

Infarto agudo do miocárdio recorrente sob a perspectiva do paciente

Recurrent acute myocardial infarction under the patient's perspective

Infarto de miocardio agudo recorrente bajo la perspectiva del paciente

Soares Junior, Joaquim Rosa;¹ Sudré, Graciano Almeida;² Corrêa, Carla Regina de Almeida;³ Sudré, Mayara Rocha Siqueira;⁴ Carrijo, Marcos Vítor Naves;⁵ Dessotte, Carina Aparecida Marosti;⁶ Maier, Suellen Rodrigues de Oliveira⁷

RESUMO

Objetivo: compreender o infarto agudo do miocárdio recorrente sob a perspectiva da pessoa que vivenciou o evento isquêmico. **Método:** pesquisa qualitativa descritiva-exploratória, que utilizou os preceitos teóricos e metodológicos da pesquisa convergente assistencial. Os participantes do estudo foram pessoas com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio recorrente, admitidas em um hospital do sul de Mato Grosso. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, sendo estas transcritas, codificadas e posteriormente organizadas com o uso de um software de acesso livre. **Resultados:** evidenciou-se a descontinuidade das ações de cuidado após o primeiro evento isquêmico e a escassez de orientações oferecidas para pessoa e aos seus familiares na alta hospitalar. **Conclusões:** foi possível compreender que a pessoa que vivenciou o infarto do miocárdio recorrente se responsabiliza, referindo à falta de atitudes individuais para mudança em relação ao evento anterior, fator que julgam contribuir para o segundo evento isquêmico.

Descritores: Recidiva; Infarto do miocárdio; Doenças cardiovasculares; Cuidados de enfermagem; Alta do paciente

ABSTRACT

Objective: to understand acute recurrent myocardial infarction from the perspective of the person who experienced the ischemic event. **Method:** qualitative descriptive-exploratory research, which

1 Universidade Federal de Rondonópolis (UFR). Rondonópolis, Mato Grosso (MT). Brasil (BR). E-mail: joaquimjrenf@gmail.com ORCID: 0000-0002-8148-5171

2 Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo (SP). Brasil (BR). E-mail: graciososudre@usp.br ORCID: 0000-0003-2837-8526

3 Universidade Federal de Rondonópolis (UFR). Rondonópolis, Mato Grosso (MT). Brasil (BR). E-mail: carlaregina.correa@gmail.com ORCID: 0000-0002-6863-868X

4 Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo (SP). Brasil (BR). E-mail: maysrocha@usp.br ORCID: 0000-0002-9515-5907

5 Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Campo Grande, Mato Grosso (MT). Brasil (BR). E-mail: marcosvenf@gmail.com ORCID: 0000-0002-8843-0499

6 Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo (SP). Brasil (BR). E-mail: camarosti@usp.br ORCID: 0000-0002-5521-8416

7 Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo (SP). Brasil (BR). E-mail: suellen_enf2004@hotmail.com ORCID: 0000-0002-4677-1674

Como citar: Soares Junior JR, Sudré GA, Corrêa CRA, Sudré MRS, Carrijo MVN, Dessotte CAM et al. J. nurs. health. 2022;12(1):e2212120986. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/20986>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença *Creative Commons* CC BY NC. É permitido que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, para fins não comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

used the theoretical and methodological precepts of convergent care research. Study participants were people diagnosed with recurrent acute myocardial infarction, admitted to a hospital in southern Mato Grosso. Data were collected through semi-structured interviews, which were transcribed, coded, and subsequently organized using open access software. **Results:** there was a discontinuity of care actions after the first ischemic event and the scarcity of guidance offered to the person and their family members at hospital discharge. **Conclusions:** it was possible to understand that the person who experienced recurrent myocardial infarction is self-responsible, referring to the lack of individual attitudes to change in relation to the previous event, a factor that they believe to contribute to the second ischemic event.

