conhecimento do paciente coronariano sobre aspectos relacionados a prevenção secundaria da DAC
Seattle Angina Questionnaire	Avalia o estado funcional do paciente com angina em cinco domínios relevantes: Limitação física, estado da angina, frequência da angina, satisfação com a percepção do tratamento da doença.
Minne Living With Heart FailurQuestionnaire	Avalia sinais e sintomas típicos de insuficiência cardíaca, atividade física, interação social, atividade sexual, trabalho e emoções.
Macnewqualityoflifeattermyocardialinfarction	Avalia a QV de forma quantitativa, cujo o escore recomendado envolve três domínios: emocional, físico e social, composto de perguntas de humor, auto estima, estresse, disposição, independência, sexualidade, confiança quanto ao problema cardíaco, presença de dores no peito, capacidade física entre outros.
Duke atctivity status index	Avalia a capacidade funcional do paciente.

Fonte: adaptado Takiuti e outros (2013).

Para se avaliar os aspectos da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), pode se utilizar o instrumento genérico que foi elaborado para demonstrar o impacto que uma doença pode causar na vida de um individuo (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000); e o instrumento específico, que foi elaborado a fim elencar os problemas de uma única doença, onde está se indicado uma intervenção especifica (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2008).

Em um estudo de vida realizado sobre as considerações a respeito dos indicadores e ferramentas de aferição, constata-se que, conforme Alves (2011) é válido expor os indicadores de QV, já que eles se constituem instrumentos essenciais para produzir o conhecimento e os dados necessários para a compreensão das particularidades e questões verificadas na população brasileira, de forma que seu emprego se torna cada vez maior nos órgãos planejadores e administrativos. No que se referem aos

instrumentos que medem a QV localizados na literatura, alguns apresentam o bem-estar físico como aspecto principal para avaliação.

http://pt.slideshare.net/evertonfernandoalves/qualidade-de-vida-consideraes-sobre-os-indicadores-e-instrumentos-de-medida

Contudo, é necessária precaução, uma vez que, este é tido como um dos muitos apontadores existentes nas diversas esferas de vida do indivíduo e fundamentando-se apenas neste, pode não ser viável medir com exatidão o sujeito. O autor ainda sugere que próximos estudos explorem de maneira esclarecedora o conceito de QV. A opção pelos instrumentos precisa estar regulada no significado dos termos, na existência de sua versão na língua/cultura em que o estudo será realizado, assim como também na avaliação do seu domínio psicométricas (validade e confiabilidade), com o propósito de atingir uma medida precisa conforme cada conjuntura (ALVES, 2011).

http://pt.slideshare.net/evertonfernandoalves/qualidade-de-vida-consideraes-sobre-os-indicadores-e-instrument

Verificou-se que as ferramentas estudadas são as mais apropriadas para aplicação na população brasileira, com adequada coerência interna, validade e confiabilidade teste e pré-teste. Embora forem instrumentos reconhecidos nacional e internacionalmente, ainda são precisos mais estudos de ajustamento, para melhor garantir as suas qualidades psicométricas e de aplicabilidade. (ALVES, 2011).

Portanto para o autor, o maior desafio é, precisamente, constituir uma sistematização na medida de QV, acatando aos interesses práticos dos estudiosos, o que compreende evidenciar a vantagem desse instrumento no sentido de aprimorar diagnósticos e avaliar a eficácia de suas aplicabilidades (ALVES, 2011).

Torna-se intangível apontar um instrumento de consideração, desse modo alguns itens devem ser levados em consideração, como o tipo de instrumento, as propriedades psicométricas, a forma como será empenhado e se o instrumento é cabível ao momento (PEDROSO, 2010). Pedroso (2010) cita, a partir do trabalho de Duarte e Ciconelli (2006), que as propriedades psicométricas são a confiabilidade, verificada por meio da consistência interna do questionário, ou seja, quando o instrumento foi aplicada várias vezes em indevido, regulares e os resultados são análogo; validade, ocorre quando o instrumento possui o talento de medir os

objetivos a que se propõe avaliar; e a responsividade, capacidade de constatar alterações em uma determinada população.

Para que as qualidades psicométricas sejam suficientes e válidas com conteúdo, o instrumento que avalia a qualidade de vida precisa apresentar certa prevalência para promoverem a transformação de decorrência de confiança e fidedignos, como a especificação do modelo de avaliação contendo a escala do instrumento, a estrutura da subescala e a base empírica e conceitual para ajuste de inúmeros itens em um único escore; confiabilidade, incluindo o nível de erro aleatório do instrumento, com avaliação de consistência interna, testando o nível para que o instrumento mantenha a confiabilidade constante; constructo, item e validação preditiva em que as relações lógicas entre diferentes avaliações são examinadas; cobertura ou avaliação da capacidade de analisar mudanças ao longo do tempo quando acontecem transformações reais; interpretação do tamanho do efeito ou do nível em que se pode eleger significado qualitativo aos escores quantitativos de um instrumento. (PEDROSO, 2010). Segue em abaixo um quadro com principais artigos com ênfase na qualidade de vida.

Quadro 07 - Artigos selecionados com Ênfase na Qualidade de Vida.

(continua)

Autor	Ano	Local	Principais Resultados
Dantas; Sawada; Malerbo	2003	São Paulo, SP	Os resultados do estudo mostram que a produção acadêmica de quatro importantes instituições universitárias públicas do Estado de São Paulo, no que tange às dissertações e teses defendidas, está seguindo o curso da produção científica mundial sobre a investigação dessa temática atual e, ainda, tão indefinida, que é qualidade de vida.
Escosteguy et.al.;	2003	Rio de Janeiro, RJ	Concluindo, apesar da letalidade geral alta, o perfil de gravidade, principais fatores de risco e a frequência das complicações estudadas foram semelhantes ou mais favoráveis do que em outros estudos. Diabetes, faixa etária elevada, classe Killip, isquemia recorrente, taquicardia ventricular e fibrilação o ventricular associaram-se de forma independente a uma chance aumentada de óbito hospitalar.
Deslandes.	2004	Rio de Janeiro, RJ	Estamos convencidos de que o rico debate sobre a cultura assistencial e sobre a importante proposta de práxis trazida pela proposta de humanização pode contribuir para a reflexão mais crítica dos modelos e ações em saúde.
Avezum; Piegas; Pereira	2005	São Paulo, SP	Tabagismo, relação cintura-quadril, antecedentes de hipertensão arterial e de diabetes, história familiar de insuficiência coronariana, níveis séricos de LDL-colesterol e de HDL- colesterol encontram-se

			independentemente associados com IAM.
Pitanga; Lessa	2005	Salvador, BH	Esses resultados demonstram que o índice de conicidade (índice C), e razão circunferência cintura-quadril (RCCQ) são os melhores indicadores de obesidade para discriminar risco coronariano elevado (RCE). A circunferência de cintura (CC) tem intermediário poder discriminatório e o IMC foi o indicador antropométrico de obesidade menos adequado para discriminar RCE.
Campos; David	2007	São Paulo, SP	Os resultados deste estudo mostraram que a produção científica sobre a temática de qualidade devida no trabalho de profissionais de enfermagem, apesar de seu desenvolvimento, ainda é reduzida.

Quadro - Artigos selecionados com Ênfase na Qualidade de Vida..

(continuação)

Autor	Ano	Local	Principais Resultados
Caetano; Soares	2007	Fortaleza-CE	Pelos resultados, a investigação permitiu reafirmar que, indubitavelmente, as doenças da artéria coronária atingem mais o homem (63,3%) do que a mulher (36,7%), tendo como predominante neste estudo a faixa etária de 48 a 70 anos.
Campos; David	2007	São Paulo, SP	Os resultados deste estudo mostraram que a produção científica sobre a temática de qualidade devida no trabalho de profissionais de enfermagem, apesar de seu desenvolvimento, ainda é reduzida.
Alcântara, et al.,	2007	Uberlândia, MG	A amostra foi composta por 25 (26%) pacientes do sexo feminino e 71 (74%) do sexo masculino, com idade média de 54,3 ±5,9 anos. Hipertensão arterial como fator de risco foi detectada em 55% dos indivíduos, 69% foram submetidos ao cateterismo, 39,5% foram submetidos à revascularização miocárdica por procedimento cirúrgico, com um número de pontes variando de 1 a 6, e 38% submetidos à angioplastia percutânea.
Franco, et al.,	2008	Rio Grande do Sul-PA	A despeito dos potenciais benefícios do tratamento precoce disponível para pacientes com diagnóstico de IAM, poucos pacientes são tratados nos primeiros 60 a 90 minutos do início dos sinais e sintomas.
Souza et al.,	2008	Porto Alegre, RS	Nossos dados permitem concluir que a revascularização em até 30 dias da internação hospitalar está associada à melhora de qualidade de vida e a dislipidemia está associada à piora desse desfecho em seis meses. Também foi demonstrada uma correlação entre limitação física, estabilidade e frequência da angina com qualidade de vida.
KIMURA, M.; SILVA, J. V.	2009	Minas Gerais, ES	Os resultados das análises psicométricas do instrumento em portugues - Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers - permitem recomendá-lo como um instrumento válido e confiável para a mensuração do conceito de qualidade de vida em nosso meio.
Gois; Dantas; Torrati	2009	Porto Alegre (RS)	Os participantes do estudo apresentaram melhor avaliação da Qualidade de vida relacionada à saúde seis meses após a cirurgia de revascularização do miocárdio.

CASTRO; MATSUO; NUNES.	2010	São Paulo, SP	Este estudo confirmou que os fumantes tiveram uma pior QV e apresentaram incapacidades mais frequentemente que os nunca fumantes. Esses resultados foram consistentes com os de outro estudo, no qual os dependentes de nicotina apresentaram pior QV e maior incidência de incapacidades do que indivíduos sem dependência de nicotina.
Souza; Carvalho	2010	Campo Grande, MS	Os resultados das pesquisas apontaram que, na sua grande maioria, os estudos investigaram QV em indivíduos saudáveis. Este resultado mostra que QV já não é somente direcionada às populações com patologias; frente aos avanços científicos e à multidimensionalidade do conceito de QV, fazem-se necessárias investigações com indivíduos ditos saudáveis.

Quadro - Artigos selecionados com Ênfase na Qualidade de Vida.

(conclusão)

Autor	Ano	Local	Principais Resultados
Aguiar, et. al.;	2011	Fortaleza, CE	Neste estudo, o transplante cardíaco teve bastante influência na qualidade de vida dos pacientes transplantados, pois os resultados mostraram-se estatisticamente significantes no período pós-transplante. Com base nos dados coletados, observou-se a satisfação dos pacientes com a sua qualidade de vida em todos os domínios. Vale ressaltar que a insatisfação foi relatada por alguns, porém em um baixo índice, não representando valor estatisticamente considerável.
Pereira; Teixeira; Santos.	2012	São Paulo, SP	O fato da qualidade de vida possuir significados individuais diferentes dificulta sua avaliação e utilização em pesquisas científicas e deve ser superado considerando diferentes perspectivas de ciência. Estudos de intervenção que esclareçam possibilidades mais claras de melhoria da qualidade de vida das pessoas são escassos e necessários.
Takiuti et.al.;	2013	Não divulgado	Os grandes estudos aplicam instrumentos de avaliação de qualidade de vida que utilizados para acessar os possíveis benefícios de determinadas intervenções medidas em estudos controladas ou em populações. Além disso, observamos o surgimento crescente de ensaios clínicos planejados para avaliar especificamente a segurança e a efetividade de diferentes procedimentos ou técnicas ou, então, testes, farmacológicos, incorporando a eles instrumentos de qualidade de vida.
Queiroz, et.al.;	2014	Ribeirão Preto, SP	Concluímos que aproximadamente dois terços dos pacientes com SAOS estudados foram adequadamente aderentes ao tratamento com aparelho de pressão positiva contínua (CPAP) em um centro onde uma equipe multidisciplinar oferece monitorização contínua e em longo prazo dos pacientes. Observamos associação entre adesão ao CPAP e intensidade do IAH, e pacientes com apneias mais graves são ao que apresentam melhor adaptação a esse tratamento.

