

Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. 8:2 (2015)

June 2015

Article link:

<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=168>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES.



Os sentimentos vivenciados por pacientes frente ao primeiro evento de infarto do miocárdio

Feelings experienced by patients faced with a first event of myocardial infarction

D. C. S. S. Oliveira¹ & M. T. S. L. Botelho¹

¹ Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Sinop

*Author for correspondence: profmicneias@gmail.com

Resumo. Atualmente as doenças circulatórias são as que mais matam pessoas no Brasil e no mundo. Após o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio o paciente se vê diante de uma nova e assustadora rotina, fato que se constitui fonte de sentimentos diversos e ambíguos. Neste contexto a enfermagem tem papel primordial de proporcionar o cuidado adequado a estes pacientes. O presente trabalho objetivou analisar os sentimentos vivenciados por pacientes internados em uma unidade de clínica médica frente ao primeiro evento de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 7 pacientes internados por ocasião do diagnóstico do primeiro IAM em uma unidade da clínica médica de um hospital público do município de Sinop. Os dados foram coletados através de entrevista norteada por um roteiro semiestruturado. A análise se deu por meio da técnica de análise de conteúdo temática. O estudo respeitou os preceitos éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução nº 466/2012. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado através do Parecer nº 632.272. As categorias elencadas a partir das falas foram: a) expectativa de melhora e adoção de medidas de promoção à saúde; b) sentimentos negativos pós IAM. Diante do exposto, concluímos que, embora os sujeitos tenham apresentados sentimentos positivos e negativos ante ao evento, o impacto do IAM para a vida dos pacientes deve ser considerado de igual modo pela equipe de saúde, principalmente pelo profissional uma vez tais sentimentos são fontes geradoras de angústias e estresse.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio, Enfermagem, Sentimento.

Abstract. Currently circulatory diseases are the first cause of death in Brazil and worldwide. After the diagnosis of Acute Myocardial Infarction the patient is faced with a new and daunting routine, a fact that constitutes a source of different and ambiguous feelings. In this context nursing has a fundamental role of providing adequate care to these patients. This study aimed at analyzing the feelings experienced by inpatients in a medical treatment unit when faced with Acute Myocardial Infarction (AMI) for the first time. This is an exploratory, descriptive study, with a qualitative approach. Seven inpatients participated in the study at diagnosis of first AMI in a medical treatment unit at a public hospital in the municipality of Sinop. Data were collected through semi-structured interviews. The analysis was carried out through the thematic content analysis technique. The study complied with the ethic principles governing research involving human subjects, under Resolution no. 466/2012. The project was submitted to the Research Ethic Committee and approved by Decision 632.272. The categories listed from the accounts were: a) expectation of improvement and adoption of measures to promote health; b) negative feelings after AMI. Given the above, we concluded that, although the subjects presented positive and negative feelings towards the event, the impact of AMI on patients' lives must be considered likewise by the health team, especially by the professional since these feelings are generators of anguish and stress.

Keywords: Myocardial Infarction, Nursing, Feeling.

Introdução

Atualmente as doenças circulatórias são as que mais matam pessoas no Brasil e no mundo. No ano de 2007, as doenças do aparelho circulatório causaram 308.466 óbitos no Brasil,

permanecendo como a primeira causa de morte. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi responsável por 71.997 desses óbitos, o que fez com que as doenças cardiovasculares, se tornassem um grande problema de saúde pública em nosso país (BRASIL, 2010). Estima-se que para o ano 2020, 40% dos

óbitos estarão relacionados a essas doenças e o IAM será a principal causa isolada (SOARES *et al.*, 2009).

Segundo Colombo e Aguillar (1997, p. 69):

A alta incidência da doença arterial coronária (DAC) em nosso meio está, em parte, relacionada ao fato de encontrarmos em nossa população um estilo de vida que propicia o desenvolvimento dos fatores de risco que, já comprovadamente, contribuem para o aumento do número de indivíduos acometidos por essa doença.