Descriptors: Recurrence; Myocardial infarction; Cardiovascular diseases; Nursing care; Patient discharge

RESUMEN

Objetivo: comprender el infarto agudo de miocardio recurrente desde la perspectiva de la persona que experimentó el evento isquémico. **Método:** investigación cualitativa descriptiva-exploratoria, que utilizó los preceptos teóricos y metodológicos de la investigación asistencial convergente. Los participantes del estudio eran personas diagnosticadas con infarto agudo de miocardio recurrente, ingresadas en un hospital en el sur de Mato Grosso. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron transcritas, codificadas y luego organizadas mediante software de acceso abierto. **Resultados:** hubo discontinuidad de las acciones asistenciales luego del primer evento isquémico y escasez de guías ofrecidas a la persona y sus familiares al alta hospitalaria. **Conclusiones:** se pudo entender que la persona que experimentó un infarto de miocardio recurrente es responsable, refiriéndose a la falta de actitudes individuales al cambio en relación con el evento anterior, factor que cree que contribuye al segundo evento isquémico.

Descriptores: Recurrencia; Infarto del miocardio; Enfermedades cardiovasculares; Atención de enfermería; Alta del paciente

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) estão dentre as principais causas de morte no mundo, aproximadamente 17,7 milhões de pessoas foram a óbito por DCV no ano de 2015, representando cerca de 31% de todos os óbitos a nível global.¹

Diante das inúmeras apresentações das DCV destaca-se a Doença Arterial Coronariana (DAC), a qual se caracteriza pela obstrução das artérias coronárias, ocasionando desequilíbrio entre a oferta e consumo de oxigênio pelo músculo cardíaco.²⁻³ O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das formas de apresentação das DAC, e pode ser caracterizado pela interrupção parcial ou total do fluxo

sanguíneo das artérias coronárias, por um período de tempo suficiente para que ocorra a morte de células do músculo cardíaco, pode ser desencadeado a partir de fatores não modificáveis, no qual inclui a idade, raça, sexo e hereditariedade; e fatores modificáveis, como o tabagismo, alcoolismo, obesidade, alimentação inadequada e sedentarismo.⁴⁻⁶

Em geral, o IAM pode se manifestar mediante esforço físico ou estresse emocional, sendo evidenciado por dor no peito, compressão em região retroesternal ou precordial, dor em região epigástrica e mandíbula, podendo irradiar para o membro superior

esquerdo – dor classificada como intensa, com tempo superior a vinte minutos, podendo estar associada a palidez, sudorese, náuseas e vômitos.⁴

A Sociedade Brasileira de Cardiologia define o IAM recorrente como sendo um evento isquêmico ocorrido após vinte e oito dias do primeiro evento isquêmico,³ sendo que este pode estar relacionado às comorbidades preexistentes ou aos hábitos de vida que comprometem à saúde do indivíduo, colaborando para o surgimento de um novo evento isquêmico.

O conhecimento e o controle dos fatores de risco modificáveis corroboram para prevenção dos eventos isquêmicos recorrentes. Portanto, ser informado sobre os fatores de risco na alta hospitalar e assistido por profissionais de saúde por meio de uma rede articulada de serviços (atenção hospitalar, especializada e primária), favorece a adoção medidas preventivas de caráter individual, contribuindo para a melhora da qualidade de vida e episódios recorrentes de eventos isquêmicos.⁷

Essa afirmativa, possibilita o emergir do interrogar, como a pessoa que vivenciou o IAM interpreta a recorrência desse evento isquêmico? Face ao questionamento, tem-se como objetivo, compreender o IAM recorrente sob a perspectiva da pessoa que vivenciou o evento isquêmico.

MATERIAIS E MÉTODO

O presente manuscrito teve sua escrita norteada pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).⁸ Trata-se de um

estudo qualitativo, descritivo e exploratório, seguindo os preceitos da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), realizado com pacientes admitidos na unidade coronariana de um hospital de médio porte, referência no atendimento em cardiologia do sul de Mato Grosso. Os participantes foram identificados a partir dos registros no sistema de prontuário eletrônico desse hospital. O presente estudo está em conformidade com a Resolução nº 466/2012, e possui parecer ético favorável emitido pelo nº 1.931.153, e Certificação de Apresentação para Apreciação Ética 62895316.8.0000.808.

