

Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Escola de Ciências Sociais e da Saúde
Curso de Enfermagem

Brenda Adriana Pedroso Silva
Luanna Sousa Damasceno

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE APÓS
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Goiânia-GO
2020/2

BRENDA ADRIANA PEDROSO SILVA
LUANNA SOUSA DAMASCENO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE APÓS
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso III, apresentado
ao curso de enfermagem da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás, na unidade ENF
1112.

Orientadora: Prof^a Dr^a Gabriela Oliveira Butrico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	04
OBJETIVO.....	08
REFERENCIAL TEÓRICO	
Qualidade de Vida.....	09
Infarto Agudo do Miocárdio.....	12
MÉTODO.....	17
RESULTADOS.....	22
DISCUSSÃO.....	39
CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	43

RESUMO.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem: doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (OPAS, 2017).

Essas doenças cardiovasculares estão dentre as que mais matam no mundo, apesar de não serem a primeira causa de morte em muitos países de baixa e média renda. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global (OPAS, 2017; NASCIMENTO et al., 2018).

Os fatores de risco para desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV) são pressão arterial elevada, tabagismo, altos níveis de glicose sanguínea, sedentarismo e sobrepeso/obesidade, não podendo esquecer que os fatores ambientais e genéticos também contribuem (TESTON et al., 2016).

Dentre as patologias das DCV, a Síndrome Coronariana Aguda (SCA), destaca-se por compreender as manifestações clínicas compatíveis com isquemia miocárdica e podem ser divididas em dois grupos: SCA com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSST) que se divide em Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra ST e SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST). Já este último divide-se em dois subtipos: angina instável e IAM sem supra de ST (TESTON et al., 2016).

O infarto agudo do miocárdio, um dos subtipos da SCA, ocorre quando há morte das células em determinada região do músculo do coração podendo ser determinado pela formação do coágulo que interrompe o fluxo sanguíneo de forma súbita e intensa (BRASIL, 2018). Anualmente ocorrem cerca de 300 mil infartos, provocando uma média de 80 mil mortes. No ano de 2013, o Distrito Federal registrou 662 mortes por infarto agudo (BRASIL, 2015).

Estudos feitos com a população brasileira demonstram que a maior ocorrência de IAM se dá na faixa entre 60 e 80 anos, sendo mais prevalente em homens, porém nos casos de acometimento de mulheres, estas se dão em um período mais avançado da vida, entre os idosos. Além disso, a diferença da ocorrência desse evento entre os gêneros tende a diminuir a partir dos 70 anos de idade (TRONCOSO et al, 2018).

Apesar da prevalência de IAM ainda ser no sexo masculino, estudos apontam que houve um aumento da incidência de infarto nas mulheres. Isso se dá pelo fato de as mulheres estarem modificando o estilo de vida, estão acumulando mais funções, como trabalho fora do lar e ainda cuidados de casa e da família. Esse ritmo acelerado a expõe a muito estresse e favorece hábitos pouco saudáveis como, má alimentação e sedentarismo, assim levando a obesidade e outros agravos (ABS, 2017).

Dentre os principais fatores de riscos mais comum do IAM, estão: Colesterol, genética, hipertensão, diabetes, sedentarismo, tabagismo, estresse, obesidade, estes contribuem para instalação da doença (SBC, 2014).

A aterosclerose vem sendo a principal causa de IAM, caracterizada pelo depósito de gordura, cálcio e outros elementos nas paredes das artérias, reduzindo seu calibre e trazendo um déficit sanguíneo aos tecidos irrigados por elas . Ela acontece de forma lenta e progressiva, tendo necessidade de haver obstrução de pelo menos 75% do calibre de uma artéria para que surjam os primeiros sintomas (SBACV, 2016).

Após o episódio de IAM, os indivíduos podem sofrer impactos na sua qualidade de vida, uma vez que ocorrem mudanças importantes e limitações em seu cotidiano. Para evitar novos episódios de infarto como também de outras patologias cardiovasculares é necessário mudar obrigatoriamente os hábitos de vida (GOIS; SANTOS; GOIS, 2017).

Sendo assim, tais mudanças podem gerar desconforto na vida desses indivíduos ao realizarem atividades que não eram comuns em suas vidas, como por exemplo, praticar exercícios físicos regularmente, melhorar hábitos alimentares, sempre se preocupando com a qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos (GOIS; SANTOS; GOIS, 2017).

Segundo os Descritores em Ciências da Saúde, o conceito de qualidade de vida é quando reflete preocupação com a modificação e o aprimoramento dos componentes da vida (DeCS, 2020). Para outro autor a qualidade de vida é abordada como sinônimo de saúde e apresenta diferentes interpretações (RÔLA; SILVA; NICOLA, 2018).

Já para a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Ou seja, envolve o bem estar espiritual, físico, mental, psicológico e

emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida (BVS, 2013).

Um outro seguimento da qualidade de vida é denominado por qualidade de vida relacionada à saúde e refere-se à percepção que a pessoa tem sobre a doença, consequências e tratamento da mesma (CRUZ; COLLET; NÓBREGA, 2018). Outra literatura traz que a qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde (CAMPOS; NETO, 2008).

O evento súbito do infarto pode acarretar evidências e problemas nos indivíduos e na família. Esses problemas podem comprometer e gerar mudanças de hábitos de vida para se adequar a exigência que o paciente irá apresentar após o IAM. Sendo assim, os cuidadores necessitam de apoio social a cada fase da doença, assim, eles iram melhor atender as necessidades do paciente e auxiliar uma melhor recuperação (VARGAS et al., 2017).

Avaliar o impacto na qualidade de vida relacionado a saúde após um evento de síndrome coronariana, mais especificamente o IAM, é fundamental e deve ser estimado clinicamente para que os profissionais possam escolher entre diferentes tratamentos e adequar o melhor para prognóstico benéfico e favorável (SOUZA et al., 2008).

Um dos problemas mais comuns e relevantes por quem passa pelo episódio de IAM é a depressão e está presente em 10 a 15% dos pacientes, podendo influenciar negativamente a Qualidade de Vida dos pacientes, por aumentar a sensação de dor e a incapacidade, tornando a adesão ao tratamento mais difícil e piorando a qualidade das relações sociais e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (BONI; MARTINEZ; SACCOMANN, 2013).

Ao sofrer IAM, a pessoa, obrigatoriamente, necessita modificar hábitos de vida, provocando mudanças no seu cotidiano, elas necessitam realizar práticas que antes talvez não realizasse. Essas ações repercutem em sua vida e geram mudanças que incluem alterações nos hábitos alimentares, eliminação do tabagismo, prática regular de exercícios, manutenção do tratamento medicamentoso, mudanças essas que alteram o estilo de vida dessas pessoas (SCHERER et al., 2011)

Nesse contexto os profissionais da saúde podem contribuir com inúmeras ações no sentido de melhor adesão dos indivíduos ao tratamento e melhora na qualidade de vida e de saúde. Estudos relatam que o apoio social é fator que auxilia

para o enfrentamento da doença e para a recuperação do paciente cardíaco (SCHERER et al, 2011).

Neste contexto os profissionais de saúde que lidam com essas pessoas podem sugerir a participação dos pacientes em atividades de reabilitação, assim podendo haver melhora nos aspectos psicossociais e a Qualidade de Vida. O profissional poderá lançar estratégia de avaliações no apoio social, com o intuito de detectar indivíduos que terão maiores dificuldades para se reabilitar, uma vez que isso pode influenciar na necessidade de mudança de comportamento favorável a saúde cardiovascular (BONI; MARTINEZ; SACCOMANN, 2013).

Este estudo é de grande importância uma vez que poderá contribuir para identificar a qualidade de vida dos pacientes que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio, assim avaliando estratégias de intervenção no processo de reabilitação do indivíduo. Também será possível saber sua perspectiva de vida em relação a saúde, além de ampliar a produção científica relacionada à qualidade de vida no seguimento do infarto agudo de miocárdio.

Assim sendo, por considerar o impacto do IAM na qualidade de vida relacionada à saúde e que as sequelas da doença possam piorar ao longo tempo, elegemos a seguinte pergunta norteadora: Há mudança na qualidade de vida de pessoas que sofreram episódio de Infarto Agudo do Miocárdio?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Qualidade de Vida

O tema sobre qualidade de vida vem recebendo destaque em várias áreas de pesquisa e suas definições são tão numerosas e divergentes quanto os métodos de avaliação. QV tem sido utilizada por clínicos, pesquisadores, economistas, administradores e políticos, não como um conceito novo, mas sim algo que tem crescido sua importância por uma série de razões. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social. Recentemente esse termo tem sido reforçado como um conceito necessário na prática dos cuidados e em pesquisa de saúde (CAMPOS; NETO, 2008).

As discussões em torno da qualidade de vida das populações tem sido tema de inúmeras conferências mundiais. Nestes encontros se reúnem representantes das áreas da ciência e política, visto a preocupação com a saúde das populações (JÚNIOR et al., 2013).

Estudos com este tema surgiram no início do século XX e tomaram proporções de extrema relevância tanto para a comunidade acadêmica quanto para os líderes políticos. Já no final desse século os estudos sobre a qualidade de vida apontam para conceitos amplos e abrangentes, e de maneira paralela, os instrumentos para as avaliações sobre o tema se multiplicam e se modificam (JÚNIOR *et al.*, 2013).