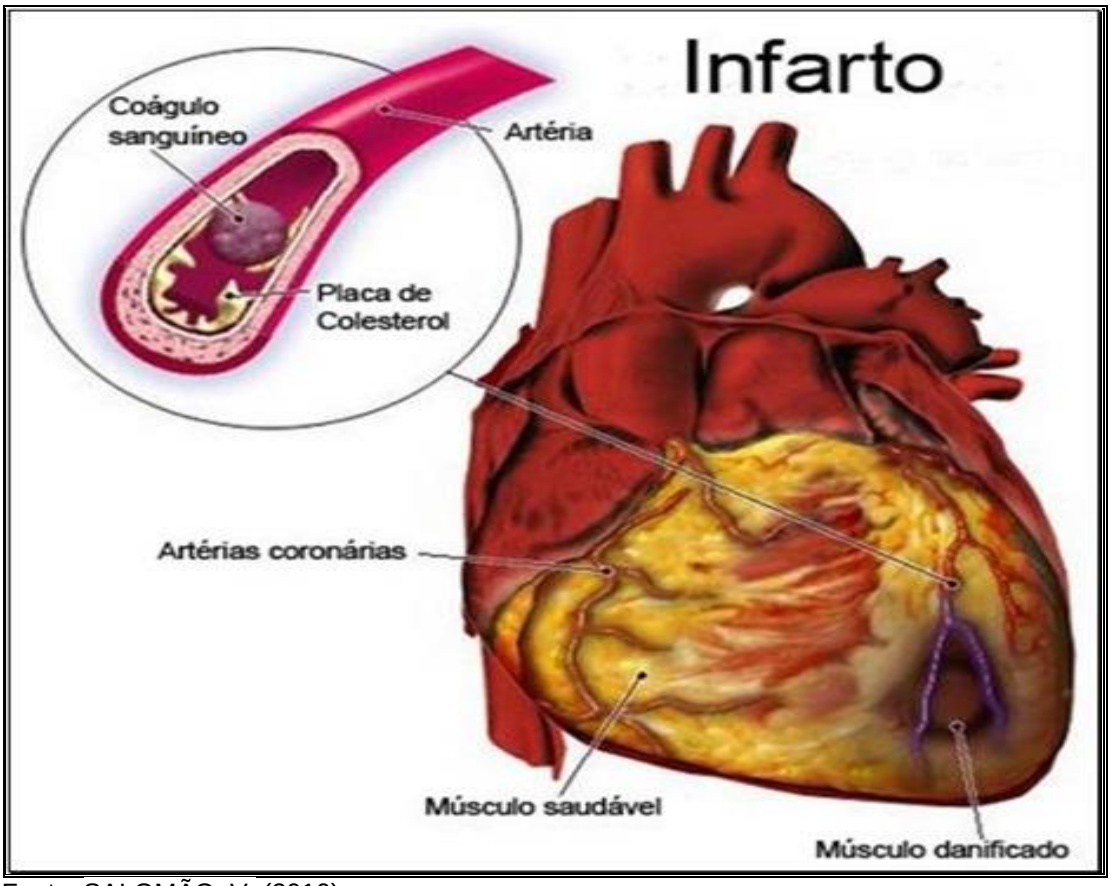
Fontes: Adaptação de autoria própria.

2.3 FISIOPATOLOGIA DO INFARTO

As doenças cardiovasculares são absolutamente ligadas diretamente à patologia que é ocasionada a grande quantidade de gorduras no interior das artérias coronarianas que leva o fluxo sanguíneo para o coração, após este evento o coração não consegue manter o recebimento do sangue oxigenado e dos seus nutrientes para continuar mantendo suas funções normais. Podendo a ocasionar uma fibrose, com devido acúmulo de gordura e formação de placa no interior dos vasos sanguíneos por causa do colesterol procedente de um efeito inflamatório, esse colesterol que fica alojado no interior dos vasos e conhecido como placa de ateroma ou aterosclerose, isso acontece na fase aguda do infarto devido o processo inflamatório crônico. Isso ocorre devido o endurecimento das placas no interior das artérias e conhecido como arteriosclerose, e a etapa perigosa do infarto que pode ser o agravamento da patologia ocasionando complicações cardiovasculares e cerebrais deixando os indivíduos com sequelas significativas e com alterações no seu padrão hemodinâmico (SMELTZER et al., 2008).

O Infarto do Miocárdio (IAM) é sucessivamente após uma obstrução coronariana aguda, o deslocamento sanguíneo é interrompido nos vasos coronarianos, apesar da obstrução, exceto pequena porção de escoamentos paralela dos vasos circulantes. A região do músculo cardíaco do miocárdio com pequena quantidade ou zero de fluxo sanguíneo, não consegue manter as atividades muscular cardíaca. Afirma-se que está infartada. Isso é o infarto agudo do miocárdio (GUYTON; HALL, 2011), conforme a ilustração a seguir.

Imagem 3 - demonstração do IAM



Fonte: SALOMÃO, V. (2010)

2.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO

A dor torácica acontece de maneira repentina, mesmo com medicação e repouso os sintomas apresentados continuam nas maiorias dos indivíduos com infarto agudo do miocárdio (SMELTZER et al., 2008), como apresentado a seguir no quadro 8.

> A apresentação típica é caracterizada por dor precordial em aperto à esquerda, irradiada para o membro superior esquerdo, de grande intensidade e prolongada (maior do que 20 minutos), que não melhora ou apenas tem alívio parcial com repouso ou nitratos sublinguais. A irradiação para mandíbula, membro superior direito, dorso, ombros e epigástrio também é possível. Em pacientes diabéticos, idosos ou no período pós-operatório, o infarto pode ocorrer na ausência de dor, mas com náuseas, mal-estar, dispneia, taquicardia ou até confusão mental. (PESARO; SERRANO JÚNIOR; NICOLAS, 2004, p. 76).

Quadro 8 - Sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio

Sinais e Sintomas do Infarto Agudo do Miocárdio (IMA) ou Síndrome Coronariana Aguda (ACS)

Cardiovasculares	Dor ou desconforto, palpitações. Os batimentos cardíacos podem incluir B3, B4 e o estabelecimento de um novo sopro. A distensão venosa jugular aumentada pode ser notada quando o IAM casou insuficiência cardíaca. A pressão arterial pode ser elevada por causa da estimulação simpática ou diminuída em decorrência da contratilidade diminuída, choque cardiogênico iminente ou medicamento. O déficit de pulso pode indicar a fibrilação atrial. Além das alterações do segmento ST e da onda T, o ECG pode mostrar taquicardia, bradicardia e disritmias.
Respiratórios	Falta de ar, dispneia, taquipnéia e estertores, quando o IM gerou congestão pulmonar. Pode estar presente o edema pulmonar.
Gastrintestinais	Náuseas e vômitos.
Geniturinários	O debito urinários diminuído pode indicar choque cardiogênico.
Cutâneos	Aparência pálida, fria, pegajosa e sudoréica, decorrente da estimulação simpática por perda da contratilidade, pode indicar choque cardiogênico. O edema por ação da gravidade também pode estar presente devido a contratilidade deficiente.
Neurológicos	Ansiedade, inquietação e tonteira podem indicar a estimulação simpática aumentada ou diminuição na contratilidade e oxigenação cerebral. Os mesmos sintomas também podem anunciar o choque cardiogênico. Cefaleia, distúrbios visuais, fala alterada, função motora alterada e modificações adicionais no nível de consciência podem indicar o sangramento cerebral, caso o paciente esteja recebendo trombolíticos.
Psicológicos	Medo com sensação de morte iminente ou o paciente pode negar que haja alguma coisa errada.

Fonte: (SMELTZER et al., 2008).

2.5 FATORES DE RISCO MODIFICÁVEISNO IAM

Um fator de risco modificável é o qual as pessoas podem exercer controle, como modificar um estilo de vida ou hábito pessoal ou usar o medicamento. Um fator pode agir de maneira independente ou agrupada com outros fatores de risco. Quanto mais fatores de risco uma pessoa possui, maior a chance de cardiopatia coronariana (SMELTZER et al., 2008).

Para esta “doença da artéria coronária são os fatores de risco modificáveis: aterosclerose, o colesterol elevado, tabagismo, pressão elevada, diabetes mellitus, falta de estrogênio nas mulheres, falta de atividade física ou sedentarismo e obesidade” (SMELTZER et al., 2008, p.768).

Aterosclerose é uma patologia proveniente de uma série de fatores de risco, eles estando controlados dificultam o surgimento da mesma, mas quando já alojada é

possível permanecer ou favorecer seu retrocesso, podem diminuir sua incidências de fatores agudos e na mortalidade. (SMELTZER et al.,2008).

O vocabulário aterosclerose origem do grego atero, que traduz caldo ou pasta, e esclerose, que e relativo a endurecimento (GOTTLIEB; BONARDI; 2005), definida por lesões na túnica íntima dos vasos, chamadas ateromas, placas ateromatosas ou fibrogordurosas, que se apodera e impossibilita o lúmen vascular e debilitada a túnica meio profundo (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2005).

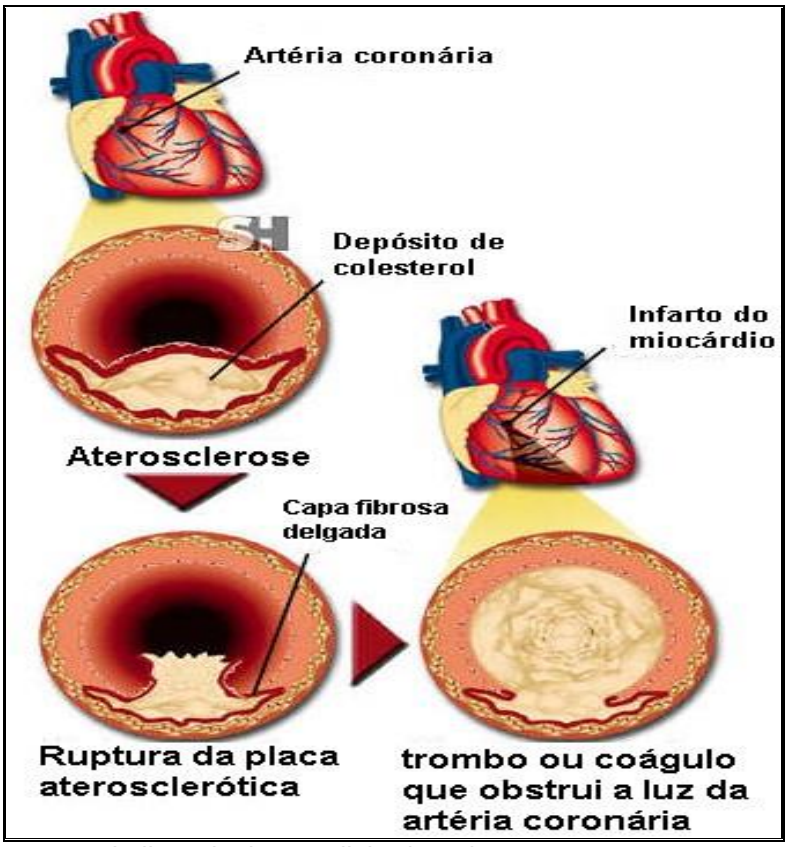
Alguns autores afirmam que apesar de que qualquer artéria seja capaz de ser afetados, os focos dominante da enfermidade que refere-se à aorta, artérias coronárias e cerebrais, possuindo como principais implicações o infarto do miocárdio, a isquemia cerebral e o aneurisma aórtico (FUSTER, 1994; AMARENCO et al., 1994).

O conceito de aterosclerose surge como uma doença que resulta método inflamatório do início até um acontecimento final, como o rompimento da placa aterosclerótica (FAVARATO; LUZ, 2004). Os linfócitos T e os monócitos (que se modifica em macrófagos) penetram na região para ingerir os lipídios e morrem, fazendo com que as células musculares lisas no interior dos vasos proliferem e formem uma capa fibrosa sobre o núcleo gorduroso morto, ateromas, estreitando e obstruindo o fluxo sanguíneo (SMELTZER et al., 2008).