Uma amostra consecutiva foi constituída por pacientes com idade superior aos 18 anos, internados na unidade intensiva coronariana de um hospital em um município do interior de Mato Grosso, com o diagnóstico médico de IAM e que tenham sofrido algum evento isquêmico coronariano prévio, entre março e dezembro de 2018, conforme as admissões de tais pacientes na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) no referido período. Foram excluídos os pacientes que na ocasião se encontravam inconsciente e aqueles que faziam uso de psicofármacos.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas após a alta da UCO, a partir de um roteiro semiestruturado, constituído por quatro questões norteadoras que auxiliaram no desvelar do fenômeno estudado. As entrevistas foram áudio gravadas por aparelho digital, e posteriormente transcritas na íntegra pelos pesquisadores, sendo atribuídos pseudônimos aos participantes, de modo

a utilizar a letra “P” simbolizando a palavra participante seguido de um número, em alusão à sequência cronológica das entrevistas, garantindo a confidencialidade, de modo a manter o anonimato dos participantes.

O entrevistador recebeu treinamento prévio sobre a coleta de dados e utilização de roteiro semiestruturado para entrevista, exercitou a coleta de dados em ambiente simulado com seus pares do grupo de pesquisa (acadêmicos de graduação e pós-graduação), supervisionado pelos docentes coordenadores do estudo, ancorados pelo referencial teórico e metodológico da PCA,⁹ perpassando pelas fases: Concepção representada pela estruturação do estudo; Instrumentalização representada pela definição do roteiro de entrevista norteador; Percruração representada pela organização do processo de aquisição dos dados, visto que o pesquisador responsável pelas entrevistas fazia parte da equipe assistencial do setor; e pôr fim a Análise, realizada a partir das leituras das transcrições.

A análise de dados ocorreu após as transcrições com posterior codificação do corpus submetido para análise por meio do *software Interface de R pour les analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ®), dentre as possibilidades dispostas pelo *software*, optou-se pela nuvem de palavras, a qual agrupou, organizou e estruturou as palavras em tamanhos distintos, sendo as palavras em destaque, aquelas com maior relevância ao corpus textual, em relação à repetição da mesma ou de seu radical.¹⁰⁻¹¹

A partir da nuvem de palavras, os achados encontrados foram analisados sob a ótica da integração entre o processo investigativo da pesquisa e sua aplicabilidade na prática assistencial, em um processo de mergulho metodológico à Pesquisa Convergente Assistencial.¹¹ Concomitante a essa etapa, ocorreram as inferências e o processo de análise com base nos conceitos teóricos da PCA,⁹ desse processo emergiram duas categorias: “Vivenciando um novo evento isquêmico” e “Necessidades de saúde após a recorrência”.

RESULTADOS

Participaram do estudo quatro pacientes, todos do sexo masculino, com idade entre 43 e 76 anos, possuindo em média, diferença de um ano entre o primeiro e o segundo evento isquêmico. Todos foram submetidos a intervenção coronária percutânea no primeiro evento isquêmico e todos possuíam diagnósticos secundários de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e diabetes *mellitus* tipo II.

A nuvem de palavras foi constituída a partir do agrupamento e organização das palavras conforme sua frequência, conforme Figura 1.

A palavra “não” com maior frequência no *corpus*, totalizando 34 repetições, seguida da palavra “hospital” com 25 e da palavra “dor” com 22 repetições. Duas categorias emergiram do *corpus*, sendo estas: “Vivenciando um novo evento isquêmico” e “Necessidades de saúde após a recorrência”.