Outro estudo feito mostra que há indícios de que o termo qualidade de vida surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30. Esse resultado se deu a partir de um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição e que faziam referência à avaliação da QV (SEIDL; ZANNON, 2004).

Citado por SEIDL; ZANNON, 2004, uma definição clássica, do tipo global, é datada de 1974 (Andrews, apud Bowling– p. 1448) sendo: “qualidade de vida a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados”. A noção de que QV envolve diferentes dimensões configura-se a partir dos anos 80, acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão do fenômeno (SEIDL; ZANNON, 2004).

Campbell (1976, apud Awad & Voruganti 8 – p. 558) citado por ZEIDL; ZANNON, 2004, tentou explicitar as dificuldades que cercavam a conceituação do termo qualidade de vida como “uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é” (SEIDL; ZANNON, 2004).

FARQUHAR (1995) citado por PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012, em seu estudo concluiu que a falta de consenso conceitual sobre qualidade de vida é marcante. Suas definições na literatura especializada apresentam-se, tanto de forma global, como dividida em componentes, que, em conjunto, indicariam uma aproximação do conceito geral (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Para alguns autores a qualidade de vida é abordada como sinônimo de saúde, para outros como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Para Seidl e Zannon, o conceito de qualidade de vida é utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral , jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

O universo de conhecimento em qualidade de vida se expressa como uma área multidisciplinar de conhecimento que engloba, além de diversas formas da ciência, conhecimento popular e conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo. Nessa perspectiva, lida-se com inúmeros elementos do cotidiano do ser humano, considerando a percepção que a pessoa tem sobre esse tema e expectativa subjetivas sobre a vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Para avaliar a qualidade de vida existem várias possibilidades de questionários, referenciados em diferentes conceitos, bases empíricas, marcos teóricos, entre outros. Sendo assim a escolha apropriada de instrumentos de avaliação dessa variável é feita conforme cada situação (SANTOS, 2015).

A qualidade de vida pode ser avaliada de forma subjetiva e para sua análise, faz-se necessário enfatizar os atributos da vida valorizados pelo paciente, como conforto, bem-estar, funcionamento físico, emocional e intelectual e a habilidade para participar de atividades (SILVA; SALDANHA; AZEVEDO, 2010).

Sendo assim, busca-se avaliar a experiência da doença, levando-se em conta não apenas medidas objetivas de gravidade da patologia, mas também a percepção do paciente acerca dos sintomas, a maneira como ele se comunica a outras pessoas, a experiência de não ser capaz de desempenhar suas atividades e as estratégias de enfrentamento no lidar com a doença (SILVA; SALDANHA; AZEVEDO, 2010).

Alves, em 2011, realizou um estudo de levantamento que analisou os principais instrumentos de avaliação da QV no Brasil. O estudo conseguiu identificar seis instrumentos mais utilizados mundialmente, porém o autor destacou os quatro mais utilizados no Brasil, que são os Questionários de avaliação da QV da OMS (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD) e o Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36 (SF-36) (ALVES, 2011).

Características individuais podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos, sejam elas de natureza biológica, social e econômica como, por exemplo, variáveis como sexo, faixa etária, situação conjugal, situação ocupacional, escolaridade, renda per capita, tempo de infecção que é o tempo de convívio com a doença desde seu diagnóstico e tempo de tratamento, ou seja, tempo de uso da medicação recomendada para o tratamento da patologia (SILVA; SALDANHA; AZEVEDO, 2010).

O conceito de qualidade de vida vem ganhando espaço e hoje temos qualidade de vida relacionada à saúde. Nessa área, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Sendo assim, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004).

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas é possível observar interesse crescente pela avaliação da QV. Assim, informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Outro interesse em estudar qualidade de vida relacionado a saúde está diretamente ligado às práticas assistenciais cotidianas dos serviços de saúde, e refere-se à QV como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas. Trata-se da avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição (SEIDL; ZANNON, 2004).

Avaliando a qualidade de vida de pessoas que sofreram IAM, identificaram que antes da revascularização do miocárdio a pessoa tinha uma qualidade de vida menor se comparada as pessoas que fizeram a revascularização. Após a intervenção cirúrgica houve melhora o que se justifica pelo fato de o paciente ter uma melhora no desempenho das suas funções diárias (BONI; MARTINEZ; SACCOMANN, 2013).

A independência funcional é definida como a capacidade de realizar algo com os próprios meios e está associada à mobilidade e à capacidade funcional, ou seja, é quando o indivíduo não requer ajuda para a realização das Atividades de Vida Diária. Sendo assim, Qualidade de Vida satisfatória pode ser interpretada como a possibilidade de conseguir cumprir suas funções diárias básicas, sentir-se bem e viver de forma independente, sem auxílio ou ajuda de outra pessoa (BONI; MARTINEZ; SACCOMANN, 2013).

Estudos relatam que a insuficiência cardíaca está associada ao comprometimento do desempenho funcional, ou seja, limitações nas atividades diárias, incapacidade para o trabalho e para o estabelecimento de relações sociais, e perda da independência (BONI; MARTINEZ; SACCOMANN, 2013).

Para uma melhor adequação ao novo estilo de vida se faz necessário mudanças para melhorar a qualidade de vida. Após o infarto e a alta médica, a recomendação geral é a realização de um esforço físico leve. Sendo autorizado pelo médico, a caminhada de 10 a 30 minutos é uma ótima maneira de começar a mudança de hábito para que não ocorra outros episódios de IAM (GONZALES, 2016).

Assim sendo, mediante ao exposto, vimos que há bastante teorias acerca da qualidade de vida, tanto na saúde em geral, quanto na QV após infarto agudo do miocárdio. No entanto, vemos pouca ação para que ocorra uma efetiva e objetiva instauração dessas medidas teóricas. Por isso, os estudos sobre o tema são tão importantes, promovendo uma conscientização dos profissionais de saúde assistenciais, para que instruem a família e o paciente durante todo o processo de recuperação (SEIDL; ZANNON, 2004).

3.2. Infarto Agudo do Miocárdio

Infarto do miocárdio, ou ataque cardíaco, é a morte das células de uma região do músculo do coração por conta da formação de um coágulo que interrompe o fluxo sanguíneo de forma súbita e intensa (BRASIL, 2018).

O IAM estar mais repetidamente unido a uma causa mecânica, ou seja, suspensão do fluxo sanguíneo para uma área específica por causa da obstrução total/parcial da artéria coronária responsável por sua irrigação. A dimensão da necrose depende de muitos fatores que possam ter ocorrido tais como o tamanho da artéria lesada, tempo de desenvolvimento da obstrução e desenvolvimento da circulação colateral (CHIAVENATO, 2010).

Ele faz parte do grupo das síndromes coronarianas agudas (SCA) que se dividem em SCA sem elevação do segmento ST e SCA com elevação do segmento ST. A SCA se define onde manifesta sem elevação do segmento ST compreende a angina instável e o infarto sem supra de ST (IAMSST) Já a SCA com elevação do segmento ST: é também denominado de IAM com supra de ST IAMCST (BRASIL,2011).

Estudos apontam que a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares vem aumentando de maneira significativas nos últimos anos, onde é a terceira maior causa de internações no ano de 2009 (BRASIL, 2018).

O IAM envolve mais comumente o ventrículo esquerdo e o septo interventricular. Quase sempre há uma borda estreita (de aproximadamente 0,1 mm) de miocardio subendocárdico preservado, mantido por meio da difusão de oxigênio e nutrientes a partir do fluxo luminal (SIERVULI, et al., 2014).

Considerando que o IAM possui alta prevalência quando associada a grande porcentagem de fatores risco, estudo aponta que a principal causa do infarto é a aterosclerose, doença em que placas de gordura se acumulam no interior das artérias coronárias, chegando a obstruí-las. Na maioria dos casos o infarto ocorre quando há o rompimento de uma dessas placas, levando à formação do coágulo e interrupção do fluxo sanguíneo (BRASIL, 2018).

Dentre os sintomas que os pacientes podem estão a dor ou desconforto na região peitoral, podendo irradiar para as costas, rosto, braço esquerdo e, raramente, o braço direito. Esse desconforto costuma ser intenso e prolongado, acompanhado de sensação de peso ou aperto sobre tórax. Os sinais costumam ser destacados por suor frio, palidez, falta de ar, sensação de desmaio (BRASIL, 2018).

Durante a anamnese dos pacientes que sofreram IAM , procura-se conhecer a participação de fatores de risco clássicos para doença aterosclerótica das coronárias, tais como: hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo e sedentarismo (SIERVULI, et al., 2014).

O diagnóstico dos pacientes deve ser realizado por alguns exames e dentro deles se encontra o eletrocardiograma que deve ser idealmente em menos de 10 minutos da apresentação à emergência e é o centro do processo decisório inicial em pacientes com suspeita de IAM, tendo assim o diagnóstico mais rápido dos pacientes (DSBC, 2009).

Como principal instrumento diagnóstico e determinante da conduta, o eletrocardiograma deverá apresentar o supradesnível do segmento ST ou o bloqueio agudo de ramo esquerdo, critérios suficientes para desencadear a tentativa imediata de reperfusão em um paciente e após esse resultado teremos a conclusão do diagnóstico (PESARO; JÚNIOR; NICOLAU, 2004).