Considerando que a aterosclerose é assinalada como uma doença, evoluindo a determinada pelo acumula mentos de lipídios, componente fibroso e inflamatório, designadamente de resposta à injúria endotelial vascular (GUYTON; HALL, 2011; JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2004) o que é capaz de derivar da influência mútua de diversas forças como irregularidades metabólicas e nutricionais como hiperlipidemias, forças mecânicas ligadas como a hipertensão arterial, toxinas exógenas, proteínas anormalmente glicosiladas associadas com os diabetes mellitus, lipídios ou proteínas modificadas oxidativamente e, provavelmente, infecções virais e bacterianas (FAVARATO; LUZ, 2004; HACKAM; ANAND, 2003; BRAUNWALD, 1998). Segue a imagem como ilustração.

http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1568/1171

Imagem 4 - Aterosclerose



Fonte: Saludhoy citada por Vilela, (2002).

Estudo de Campos e outros (2010) relatam que, independente da origem étnica, pessoa que absorvem muitas quantidades de gorduras, especialmente do tipo saturada, têm grande níveis de colesterol sérico e grande existência de aterosclerose coronariana em relação àqueles com menor consumo de gorduras. A hipercolesterolemia é caracterizada clinicamente por um alto do nível de colesterol no plasma, levando à sua agregação principalmente nos tendões (xantomas tendinosos) e nas artérias (ateromas) (MARKS et al., 2003). Os sintomas clínicos mais apresentados são os xantomas, os xantelasmas e arco coreano, não muito notável, mas quando percebido sugerem fortemente a etiologia (SANTOS et al., 2012).

Chatkin.R.;Chatkin,M. J. (2007, p.712) relatam “o tabagismo é a principal causa de morte prevê nível na maioria dos países, inclusive no Brasil. Parar de fumar é uma estratégia importante para reduzir a morbimortalidade associada às doenças tabaco relacionadas”. O aumento do ganho de peso seguido da interrupção do tabagismo é uma das complexidades voltadas para a preservação da desistência, especialmente nas mulheres. Também engorda, e podem reduzir os benefícios serem alcançados nas causas funcionais respiratórios e os excesso de gordura ficam a ser do modo

central, ocasiona de risco já bem definido para as doenças cardiovasculares, diabetes e aumento das mortes em geral (CASTRO:MATSUO:NUNES, 2010).

A HAS pode estar agregada ou semelhante da parte de uma ligação de causas de risco metabolicamente relativa, os quais irão determinar a aparecimento futura de problemas cardiovasculares (BRETT; RITTER; CHOWIENCZYK, 2000).

O diabetes é a terceira causador da predominância de óbito por doença, principalmente por causa da maior índice das patologias cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica, entre as pessoas com diabetes. Definida como um grupo de patologia metabólico caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue decorrentes dos defeitos na influência da insulina, este um hormônio gerado no pâncreas que comanda o nível de glicose no sangue ao regular a produz e o armazenamento da mesma. Os sinais clássicos são poliúria, polidipsia e emagrecimento sem explicação (SMELTZER et al., 2008; AGUIAR et al., 2007).

O estrogênio é o hormônio que desenvolve e mantém o sistema reprodutivo feminino. Além de suas inúmeras funções de manutenção e desenvolvimento da mulher, estudos demonstram que as mulheres na menopausa têm uma chance muito maior acontecer ataques cardíacos e doenças cardiovasculares, pois ele está relacionado ao equilíbrio entre as gorduras no sangue (SMELTZER et al., 2008).

O sedentarismo e a obesidade estão intimamente interligados ao processo de maior risco de doenças cardíacas. A obesidade, definida e a carga em excesso de gordura corporal em extensão, que acarreta danos à saúde dos pacientes, tais como “dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, favorecimento de enfermidades potencialmente letais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes não-insulino e alguns tipos de câncer”. (MONTEIRO; CONDE, 1999, p.187).

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e analisada como questão publica de saúde, afeta principalmente as pessoas obesas com a portabilidade maior do sexo masculino com mais de 40 anos, sendo uma grande causa de risco do (IAM), levando em consideração a idade e índice de massa corporal. (QUEIROZ et al., 2014).

Tabela- 1 classificação do estado nutricional segundo o IMC:

Classificação	IMC (Kg/m2)
Desnutrição Grave	<16
Desnutrição Moderada	16 a 16,99
Desnutrição Leve	17 a 18,49
Eutrófico	18,5 a 24,99
Sobrepeso	25 a 29,99
Obesidade Grau 1	30 a 34,99
Obesidade Grau 2	35 a 39,99
Obesidade Grau 3	>40

Fonte: OMS, (1998).

Segundo Queiroz e outros (2014), não sendo controlada, (SAOS) favorece a diminuição do funcionamento cognitiva e estão ligadas as doenças como hipertensão arterial sistêmica, IAM, AVC, síndrome metabólica, pode levar à alta morbidez.

Com tudo apresentado, urgem medidas de promoção da saúde no sentido de aumentar a prática de exercícios e esportes, evitar o sedentarismo, bem como estimular hábitos alimentares mais saudáveis, com um maior consumo de alimentos vegetais, redução do tamanho de porções e uso de produtos dietéticos, para assim exercer controle dos fatores de risco modificáveis e reduzir a chance de doenças da artéria coronária (SMELTZER et al., 2008).

2.6 FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS NO IAM

Por sua vez, o fator de risco não modificável é uma circunstância sobre a qual os indivíduos não possuem controle, como a idade ou a hereditariedade. Um fator de risco pode operar de maneira independente ou em série com outros fatores de risco. Então, o não modificado trazido por Smeltzer e outros (2008) são: história familiar de cardiopatia coronariana, idade crescente, sexo (três vezes maior em homens que em mulheres pré-menopausa), raça (mais elevada em afro-americanos).

A história familiar de doença cardiovascular prematura envolve parentesco de primeiro grau com doença cardiovascular aos 55 anos de idade ou menos, para os

homens, ou com 65 ou menos, para as mulheres. A idade varia entre maior que 45 para os homens e maior que 55 para as mulheres (SMELTZER et al., 2008, p. 769).

2.7 DIAGNÓSTICOS

Oliveira e outros (2002) descreve que o diagnóstico de IAM é baseado nos sintomas apresentados e descritos anteriormente, no eletrocardiograma (ECG), as mudanças do estado normal das derivações contribuem para reconhecimento das condições funcional do miocárdio, as alterações apresentadas no mesmo são capazes de revelar anormalidade no coração e nos resultados dos achados laboratoriais. O prognóstico do paciente dependerá da gravidade da obstrução da artéria coronária e da extensão da lesão miocárdica. O exame físico deve ser realizado, mas não como conclusão definitiva do diagnóstico, isoladamente.

2.7.1 História do paciente

A descrição dos sintomas apresentados e a história das doenças prévias e de saúde da família, principalmente de doenças cardíacas, são os elos principais para o inicio do desfecho. Incluem também os fatores de risco do paciente para cardiopatias, relatado por Smeltzer e outros (2008).

2.7.2 Eletrocardiograma

ECG é realizado à capacidade que o impulso elétrico provoca pelas células cardíacas atravessa o coração, onde as correntes elétricas se lança para os tecidos que o cercam, e pequenas frações emergem para a superfície do organismo, gerando um campo elétrico em total espaço do corpo; se distribuídos eletrodos sobre a pele em pontos contrários do coração, e, como os líquidos corporais são benéficos condutores, as modificações de potencial que refere a soma algébrica dos potenciais de ação das fibras miocárdicas talvez consiga ser lançadas através de um executado apropriado (GUYTON; HALL, 2011).

O ECG fornece informações que auxiliam no diagnóstico do IAM, deve ser realizado em até 10 minutos no princípio da dor relatada pelo paciente ou quando o mesmo

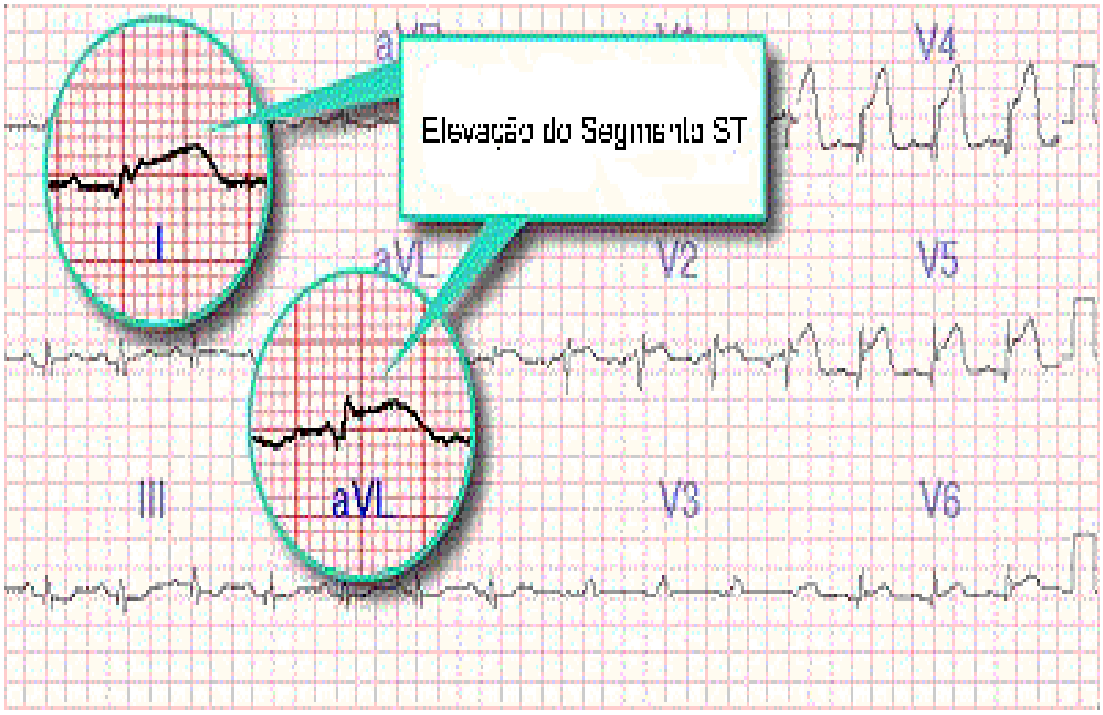
chega à emergência. Essa monitorização permite acompanhamento do tempo, localização, evolução e resolução do IAM. As ondas registradas no ECG são apontada pelas letras P a T, produzida cada fase do ciclo cardíaco (MANSUR et al., 2006).

As modificações clássicas que ocorrem no ECG durante ou após o IAM são a inversão da onda T, aumento do segmento ST e evolução de uma onda Q anormal. Os primeiros sinais de um IAM agudos no ECG aparece a partir da isquemia e lesão miocárdicas, fazendo com que a onda T se torne aumentada e simétrica. À medida que a área da lesão se torna isquêmica, da repolarização miocárdica é alterada e retardada, fazendo a onda T inverter-se. A região isquêmica pode permanecer despolarizada, enquanto as áreas adjacentes retornam ao repouso (SMELTZER et al., 2008). Segue a imagem para visualização:

> As células miocárdicas lesionadas despolarizam normalmente, porém repolarizam com maior rapidez que as células normais, fazendo com que o segmento ST se eleve em, pelo menos, 1mm acima da linha isoelétrica, [...], quando medido 0,08s depois do término do QRS. Se a lesão miocárdica está na superfície endocárdica, o segmento ST é deprimido em 1mm ou mais durante, pelo menos, 0,08s. A depressão do segmento ST geralmente é horizontal ou apresenta uma inclinação para baixo (SMELTZER et al., 2008, p. 767).

Segue a imagem para visualização

Imagem 5 - ECG com ondas alteradas



Fonte: cardiosite, (2004).