O IAM é uma patologia decorrente da obstrução em artérias coronarianas, levando a uma interrupção do fluxo sanguíneo nas regiões adjacentes ao bloqueio, ocasionando um processo de isquemia e necrose no tecido miocárdico atingido. A característica da isquemia é o desequilíbrio entre a demanda e oferta de oxigênio no tecido cardíaco, causada pela redução do fluxo sanguíneo e do suprimento de oxigênio, que pode ser decorrente da diminuição do lúmen arterial, agregação plaquetária ou formação de trombos (GANZ; GANZ, 2003).

Segundo Robbins (2000) em circunstâncias normais, o coração bombeia o sangue, e este circula, através de veias e artérias, por todo o corpo irrigando os tecidos, inclusive o coração. Quando acontece o IAM, ocorre uma interrupção ou diminuição no fluxo sanguíneo do coração, o que leva a redução da quantidade de oxigênio que chega ao miocárdio. Quando não há suprimento suficiente de oxigênio, ocorre a lesão da musculatura e, dependendo da duração dessa interrupção sanguínea, parte do coração acaba perdendo sua função. A consequência da obstrução da artéria coronariana é a ausência de suprimento sanguíneo, essencial para o miocárdio, isso induz a consequências morfológicas, bioquímicas e funcionais, resultando em isquemia e potencialmente morte celular.

Podemos classificar os fatores de risco em não-modificáveis, ou seja, aqueles que o indivíduo não tem controle, e os modificáveis, aqueles que o indivíduo pode controlar. Entre os não-modificáveis encontram-se: antecedentes familiares, aumento da idade, sexo e raça. Dentre os modificáveis estão: hiperlipidemia, tabagismo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), sedentarismo, obesidade e estresse. Esses fatores podem causar a aterosclerose, uma das principais causas do IAM (SMELTZER; BARE, 2011).

A aterosclerose consiste em um acúmulo de substâncias lipídicas e tecido fibroso na parede vascular, o que leva a uma resposta inflamatória, através da qual os linfócitos T e monócitos se infiltram na camada íntima do vaso a fim de ingerir o material lipídico, todo o processo leva a morte dessas células e isso faz com que as células musculares lisas formem uma capa fibrosa para envolver o núcleo de elementos mortos. Esses depósitos são chamados de ateromas ou placas que estreitam o lúmen arterial e podem deslocar-se levando a oclusão de um vaso (SMELTZER; BARE, 2011).

O IAM pode acontecer em qualquer idade, porém sua frequência é elevada com o envelhecimento e a presença de fatores de risco que causam aterosclerose. Aproximadamente 10% dos IAM ocorre em indivíduos com menos de 40 anos, e cerca de 45% ocorre em indivíduos com menos de 65 anos. Homens possuem um risco maior de sofrer um IAM do que as mulheres, elas são protegidas contra essa patologia durante o período reprodutivo devido à produção de estrogênio. Porém, com a diminuição de estrogênio após a menopausa pode ocorrer um rápido desenvolvimento da DAC (ROBBINS; COTRAN, 2010).

Para Araújo e Marques (2007) os sintomas do IAM são: dor ou forte pressão no peito, algia precordial refletindo nos ombros, braço esquerdo, pescoço e maxila, dor abdominal, suor, palidez, dispnéia, perda temporária da consciência, náuseas, vômitos e sensação de morte iminente. Outros autores reiteram, quando afirmam que os pacientes que sofrem um IAM podem apresentar dor torácica súbita e contínua, mesmo em repouso e medicado, falta de ar, indigestão, náuseas, ansiedade, pele fria, pálida e úmida, taquipnéia e taquicardia (SMELTZER; BARE, 2011).

Os mesmos autores supracitados colocam ainda que, o diagnóstico de IAM baseia-se em um tripé: primeiro é realizada a anamnese do paciente, incluindo levantamento da história atual, histórico de doenças pregressas e histórico da saúde familiar e o fornecimento de dados subjetivos. Em seguida é realizado um Eletrocardiograma (ECG) que proporciona informações sobre a localização, tamanho e formas das ondas através do registro gráfico da atividade elétrica do coração que mostram a despolarização (quando ocorre à contração cardíaca) e a repolarização (quando ocorre o relaxamento cardíaco). Por último são realizados estudos enzimáticos seriados, que incluem a Creatinofosfoquinase (CPK), que

desempenha um importante papel regulador no metabolismo dos tecidos contráteis e está presente principalmente nos músculos, tecido cardíaco e no cérebro, e a Desidrogenase Láctica (LDH) que é uma enzima intracelular encontrada principalmente no coração, fígado, músculos esqueléticos e eritrócitos, ela é liberada após danos ao tecido.