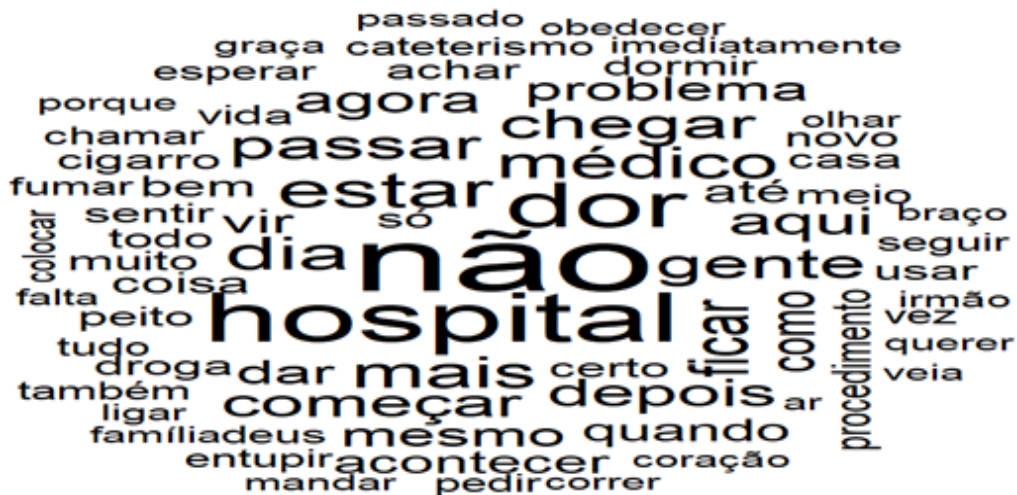


Figura 1: Nuvem de palavras. Rondonópolis, MT, 2019

Fonte: dados da pesquisa (2019), conforme organização do *software* IRAMUTEQ.

Vivenciando um novo evento isquêmico

Evidenciou-se nas falas dos participantes a experiência vivenciada entre os eventos isquêmicos, sendo que estes estão diretamente ligados a procura pelo atendimento, pois percebeu-se que no primeiro evento houve demora pela busca por atendimento, devido à ausência de conhecimento sobre os sinais/sintomas e por relacionarem estes a outras possíveis doenças. Entretanto, no segundo evento a busca pelo atendimento foi precoce, fator esse que melhorou o prognóstico de cada vítima.

Com o intuito de explorar o momento de exacerbação dos sinais e sintomas, que levaram os participantes a acreditarem na urgência do quadro e relatarem a experiência revelada no diagrama anterior, destacaram-se as palavras “hospital” e “dor”, durante as falas e a relação entre ambas, o que

permitiu inferir que a busca precoce pelo atendimento pode estar relacionada aos sinais/sintomas apresentados pelos participantes, o que não ocorreu no primeiro evento isquêmico. Todavia, tão logo surgiram os primeiros sinais e sintomas sugestivos de um outro evento isquêmico, possivelmente devido à experiência prévia, as pessoas revelaram quão precoce foi a busca do atendimento nos serviços de saúde, conforme constam nos trechos a seguir:

[...] começou a me dar dor no peito, falta de ar e cansaço bastante. Por causa da ignorância da gente não procurei imediatamente o médico, fiquei esperando, comendo de tudo o que viesse, aí quando vim para a cidade pra casa do filho, fui internado no hospital às pressas. (P2)

[...] os sintomas são tontura, dor no peito, começa a ficar escura a vista

da gente, aí eu corri e vim para o hospital. (P1)

[...] estava mexendo numa grade niveladora, senti aquela dor no braço, subiu para os peitos, aí como já tinha dado o primeiro e era isso, eu fiquei cismado, chamei minha irmã aí ela desceu comigo para o hospital. (P3)

Contrariamente às falas de “P1” e “P3”, percebeu-se na fala de P2, a demora pela procura hospitalar referente ao primeiro evento, evidenciando a falta de conhecimento sobre da doença. As falas dos “P1” e “P3” permitiram inferir que a busca precoce pelo serviço de saúde se deu pela experiência vivenciada no primeiro evento, de modo a possibilitar a intervenção rápida minimizando as chances de complicações relacionadas ao IAM recorrente.