No exame físico dos pacientes que sofreram IAM, os mesmos podem apresentar-se ansiosos e com agitação psicomotora em função do desconforto precordial. A ausculta cardíaca pode revelar taquicardia, sendo este um fator de pior prognóstico; além de sopros valvares, em virtude de disfunção valvar isquêmica e terceira bulha, associada com insuficiência ventricular aguda. Ela também serve como base para comparação com possíveis alterações posteriores geradas por complicações mecânicas: ruptura de septo, insuficiência mitral (PESARO; JÚNIOR; NICOLAU, 2004).

No manejo dos pacientes para o tratamento do alívio da dor utiliza-se alguns medicamentos, como Opióides - Morfina, pode ser usada com eficiência para alívio da dor, da ansiedade e tem ação vasodilatadora adjuvante. Nitratos - usados para alívio dos sintomas e não diminuíram a mortalidade do IAM em grandes estudos. Tratamento com beta-bloqueadores - úteis para o controle da dor anginosa, tratamento da hipertensão e das taquiarritmias associadas ao evento agudo (PESARO; JÚNIOR; NICOLAU, 2004).

No Brasil, conforme o Ministério da Saúde, cerca de 300 mil indivíduos por ano sofrem Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), ocorrendo óbito em 30% desses casos sendo esta a maior causa de morbimortalidade no mundo (BRASIL, 2020).

As doenças cardiovasculares vêm representando um problema muito grande de saúde pública no Brasil e no mundo, incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM), onde apresenta altas taxas de incidência e mortalidade. A taxa de mortalidade brasileira, por esse grupo de causas é 183,3/ óbitos 100.000 homens, os óbitos foram 1,75 vezes maiores do que os do sexo femininos 61,49 óbitos/100.000 mulheres (FREIRE, et al., 2016).

As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 340.284 mortes no país em 2014; dentre estas, 20.517 ocorreram no Paraná. O custo do SUS no país foi de R\$ 2.675.434.715,05, enquanto, em nosso Estado, foi de R\$ 271.475.009,74 (BRASIL, 2011).

A taxa de mortalidade dos pacientes que sobrevivem à hospitalização inicial após o diagnóstico de IAM é de 8 a 10% no primeiro ano após IAM. A maioria das fatalidades ocorre nos três ou quatro primeiros meses, a sobrevida é reflexo da excelência no atendimento prestado aos pacientes que se apresentam com esta condição (BRASIL, 2011).

A melhor maneira de prevenir o IAM é reduzir a exposição aos fatores de risco que podem ser controlados, como o cigarro, a obesidade, estresse, sedentarismo, diabetes, pressão alta e colesterol alto. O primeiro passo para a prevenção é mudar a alimentação, adquirir hábitos mais saudáveis, como comer mais verduras, peixes, frutas, utilizar azeites e evitar o uso do óleo. Para prevenção é de extrema importância a realização de atividades físicas, sempre com orientação profissional, tanto para a manutenção do peso e das taxas de glicose e colesterol quanto para a redução das tensões do dia-a-dia (SANTOS, 2019).

Toda pessoa precisa de uma avaliação médica periódica a partir dos 40 anos e fazer os exames solicitados na consulta de rotina. Quem tem história de doença cardíaca na família deve ficar ainda mais atento aos fatores de risco, além de começar essa avaliação mais cedo e assim prevenir danos maiores (SANTOS, 2019).

A qualidade de vida do paciente após o IAM passa por diversas mudanças, após os primeiros sintomas da doença até a procura do atendimento, diminuindo os agravos ou aumentando ainda mais conforme tempo (OLIVEIRA, *et al.*, 2014).

Os pacientes acometidos por IAM, em sua maioria, apresentam dificuldade para voltar a realizar suas atividades de vida diária e este fato pode justificar um elevado nível de sedentarismo, uso de inúmeras medicações e até mesmo a depressão após a instalação da doença podem impactar decisivamente na qualidade de vida (OLIVEIRA, *et al.*, 2014).

De certa forma, o infarto não acomete somente a qualidade de vida do paciente, mas de toda a família e pessoas próximas, e quando essas pessoas estão presentes dando o suporte e apoios necessários, às angústias, medos e inquietações são compartilhadas (OLIVEIRA, *et al.*, 2014).

Frente a isso, torna-se de extrema importância a implementação de programas de reabilitação após IAM, que incentivem os pacientes a reconhecerem e trabalharem as limitações atribuídas ao seu novo estado de saúde, sendo importante também o lazer, como forma de interação social, novas amizades, o apoio das pessoas queridas e a não superproteção faz com que o paciente se sintam melhor (OLIVEIRA, *et al.*, 2014).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de revisão integrativa que é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Para operacionalizar essa revisão integrativa, foram utilizadas cinco etapas em conformidade com a proposta de Whitemore e Knafl (2005), sendo elas: identificação do problema, busca na literatura, evolução dos dados, avaliação dos dados e análise dos dados.

4.2. 1ª etapa: Identificação do problema:

Segundo Whitemore e Knafl (2005), trata-se do processo de elaboração da revisão integrativa e que se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa.

4.3. Estratégia PICO

A estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras. Pergunta de pesquisa adequada (bem construída) possibilita a definição correta de que informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007).

Acrônimo PICO:

Paciente: Pacientes que sofreram IAM.

Intervenção: Qualidade de vida

Comparação: Qualidade de vida da pessoa antes de sofrer o episódio de IAM e após.

Outcomes (Desfecho): Avaliar se há alteração na qualidade de vida de pacientes que sofreram IAM.

Pergunta de Pesquisa: Há mudança na qualidade de vida de pessoas que sofreram episódio de Infarto Agudo do Miocárdio?

4.4. 2ª etapa: Busca na literatura:

Nesta etapa Whittemore e Knafl (2005) definem que processo de pesquisa bibliográfica de uma revisão integrativa deve ser claramente documentado na seção de método, incluindo os termos de pesquisa, os bancos de dados utilizados.

O objetivo da estratégia de busca foi identificar estudos publicados e não publicados. As buscas de dados foram realizadas nas Bases de dados LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe) Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System) na Bdenf (Base de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem) sendo consideradas as bases de maiores publicações relevantes ao objeto de estudo.

4.5. Critérios de Inclusão

Critérios de inclusão: artigos com a temática infarto agudo do miocárdio e qualidade de vida, textos completos disponíveis nos idiomas inglês, português e espanhol, no período de 2010 a 2020.

4.6. Critérios de Exclusão

Critérios de exclusão: relatos de caso, documentos oficiais, capítulos de livros, dissertações, notícias, editoriais, textos não científicos, recursos educacionais aberto, congresso e conferências.

A busca foi realizada obedecendo os critérios de inclusão e exclusão, no intuito de verificar a sua adequação a questão norteadora da investigação. Assim, a partir da pergunta norteadora, foram selecionados os descritores adequados para abranger todos os estudos relevantes ao tema.

A estratégia constituiu-se de termo das Ciências da Saúde baseados na padronização do Medical Subject Headings (Mesh) e Decs (Descritores em Ciências da Saúde), mais conhecidos como descritores controlados. Ampliando ainda a estratégia de busca foram elencados descritores não controlados, chamados de sinônimos, palavras chaves ou ainda vocabulários específicos de outras bases de dados que não utilizem Mesh ou Descs, e por vezes citados em outros artigos relacionados. A relação dos descritores controlados e não controlados estão descritos no Quadro 01 abaixo.

Quadro 01. Descritores controlados e não controlados para a busca de artigos em bases de dados.

CONTROLADOS	NÃO CONTROLADOS
Qualidade de Vida	Avaliação de Estado de Karnofsky Estilo de Vida Perfil de Impacto da Doença Valor da Vida Life Qualities Life Quality
Infarto do Miocárdio	Ataque Cardiovascular Ataque Cardíaco Ataque do Coração Enfarte Agudo do Miocárdio Enfarte do Coração Infarto Agudo do Miocárdio Enfartamento Enfartação Enfarte Enfarto Infartação Infarte

4.7. - 3º Etapa-Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos:

Para a avaliação da qualidade dos artigos foram adotados critérios em que os objetivos estavam claros, pertinentes, a metodologia está apropriada e adequadamente escrita, e as conclusões são coerentes com os resultados.

A aplicação dos critérios foi realizada por dois pesquisadores de modo independente. No caso de desacordo buscou-se a opinião de um terceiro pesquisador. Para analisar os dados, foi adotada a definição de qualidade de vida segundo a Organização Mundial de Saúde (1995), que define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Considerando que não há um padrão nas fontes de informação para busca de publicações e que cada base de dados apresenta um instrumento específico, a coleta de dados foi realizada, portanto, de diferentes formas em cada base de dados.

Assim sendo, após a definição dos descritores, demos seguimento a combinação deles utilizando de operadores booleanos, nas bases de dados selecionadas. Devido ao enorme número de publicações disponíveis foi necessária a utilização de limites pré determinados nas buscas, sendo eles: idioma de publicação em inglês, português e espanhol e descritores no título ou resumo. Os resultados dessas combinações foram apresentados em tabelas e quadros.