As complicações após um IAM incluem: disfunção contrátil, arritmias, ruptura do miocárdio, pericardite, infarto de ventrículo direito, extensão da área de infarto, trombo mural, aneurisma ventricular, disfunção dos músculos papilares e insuficiência cardíaca tardia (ROBBINS; COTRAN, 2010).

O prognóstico de IAM em longo prazo depende de vários fatores. O risco de morte no primeiro ano é de aproximadamente 30%, daí em diante, há um risco de morte de 3% a 4% a cada ano que passa para os sobreviventes. A prevenção secundária do IAM deve ser feita pelo controle dos fatores de risco em sujeitos que nunca foram acometidos pela patologia e a prevenção de um reinfarcto nos sujeitos que se recuperam, são estratégias essenciais (ROBBINS; COTRAN, 2010).

Como se observa, são inúmeras as literaturas que debatem acerca da patologia, e de fato muito se alterca acerca das complicações biológicas decorrente do IAM, no entanto, nossa análise principal recai sobre outro aspecto de igual relevância, tanto para os pacientes que foram acometidos por tal morbidade, quanto para a equipe de enfermagem que assume o cuidado a este paciente.

É imprescindível colocarmos que, após o diagnóstico de IAM o paciente se vê diante de uma nova e assustadora rotina. Conforme Oliveira e Santoro (2004), a presença da equipe de enfermagem torna-se fundamental nesse momento, sua permanência junto ao paciente possibilita a identificação de fatores biopsicossocioespirituais¹ que interferem no momento de recuperação.

Segundo Mussi apud Sousa e Oliveira (2005 p.72):

Além das alterações físicas que acompanham o paciente acometido por um IAM, existem alterações que permeiam o âmbito pessoal. A ocorrência do infarto traz uma abrupta modificação na vida das pessoas. Assim, um indivíduo que estava envolvido com a rotina

da vida diária, trabalhando, relacionando-se, engajado socialmente, defronta-se, de repente, com uma série de partes do seu corpo em mau funcionamento, e instalado em um ambiente estranho, afastado do convívio familiar.

Em relação a adoecer do coração, Svartman (1994), refere que a cardiopatia causa a intensificação da angustia da morte para o paciente, pois o coração representa o motor da vida. De acordo com Santos e Araújo (2003 p. 743):

Por desconhecer o significado que o infarto do miocárdio tem para aqueles que são acometidos, o enfermeiro planeja e implementa ações que, muitas vezes, não alcançam objetivos desejados. Essas ações acabam dirigidas para os aspectos fisiopatológicos do quadro e não para a pessoa como um todo.

A experiência do IAM é diferente para cada indivíduo, pois há muitas variações culturais, sociais e psicológicas entre os indivíduos. Portanto, conhecer os sentimentos gerados por esse acontecimento possibilita a atuação da enfermagem, que objetiva, melhor atender as necessidades e contribuir com a recuperação do paciente. É necessário que o enfermeiro desenvolva atividades individualizadas, buscando atender suas especificidades em face do acontecimento da doença cardíaca.

A busca do atendimento holístico e direcionado a realidade vivenciada pelo indivíduo, constitui-se um desafio para a equipe de enfermagem. Para tanto o presente trabalho intentou analisar os sentimentos vivenciados por pacientes internados em uma unidade de clínica médica frente ao primeiro evento de IAM.

Métodos

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. Segundo Minayo (2010) a pesquisa qualitativa responde a questões que não são possíveis de serem quantificadas, trabalha com sentimentos, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, com aquilo que não pode ser reduzido a operacionalização de variáveis.

O estudo foi realizado em um hospital público da cidade de Sinop. Participaram da pesquisa 7 pacientes que se encontravam

¹ O termo refere-se ao ser humano em todas as suas dimensões (KESTENBERG et al., 2006). Outros autores advogam que “nessa perspectiva, cada um deve ser compreendido e aceito como ser único e integral e, portanto com necessidades e expectativas particulares” (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003, p. 163).

internados na unidade da clínica médica, por ocasião do diagnóstico do primeiro IAM. O presente local foi escolhido por apresentar frequentemente, um expressivo número de internações de pacientes infartados, sendo que, na maioria das vezes, tais pacientes permanecem internados por longos períodos a espera de procedimentos cirúrgicos para revascularização cardíaca.