Também é observado o infarto de onda Q ou de não-onda Q. Na primeira, as ondas Q desenvolvem-se dentro de um a três dias porque estão ausentes de corrente de despolarização conduzida a partir do tecido necrótico do IAM; já na segunda, os pacientes com IAM não-onda Q não desdobramento uma onda Q no ECG depois das modificações do segmento ST e da onda T, mas os sintomas e os resultados laboratoriais das enzimas cardíacas confirmam o diagnóstico de um IAM. Durante em IAM agudos, a lesão e as mutações isquêmicas da mesma forma estão existente uma onda Q anormal esta indicando exposta sem as alterações do segmento ST e da onda T, as quais apontam um IAM antigo, não-agudo (SMELTZER et al.,2008; ARAÚJO; MARQUES, 2007).

2.7.3 Exames laboratoriais

Habitualmente utilizam-se os exames laboratoriais para diagnosticar um IAM, incluem a avaliação da creatina cinase (CK), mioglobina e topônima. Existem três isoenzimas CK, sendo a CK-MB específica para o músculo cardíaco, encontrada em níveis aumentados quando há lesão das células cardíacas; é o índice mais específico para o diagnóstico de IAM tendo seus níveis aumentados em algumas horas após a lesão, e, atinge o máximo dentro de 24h (PEREIRA; NASSER, 2015).

A mioglobina é uma proteína que auxilia no transporte de oxigênio, também aparece no músculo cardíaco e esquelético. Seu nível começa a aumentar dentro de uma a três horas após os sintomas, não pode ser usado especificamente para concluir um IAM, mas seu resultado negativo exclui o IAM. Já a topônima, proteína encontrada no miocárdio, regula a contratilidade do miocárdio. O nível máximo é atingível em conjunto com a CK-MB, mas permanece por mais tempo elevada, em até três semanas, portanto, não pode ser usada para identificar a extensão ou expansão subsequente de um IAM (SMELTZER et al., 2008).

2.7.4 Ecocardiograma

O ecocardiograma ou ecocardiográfica é um teste ultrassonográfico não invasivo utilizado para examinar o tamanho, formato e movimento das estruturas cardíacas. Pode ser empregado para ajudar no diagnóstico de um IAM, principalmente quando o ECG não é o diagnóstico; pode detectar o movimento hipocinético e acinético da parede e determinar a fração de ejeção. Envolve a transmissão de ondas sonoras de alta frequência para dentro do coração através da parede torácica, registrando os sinais de retorno. A isquemia miocárdica a partir da perfusão diminuída durante o esforço causa anormalidade no movimento da parede ventricular e é facilmente detectada (SMELTZER et al., 2008).

2.7.5 Cateterismo cardíaco

Migueletto e outros (2014) referencia que o cateterismo cardíaco é um método diagnóstico invasivo, no qual cateteres, ou tubos finos, flexíveis e radiopacos, são penetrados em vasos sanguíneos, artérias ou veias, selecionadas dos lados direito e esquerdo do coração. Este procedimento é praticado para visualizar a condição das artérias coronárias, para colher mostras de sangue para exames e para medir pressões com o propósito de traçar o seu diagnóstico.

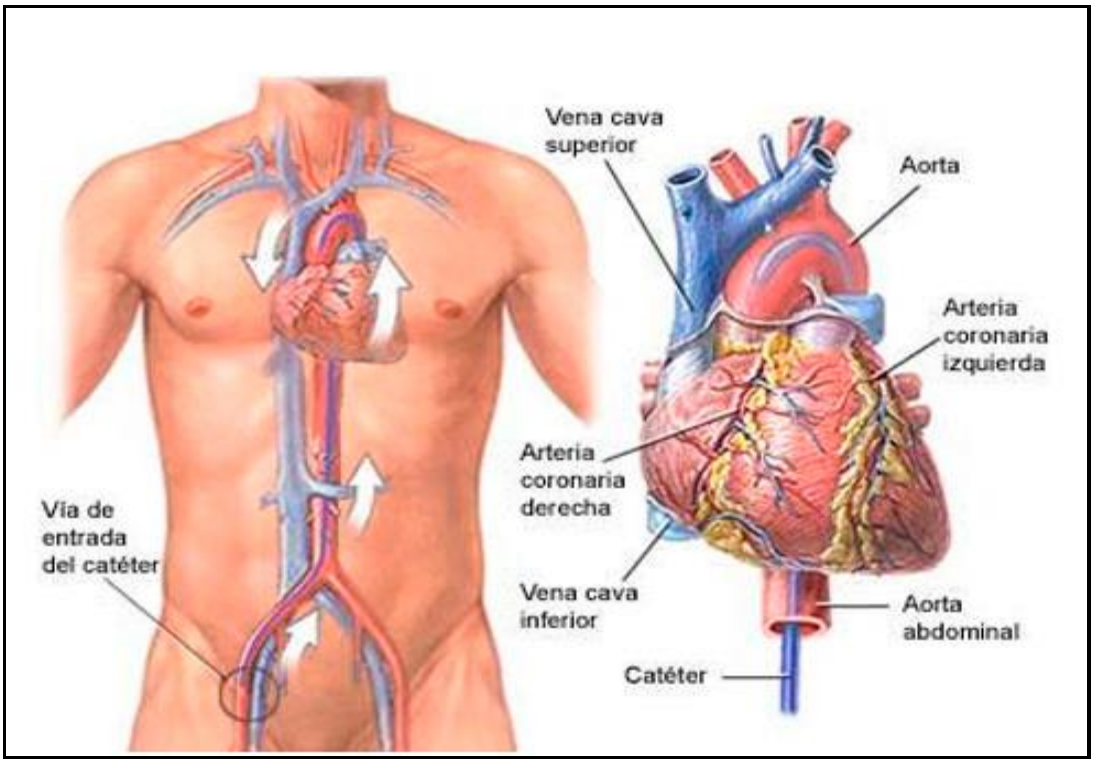
É realizada uma anestesia local que poderá ser na região inguinal direita ou esquerda ou na parte interna do membro superior direito ou esquerda. Após o exame é importante não flexionar os membros pelo qual foi feito o exame, pois poderá voltar a sangrar; não levantar a cabeça para não forçar os músculos do

abdome; permanecer em repouso por seis horas, se o exame for realizado pelo membro inferior e três horas se executado pelo membro superior; consumir bastante líquido a fim de expeli o contraste pela da urina; buscar se alimentar de comidas leves nas primeiras horas depois do exame, para se ter uma recuperação eficaz (MIGUELETTO, 2014).

> São medidas as pressões e saturações de oxigênio nos quatro compartimentos cardíacos. O cateterismo cardíaco é empregado para diagnosticar a doença da artéria coronária, avaliar a permeabilidade da artéria coronária e determinar a extensão da aterosclerose com base no percentual de obstrução da artéria coronária (SMELTZER et al., 2008, p.713).

Smeltzer e ouros (2008) esclarecem que durante o conduta é importante preparo da equipe para fornecer medidas de estrutura de vida avançado, quando necessário. E, ainda, um monitoramento hemodinâmica não-invasiva para observação dos sinais vitais e de possíveis disritmias ou instabilidade hemodinâmica, sendo realizada reanimação durante o procedimento. Em seguida a imagem 06 demonstrando os possíveis locais para introdução do cateter.

Imagem 6 - Local de introdução do cateter



Fonte: HCI, hemodinâmica cardíaca invasiva (2016)

2.8 TRATAMENTOS DO PACIENTE INFARTADO

O tratamento médico está em minimizar a lesão do miocárdio, preservando a função miocárdica, a fim de evitar complicações. Para isso é necessário reperfundir a área com medicamentos trombolíticos ou angioplastia coronariana transluminal percutânea (PTCA), ou seja, intervenção coronariana percutânea em que um balão é insuflado dentro de uma artéria coronária para romper um ateroma e abrir a luz vascular, melhorando o fluxo sanguíneo da artéria coronária (SMELTZER et al., 2008).

Smeltzer e outros (2008) também esclarecem que pode ser reduzida a demanda miocárdica de oxigênio e aumentado o suprimento de oxigênio com medicamentos, administração de oxigênio e repouso no leito. Estes quando em equilíbrio resolvem a dor e eliminam as alterações do ECG, indicando boa perfusão, que pode ser visualizada diretamente durante o cateterismo.

2.8.1 Terapia farmacológica

Assim como pacientes com angina instável, síndrome clínica com episódios de dor ou pressão na região anterior do tórax, o tratamento para o IAM consiste primeiramente em nitroglicerina, agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, bloqueadores do canal de cálcio e agentes antiplaquetários, segundo Smeltzer e outros (2008); associando ainda com trombolíticos, analgésicos e causa inibição da enzima conversora de angiotensina (ECA).

2.8.1.1 Nitroglicerina

A nitroglicerina, ou nitrato, é indicado “na presença de isquemia persistente e/ou falência de bomba e/ou IAM extenso e/ou hipertensão arterial sistêmica, por via venosa” (PIEGAS et al., 2004, p. 25). É administrado para reduzir o gasto miocárdico de oxigênio, o que reduz a isquemia e alivia a dor. Tem a função de dilatação venosa, e em doses mais altas, dilatação arterial. Quando acontece o aumento da demanda da quantidade sanguíneo coronariano, os vasos espasmo, dilatados aumenta a perfusão para os vasos colaterais (SMELTZER et al., 2008).

Os nitratos podem aumentar o fluxo sanguíneo para as artérias coronárias comprometidas e através das artérias coronárias colaterais, as quais foram

subtilizadas até que o corpo reconhece as áreas mais perfundida. Isso reduz o consumo de oxigênio e aumenta o suprimento de oxigênio, promovendo equilíbrio favorável. Apresentam-se em forma de comprimidos ou spray sublingual, agente tópico e endovenosa, explicado por Smeltzer e outros (2008).

PIEGAS e outros (2004, p. 25), relatam que:

> Devem ser utilizados na formulação sublingual (nitroglicerina, mononitrato de isossorbida ou dinitrato de isossorbida), para reversão de eventual espasmo e/ou para alívio de sintoma doloroso. Também estão recomendados para controle da hipertensão arterial ou alívio da congestão pulmonar, se presentes. Estão contra-indicados na presença de hipotensão arterial (pressão arterial sistólica < 100 mmHg) ou uso prévio de sildenafil nas últimas 24h. A dose sublingual preconizada é de: nitroglicerina, 0,4 mg; mononitrato de isossorbida, 5 mg; ou dinitrato de isossorbida, 5 mg. Devem ser administradas no máximo três doses, separadas por intervalos de 5min.

2.8.1.2 Agentes bloqueadores beta-adrenérgicos

Os betabloqueadores reduzem o gasto de oxigênio do miocárdio bloqueando a estimulação simpática beta-adrenérgica para o coração. Resultam em diminuindo da frequência cardíaca, lentificação o comando do impulso através do coração, redução da pressão arterial e redução da contratilidade miocárdica, favorecendo o equilíbrio entre demanda e suprimento de oxigênio; no final controla a dor e retarda o início da isquemia durante o trabalho ou exercício (SMELTZER et al., 2008).

(PIEGAS et al., 2004),Vários autores realçam que as contraindicações mais evidentes envolvem a hipotensão arterial, bradicardia, bloqueio atrioventricular avançado e insuficiência cardíaca descompensada. “Outras também podem ser encontradas como agravamento da hiperlipidemia, depressão, fadiga, libido diminuída e mascaramento dos sintomas de hipoglicemia” (SMELTZER et al., 2008, p.768).

2.8.1.3 Agentes bloqueadores dos canais de cálcio

Os bloqueadores dos canais de cálcio têm várias funções: diminuem a automaticidade do nódulo sinoatrial e a condução do nódulo atrioventricular, resultando em menor frequência cardíaca e redução na força da contração do

músculo cardíaco, diminuindo a carga de trabalho do coração; relaxam os vasos sanguíneos, provocando uma diminuição na pressão arterial e um aumento na perfusão arterial coronariana; dilatam a musculatura lisa das paredes das arteríolas das coronárias, aumentando o suprimento miocárdico de oxigênio; reduzem a pressão arterial sistêmica e a carga de trabalho do ventrículo esquerdo ao reduzir a demanda miocárdica de oxigênio (SMELTZER et al., 2008).