Nesta fase ainda foram observadas as duplicidades dos artigos e identificadas outras palavras-chaves dos resumos que colaboraram para ampliar a busca inicial e que não estava registrado nos quadros de descritores.

4.8. Seleção e avaliação inicial dos estudos

Inicialmente, na seleção dos estudos foi construído um banco de dados no Endnote X9 e armazenados todos os estudos encontrados conforme estratégias de busca.

Os artigos foram elencados de forma abrangente, e excluídos aqueles que estiverem duplicados e que não atenderem aos critérios de inclusão. Ao final os estudos foram avaliados quanto ao título e resumo e aqueles que atenderam os critérios de inclusão, submeteram-se a busca do artigo na íntegra, e nova reavaliação. Foi avaliado ainda nesta etapa a qualidade dos artigos quanto aos objetivos e metodologia utilizada. Além disso, a técnica de snowball foi utilizada, ou seja, foram checadas as referências disponíveis nos estudos e acrescentados ao banco inicial.

Posteriormente, dos estudos selecionados ao final, e que trataram da temática proposta, os pesquisadores organizaram os artigos selecionados conforme conteúdo e analisaram por agrupamento de dados.

A avaliação do quesito qualidade foi realizada por uma equipe de três pesquisadores independentes, sendo duas as próprias pesquisadoras e a terceira a orientadora especialista.

4.9. Extração e síntese dos dados

Este banco de dados foi exportado após exclusão de artigos duplicados e que não atenderam os critérios de inclusão a partir da leitura de título e resumo e

categorizado da seguinte forma: Título original; autor; nome do periódico em que foi publicado; sexo; objetivo; comorbidades e resultados.

PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

Para o projeto de pesquisa em questão não há exigência de análise e aprovação por comitê de ética pertinente.

5 RESULTADOS

O processo de seleção e exclusão dos artigos está apresentado no fluxograma PRISMA (MOHER *et al.*, 2015). Essa etapa de revisão foi realizada por três revisores independentes, utilizando filtros de um programa de gerenciamento de referências para primeiro excluir os estudos duplicados; em seguida foi realizado refinamento, leitura dinâmica de título e do resumo.

O total de 497 artigos foram identificadas a partir da busca por publicações em base de dados e destes, 414 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão ou estarem duplicados.

Os estudos foram avaliados criticamente e após a remoção de registros duplicados e triagem por título e resumo, 83 registros permaneceram para revisão de texto completo.

Os motivos de exclusão dos 67 artigos, dentre os 83 selecionados para leitura completa foram:

- 08 artigos de revisão de literatura (KANG *et al.*, 2016; VARGAS *et al.*, 2017; BARBOZA *et al.*, 2012; ZHENG *et al.*, 2019; LALU *et al.*, 2018; BAHALL; KHAN, 2018; KANG *et al.*, 2017; ZEYDI *et al.*, 2016);
- 01 artigo de Cirurgia Cardíaca (LIMA *et al.*, 2020);
- 04 artigos de Terapia Complementar (NIEHUES; GONZÁLES; VIEIRA, 2016; FONSECA; LEONELLI, 2012; BRIDGET, 2019; SHAFIQ *et al.*, 2016);
- 21 não abordaram a qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio (WARRAICH *et al.*, 2018; IVERS *et al.*, 2020; PEKSA; JANKOWSKI; DANUTA, 2019; PINHEIRO *et al.*, 2019; SOLEIMANI *et al.*, 2018; SMEDEGAARD *et al.*, 2017; DISANTE *et al.*, 2017; LAMIRAULT *et al.*, 2016; GWALTNEY *et al.*, 2016; SHORE *et al.*, 2016; DZUBUR *et al.*, 2016; RAFAEL *et al.*, 2014; HOSSEINI *et al.*, 2014; BENYAMINI *et al.*, 2013; BLUVSTEIN *et al.*, 2013; SHAH *et al.*, 2012; UYSAL; OZCAN, 2012; BUCHOLZ *et al.*, 2011; KANEL; BEGRE, 2006; MIERZYNSKA *et al.*, 2010; HUFFMAN *et al.*, 2019)
- 01 artigo sobre Evento Cardiopulmonar (MAGNUS; ARAUJO; SANTOS, 2010);
- 02 artigos sobre Custo efetividade/ Adesão de medicamentos (MAHESH *et al.*, 2017; ITO *et al.*, 2012);
- 09 Reabilitação Cardíaca (MOREIRA *et al.*, 2019; ECHAZARRETA, 2012; FEDECHKO *et al.*, 2020; NIELSEN *et al.*, 2019; FARHEEN *et al.*, 2019;

- SCHALIJ *et al.*, 2019; LAI *et al.*, 2018; NORTON *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2017);
- 05 artigos sobre programa de reabilitação cardíaca (JAMEIE *et al.*, 2019; SMOLDEREN *et al.*, 2017; WALKER; LANDY; MURRELLS, 2016; YAMAMOTO *et al.*, 2012; SANJUAN *et al.*, 2016);
 - 07 artigos sobre Atividade Física (KHALID *et al.*, 2019; TOELL *et al.*, 2018; MALDONATO *et al.*, 2018; MORAES *et al.*, 2017; TOSSITORE *et al.*, 2017; LOVLIEN; MUNDAL; LORD,2016; SILVA *et al.*, 2016).
 - 01 artigo sobre Métodos de prevenção (ANDERSON *et al.*, 2017);
 - 01 Estudo em Russo (БЕАИКОБА; ИНАБИКА, 2016);
 - 01 Estudo em Língua Bósnia (Nataša *et al.*, 2011);
 - 01 Tese (CALLAS; JEYSI, 2016).
 - 05 Artigos por não estarem disponíveis na integra mesmo em busca alternativa (BOHMER *et al.*, 2014; BRINK *et al.*, 2012; MUNYOMBW *et al.*, 2019; ÁLSEN *et al.*, 2010; XU *et al.*,2017).

O fluxograma PRISMA sintetiza o processo de busca, seleção dos artigos identificados nas bases de dados elencadas (Figura 1).

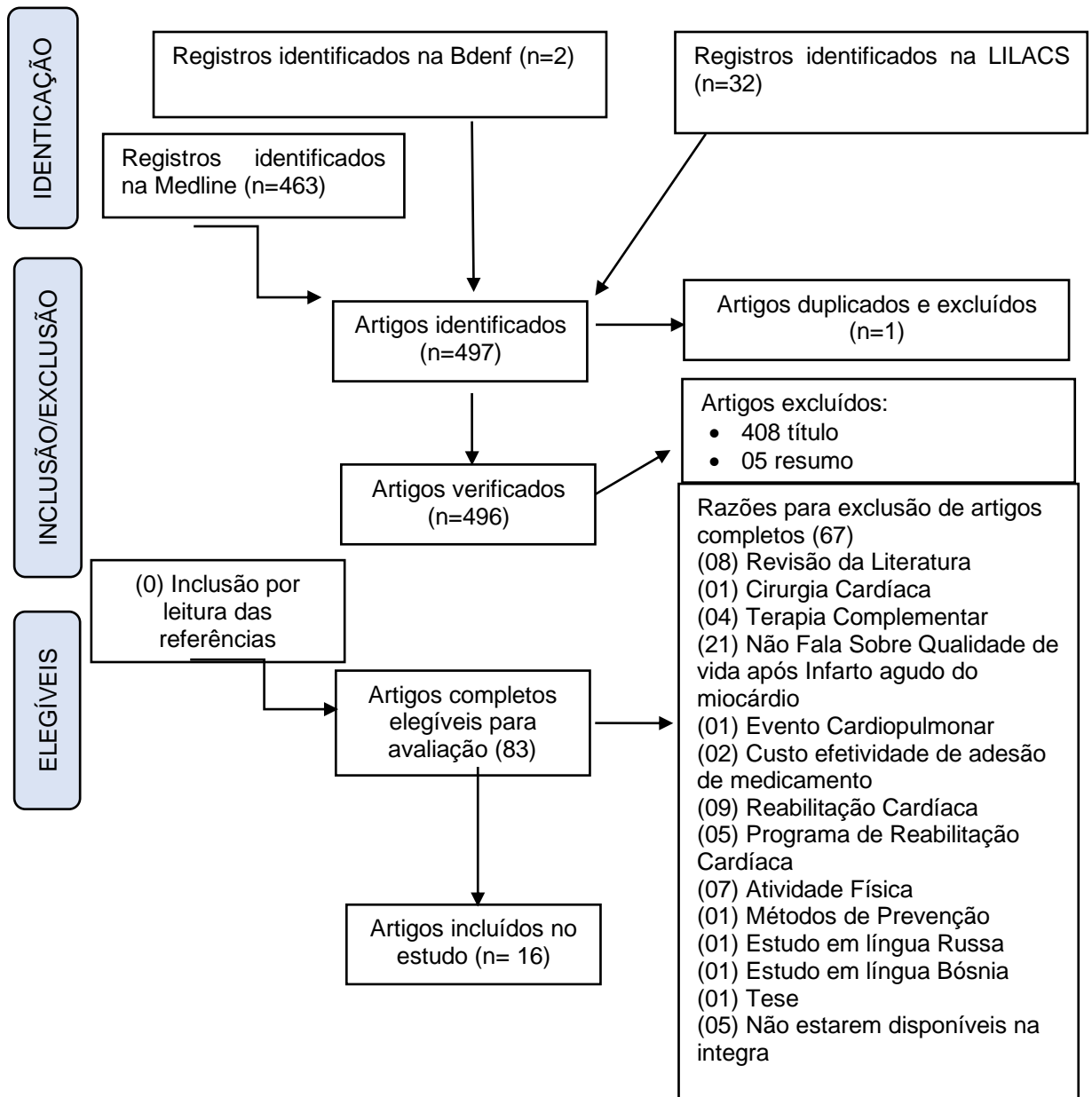


Figura 1. Processo de busca e seleção na forma do fluxograma PRISMA.