Os critérios de inclusão estabelecidos para composição da amostra foram: a) pacientes com idade superior a 18 anos; b) estar em seu primeiro episódio de IAM; c) capazes de estabelecer diálogo coerente com a pesquisadora; d) que aceitaram participar da pesquisa após leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados optamos pela entrevista, utilizando um roteiro semiestruturado. Todas as entrevistas foram gravadas mediante consentimento dos pacientes e posteriormente transcritas. Em seguida, efetuamos a textualização, findo esse processo, procedemos à análise e a sistematização dos dados, tendo como foco as percepções dos sujeitos entrevistados.

Os dados qualitativos foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo uma vez que esta abordagem é comumente utilizada para investigações de cunho qualitativo e dentre as técnicas optamos pela análise temática. Minayo (2010, p. 209) refere que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. A análise temática compõe-se de três fases: 1) *Pré-Análise*; 2) *Exploração do Material*; 3) *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*.

Princípios Éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com os regulamentos éticos determinados pelo Ministério da Saúde (MS) propostos pela Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012).

Inicialmente solicitamos a permissão para realização da pesquisa, junto ao Conselho de Ética em Pesquisa do referido hospital, através do envio do projeto de pesquisa e ofício de solicitação para realização da pesquisa. Obtivemos a aprovação através do representante legal deste órgão. Posteriormente o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do

Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) sob o parecer consubstanciado de nº 632.272.

Resultados e discussão

Nesta seção intentamos levantar as percepções dos indivíduos frente ao acontecimento do IAM. Sempre que possível e relevante, no decorrer do texto destacamos alguns dos depoimentos dos entrevistados que de alguma forma convergiam e conflitavam entre si.

Os dados coletados foram organizados, analisados e agrupados em categorias temáticas de acordo com a presença e frequência das falas dos sujeitos entrevistados. Assim, após selecionarmos e codificarmos as frases registradas durante as entrevistas, levantamos dois temas geradores que seguem: a) *Expectativa de melhora e adoção de medidas de promoção à saúde*; e b) *Sentimentos negativos pós IAM*, que se encontram descritos a seguir. Vamos a eles!

Apesar do sofrimento e estresse gerados pela patologia, é possível vislumbrar na categoria expectativa de melhora e adoção de medidas de promoção à saúde, sentimentos de esperança, de uma saúde melhor no futuro a partir da perspectiva do autocuidado. Constatamos que, após o evento do IAM, alguns pacientes se conscientizaram, ainda que minimamente, sobre a necessidade premente de mudança dos hábitos e a adoção de medidas de promoção à saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida, bem como prevenir um novo evento de IAM. É notório que o episódio – IAM –, para os pacientes é considerado como um “*alerta*”, uma “*lição de vida*”, uma “*segunda chance para poderem cuidar da saúde*”. Não obstante a isto, os pacientes assumem a responsabilidade dessa melhora, conforme os relatos:

“Vai melhorar se Deus quiser, vai melhorar, depende de mim também, eu sei que eu preciso me cuidar mais” (Paciente 1);

“Eu acho assim, vai depender um pouco da gente, vai depender um pouco de mim, preciso me cuidar mais” (Paciente 5).

“Creio que vou tomar um pouquinho mais de precaução sobre as comidas que como, sobre as extravagancias que faço. Acho que daqui pra frente vai ser bom, vou me cuidar” (Paciente 2)

“Se eu fizer direito a dieta daí a minha saúde vai melhorar, vou caprichar, eu vou me cuidar daqui pra frente!” (Paciente 4).

“Pois é, se não tratar agora no futuro só Deus saberá o que vai acontecer comigo, vou me cuidar” (Paciente 7).