> Existem três subgrupos de antagonistas dos canais de cálcio, quimicamente distintos e com efeitos farmacológicos diferentes. Os derivados diidropiridínicos (o protótipo é a nifedipina e, como derivado de terceira geração, a amlodipina), as fenilalquilaminas (verapamil) e os benzotiazepínicos (diltiazem) agem bloqueando os canais de cálcio tipo L (PIEGAS et al., 2004, p. 28

2.8.1.4 Medicamentos antiplaquetários e anticoagulantes

A ação antiplaquetária impede a agregação plaquetária, a qual compromete o fluxo sanguíneo. É encontrada como fármacos a aspirina, que evita se ligar plaquetária e diminui a incidência de IAM e morte em pacientes com a doença da artéria coronária; o clopidogrel e ticlopidina, para aqueles pacientes alérgicos à aspirina, ou ainda administrado somando com a aspirina para aqueles em alto risco de IAM, leva alguns dias para atingir seu efeito antiplaquetário e pode causar desconfortos gastrointestinais; heparina, impede a formação de novos coágulos sanguíneos, o que pode surgir sangramentos não desejados, necessitando de constante monitoramento interno e externo, como verificação da pressão arterial baixa, frequência cardíaca alta e quando a uma diminuição dos valores de hemoglobina e hematócrito séricos; agentes GPIIb/IIIa, "evitam a agregação plaquetária ao bloquearem os receptores GPIIb/IIIa na plaqueta, impedindo a adesão do fibrinogênio [...] e a formação do trombo"(SMELTZER et al., 2008, p. 768).

2.8.1.5 Trombolíticos

Têm a função de dissolver e romper o trombo em uma artéria coronária, permitindo que o sangue flua novamente, minimizando o tamanho do infarto e preservando a função ventricular. “É indicado para dores torácicas por mais de 20 minutos, não

aliviadas pela nitroglicerina; elevação do segmento ST em, pelo menos, duas derivações que se confrontam com a mesma área do coração; menos de 24horas desde o início da dor." (SMELTZER et al., 2008 p.768).

Smeltzer e outros (2008) contraindicam absolutamente quando há presença de sangramento ativo, distúrbio hemorrágico conhecido, história de acidente vascular cerebral hemorrágico, história de malformação vascular intracraniana, trauma ou cirurgia importante recente, hipertensão descontrolada e gravidez.

Ainda assim vale ressaltar e importância de minimizar o número de punções na pele do paciente, evitar injeções intramusculares, evitar o uso contínuo de manguito não invasivo de pressão arterial, monitorar quanto a disritmias agudas, hipotensão e reação alérgica, monitorar quanto à reperfusão, verificar sinais e sintomas de sangramento, entre outros cuidados também citados por Smeltzer e outros (2008).

2.8.1.6 Analgésicos

O analgésico de escolha mencionado por Smeltzer e outros (2008) é o sulfato de morfina, que reduz a dor e a ansiedade, reduzindo a pré-carga e diminuindo a carga de trabalho do coração, relaxa os bronquíolos, aumentando a oxigenação. Deve-se atentar para a pressão arterial que pode diminuir e deprimir a frequência respiratória.

2.8.1.7 Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA-I)

> A angiotensina é formada quando os rins liberam renina em resposta ao fluxo sanguíneo diminuído. A angiotensina I é convertida em angiotensina II pela ECA, substância encontrada na luz de todos os vasos sanguíneos, principalmente na vasculatura pulmonar. A angiotensina II faz com que os vasos sanguíneos se contraem e os rins retenham sódio e líquido, enquanto excretam o potássio (SMELTZER et al., 2008, p.769).

Toda essa mecânica fisiológica aumenta o líquido circulante e eleva a pressão em conjunto com o bombeamento cardíaco, melhorando a carga de trabalho. Sendo assim, os inibidores da ECA-I evitam a conversão da angiotensina I para II, diminuindo a pressão arterial, excretando sódio e líquido pelos rins e reduzindo a demanda de oxigênio do coração. Devem ser observados momentos de hipotensão, hiponatremia, hipovolemia ou hipercalemia indivíduo antes da administração do ECA-I (SMELTZER et al., 2008; OLIVEIRA JUNIOR; DEL CARLO, 2006).

2.8.2 Administração de oxigênio

Piegas et al., (2004) sinaliza que se tornou prática generalizada a administração de oxigênio na fase aguda do IAM com supra desnível do segmento ST ou a qualquer individuo com queixas dor torácica desconfiança de origem isquêmica, mas há evidências concretas de que esta medida limite a extensão do dano miocárdico ou reduza a morbimortalidade associadas ao IAM. Mas é realizada como uma tentativa de aumentar a quantidade de oxigênio liberada para o miocárdio e de diminuir a dor.

Obviamente, o oxigênio inspirado elevação diretamente a quantidade de oxigênio no sangue, melhorando a saturação circulante, observando a frequência e o ritmo das respirações.

2.8.3 Terapias de reperfusão

A oclusão coronariana por um trombo é a causa fundamental da maior parte dos infartos do miocárdio que se seguem de supra desnível do segmento ST no eletrocardiograma (DEWOOD, et al., 1980). A recanalização antecipada da artéria responsável pelo infarto restringe a necrose miocárdica e diminui a mortalidade nos pacientes com IAM (BRAUNWALD, 1993). A reperfusão pode ser praticada com o uso de medicamentos, agentes fibrinolíticos, ou com intervenções mecânicas, angioplastia primária com balão ou implantação de stents.

2.8.3.1 Agentes fibrinolíticos

O emprego de medicamentos fibrinolíticos para a recanalização da artéria associada ao infarto em pacientes com IAM está fundamentado em duas ressalvas: a elevada prevalência da constatação de um trombo oclusivo nas artérias coronárias nas primeiras horas do IAM e o conhecimento de que a progressão da necrose miocárdica pode ser diminuída com a reperfusão do vaso e consequente redução da mortalidade (PIEGAS et al., 2004).

Os fibrinolíticos e recomendação claramente nos pacientes com sinais sugestivos de IAM, e presença no eletrocardiograma de levantamento supra desnível constante do segmento ST tem que ter no mínimo duas derivações contíguas ou de um novo bloqueio de ramo esquerdo, considerando que não haja contraindicação (VAN, et al., 2003).

Segundo PESARO (2008) A medicação trombolítica fibrinolítica se for possível tem que ser administrada no máximo de três horas depois de aparecer as características dos primeiros sinais e sintomas do IAM.

2.8.3.2 Intervenção coronariana percutânea

Conforme Piegas e outros (2004) a PCI (intervenção coronariana percutânea) no IAM e capaz desmembrada em primária sem a finalidade prévia de fibrinolíticos, facilitada relacionada da aplicação medicamentosa prévia, de salvamento ou livramento decorrente do acidente da fibrinólise, e aquela conhecimento de forma eletiva depois a fibrinólise..

A PCI em primeiro lugar contempla a utiliza do cateter-balão ou da introdução de stent coronariano, sem a utilização prévia de fibrinolítico, com o propósito de restabelecer o deslocamento coronário anterógrado de forma mecânica. Para os pacientes com não e indicado para fibrinólise ou na permanência do choque, a PCI primária é a opção preferencial (PIEGAS et al., 2004). O implante de stents coronarianos deve se realizado com garantia, de acordo com o perfil angiográfico de cada caso. E contra indicado colocação de stent coronariano na duração do IAM quando:

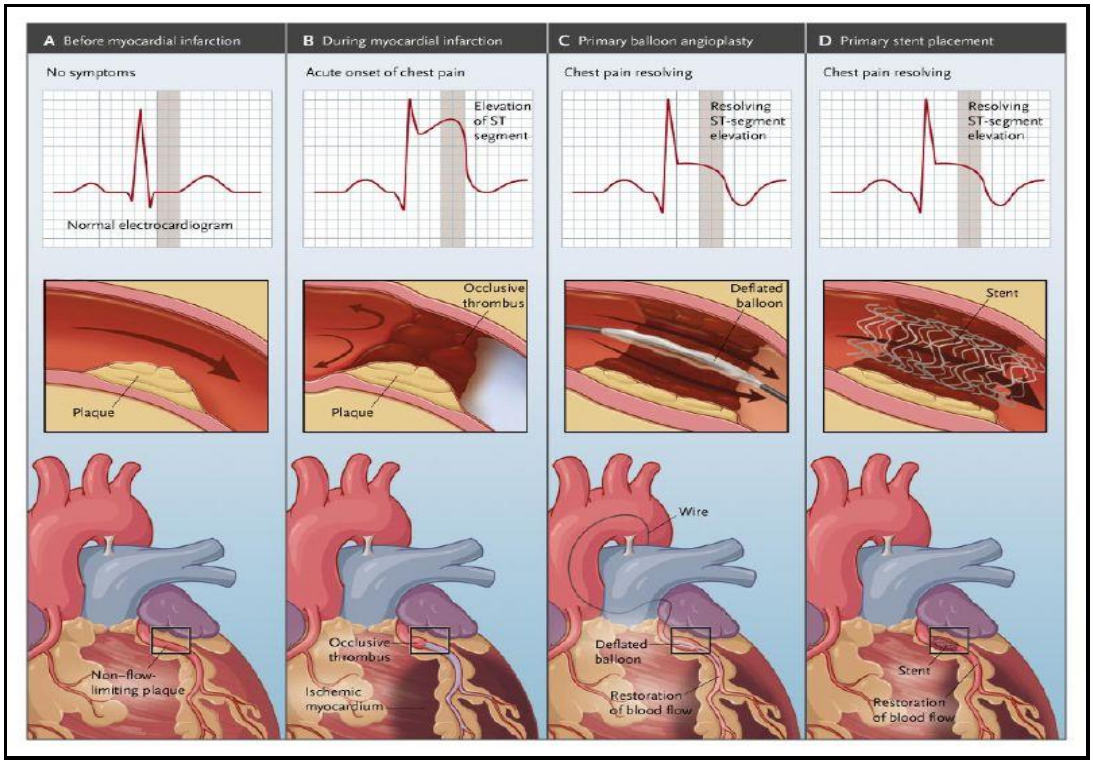
> A lesão-alvo envolve o tronco da coronária esquerda; há evidência de provável oclusão de ramo secundário calibroso (> 3,0 mm), não passível de tratamento percutâneo; há forte possibilidade de ocorrência de fenômeno de *no reflow*, quando do implante do stent em vasos com grande quantidade de trombo não tratado adequadamente (defeito de enchimento globular duas vezes maior que o diâmetro de referência do vaso-alvo); há tortuosidade.
>
> e/ou calcificação de grau severo, que impeçam a progressão da endoprótese até a lesão-alvo (PIEGAS et al., 2004, p. 35).

Ellis, (1992) definem a PCI de salvamento ou resgate como a estratégia de recanalização aplicados produção precocemente quando a terapia fibrinolítica falha em alcança a reperfusão miocárdica. Não existindo recanalização adequada da

artéria relacionada ao IAM, deve ser acontecer a controle coronariana percutânea de para manter a vitalidade. Recomenda-se ocorra em tempo menor há 180 minutos após o fibrinolítico, visto que as vantagens para os individuo o são menores após esse intervalo.

Este procedimento de emergência pode ser utilizado para abrir a artéria coronária ocluída em um IM agudo, promovendo a perfusão para a área que ficou privada de oxigênio (SMELTZER et al., 2008). A seguir uma imagem para melhor entendimento imagem 07:

Imagem 7 - ECG e PCI de emergência



Fonte: lookfordiagnosis (2007).

A realização de PCI eletiva após o terapia fibrinolítico tem por objetivo da terapia da estenose residual. Estudo analisando pacientes infartados, Submetidos à fibrinólise prévia, que apresentavam isquemia miocárdica espontânea ou induzida, comparando a estratégia invasiva (PCI ou cirurgia de revascularização miocárdica) com a conservadora, demonstrou que os indivíduos são obrigados à revascularização do miocárdio obtiveram redução das taxas de reinfarto e de recorrência da angina ao final de 2,4 anos de seguimento clínico. As mortes não foi

subtraídas visivelmente, mas os estudos ligados dos eventos adversos facilitou diminuição considerável (MADSEN, et al., 1997). Assim, a revascularização miocárdica, tanto percutânea ou cirúrgica, é necessária em individuo dominado à fibrinólise que manifestam os sinais objetivos de isquemia do miocárdio.