Os 16 artigos incluídos foram publicados entre os anos de 2010 a 2020, para uso em adultos maiores de 18 anos, que sofreram ao menos um episódio de síndrome coronariana aguda, sendo 2 do sexo masculino, 1 feminino e 13 ambos os sexos. Considerando o país de publicação a publicações seguiram a seguinte distribuição por ordem de prevalência: Brasil (03), Alemanha (03), Polônia (02), Austrália (02), Ásia (01), China (01), Estocolmo (01), Nova Delhi (01), Suécia (01), Varsóvia-Polônia (01).

Ao analisar os títulos das publicações extraímos como principais palavras chave: Qualidade de Vida/ Infarto Agudo do Miocárdio/ Estilo de Vida/Perfil de Impacto da Doença/Valor da Vida/ Impacto do IAM.

As principais comorbidades relacionadas nos estudos compreenderam a diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, menor autopercepção de saúde, percepção de suporte social e enfrentamento do suporte social, mas maior autoeficácia, uso de aceitação, evitação e enfrentamento religioso, falta de ar, arritmias, depressão, ansiedade hipertensão, hiperlipidemia, diabetes mellitus, desordem psiquiátrica, limitação física e/ou mental.

O quadro 02 mostra o resumo dos estudos incluídos, de acordo com: Autor, ano de publicação, país, título, sexo, comorbidades, objetivo do estudo e resultados.

Quadro 02. Categorização dos estudos primários de acordo autor, ano, país, título, sexo, comorbidades, objetivo e resultados dos artigos elencados a partir da busca e refinamento dos estudos, Goiânia, Goiás, 2020.

Autor	Ano	País	Título	Sexo	Comorbidades	Objetivo do estudo	Resultados
KRACK <i>et al.</i> ,	2018	Alemanha	Determinants of adherence and effects on health-related quality of life after myocardial infarction: a prospective cohort study.	Ambos os sexos	Diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, ou ambos	The objective of this research was to identify determinants of non-adherence to medication and recommendations, and to test whether increased adherence improved HRQoL in patients after myocardial infarction (MI) in a case management intervention	One hundred and twenty-seven patients with 965 contacts were included. Frequent reasons for non-adherence to medication and recommendations were “forgotten” (22%; 11%), “reluctant” (18%; 18%), “side effects” (38%; 7%), “the problem disappeared” (6%; 13%), and “barriers” (0%; 13%).
LEE <i>et al.</i> ,	2018	Brasil	Relationships among medication adherence, lifestyle modification, and health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study	Masculino e Feminino	baixa adesão à medicação e má qualidade de vida	This study aimed at assess the relationship between medication adherence and lifestyle modifications and health-related quality of life among post-acute myocardial infarction (AMI) patients.	The univariate logistic analysis, sex (female), age (≥ 70 years), MMS score (≥ 5), and CROQ score were associated with adherence to lifestyle modification. In the multiple logistic analysis, a high MMS score (≥ 5) was associated with adherence to lifestyle modification after adjusting for sex, age, marital status, education, and family income (adjusted odds ratio [OR] = 11.7, 95% confidence interval [CI] = 1.5–91.3)
FUOCHI; FOÀ	2017	Brasil	Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: A mixed methods	Mulheres	Menor autopercepção de saúde, percepção de suporte social e enfrentamento do suporte social, mas maior	Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy are important psychosocial variables strongly affecting the experience of acute myocardial infarction (AMI) in women.	Mixed methods provide understanding of the importance of social support, self-efficacy and less avoidant coping strategies to women's adjustment to AMI.

			approach		autoeficácia, uso de aceitação, evitação e enfrentamento religioso		
SACCOMANN; OLIVEIRA	2011	Brasil	Qualidade de vida de pacientes após infarto do miocárdio com e sem revascularização / Quality of life of patients after myocardium infarction with and without revascularization	Masculino e Feminino	Falta de ar, arritmias	Este estudo teve como objetivo comparar a qualidade de vida relacionada à saúde dos sujeitos infartados, com revascularização do miocárdio e em tratamento clínico por meio de questionário específico, o Mac New Heart Disease HRQL Questionnaire (MacNew) e avaliar a sua consistência interna.	A consistência interna do instrumento Mac New indicou confiabilidade satisfatória.
KIRCHBERGER; BURKHARDT	2020	Alemanha	Resilience is strongly associated with health-related quality of life but does not buffer work-related stress in employed persons 1 year after acute myocardial infarction.	Masculino Feminino	Não há	Resilience may facilitate the adaptation after experiencing a severe disease such as acute myocardial infarction (AMI) and attenuate the negative effects of stress on health-related quality of life (HRQOL)	The results demonstrated that trait resilience is independently and strongly related with post-AMI HRQOL but does not moderate the association between ERI and HRQOL.
XIA <i>et al.</i> ,	2019	China	Comparing the effects of depression, anxiety, and comorbidity on quality-of-life,	Maculino, Feminino	Depressão, ansiedade	Assess dynamic changes in depression and / or anxiety over 12 months and examine the effects of depression, anxiety and comorbidity on QOL, adverse outcomes and	major depression and anxiety may predict 12-month non-fatal MI and cardiac re-hospitalization. However, comorbidity has the highest predictive value with greater medical expenditure and worse QOL

			adverse outcomes, and medical expenditure in Chinese patients with acute coronary syndrome.			medical costs in Chinese patients with ACS.	in Chinese patients with ACS. And depression with comorbid anxiety may be a new target of mood status in patients with ACS.
RANJANDISH; MAHMOODI; SHAGHAGHI	2019	Ásia	Psychometric responsiveness of the health-related quality of life questionnaire (HeartQoL-P) in the Iranian post-myocardial infarction patients.	Feminino, Maculino	diabetes tipo dois e hipertensão	validate HeartQoL-P for Iranian patients after myocardial infarction.	The findings supported the HeartQoL-P usability as a valid instrument in studies on the Iranian or other Persian speaking patients.
SUPRIYA <i>et al.</i> ,	2012	Nova Delhi	A Study on Quality of life in patients following myocardial infarction	42 homens e 8 mulheres	Não há		Quality of life is determined by various factors like life satisfaction, subjective well being, positive psychology and positive mental health. All these factors and personality traits are measured by the subjective well being inventory. Our findings have shown significantly higher levels of general well being (positive affect), transcendence and social support (P<0.05) in the normal group compared with the post MI group. Regarding negative emotions there

							<p>was significantly higher levels of inadequate mental mastery, perceived ill health, deficiency in social contacts and general well being (negative affect) ($P < 0.05$) in the post MI group. The GHQ questionnaire covers the current mental status of the individual and psychological distress if any. This is also one of the components of quality of life. Our findings have shown significantly higher levels of concern about health, sleep and satisfaction with life in the post MI group. The ICMR index of happiness has also shown significantly higher percent time spent feeling happy in the normal group compared to the post MI group ($P < 0.05$). 3 sets of questionnaires were used to get a complete picture of quality of life parameters.</p>
HAWKES <i>et al.</i> ,	2013	Australia	Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction	Ambos os sexos	Depressão Sedentarismo	Participants were myocardial infarction patients ($n=430$) admitted to two tertiary referral centres in Brisbane, Australia who completed a six month coronary heart disease secondary prevention trial (ProActive	This study has clinical implications as identification of indicators of lower physical and mental HRQoL outcomes for myocardial infarction patients allows for targeted counselling or coronary heart disease secondary prevention efforts.