Um aspecto observado e de igual relevância, versa sobre a necessidade de vivência de um momento adverso, para que os indivíduos começassem a olhar para os aspectos que envolvem a saúde. O fato observado diz respeito aos tratamentos de patologias pregressas. Observamos que apesar dos pacientes já terem sido diagnosticados com patologias de base como a HAS e DM, eles não realizavam o tratamento, negligenciando esse autocuidado com a saúde e após a ocorrência do IAM, esse cuidado foi repensado, visto como necessário para a recuperação da saúde.

Sousa e Oliveira (2005), em uma pesquisa que objetivou compreender a vivência de pacientes infartados, detectaram que os sentimentos positivos vivenciados pelos pacientes se apresentam como compensatórios diante da possibilidade concreta de morte iminente. Uma parte dos pacientes assume uma postura positiva diante da vida na busca de reaver a estabilidade psicológica, fato que, segundo as autoras influencia diretamente na recuperação do indivíduo.

Em contrapartida, a categoria “Sentimentos Negativos pós IAM”, trouxe um cenário bem distinto do delineado até o presente momento. Alguns expressaram o medo de perder sua vida, preocupações em relação ao trabalho (implicações negativas da ausência) por estarem internados e o distanciamento do convívio familiar. A possibilidade de perder a própria vida gerou o sentimento de medo, angústia e impotência frente ao acontecimento, como constatamos nas falas dos sujeitos:

“Depois que passou a dor e eu recebi o diagnóstico, o sentimento que eu tive foi ruim e não sabia nem o que eu ia fazer” (Paciente 1);

“O sentimento não era legal, uma angústia e um medo de morrer que não se explica” (Paciente 3);

“Eu tive muito medo de morrer” (Paciente 4);

“Não foi bom não, o sentimento não foi bom não, foi horrível” (Paciente 5);

“Dá uma sensação muito ruim, Deus me livre, a gente acha que vai morrer, falta o ar da gente quase sempre” (Paciente 7).

O IAM está relacionado a sofrimento e dor física, além do quê, ocorre de forma súbita, isso desencadeia perturbações, ansiedades, medos, como podemos observar nas falas anteriores.

Esses sentimentos foram encontrados em pesquisas similares realizadas por Sousa e Oliveira (2005). Os autores descrevem o IAM como uma doença que lembra a morte, portanto, uma doença trágica geradora de sentimentos negativos. Santos e Araújo (2003) também encontraram resultados semelhantes, descreveram o IAM como uma doença que abala a vida dos pacientes, causando desordem psíquica e emocional. Quanto ao trabalho percebe-se que o sentimento majoritário é a preocupação em perder seu sustento, devido ao tempo prolongado de internação, como observamos nos relatos a seguir:

“Agora para trabalhar vou ter que pegar só serviço mais leve [...] por que não tem mais jeito de trabalhar no pesado” (Paciente 1);

“Tenho preocupação com o trabalho, porque a gente não sabe até que ponto um patrão pode tolerar a gente aqui no hospital internado” (Paciente 2).

“A gente é pobre e vive do que a gente trabalha. Hoje eu não recebo nada, não trabalho, tenho que esperar a cirurgia e fico só esperando ajuda dos outros, isso não é bom, traz uma sensação horrível” (Paciente 3).

De acordo com Smeltzer e Bare (2011), problemas como a ruptura das atividades de diárias, no trabalho e falta de suporte financeiro podem causar ansiedade nesses pacientes. Essas preocupações foram predominantes em indivíduos do sexo masculino, o que sugere que o papel de provedor assumido por esses homens, está comprometido uma vez que, a patologia os impede de levar a provisão para suas famílias nesse momento.

Além disso, também destacamos sentimentos gerados pela ausência do convívio familiar, como podemos verificar nas falas:

“A gente se preocupa com os filhos, mesmo que são todos casados, mas mãe é mãe, qual é a mãe que não se preocupa por causa de seus filhos? Ficar aqui gera angústia pra mim” (Paciente 6);

“A gente se preocupa com os filhos, porque fica um para um lado e o outro vai para outro canto, a família fica distante e isto causa tristeza na gente.” (Paciente 7).

Como se percebe nas falas, a internação hospitalar acarreta o distanciamento familiar, uma vez que estes pacientes ficam internados por longos períodos, aguardando cirurgia e/ou estabilização do quadro (SOUSA; OLIVEIRA, 2005). Associado a isto, tais pacientes, bem como seus familiares, precisam acatar as normas da instituição, o que limita o contato a horários restritos do dia, limitando a convivência familiar restrita, causando ainda mais sofrimento emocional conforme comprovamos através das falas.