Segundo alguns autores, a PCI garantia é a nova técnica oferecida para a reperfusão coronária na manutenção de IAM. Com a finalidade é juntamente as vantagens das duas as variedade de terapia (fibrinolítico e intervencionista), suplantando as faltas particularmente de cada uma delas (BOERSMA et al., 2003; GRINES; SERRUYS; ONEILL, 2003).

2.9 REABILITAÇÃO CARDÍACA

Um programa de reabilitação ativa é essencial após a cessação dos sintomas do individuo com IAM. Até os anos 60-70, Levine e Lown (1952) precisamente repousar de três semanas aos indivíduos que se curavam de IAM baseando-se no pressuposto de que o descanso facilitariam o recurso de cicatrização do miocárdio. No entanto, verificou-se que o descanso prolongado no leito resultava em alguns impactos deletérios (CONVERTINO et al., 1982).

A principal finalidade dos métodos de reabilitação cardíaca é possibilitar aos cardiopatas volte, o quanto antes, à vida ativa, a despeito de provável barreira impostas pelo seu processamento da doença, pelo maior intervalo de tempo permitido (CASTRO et al., 1995). Outros objetivos específicos também são mencionados por Fletcher e outros (1990, p. 2294):

> Restaurar à sua melhor condição fisiológica, social e laborativa pacientes com doença cardiovascular; prevenir a progressão, ou reverter o processo aterosclerótico, nos pacientes coronariopatas, ou em alto risco de vir a desenvolver doença obstrutiva coronariana; reduzir a morbimortalidadecardiovascular e melhorar da sintomatologia de angina de peito em coronariopatas. Isto é, aumentar a quantidade e a qualidade de vida.

Classifica-se a reabilitação pós-infarto e separada por em três momentos: reabilitação estágio I: Aguda, as atitudes de reabilitação conquistada no decorrer da etapa concebida desde o começo do evento coronário até saída do hospital; reabilitação, estágio II: Corresponde àquelas desenvolvidas no período de convalescença, entre a saída do hospital e o tempo de dois a três meses após o infarto; reparação, estágio III: De melhora e revisão, observação os procedimentos

depois do terceiro mês. Estes períodos podem ser variáveis, conforme a situação clínica de cada paciente (FLETCHER et al., 1990).

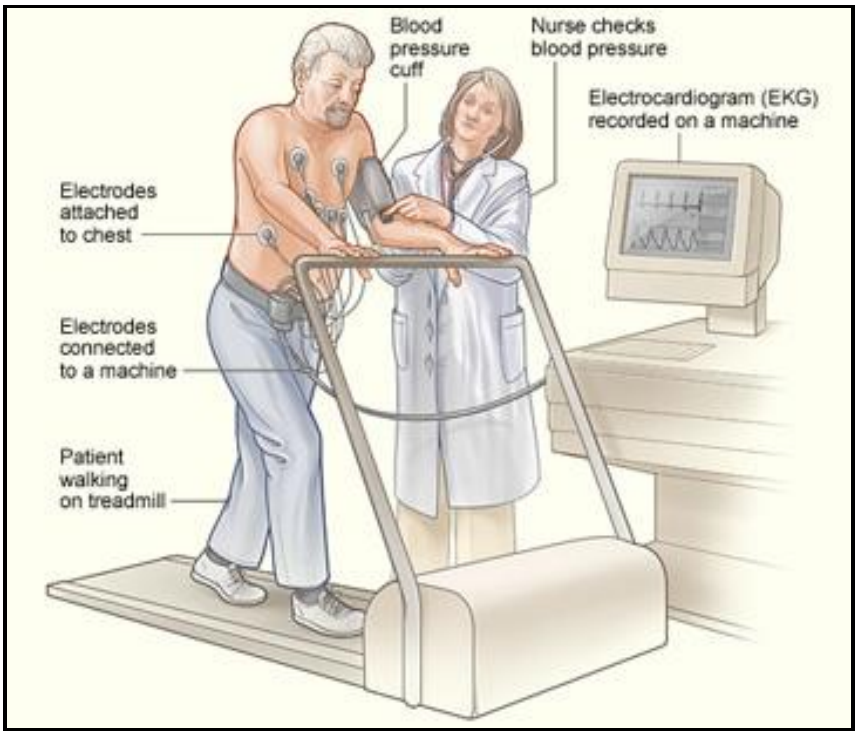
Smeltzer e outros (2008) compreende que as atividades realizadas no estágio I, consistem de baixo nível e educação inicial para o paciente e a família. As prioridades para a educação intra-hospitalar envolvem os sinais e sintomas que mostram a necessidade de buscar emergência, auxílio medicamentoso, estabilidade entre repouso e atividades, incluindo consultas de acompanhamento com o médico. "A quantidade de atividade recomendada na alta depende da idade do paciente, de sua condição antes do evento cardíaco, da extensão da doença, do curso da internação e do desenvolvimento de qualquer complicação". Smeltzer e outros (2008, p.769).

Na estagio II, após a alta hospitalar, com supervisão do exercício e treinamento, consistem em relevância o apoio e a orientação relacionados com o tratamento da doença, assim como a educação e o aconselhamento relacionados com a remodelar do estilo de vida para a redução dos fatores de risco. Os programas envolvem sessões de educação em grupo, para pacientes e famílias, com cardiologistas, fisiologistas, nutricionistas, enfermeiros e outros (SMELTZER et al., 2008).

Não mais, o estágio III enfatiza a manutenção da estabilidade cardiovascular e o condicionamento em longo prazo. Normalmente o paciente não necessita de acompanhamento para esta fase, sendo que as metas de cada fase fundamentadas nos resultados da fase anterior, explicado por Smeltzer e outros (2008).

seguida o teste ergométrico para ilustração do exercício acompanhado, imagem 8:

Imagem 8 - Teste ergométrico



Fonte: fisioterapiapersonalizada (2012).

Percebe-se que, não raro, pacientes pratica no exercício físico, para um melhor e mais rápido condicionamento, mas iniciam-se as dores torácicas, dispnéia, fraqueza, fadiga e palpitações, precisando interromper o exercício quando qualquer um desses sintomas apareça. Geralmente em programas monitorados, são avaliados o da frequência cardíaca elevada a acima da frequência-alvo, elevação da pressão arterial sistólica ou diastólica de mais de 20mmHg, redução na pressão arterial sistólica, início ou agravamento das disritmias, ou modificação dos segmentos ST no ECG Smeltzer e outros, (2008).

2.10 EPIDEMIOLOGIA

A doença cardiovascular é uma causa dominante do índice de morbi-mortalidade do país, em primeiro lugar nas causas de óbito na década de 60 no século XX, sendo 31,3% no sexo feminino e no sexo masculino 25%, provocada pelo as doenças cardiovasculares em 1998. IAM e as doenças isquêmicas do coração e componente principal dessa mortalidade na Região Sudeste e sul (ESCOSTEGUY et al. 2003).

Estudos afirmam que a probabilidade de uma mulher enfartar é quatro vezes menor do que nos homens devido à ação do estrogênio. Mesmo com a mudança de hábitos, o hormônio feminino é responsável por esta estática, onde aponta que no

ano de 1989, 329 mil mulheres nos Estados Unidos, foram a óbito por patologia motivo de no coração. Este estudo revela como o IAM modifica a qualidade de vida das pessoas que fizeram, apontando que com a idade de 48 a 70 anos a predominância de IAM nos homens foi maior do que nas mulheres (CAETANO; SOARES, 2007).

Um estudo aponta que a população hipertensa em geral representa cerca de 20% a 44%, e apontam o percentual de 55% para pacientes que ficam hipertensos depois do IAM (POTTER; PERRY, 2004).

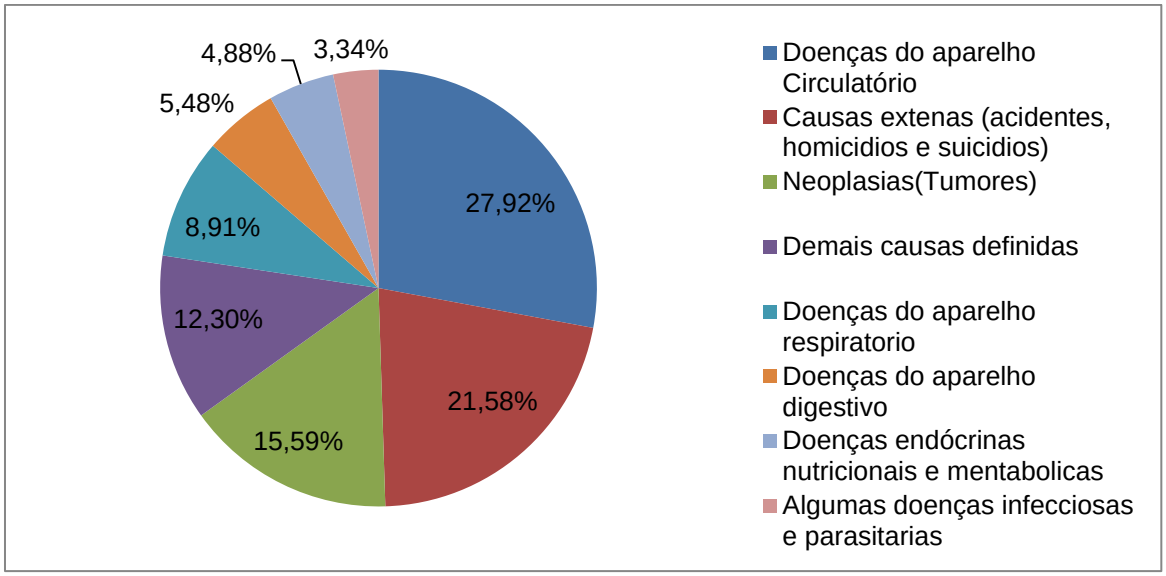
Alcântara e outros (2007), relata que anualmente são registrados 300 mil casos de Infarto Agudo do Miocárdio representando cerca de 7% dos óbitos, sendo que são registrados 833 casos diariamente. O IAM é considerado uma alteração nas artérias coronárias resultante de uma aterosclerose coronariana, na maioria das vezes.

Segundo a Datasus Brasil (2015), o responsável pelo maior número de óbitos registrados no decorrer período de 2009 a 2012, de acordo com Sistema Informação de óbitos (SIM), foram as patologias do aparelho circulatório e acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico foram 164 casos e o infarto agudo do miocárdio 121casos em ambos sexos. O predominante foi o sexo feminino, exclusivamente com idade de 70 anos ou mais, em quanto que o sexo masculino o índice de óbito centraliza entre a idade de 50 a 79 anos.

Em Cariacica (2012) foram contabilizados 2336 óbitos em 2010, umas das maneiras usadas para classificar a relevância é calcular a equivalência de cada grupo. Os cálculos foram feitos sobre os totais dos fatores definidos dos percentuais, isso é, eliminaram-se todas as causas sem exatas definições.

O gráfico aponta a relevância referente às principais patologias dos grupos de moradores de Cariacica/ES (CARIACICA, 2012).

Gráfico 3 – Principais patologias dos moradores de Cariacica.



Fonte: SESA; Elaboração: SEM/GE/PMG citado por Cariacica (2012).

2.11 O ENFERMEIRO E A ASSISTÊNCIA

O Processo de enfermagem, baseado pelos achados de Smeltzer e outros (2008), vai guiar o enfermeiro para realização das suas funções, em ordem, priorizando o bem-estar do paciente, com um atendimento de qualidade e com foco singular. Iniciado pelo histórico, o processo estabelece um vínculo de confiança entre enfermeiro e paciente, determinando as necessidades imediatas e tardias do outro, realiza-se a história minuciosa, destacando os sintomas de dor ou desconforto torácico, dificuldade respiratória, palpitações, fadiga incomum, síncope, sudorese. Os sintomas devem ser avaliados de acordo com o momento, duração, fatores que o precipitam ou aliviam, comparando com os sintomas prévios. É fundamental que durante esse procedimento, sejam preparadas pelo menos duas linhas intravenosas disponíveis para quaisquer intercorrências e necessidade de administração de medicações de emergência.