			patients			Heart). Outcome variables were HRQoL (Short Form-36) at six months, including a physical and mental summary score. Baseline predictors included demographics and clinical variables, health behaviours, and psychosocial variables. Stepwise forward multiple linear regression analyses were used to identify significant independent predictors of six month HRQoL	
BULIKK	2014	Polônia	Type D personality and quality of life in subjects after myocardial infarction	Maioria do sexo masculino	Não há	To determine the relationship between type D personality and QoL in patients after a myocardial infarction (MI).	Cardiac rehabilitation programs should include interventions to reduce features of type D personality, particularly social inhibition.
KROEMEKE	2016	Polônia	Changes in well-being after myocardial infarction: Does coping matter?	Masculino	Ausência de Comorbidades graves	Purpose This study explores changes in emotional component of subjective well-being (SWB) of patients after their first myocardial infarction (MI) and two kinds of mechanisms: attribution of positive (PA) and negative (NA) affect and a mediation effect of coping.	Conclusions Myocardial infarction may activate PA alongside the NA, but the predominance of PA over NA in both early and late post-hospitalization period was minimal. Affect balance appeared to be largely dependent on NA and its changes. Coping strategies partly mediated the changes in well-being, providing a basis for practical interventions.
WLODARCZYK	2016	Varsóvia-Polônia	Gender and quality of life and coping over one year after myocardial infarction: do men really have the upper hand?	Masculino	Não há	The present study examined whether gender affected the level and dynamics of QoL and coping over 1 year after MI.	Men demonstrated higher levels of physical and emotional QoL during inpatient rehabilitation but no gender-related differences in any QoL dimension were seen at 1 year. The dynamics of physical QoL changes was related to gender, with improvement seen in women and

							deterioration seen in men. There were also gender-related differences in the dynamics and levels of certain coping strategies. The observed changes in QoL and coping suggest that some of the beneficial effects of rehabilitation could not be maintained over 1 year. These unfavourable changes are more frequent in men.
WANG <i>et al.</i> ,	2016	Austrália	Predictors of HealthRelated Quality of Life Among Patients With Myocardial Infarction	Ambos os sexos	Ansiedade e depressão	The purpose of this study was to measure generic and disease-specific HRQoL and determine its predictors among patients with MI living at home in Singapore	Our study results indicate that community-dwelling patients with MI in Singapore have relatively better HRQoL and lower levels of anxiety and depression compared with their counterparts in other countries. However, having a low monthly household income predicts poor physical HRQoL, being an ex-smoker or a current alcohol consumer, having hypertension, or anxiety, predict poor mental HRQoL, and anxiety or depression predict poor disease-specific HRQoL in this group. Understanding these factors can assist health care professionals to tailor interventions designed to enhance HRQoL and psychological well-being, and assist recovery
ERIKSSON <i>et al.</i> ,	2012	Suécia	Changes in hope and health-related quality of life in couples following acute	Ambos os sexos	Não há	To compare self-rated scores of hope and health-related quality of life (HRQoL) 1, 7, 13 and 25 months, after an AMI with regard to (i) differences across time, and	Our results show that although hope and HRQoL scores increased, only a few of the changes were statistically significant. Neither HHI-S nor SF-36 seems to measure stable states. Changes in

			myocardial infarction: a quantitative longitudinal study			(ii) differences between patients and their partners.	hope and HRQoL levels may be due to participants striving to adapt to the current situation
NICOLAI <i>et al.</i> ,	2018	Alemanha	To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction	Ambos os sexos	Não há	The purpose of this study was to investigate key factors related to lifestyle changes following acute myocardial infarction (AMI) by eliciting survivors' subjective needs for, attitudes towards and experiences with behaviour changes in their everyday life to improve future interventions promoting lifestyle changes.	This study identified the need for personalised information regarding causes of illness, risk factors for illness and lifestyle changes. Given the prominent role of significant others in providing care and in contributing to (un-)healthy lifestyles, the inclusion of significant others in lifestyle advice and education is necessary. Each patient's social environment should be considered because it can facilitate and hinder lifestyle changes in multiple ways. Finally, the results reveal that a one-size-fits-all approach is not promising. Tailoring has the potential to increase the perceived relevance of information and better account for individual differences. A checklist and a personal profile covering internal and external facilitators and barriers could be used at the end of CR or by the general practitioner to

							<p>discuss goals, strategies and support. The explicit evaluation of resources and deficits may help healthcare providers tailor information and support to patients' individual needs. Considering these themes in interventions promoting lifestyle changes after AMI could enhance the effectiveness and sustainability of such interventions</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

DANIEL <i>et al.</i> ,	2017	Estocolmo	Effect of Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries on Physical Capacity and Quality-of-Life	Ambos os sexos	hipertensao, hiperlipidemia, diabetes mellitus, desordem psiquiátrica, limitação física e/ou mental	Therefore, this study was performed to describe and possibly clarify the physical and mental health of patients with MINOCA during convalescence using a modified exercise stress test and by the Short Form 36 (SF-36) survey.	Our results suggest an acute overload of recent mental and/or physical stress together with temporarily decreased myocardial function which together can explain the residual symptoms, such as fatigue, and mental distress seen at 3 months after the acute event. However, to what extent decreased mental and vitality domain scores reflect patients' previous psychiatric health, a post-traumatic syndrome, or symptoms due to impairment of cardiac function remains unsettled. Previously, low-vitality scores of SF-36 have been shown in chronic diseases, such as chronic heart failure, where they are associated with fatigue and lower energy, readmission, inability to work due to health, and increase in negative outcomes, such as mortality. ¹³ Also in patients with CHD who underwent rehabilitation, low QoL is associated with greater fatigue and decreased exercise capacity independently from mental distress and CHD severity score. ¹⁴ One recent review found that most Cardiac Rehabilitation Programmes, education and counseling sessions, and other psychological and cognitive interventions improve
------------------------	------	-----------	--	----------------	---	---	---

							<p>QoL and exercise capacity in patients with CHD.¹⁵ Therefore, similar Cardiac Rehabilitation Programmes including exercise training programs and cognitive behavior therapy could possibly also be beneficial in patients with MINOCA. The main limitation of this study is that a large number of patients with MINOCA received β blockers. Despite the analyses of exercise capacity in patient without β blockers, we cannot exclude that β blockers might have influenced the overall results, including QoL. Another limitation is that we used a stricter definition of what is considered MINOCA (<30% compared with <50% angiographic stenosis),¹⁶ and the results cannot, thus, be extrapolated to all patients with MINOCA. Furthermore, it is also possible that the present study group include more patients with TS than other studies because of the stricter definition.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

Como identificador dos principais objetivos tivemos em uma análise principal um agrupamento de ideias podendo destacar o verbo: Avaliar. As conclusões mostram que há mudança na qualidade de vida de pessoas que sofreram infarto agudo do miocárdio em vários domínios de composição da vida como físico, mental e social. Os estudos também mostraram que qualidade de vida é determinada por vários fatores como satisfação com a vida e a aprendizagem do novo modelo de vida considerando ajustes na alimentação, atividade física e outros.

Para avaliar a mudança da qualidade de vida os critérios de avaliação são determinados de forma subjetiva, ou seja, cada pessoa encara essa mudança de forma diferente. A família está interligada nesse processo, uma vez que passa a cuidar da pessoa que sofreu episódio de IAM e são importantes nessa articulação para nova adaptação do indivíduo no núcleo familiar e sociedade.

Quanto ao período de recuperação após o infarto os resultados sugerem que esse momento pode ser experimentado como incerto e pode levar a uma vida cotidiana perturbada. No período de recuperação após um IAM, as mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde são consideradas alguns dos objetivos principais.

Alguns estudos têm mostrado que após o IAM a atenção é imediatamente focada nas funções físicas, mas no longo prazo, após a alta hospitalar, o estado geral de saúde, vitalidade, funções sociais e emocionais tornam-se menos importantes, porque as pessoas acabam se acostumando com elas. Outro estudo mostrou de forma consistente que os pacientes com IAM geralmente têm uma qualidade de vida ruim e muito sofrimento emocional.

Estima-se que a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com IAM possa variar, mas é sabido que as primeiras semanas de recuperação em casa são uma experiência estressante. De acordo com relatos, cerca de metade desses pacientes experimentam ou experimentaram depressão e ansiedade durante este período.

Sobreviventes de IAM raramente mudam seus estilos de vida por várias razões. Iniciar e manter a mudança requer conhecimento, liderança, habilidades e comprometimento pessoal, bem como uma compreensão pessoal da doença.

Em um estudo, os entrevistados consideraram fatores limitantes e obstáculos para mudanças no estilo de vida, principalmente no que se refere à prática de exercícios físicos, deficiência significativa que ainda existe após o episódio de IAM.

A revascularização do miocárdio em condições ideais pode garantir a melhora dos sintomas causados pelo IAM, aumentar as taxas de sobrevivência e, com isso, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Um estudo comparativo, dos estudos encontrados, foi realizado entre pessoas normais e pacientes após infarto agudo do miocárdio para comparar seu bem-estar subjetivo e saúde mental atual. Os resultados mostraram um impacto negativo significativamente maior, porque o campo psicológico inclui distúrbios do sono, contato social insuficiente e uma doença comum entre as pessoas que sofrem de IAM. Pacientes com episódios de IAM apresentam menor percepção de saúde e menor satisfação com a vida.

Verificou-se que a satisfação dos pacientes com a vida após o IAM foi menor do que a de indivíduos saudáveis, principalmente nas áreas de saúde, trabalho, filhos, casamento e sexo. A idade do paciente é considerada um fator que afeta a satisfação com a vida. Os jovens (<58 anos) estavam um pouco mais satisfeitos com a vida, principalmente em termos de saúde e sexo.

Este estudo também mostrou que sujeitos com menores níveis de emoção negativa e inibição social sofreram mais com a qualidade de vida após o IAM, e a inibição social é uma dimensão que determina o tipo de personalidade que reduz a satisfação com a vida.

Quanto aos resultados quantitativos referente a vivência do IAM pelas mulheres os dados demonstram diferenças estatisticamente significantes entre as mulheres que vivenciaram IAM e o grupo controle: as primeiras apresentaram menor auto percepção de saúde, percepção de suporte social e enfrentamento do suporte social, mas maior autoeficácia, uso de aceitação, evitação e enfrentamento religioso.