No que concerne aos sintomas apontados pelos participantes, notou-se semelhança entre os eventos isquêmicos, sendo a dor referenciada tanto no primeiro como no segundo evento. No entanto, outros participantes retratam a dor no evento recorrente como menos intensa, conforme a seguir:

[...] olha, foi igual, mesma coisa, cansaço, falta de ar, boca seca e dor no peito, dor no peito e tremedeira, tremendo a parte esquerda todinha, foi a mesma coisa, tanto no primeiro como agora no segundo. (P2)

[...] dói demais o primeiro. O segundo eu não sei se é porque eu não esperei a tanto, já corri logo. (P3)

A relação da dor entre o primeiro e o segundo evento isquêmico está

associada ao conhecimento prévio da doença, pois de acordo com a fala de “P3”, quando constatado o início dos sintomas, a procura pelo atendimento hospitalar foi imediata na iminência do evento isquêmico recorrente.

Deste modo, os achados permitiram inferir que a vivência de um evento isquêmico prévio direciona uma busca precoce pelo atendimento de urgência e emergência, minimizando a possibilidade de complicações pelo reconhecimento dos sinais e dos sintomas. Faz-se necessário o acompanhamento destas pessoas após a alta hospitalar, visto que é imprescindível a necessidade de comunicação entres os pontos de atenção da rede, a fim de promover a reabilitação da saúde do indivíduo após o evento isquêmico, principalmente com medidas de elucidação e familiarização dos fatores de risco e proteção.

Necessidades de saúde após a recorrência

A palavra “não” surgiu em distintos momentos no decorrer das falas dos participantes, no entanto, foi marcante a negativa com relação à existência de orientações aos participantes no momento da alta hospitalar.

[...] orientações foi do médico, quando ele me deu alta ele me colocou qual era a norma de vida que eu tinha de seguir, só que infelizmente eu não obedeci, a gente não obedece. (P2)

Conforme trecho citado, as orientações no momento da alta hospitalar foram realizadas apenas pelo profissional médico.

No que compete ao tratamento medicamentoso, observou-se que as orientações oferecidas aos participantes foram insuficientes. Conforme a fala a seguir, notou-se que as orientações foram apenas para o modo de uso do medicamento, excluindo-se a importância sobre os efeitos adversos e até mesmo, o dano causado pela interrupção do tratamento sem orientação pelo profissional responsável.

[...] não, negativo, quer dizer, as orientações foram para usar os medicamentos que foram passados e só fazer uso contínuo deles, só foi isso o que eles me disseram. (P3)

[...] recebi para seguir certinho, recomendou pra tomar os remédios certinhos, fazer dieta, não comer nada gordo. Infelizmente eu não segui os conselhos dele e estou aqui de novo. (P4)

DISCUSSÃO

Foi possível inferir reflexões acerca de dois principais aspectos, sendo a vivência de um novo evento isquêmico e as necessidades de saúde após a recorrência. A partir das falas dos participantes, percebeu-se que o paciente compreende o novo evento isquêmico, como falha em alguma etapa do processo de cuidar, relacionando-os ao autocuidado negligenciado, pela não adoção de hábitos de vida saudáveis, manutenção do uso contínuo da medicação e ausência de acompanhamento periódico nos serviços de saúde.

No que concerne à experiência considera-se que a pessoa acometida por IAM recorrente, após vivenciar o evento

isquêmico, participe ativamente do processo de cuidar de si a partir das mudanças inerentes à sua condição de saúde atual. Além do aspecto preventivo, acredita-se que na iminência de um novo evento isquêmico, a vítima procurará o atendimento precocemente possível.¹²

Entender sobre a possibilidade do risco iminente à vida, a partir da experiência anterior, pode diminuir o tempo entre a busca pelo atendimento e o atendimento propriamente dito, aliado a uma avaliação clínica coerente, pautada em um sistema de acolhimento e classificação de risco efetivo, como parte da rede de atenção às urgências no Brasil. Nesta perspectiva, a busca por atendimento logo após o início dos sintomas até a admissão efetiva na unidade hospitalar, tende a colaborar para a redução das complicações inerentes ao evento isquêmico.^{3,13}