A partir dos encontrados nas manifestações clínicas, história e informações de avaliação do paciente, são descreve alguns diagnósticos de enfermagem mais comuns, incluindo uma perfusão ineficaz dos tecidos cardiopulmonares referente com o fluxo sanguíneo coronário reduzido a partir do trombo coronário e placa aterosclerótica com grande chance de troca gasosa prejudicada relacionada com a sobrecarga hídrica e potencial para perfusão tissular periférica alterada relacionada com o débito cardíaco diminuído, em razão da disfunção ventricular esquerda;

ansiedade presente relacionado ao medo da morte; além do desconhecido autocuidado após sofrer o IAM (SMELTZER et al., 2008).

O enfermeiro é o responsável por organizar a informação, educar e treinar a equipe a sua volta assim como familiares envolvidos nos cuidados com o paciente, capacitando-se para atuar com competência técnico-científica, de forma ética e humanizada, objetivando à redução do retorno hospitalar, com uma prevenção primária e secundária de qualidade (SAMPAIO; MUSSI, 2009).

É imprescindível que o enfermeiro seja capacitado e habilitado, ao mesmo tempo em que, possam estar preparados para possíveis complicações propensas que o cliente se encontra, como apresentação de um edema agudo de pulmão, insuficiência cardíaca, choque cardiogênico, disritmias e parada cardíaca, derrame pericárdico e tamponamento cardíaco e/ou ruptura miocárdica (SMELTZER et al., 2008).

Mussi, Ferreira e Menezes (2006) afirmam que o sucesso do tratamento do IAM não é dependente da ação imediata e correta do indivíduo e os que o rodeiam frente a um acometimento cardiovascular, mas também a influência de um acolhimento do público de saúde com procedimento materiais, equipamentos e profissionais devidamente competente para seu atendimento.

É interessante que haja uma troca de informação dos enfermeiros para a comunidade envolvida, através de programas que fortifique a educação da população sobre os sinais e sintomas do IAM, ate mesmo entrar em contato com algum telefone de emergência quando ocorrer alguma suspeita; assim como treinar o pessoal especializado, com materiais e equipamentos adequados para atender o paciente ainda dentro das dependências emergenciais móveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Nada mais, nada menos, as principais metas que devemos tentar atingir é aliviar a dor dos sinais e sintomas isquêmicos, prevenir uma possível lesão miocárdica adicional, ausentar uma disfunção respiratória, manter ou obter uma perfusão tissular adequada quando se diminui a carga de trabalho do coração, reduzir a ansiedade, promover a adesão ao programa de autocuidado e reconhecer precocemente outras complicações (SMELTZER et al., 2008).

Em conjunto com a prescrição e cuidados médicos, os cuidados de enfermagem e uma visão diferenciada do enfermeiro para com o paciente é fundamental para um

tratamento adequado; a prioridade é equilibrar a demanda e o uso de oxigênio cardíaco, para isso a administração das medicações prescritas prontamente e a realização dos cuidados durante os procedimentos emergenciais como o PCI minimizam ou previnem lesões permanentes do miocárdio; assim como a oferta de oxigênio em doses baixas para aumentar o nível de oxigênio circulante e o repouso físico no leito com a cabeceira elevada, reduzindo o desconforto respiratório e a dispneia. Outros cuidados podem ser citados como encorajar o paciente a respirar profundamente e a mudar de posição com frequência para impedir que líquido se acumule nas bases dos pulmões; verificar a temperatura cutânea e os pulsos periféricos com frequência garante uma perfusão tissular adequada (SMELTZER et al., 2008).

Bezerra e outros (2011), corroboram que a inserção do enfermeiro frente ao atendimento do paciente após IAM auxiliará para esclarecimento de dúvidas, em vista às suas necessidades, buscando novas expectativas, mantendo participação ativa nos procedimentos no âmbito hospitalar.

Como dito anteriormente é fundamental que exista uma relação de confiança e carinho com o paciente ajudando-o a reduzir a ansiedade e os medos, diminuindo a estimulação simpática e a sobrecarga do coração, que alivia a dor e outros sinais e sintomas de isquemia. Além de atender à família, oferecendo informações em conjunto com o médico, de maneira honesta. Cuidados básicos como um toque carinhoso ao acordá-lo, garantir um ambiente tranquilo, sem interrupções inoportunas do sono, usar o humor e ajudá-lo a rir, ouvir e conversar atentamente SMELTZER et al., 2008).

Os procedimentos do enfermeiro devem oferecer rigorosas avaliações da frequência e ritmo cardíacos, sons cardíacos, pressão arterial, dor torácica, estado respiratório, débito urinário, temperatura e coloração da pele, sensório, alterações do ECG e valores laboratoriais; sempre que houver quaisquer alterações devem ser direcionadas imediatamente ao médico, para então instituir medidas emergenciais necessárias (SMELTZER et al., 2008).

Alguns autores como Tacsi e Vendruscolo (2004), alegam que o enfermeiro quando inserido no setor de emergência deve ser capaz de agir com liderança participativa e compartilhar e/ou delegar funções. Algumas habilidades competem a ele, assim como a comunicação, no relacionamento interpessoal, a tomada de decisão, a

liderança e a competência técnica, para um adequado atendimento ao paciente, sempre direcionado e planejado, livre de quaisquer danos.

Espera-se que o paciente evolua com o seu tempo e necessidade de cuidados, aliviando a angina apresentada, sem sinais de dificuldades respiratórias, com uma perfusão tissular adequada, com ansiedade reduzida, aderido ao programa de reabilitação e autocuidado, e principalmente, ausente de problemas. Sempre referenciando o enfermeiro como participante dos cuidados diretos ao paciente, oferecendo a ele um acolhimento de qualidade e com qualidade de vida posterior (SMELTZER et al., 2008).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o tema qualidade de vida é confirmar, diante de todo texto apresentado, que a doença coronariana é sim multidimensional, podendo afetar características importantes da vida do indivíduo, tanto no modo profissional, familiar e pessoal; assim, é imprescindível que a família, comunidade e equipe envolvida e/ou ao redor no acometimento da doença estejam preparadas para saberem lhe dar atentamente e minimizar os possíveis danos perpétuos ao paciente.

Para que isso aconteça, são envolvidos fatores relacionados a qualidade do acolhimento prestado, com estruturação e treinamento constante da equipe de atendimento, incluindo a enfermagem. O enfermeiro é o elo essencial para buscar, através da sistematização do seu atendimento, as características marcantes e iniciais dos sintomas, planejando o atendimento futuro e melhorando a atenção prestada ao paciente, com qualidade de atendimento e redução de possíveis danos e interrupção da vida cotidiana do ser humano.

Não o bastante, é fundamental que exista uma relação de confiança e carinho entre o enfermeiro e o paciente, ajudando-o a reduzir a ansiedade e os medos, diminuindo a estimulação simpática e a sobrecarga do coração, aliviando a dor e outros sintomas. Essa conexão corrobora no entrosamento entre duas lógicas diferentes, uma: o paciente, com sintomas de dor, inseguro, amedrontado, às vezes sem a família por perto, ou até mesmo após algum procedimento emergencial; a outra, o enfermeiro, com sua lógica voltada para o cientificismo, o cuidado frisado na literatura, envolvido pela segurança do atendimento correto, mas também pelo sentimento de reduzir ao máximo a perda de quaisquer sentimentos do cliente a sua frente, envolvendo-o com atenção e cumplicidade.

Saber o que fazer é ter a certeza de que o outro vai poder confiar no atendimento realizado; passa segurança e a certeza de que tudo o que podia ser feito, foi feito. O paciente busca muito além de uma cura após ser acometido por um infarto, ele busca continuar desfrutando sua vida sem redução da qualidade de vida que antes tinha, sem o sentimento de inutilidade. Cabe então, ao enfermeiro, se colocar no lugar do outro e oferecer a ele esta continuidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F. A. et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante cardíaco: aplicação da escala Whoqol-Bref. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, v. 96, n. 01, p. 60-67, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop12910.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

ALCANTARA, E. C. et al. Avaliação da qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio e sua correlação com o fator de risco hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens.,** São Paulo, v. 14, n. 02, p.118-120, jan. 2007. Disponível em:< http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/13-avaliacao.pdf>. Acesso em: 01 maio 2016.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de Vida.** São Paulo: EACH, 2012. Disponível em:<http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 01 maio 2016.

ALVES, E. F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira Qualidade de vida,** Paraná, v.03, n. 01, p.16-23, jun. 2011. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfmzsAJ/qualidade-vida-consideracoes-sobre-os-indicadores-instrumentos-medida >. Acesso em: 01, mai. 2016.

AMARENCO, P. et al. Atherosclerotic disease of the aortic arch and the risk ofischemic stroke. **Journal of Medicine**, v. 331, p.1474-1490, 1994.

ARAUJO, R.; MARQUES, I. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Revista Brasileira Enfermagem.**; V.60, n. 6, p. 676-80, Brasília, 2007. Disponível em:< www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600011>. Acesso em: 01 maio 2016.

AVEZUM, A. et al. Aspectos epidemiológicos do infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 84, n. 03, p. 93-96, maio. 2005. Disponível em:< http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2972>. Acesso em: 01 maio 2016.

BEZERRA, A. A. et al. A conduta do enfermeiro frente ao paciente infartado. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, Goiânia, v. 01, n. 01, p. 01-10, fev. 2011. Disponível em:< http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/349>. Acesso em: 01 maio 2016.

BRAUNWALD, E. **Atlas de doenças cardiovasculares**. Porto Alegre: Artmed, 1998

BRAUNWALD, E. The open-artery theory is alive and well again. **N Engl. J. Med.**, v. 329, n. 22, p. 1650-1652, nov.1993.

BRETT, S. E.; RITTER, J. M.; CHOWIENCZYK,P. J**.** Diastolic blood pressure changes during exercise positively correlate with serum cholesterol and insulin resistance. **Circulation,** v.101, p. 611-615, fev. 2000.

BOERSMA, E. et al. Acute myocardial infarction. **Lancet**, v. 361, n. 9360, p. 847-858, mar. 2003.

BIFULCO, V. A; IOCHIDAL, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Revista brasileira de educação médica**, São Paulo, v. 33, n. 01, p. 92-100, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/13.pdf>. Acesso em: 01 fevereiro 2016.

BULLINGER, M.; ANDERSON, R.; CELLA, D. Developing anda evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual. Life Res**., v. 02, n. 6, p. 451-459, dez. 1993.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem,** São Paulo, v. 11, n. 01, p. 30-37, mar. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a04.pdf >. Acesso em: 01 maio 2016.

CARIACICA. Agenda Cariacica: planejamento sustentável da cidade 2010-2030. 2012. Disponível em: < http://www.cariacica.es.gov.br/wp-content/uploads/2014/05/Agenda_Saude.pdf>. Acesso em: 01 maio 2016.

CASTRO, I. et al. Reabilitação após infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 64, n. 03, p. 289-296, 1995. Disponível em:< http://publicacoes.cardiol.br/consenso/1995/6403/64030023.pdf>. Acesso em: 01, mai, 2016.

CASTRO, M. R. P.; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **J. Bras.Pneumol**., São Paulo, v. 36, n. 01, p. 67-74, jan./ fev. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000100012&lng=pt> . Acesso em: 01 maio 2016.

CAMPOS, W. et al . Atividade física, consumo de lipídios e fatores de risco para aterosclerose em adolescentes. **Arq. Bras. Cardiol**., São Paulo, v. 94, n. 05, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000500005> . Acesso em: 01 maio 2016.

CARDIOSITE.doença arterial coronariana, (2004). Disponível em:< http://www2.unifesp.br/denf/NIEn/CARDIOSITE/sindromes.htm>. Acesso em: 01 maio 2016.

CATETERISMO cardíaco e o papel do enfermeiro (2012). Disponível em: http://www.hci.med.br/ver-artigo/32/cateterismo-cardiaco-e-o-papel-do-enfermeiro>.Acesso em: 18, mar., 2016.