As mulheres que sofrem de episódio de IAM precisam compreender a importância do apoio social, da autoeficácia e de estratégias de enfrentamento menos radical para a sua adaptação. As mulheres precisam do apoio de profissionais de saúde com conhecimento desses temas, para facilitar sua adaptação ao IAM.

Outros estudos indicam que o gênero afeta a QV após um infarto agudo do miocárdio (IAM), mas os dados sobre o papel de gênero são inconsistentes. Numerosos relatórios confirmaram pior QV em mulheres após IAM em comparação com homens da mesma idade, e embora a QV melhore com o tempo em ambos os sexos, este efeito é mais pronunciado nos homens.

As estratégias de enfrentamento das mulheres refletem claramente suas funções físicas, emocionais e sociais. Em comparação com os homens, as estratégias de enfrentamento das mulheres são caracterizadas por uma deterioração em sua percepção subjetiva de saúde, baixo humor, falta de autoconfiança, impotência contra doenças e maior dependência de outras pessoas. Algumas mulheres no grupo de estudo têm necessidade de mais tempo para desenvolver enfrentamento ativo.

6 DISCUSSÃO

Esta revisão integrativa permitiu identificar que são vários os fatores que impactam a qualidade de vida dos indivíduos em sua família e convívio social. Os aspectos físicos e emocionais se mostraram comprometidos na maioria dos pacientes que vivenciaram o estresse psicológico e da dor e que o impacto na sua vida depende dentre outros fatores do componente individual de enfrentamento da doença (OLIVEIRA., 2011).

Quando consideramos o período de publicação observamos que variou em diferentes países ao longo do tempo - entre 2010 a 2020, o que mostra o quanto a avaliação da QVRS avançou e possibilitou melhor avaliação da doença (POLANCZYK, 2005).

Dentre a totalidade de estudos incluídos, a faixa etária dos indivíduos variou de 18 a 70 anos de idade. A maioria dos estudos foram feitos com ambos os sexos e um estudo avaliou especificamente um grupo de mulheres (FUOCHI; FOÀ, 2017). Estudos mostram que doenças da artéria coronária atingem mais homens do que mulheres; entretanto, depois da menopausa, a incidência em mulheres aumenta rapidamente e passa a ser quase igual à dos homens jovens na faixa etária de 30 anos ou menos (ALABAS *et al.*, 2017; BONARJEE *et al.*, 2006; CLARKE *et al.*, 1994; KVAKKESTAD *et al.*, 2018).

A prevalência de IAM no sexo masculino em relação ao feminino pode ser atribuída à menor tendência trombolítica e à proteção hormonal natural, determinada pelos níveis de estrogênio, 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 dos vasos, reduzindo a captação de lipídios e a vasodilatação, com melhoria da pulsatilidade arterial (SOUZA *et al.*, 2012).

Dentre as principais comorbidades identificadas a literatura evidencia diabetes, insuficiência cardíaca congestiva, menor autopercepção de saúde, percepção de suporte social e enfrentamento do suporte social, mas maior autoeficácia, uso de aceitação, evitação e enfrentamento religioso, falta de ar, arritmias, depressão, ansiedade hipertensão, hiperlipidemia, diabetes mellitus, desordem psiquiátrica, limitação física e/ou mental encontram-se diretamente associados com IAM (KRACK *et al.*, 2018; LEE *et al.*, 2018; FUOCHI; FOÁ, 2017; SACCOMANN; OLIVEIRA., 2011; XIA *et al.*, 2019; DANIEL *et al.*, 2017).

O grupo populacional dos estudos compreendeu indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio, angina estável, instável ou ambos (angina

estável/instável e IAM/angina instável) e a literatura demonstra crescimento rápido e significativo na medição da QVRS como indicador do resultado de saúde neste grupo (THOMPSON; YU, 2003).

No curso clínico da doença, há muitos aspectos em que a QVRS dos pacientes pode ser afetada. Assim sendo, a identificação do comprometimento utilizando um instrumento de avaliação específico é considerada importante como desfecho primário e na determinação do benefício terapêutico (WENGER et al., 1984; WILSON; CLEARY, 1995).

Sobreviventes de IAM raramente mudam o estilo de vida por uma série de razões, mas alguns pacientes avaliados após episódio de IAM mostra que houve mudança nos hábitos e estilo de vida (FIORIN *et al.*, 2014).

É imprescindível o desenvolvimento de planos de ação e procedimentos de rotina para incorporar as metas de estilo de vida a vida diária. É importante receber exercícios físicos supervisionados, o que pode ajudar a avaliar a capacidade funcional de atividade e desenvolver um plano de autogestão para monitorar os exercícios em casa. As pessoas com acompanhamento terão melhor compreensão sobre a importância de mudança de hábitos (NICOLAI *et al.*, 2018).

O indivíduo após o infarto agudo do miocárdio se preocupa com a morte, mas sofre, principalmente, pelas mudanças de hábitos necessárias para prevenir o aparecimento de novas doenças. Essas mudanças são quase sempre restritivas. Estas questões de doença e mudança de hábitos podem alterar a qualidade de vida destes sujeitos, entendendo que a qualidade de vida é avaliada de forma subjetiva (THOMAS *et al.*, 2007).

O impacto físico e emocional das doenças na vida pessoal deve ser abordado de forma abrangente e acolhedora por aqueles que se dedicam à manutenção da saúde dessas pessoas. Sabendo que a família assim como o paciente deve ser acompanhado de perto, uma vez que eles também mudam seu estilo de vida para cuidar do outro (THOMAS *et al.*, 2007).

O bem-estar subjetivo tem sido amplamente pesquisado nas últimas décadas e, em termos práticos, é um termo que abrange as várias maneiras como as pessoas avaliam suas vidas, incluindo conceitos como satisfação com a vida, trabalho e saúde (GUPTA *et al.*, 2012).

Nos comentários de Simpson e Pilote, os resultados indicam que o efeito do IAM na QVRS dos pacientes parece ser moderado. Após o IAM, a capacidade física,

o status de trabalho, os sintomas, o estado funcional e as condições gerais de saúde diminuem ainda mais (ERIKSSON *et al.*, 2013).

Os achados desta revisão sugerem que, embora os pacientes possam relatar uma QVRS prejudicada logo após o IAM, o IAM geralmente não tem um efeito significativo de longo prazo na QVRS dos pacientes. A maioria desses domínios aumentou para níveis normais ao longo do tempo (ERIKSSON *et al.*, 2013).

6 CONCLUSÃO

Este estudo, demonstra que os pacientes avaliados após o IAM, apesar de relatarem mudanças nos hábitos e no estilo de vida apresentaram piora no quesito qualidade de vida. Neste contexto, não apenas o olhar do enfermeiro, mas da equipe multidisciplinar deve estar voltado para estratégias que possam melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Essas devem ser implementadas desde o momento da internação hospitalar, durante e após a alta do paciente com vistas ao seu autocuidado e adesão ao tratamento para o sucesso da terapêutica instituída.

Estudos sobre a Qualidade de Vida e a prática clínica nos serviços de saúde têm sido um importante processo para tomada de decisão clínica e determinação do benefício terapêutico, como meio de avaliar a sobrevida do paciente após cirurgia de revascularização do miocárdio.

Isso propiciam ações de melhoria na reabilitação desses pacientes, por meio dos instrumentos de Qualidade de Vida, elaborando programas de atendimento e cuidado à saúde de indivíduos e comunidades, conforme suas necessidades, além da promoção de condições favoráveis para participação no cuidado de sua saúde de forma mais integrada.

A aplicabilidade dos resultados deste estudo são subsídios para que o profissional de saúde empreenda ações em educação em saúde, no tocante à promoção e ao planejamento assistencial, visando à adesão do paciente ao tratamento e à prevenção a novos eventos.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES. Qualidade de Vida: Definição, Conceitos e Interfaces com outras áreas de pesquisa. 22. ed. São Paulo: EACH, 2012. p. 15.
2. ALVES. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Revista Brasileira de qualidade de vida**. v. 3, n. 1, p. 16-23, 2011. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/690/615>. Acesso em: 18 mai. 2020.
3. BRASIL. Ataque cardíaco (infarto). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2779-ataque-cardiaco-infarto>. Acesso em: 5 mar. 2020.
4. BRASIL. **29/9 – Dia Mundial do Coração: seja um herói do coração**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/component/content/article?id=3039>. Acesso em: 15 mai. 2020.
5. BRASIL. Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na Rede de Atenção às Urgências. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/protocolo_sindrome_coronaria_MS2011.pdf. Acesso em: 18 de maio de 2020.
6. BONI; MARTINEZ; SACCOMANN. Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 26, n. 6, p. 575-580, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 mai. 2020.
7. CAMPOS; NETO. Qualidade de Vida: Um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Montes Claros-MG, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio/ago. 2008. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1438/1075>. Acesso em: 5 mai. 2020.
8. CHIAVENATO. **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
9. CRUZ; COLLET; NÓBREGA. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 973-989, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n3/973-989/>. Acesso em: 12 mai. 2020.
10. DANIEL *et al.* Effect of Myocardial Infarction With Nonobstructive Coronary Arteries on Physical Capacity and Quality-of-Life. **The American Journal of Cardiology**, Estocolmo, v. 120, n. 3, p. 341-346, agosto/2017. Disponível em: [https://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(17\)30767-1/fulltext](https://www.ajconline.org/article/S0002-9149(17)30767-1/fulltext). Acesso em: 9 set. 2020.
11. DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. **Qualidade de Vida**. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>. Acesso em: 21 mai. 2020.