Uma média de dois terços das mortes súbitas em decorrência de DCV ocorrem no ambiente pré-hospitalar, somente 20% das vítimas queixam-se de dor no peito e são encaminhadas para unidades hospitalares até de duas horas após do início desses sinais. Os fatores que levam ao atraso na busca por atendimento são diversos, dentre eles pode-se referir ao não reconhecimento da dor como um evento importante, a automedicação e condição socioeconômica debilitada.¹⁴⁻¹⁵

A dor no peito se caracteriza como o principal sintoma que influencia na investigação diagnóstica quando há suspeita de um evento isquêmico, todavia, em idosos e diabéticos, a dispneia e/ou dor epigástrica destacam-se como sintomas mais comuns.¹⁶

O sucesso no tratamento dos eventos isquêmicos, está relacionado ao atendimento precoce com terapias de reperfusão coronária. A utilização dessas terapias altera o progresso do quadro isquêmico, entretanto, a busca precoce pelo serviço de atendimento por parte da vítima e a assistência ágil pela equipe de saúde em sua chegada no contexto hospitalar.^{3,17}

No que se refere ao planejamento do cuidado de enfermagem, evidencia-se a organização do processo de alta hospitalar como uma estratégia fundamental para a manutenção da integralidade do cuidado.¹⁸⁻¹⁹ É característico do ser humano cuidar e ser cuidado, na enfermagem, o cuidar intervém da teoria, investigação, ensino e prática, sendo estes eixos convergentes para a apropriação do que seja cuidar baseado em evidências científicas.¹¹

O planejamento de alta hospitalar deve acontecer de forma individualizada e estruturada, conforme as condições de cada pessoa, tornando-se uma ação que demanda atenção especial, na qual deve ser composta por toda equipe que fornece assistência, considerando-se uma ação interdisciplinar.²⁰ O atendimento de indivíduos com DCV vem se tornando um desafio para equipe de enfermagem. Por ser uma admissão súbita, pode ocasionar na maioria das vezes medos e incertezas, assim, o profissional enfermeiro se torna indispensável referente às orientações a estes indivíduos, durante a fase de agudização dos sintomas, bem como na alta edificando o caráter preventivo desta.²¹

As orientações na alta tendem a reduzir sentimentos negativos,

ocasionando maior segurança em relação ao contexto hospitalar.²¹ Desta forma, o enfermeiro deve utilizar da comunicação¹¹ para ampliar os programas de educação em saúde, envolvendo a pessoa e seus familiares, além de preparar a própria equipe sobre a possibilidade recorrência do IAM.²²

O emprego de métodos educativos se faz importante para equipe interdisciplinar, visto que estes corroboram para o triunfo no tratamento e compreensão das pessoas sobre o seu processo de saúde no contexto hospitalar.²² As orientações superficiais acerca do uso dos medicamentos de caráter impositivo, pode afetar a segurança e a qualidade da assistência à saúde dessas pessoas durante a continuidade do tratamento em domicílio. No contexto da alta hospitalar, é imperativo afirmar que estes podem estar vulneráveis quando recebem as informações inerentes ao cuidado em saúde, devido ao cansaço físico e emocional, que o período de hospitalização ocasiona. Por isso, episódios de eventos adversos referente ao uso incorreto de medicamentos, podem acarretar novas admissões.²³

Portanto, vale ressaltar que orientar a pessoa e seus familiares durante a hospitalização até a alta pode possibilitar maior compreensão dos mesmos acerca da doença, aspectos estes que corroboram com a proposição de um plano terapêutico concernente com as reais necessidades da pessoa, visto que pode promover o engajamento facilitado, resultando assim em uma melhor qualidade de vida e evitar novas internações.²⁴

Deste modo, faz-se necessário a participação da equipe interdisciplinar, em especial o profissional enfermeiro, no contexto da alta hospitalar. Proporcionando intervenções que visem a sistematização do processo de alta, de modo a estabelecer a linha de cuidado para o fortalecimento entre os diversos pontos das redes de atenção à saúde, para que haja continuidade dos cuidados propostos.