Conclusão

Ficou claro no presente estudo a ambiguidade de sentimentos vivenciados pelos pacientes infartados. A perspectiva de melhora, seguida de sentimentos negativos relatados pelos pacientes, precisam ser analisados e levados em consideração no momento do planejamento do cuidado de enfermagem destinado a estes pacientes.

O leque de possibilidade que este paciente enfrenta desde o momento do infarto até o seu retorno as atividades diárias podem determinar a recuperação deste. Sabe-se que a vivência e os sentimentos de cada pessoa são únicos e distintos, uma vez que as necessidades, os referenciais de vida e a representação da patologia se diferem entre os sujeitos, no que tange ao seu significado.

É consensual que, embora os sujeitos tenham apresentados sentimentos positivos e negativos ante ao evento, o impacto do IAM para a vida dos pacientes deve ser considerado de igual modo pela equipe de saúde, principalmente pelo profissional enfermeiro, uma vez tais sentimentos são fontes geradoras de angústias e estresse.

O impacto psicológico que o evento traz a vida do indivíduo pode interferir diretamente com a recuperação física, para tanto é essencial que o enfermeiro lance o olhar reflexivo para os sentimentos vivenciados por estes pacientes a fim de que o cuidado seja holístico.

Consideramos ainda que, embora o estudo tenha sido realizado com uma pequena amostra, deva haver uma continuidade nas investigações, no intuito de identificarmos o melhor cuidado a ser prestados a estes pacientes. De igual modo, detectamos a necessidade da implementação do plano de cuidados específico para esses pacientes, pois isso pode gerar consequências positivas não apenas na clientela acometida por essa patologia, como também em suas famílias.

Este trabalho pode vir a ser o início de um estudo de validação por meio da prática clínica, ou, ainda, constituir subsídio para os enfermeiros no cuidado de pacientes infartados. É fundamental desenvolver pesquisas relacionadas à identificação dos sentimentos dos pacientes que vivenciam uma morbidade com o objetivo de direcioná-las à resolução dos problemas desses pacientes.

Referencias

ARAUJO, R. D.; MARQUES, I. R. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.60, n. 6, p. 676680, mar. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS. Dispõe Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.

COLOMBO, R.C.R.; AGUILLAR, O.M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, abr. 1997.

GANZ, P., GANZ, W. Fluxo sanguíneo coronário e isquemia miocárdia. In: BRAUNWALD, E; ZIPES, D. P.; LIBBY, P. **Tratado de medicina cardiovascular**. 6. ed. São Paulo: Roca, 2003. p. 1118-1144.

KESTENBERG, C. C. F. et al. Cuidando do estudante e ensinando relações de cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, n. 15, p. 193-200, 2006.

MATSUDA, L. M.; SILVA, N.; TISOLIN, A. M. **ActaScientiarum.Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 163-170, 2003.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa. 12.ed.- São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, C. H, SANTORO D. C. Conduta da equipe de enfermagem diante das alterações clínicas ao cliente com síndrome isquêmica coronariana. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 2004 ago; 8(2): 267-74.

ROBBINS, S. L. **Patologia Estrutural e Funcional.** 6 ed. Guanabara Koogan, 2000.

ROBBINS, S. L., COTRAN, R. S. **Bases patológicas das doenças.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

SANTOS, F. L. M. M., ARAÚJO T. L. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. **Revista Latino-am Enfermagem** 2003 novembro-dezembro; 11(6):742-8.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOARES, J. S. et al. Treatment of a Cohort of Patients with Acute Myocardial Infarction and ST-segment Elevation **Arq. Bras. Cardiol.** 2009, vol.92, n.6, p.430-436.

SOUSA, M. Z; OLIVEIRA, V. L. M. Vivenciando o infarto: Experiência e expectativas dos pacientes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 9, núm. 1, abril, 2005, p. 72-79.

SVARTMAN, B. Adoecer do coração. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado São Paulo** 1994 jan / fev; 4 (1 supl. A): 5-8.