12. DSBC. **IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível** do Segmento ST. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009001400001&script=sci_arttext. Acesso em: 9 jun. 2020.
13. FIORIN *et al.* Qualidade e estilo de vida do paciente infartado: uma revisão após re-inserção social. **Enfermagem Brasil**, Vitória-ES, v. 13, n. 3, p. 133-140, maio/junho 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338339223_Qualidade_e_estilo_de_vida_d_o_paciente_infartado_uma_avaliacao_apos_a_re-imsecao_social. Acesso em: 10 set. 2020.
14. FLEURY MEDICINA EM SAÚDE. **Infarto Agudo do Miocárdio**. Disponível em: <https://www.fleury.com.br/manual-de-doencas/infarto-agudo-do-miocardio>. Acesso em: 12 mai. 2020.
15. FUOCHI; FOÀ. Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. **Wiley online library**. Brasil, v. 32, n. 1, p. 98-107, set./2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12435>. Acesso em: 9 set. 2020.
16. GÓIS; SANTOS; GOIS. Avaliação da qualidade de vida e mudanças de hábitos em pacientes pós infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. **UNIT: Universidade Tiradentes**, Aracaju- SE, p. 1-4, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5456/2093>. Acesso em: 5 mai. 2020.
17. GUPTA. Association of educational, occupational and socioeconomic status with cardiovascular risk factors in Asian Indians: a cross-sectional study. **Plos One**, v. 7, n. 8, p. 1-5, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22952886/>. Acesso em: 25 out. 2020.
18. HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Atividades físicas leves são indicadas após infarto. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/atividades-fisicas-leves-indicadas-apos-infarto.aspx>. Acesso em: 12 mai. 2020.
19. HCOR- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA. **Mulheres têm 50% de probabilidade de infarto maior quando comparada aos homens**. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/imprensa/noticias/mulheres-tem-50-de-probabilidade-de-infarto-maior-quando-comparada-aos-homens/>. Acesso em: 19 mai. 2020.
20. JÚNIOR *et al.* Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão um: artigo de revisão. **Revista Amazônia**. Gurupi-TO, v. 1, n. 1, p. 33-40, 2013. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/393/150>. Acesso em: 29 abr. 2020.
21. KRACK *et al.* Determinants of adherence and effects on health-related quality of life after myocardial infarction: a prospective cohort study. **BMC Geriatrics**, Alemanha, v. 18, n. 136, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-018-0827-y>. Acesso em: 10 set. 2020.

22. LEE *et al.* Relationships among medication adherence, lifestyle modification. And health-related quality of life in patients with acute myocardial infarction: a cross-sectional study. **Health and Quality of life Outcomes**, Brasil, v. 16, n. 100, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12955-018-0921-z>. Acesso em: 9 set. 2020.
23. NASCIMENTO *et al.* Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares em Países de Língua Portuguesa: Dados do “Global Burden of Disease”, 1990 a 2016. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. RJ Brasil, p. 500-511, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v110n6/pt_0066-782X-abc-110-06-0500.pdf. Acesso em: 5 mai. 2020.
24. OPAS BRASIL. Doenças cardiovasculares. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096. Acesso em: 29 abr. 2020.
25. OLIVEIRA *et al.* Qualidade e estilo de vida do paciente infartado: uma avaliação após a re-inserção social: subtítulo do artigo. **Artigo original**. Hospital Santa Rita, v. 13, n. 3, p. 133-140, fev./2014. Disponível em: [file:///C:/Users/cristina/Downloads/3683-22398-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cristina/Downloads/3683-22398-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 15 mai. 2020.
26. PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.
27. PESARO; JÚNIOR; NICOLAU. Infarto agudo do miocárdio - síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Revista Scielo**. São Paulo, v. 50, n. 2, p. 1-5, fev./2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200041. Acesso em: 12 mai. 2020.
28. POLANCZYK. Fatores de Risco Cardiovascular no Brasil: os Próximos 50 anos!. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, Porto Alegre, v. 84, n. 3, p. 199-201, mar/2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v84n3/a01v84n3.pdf>. Acesso em: 9 set. 2020
29. RÔLA; SILVA; NICOLA. Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática. **Id on Line: Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. Pernambuco, v. 12, n. 42, p. 111-120, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1300/1892>. Acesso em: 5 mai. 2020.
30. SACCOMANN *et al.* Qualidade de vida de pacientes após infarto do miocárdio com e sem revascularização/ Quality of life of patients after myocardium infarction with and without revascularization. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 23-28, mar. 2011. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah?iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=589414&indexSearch=ID>. Acesso em: 9 set, 2020

31. SANTOS. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: Vantagens e desvantagens na utilização. **Revista Corpoconsciência**. Cuiabá-MT, v. 19, n. 2, p. 25-36, 2017. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/3948>. Acesso em: 18 mai. 2020.
32. SANTOS *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**: Revista Scielo, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 1621-1634, jul./2016. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n5/1621-1634/pt>. Acesso em: 15 mai. 2020
33. SBACV: Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. ATROSCLEROSE. Disponível em: <https://www.sbacv.org.br/artigos/medicos/aterosclerose>. Acesso em: 24 mar. 2020.
34. SBC-SC. FATORES DE RISCO: Fatores de risco cardíaco mais comuns. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/sc/publico/artigos/artigo-fatores.asp>. Acesso em: 30 mar. 2020.
35. SCHERER *et al.* O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 296-305, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272853917_O_que_mudou_em_minha_vida_Consideracoes_de_individuos_que_sofreram_infarto_agudo_do_miocardio. Acesso em: 11 mai. 2020.
36. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Diretriz Assistencial Multidisciplinar de Abordagem ao Paciente com Síndrome Coronariana Aguda. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretriz%20Trauma.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2020.
37. SEIDL; ZANNON. Qualidade de vida e saúde:: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública [online]**. Brasília-DF , v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 mai. 2020.
38. SIERVULI. *et al.* Infarto do Miocárdio: Alterações Morfológicas e Breve Abordagem da Influência do Exercício Físico. **Revista Brasileira de cardiologia**: subtítulo da revista, Minas Gerais, v. 27, n. 5, p. 349-355, ago./2014. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/27/pdf/v27n5a09.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2020.
39. SILVA; SALDANHA; AZEVEDO. Variáveis de Impacto na Qualidade de Vida de Pessoas Acima de 50 Anos HIV+. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 23, n. 1, p. 56-63, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 mai. 2020.
40. SOUZA *et al.* Preditores de mudança na qualidade de vida após um evento coronariano agudo. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Porto Alegre, RS - Brasil, v. 91, n. 4, p. 252-259, 2008. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001600008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 mai. 2020.

41. TESTON *et al.* Fatores associados a doenças cardiovasculares em adultos. **Revista USP**. Maringá, Paraná, Brasil, v. 49, n. 2, p. 95-102, 2016. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n2/AO1-Fatores-associados-as-doencas-cardiovasculares-em-adultos.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2020.

42. THOMAS *et al.* Avaliação ambulatorial de qualidade de vida em pacientes ppós infarto agudo do miocárdio. **Rev. SBPH**, Rio Grande do Sul, v. 10, n.2, p. 13-31, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200004. Acesso em: 10 set. 2020.

43. THOMPSON; YU. Quality of life in patients with coronary heart disease- I: Assessment tools. **BioMed Central**, v. 11, n. 42, p. 1-5, 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/9083182_Quality_of_life_in_patients_with_coronary_heart_disease-I_Assessment_tools. Acesso em: 25out. 2020

44. TRONCOSO *et al.* Estudo Epidemiológico da incidência do Infarto Agudo do Miocárdio na população Brasileira. **Revista Caderno de Medicina**. v. 1, n. 1, p. 91-101, 2018. Disponível em: arquivo: /// C:/Users/Pr%20Elce%20e%20Familia/Desktop/ARTIGOS%20TCC%202/troncoso%20et%20al%202018.pdf. Acesso em: 5 mar. 2020.

45. VARGAS *et al.* Qualidade de Vida de Pacientes Pós-Infarto do Miocárdio: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 11, n. 7, p. 2803-2809, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/166336>. Acesso em: 12 mai. 2020.

46. WENGER. Assessment of quality of life inn clinical trials of cardiovascular therapies. **The American Journal of Cardiology**, v. 121, n. 2, p. 15-24, 1984. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6333175/>. Acesso em: 25 out. 2020.

47. WILSON; CLEARY. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life: A Conceptual Modelo f Patient Outcomes. **JAMA Network**, Estados Unidos, v. 273, n. 1, p. 59-65, Jan. 1995. Disponível em:<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/385444>. Acesso em: 10 set. 2020.

48. XIA *et al.* Comparing the effects of depression, anxiety, and comorbidity on quality-of-life, adverse outcomes, and medical expenditure in Chinese patients with acute coronary syndrome. **Chinese Medical Journal**, China, v. 132, n.9, p. 1045-1052, 2019. Disponível em: https://journals.lww.com/cmj/Fulltext/2019/05050/Comparing_the_effects_of_depression,_anxiety,_and.6.aspx. Acesso em: 9 set. 2020.