CHATKIN.R.;CHATKIN,M. Tabagismo e ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação. **J Bras Pneumol**, Rio Grande do Sul, v.33, n. 6, p.712-719, agos. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n6/v33n6a16.pdf>. Acessado em 01 de junho 2016.

CHINN, S. et al. Smoking cessation, lungfunction, and weight gain: a follow-up study**.** **Lancet**, v. 365, n. 9471, p.1629-1635, mai, 2005.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumat.**, v. 39, n. 03, p. 143-150, mai./jun. 1999. Disponível em:< http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf>. Acesso em: 01, mai, 2016.

CONVERTINO, V. et al. Cardiovascular responses to exercise in middle-aged men after 10 days of bedrest. **Circulation**, v. 65, n. i p. 134-140, jan.1982.

DAY, H.; JANKEY, S.G. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation**: conceptual approaches, issues and applications. Thousand Oaks: Sage, 1996.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino-am. Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 04, p. 532-538, jul. 2003. Disponível em:< http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1798/1845>. Acesso em: 01 maio 2016.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar comunicacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 09, n. 01, p. 07-14, 2004. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819>. Acesso em: 01 maio 2016.

DEWOOD, M. A. et al. Prevalence of total coronary occlusion during the early hours of transmural myocardial infarction. **N. Engl. J. Med.,** v. 303, n. 16, p. 897-902, out.1980.

DOENGES, M. E. **Diagnósticos de enfermagem**: Intervenções, prioridades, Fundamentos. Revisão técnica Sônia Regina de Souza. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ESCOSTEGUY.C. et al. Infarto agudo do miocárdio: perfil clínico-epidemiológico e fatores associados ao óbito hospitalar no município do Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro: v. 80, n. 6, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/abc/v80n6/16043.pdf> .Acesso em: 01, maio, 2016.

ELLIS, S.G. et al. Present status of rescue coronary angioplasty: current polarization of opinion and randomized trials. **J. Am. Coll. Cardiol**.,v. 19, n. 03, p. 681-686, março, 1992.

FAVARATO, D.; LUZ, P. L. Hipertensão e aterosclerose: Aspectos fisiopatológicos. São Paulo: **Hipertensão**, v. 06, n. 04, 2004. Disponível em:< http://www.sbh.org.br/revistas/2003_N4_V6/Revista4Hipertensao2003.pdf>. Acesso em: 01, maio, 2016.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of Life Index: development and psychometric properties. **Adv.Nurs.Sci**.,v. 08, n. 01, p. 15-24, 1985.

FERRANS, C. E. Development of a conceptual model of quality of life. **Schol Inquiry NursPract**., v. 10, n. 03, p. 293-304, 1996.

FIGUEIREDO, R. M.; et al. Caracterização da produção do Conhecimento sobre sistematização Da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**. Vol. 40, n. 2, p. 299-303, 2006. Disponível em: < http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/253.pdf>. Acesso em: 01, maio, 2016.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 05, n. 01, p.33-38, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 maio 2016.

FLETCHER, G. F. et al. Exercise standards: a statement for health professionals from the American Heart Association. **Circulation**, n. 82, p. 2286-322, 1990.

FOX-RUSHBY, J.; PARKER, M. Culture and the measurement of health related quality of life. **Rev Europ. Psychol Appliquée**, v. 45, p. 257- 263, 1995.

FUSTER, V. Mechanisms leading to myocardial infartion: insights from studies of vascular biology. **Circulation**, v. 90, p.2126-2146, 1994. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7718033>. Acesso em: 01, maio, 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em:< https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 01, maio, 2016.

GOIS, C. F. L. **Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão e senso de coerência de pacientes, antes e seis meses após revascularização do miocárdio.** 2009. 94 f. Tese (Doutorado Enfermagem em fundamentos) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../ pd>. Acesso em: 01 maio 2016.

GOTTLIEB, M. G. V.; BONARDI G, M. E. H. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. **Sciencia Medica,** v. 15, n. 03, p. 203-202, 2005. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1568/1171>. Acesso em: 01, maio, 2016.

GRINES, C.L.; SERRUYS, P.; O'NEILL, W. W. *Fibrinolytic therapy: is it a treatment of the past?* ***Circulation***,v. 107, n. 20, p. 2538-2542, maio, 2003.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevie, 2011.

HACKAM, G. D.; ANAND, S. S. *Emerging risk factors for atherosclerotic vascular disease: a critical review ofthe evidence*. **JAMA**, v. 290, p. 932-940, 2003.

HCI, hemodinâmica cardíaca invasiva (2007). Disponível em: http://www.hci.med.br/ver-artigo/32/cateterismo-cardiaco-e-o-papel-do-enfermeiro>. Acessado em 01 de junho 2016

INTERHEART. Effect off potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. **The Lancet**, v. 84, n. 11, p. 199-201, 2004.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

KAMEL, D.; KAMEL, J. G. N. **Como prevenir o infarto do miocárdio**. Rio de Janeiro: Ed. Sprint, 1996.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. da. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. esp., p. 1098-1104, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a14v43ns.pdf> Acesso em: 24 abril 2016.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran Patologia**: Bases Patológicas das Doenças.7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida**. Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.49, n.4, p.349-66, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000400021>. Acesso em: 24 abril 2016.

LEVINE, S. A.; LOWN, B. *"Armchair" treatment of acute coronary thrombosis.* ***Circulation***, n. 149, p. 1365-1369, 1952

MADSEN, J.K. et al.Danish multicenter randomized study of invasive versus conservative treatment in patients with inducible ischemia after thrombolysis in acutemyocardial infarction (DANAMI) - DANish trial in Acute Myocardial Infarction.***Circulation***, v. 96, n. 03, p. 748-755, ago.1997.

MANSUR, P. H. G., et al. Análises de registros eletrocardiográficos associados ao infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, n. 02, p. 106-114, ago. 2006.

MANZO, A. J. **Manual para la preparación de monografías**: una guía para presentear informes y tesis. Buenos Aires: Humanistas, 1971.

MARKS, D. et al. A review on the diagnosis, natural history, and treatment of familial hypercholesterolaemia. ***Atherosclerosis***, v. 168, n. 01, p. 01-14, 2003.

MIGUELETTO, B. et al. **O cateterismo cardíaco**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia Intervencionista, 2014. Disponível em: <http://sbhci.org.br/publico-leigo/o-cateterismo-cardiaco/>. Acesso em: 18 mar. 2016.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p-7-18, jul. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf >.Acesso em: 24 abril 2016.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arq. Bras**. São Paulo, v. 43, n. 03, p. 186- 194, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000300004>.Acesso em: 24 abril 2016.

MUSSI, F. C.; FERREIRA, S. L.; MENEZES, A. A. de. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm. USP,** São Paulo, v. 40, n. 02, p. 170-178, 2006. . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200004 pdf >.Acesso em: 24 abril 2016.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3. Ed. Londrina:Paraná, 2003.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NAVES, M. V. **Caminhar ou correr pra quê?** Os motivos pelos quais as pessoas caminham ou correm na pista do Horto Florestal de Goiânia. Universidade Federal de Goiás, 2008.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde:** como se prevenir de doenças na terceira idade usando exercícios físicos como medicamentos. São Paulo: Manole, São Paulo, 1999.

NISHIMURA, A. Z. F. C.; SPERS, E. E.; GIULIANI, A. C. **Produção bibliográfica da qualidade de vida no trabalho.** 2008. 281f. Dissertação, (Mestrado profissional em Administração) – Faculdade de Gestão e Negócios, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2008.

OLIVEIRA JÚNIOR, M.T.; DEL CARLO, C.H. Tratamento medicamentoso da insuficiência cardíaca crônica. **Reblampa**, v. 19, n.1, p. 53-60, 2006.

OLESON, M. Subjectively perceived quality of life. **IMAGE J. Nurs. School**, v. 22, n. 03, p. 187-190, 1990.

SALOMÃO, V. .ovigillante. 2010. Disponível em:< https://ovigillante.wordpress.com/2010/04/09/estilo-de-vida-x-doenas-do-corao-2/> . Acesso em: 01 março 2016.

PEDROSO, B. **Desenvolvimento do TQWL-42**: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Instrumentos de avaliação –Universidade Tecnológica do Paraná, Ponta Grossa, 2010. Disponível em:< http://www.pg.utfpr.edu.br/ppgep/dissertacoes/diss_2010/DissertaBruno.pdf>. Acesso em: 01 março 2016.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte,** São Paulo, v.26, n.02, p.241-250, abr./jun. 2012. Disponível em: < www.revistas.usp.br/rbefe/article/download/45895/49498>. Acesso em: 01 maio 2016.

PESARO, A. E. P.; SERRANO JÚNIOR, C. V.; NICOLAS, J. C. Infarto Agudo do Miocárdio – Síndrome coronariana aguda com supra desnível do segmento ST. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 02, p. 214-20, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20786.pdf >. Acesso em: 01 maio 2016.

PIEGAS, L. S. et al. III diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arq.Bras.Cardiol.**, v. 83, n. IV supl., p. 01-86, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004002200001>. Acesso em: 01 maio 2016.

POTTER P. A.; PERRY; A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2004.

QUEIROZ, D et.al. Adesão de pacientes com síndrome da apneia obstrutiva do sono à pressão positiva contínua em via aérea em um serviço público. **Braz. j. otorhinolaryngol.** São Paulo. v.80 n.2, Mar./Apr. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942014000200126>. Acesso em: 01 maio 2016.

REABILITAÇAO, tecnologia em ciencias e qualidade de vida.(2012). Disponível em:< https://fisioterapiapersonalizada.wordpress.com/2012/08/04/teste-ergometrico/ >. Acesso em: 01 maio 2016.

SAMPAIO, E. S.; MUSSI, F. C. Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 03, p. 442-446, jul./set., 2009.

SANTOS, R. D. et al.Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar (HF).**Arq. Bras. Cardiol**.,v. 99, n. supl., p. 01-28, 2012.

SCHIMIDT, D. RC. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidade de blocos cirúrgicos .2004. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2004. Disponível em:< www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-23062005.../SCHMIDT_DRC.pdf>. Acesso em: 01 maio 2016.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Qualidade de vida no trabalho: avaliação da produção científica na enfermagem brasileira. **Acta Paul. Enferm**., São Paulo, v. 21, n. 2, p. 330-337, 2008. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a16v21n2.pdf>. Acesso em: 01 maio 2016.

SERRANO JUNIOR, Carlos V, **Tratado de Cardiologia**: SOCESP. 2 ed. Barueri SP: Manole, 2009. 2 v.

SILVA, M. A. D.; SOUZA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 05, nov.1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998001100005&lng=pt >. Acesso em: 01 maio 2016.

SILVÉRIO, C. D.; DANTAS, R. A. S.; CARVALHO, A. R. S. Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas, segundo o sexo. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. 02, p. 407-414, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998001100005&lng=pt >. Acesso em: 01 maio 2016.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner&Suddarth -**Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 2.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras.Cardiol**., v. 95, n. supl., p. 01-51, 2010. Disponível em:<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.p> . Acesso em: 01 maio 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa**: o que é e como fazer. Einstein, v.8, n.1Pt 1, p 102-6. 2010. Disponível em: http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf>. Acesso em: 01 maio 2016.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S. A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 03, p. 477-484, mai./jun. 2004.

TAKIUTI et.al.. Aplicação de questionário de qualidade de vida na doença arterial coronariana. **RBM**, v.70, n.6, p.226, jun. 2013. Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5406>. Acesso em: 01 maio 2016.

VAN, W. F. de.et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation - The Task Force on the Management ofAcute: Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. **Eur Heart J.**, v. 24, n. 01, p. 28-66, jan. 2003
.
VILELA, M. L. A. Anatômia e fisiologia humana. (2002) Disponível em:< http://www.afh.bio.br/cardio/cardio4.asp>. Acesso em: 01 maio 2016.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Leicester, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K >. Acesso em: 01 maio 2016.

WHO (World Health Organization). **Obesity**: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO. 1998. Disponível em:< http://www.efdeportes.com/efd144/indice-de-massa-corporal-e-percentual-de-gordura-corporal.ht>. Acesso em: 01 maio 2016.

.