As limitações do estudo estão relacionadas ao acesso as informações quanto ao diagnóstico de IAM recorrente nos registros do sistema eletrônico da instituição, bem como a avaliação do paciente admitido na unidade no período noturno e aos domingos, visto que o pesquisador não se encontrava na unidade coronariana o que inviabilizava o acompanhamento do paciente desde a admissão para o estabelecimento do vínculo entre o paciente e o profissional, dado este que poderia viabilizar o relato de fatos importantes para revelar o fenômeno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, pôde-se inferir a partir do percurso metodológico traçado foi possível compreender o infarto agudo do miocárdio recorrente sob a perspectiva da pessoa que vivenciou o evento isquêmico, visto que os pacientes acometidos pelo IAM recorrente, revelaram que a ausência de mudança no estilo de vida, a descontinuidade no tratamento e a escassez de orientações no momento da alta, podem ter culminado no segundo evento isquêmico, o que torna emergente a necessidade de implementação nas redes de atenção à saúde, permeando ações cuidativas por todos os níveis de atenção.

Além disso, percebeu-se a necessidade da implementação dos registros no sistema de prontuário eletrônico durante a internação, a fim de que todas as informações relacionadas à assistência sejam devidamente registrada, bem como a implementação da alta, com atuação da equipe interdisciplinar durante a internação na unidade hospitalar, em especial do enfermeiro, visto que este é o responsável pela implementação do cuidado dentro e fora do contexto hospitalar. Portanto, torna-se necessário a implementação de linhas de cuidado, a fim de corroborar na integralidade do cuidado às pessoas vítimas de IAM recorrente.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (WHO). Health topics: cardiovascular diseases. 2019. Available from: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/>
- 2 Silva LN, Karino ME, Martins JT, Galdino MJQ, Scholze AR, Ribas JJ. Epidemiological and clinical profile of patients with acute coronary syndrome. Rev. enferm. UFPE on line. 2018;12(2):379-85. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a22563p379-385-2018>
- 3 Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, et al. Brazilian Society of Cardiology Guidelines on Unstable Angina and Acute Myocardial Infarction without ST-Segment Elevation – 2021. Arq. bras. cardiol. 2021;117(1):181-264. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20210180>

4 Medeiros TLF, Andrade PCNS, Davim RMB, Santos NMG. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio. Rev. enferm. UFPE on line. 2018;12(2):656-72. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230729p565-572-2018>

5 Ferreira EF, Assis RC, Faria AKN, Chaves CG, Souza ASD, Zani HP, et al. Perfil epidemiológico e avaliação de fatores de risco para doença cardiovascular em pacientes atendidos em uma clínica escola de fisioterapia. Revista Educação em Saúde. 2017;5(2):19-25. DOI: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2017v5i2.p19-25>

6 Santos BS, Maier SROM, Rodrigues AZ, Oliveira WS, Santos TS. Acute myocardial infarction: approach with nurses of a intensive coronary unit. Rev. enferm. UFPE on line. 2017;11(12):5153-5. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a109913p5153-5155-2017>

7 Mertins SM, Kolankiewicz AC, Rosanelli CLSP, Loro MM, Poli G, Winkelmann ER, et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Av. enferm. 2016;34(1):30-8. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37125>

8 Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. Acta Paul. Enferm. (Online). 2021;34:eAPE02631. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002631>

9 Silva TG, Santana RF, Dutra VFD, Souza PA. Nursing process implantation in mental health: a convergent-care

research. Rev. bras. enferm. 2020;73(Suppl 1):e20190579. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0579>

10 Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software Iramuteq; 2018. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>

11 Salviati ME. Manual do Aplicativo Iramuteq; 2017. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/anexo-manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>

12 Rodrigues KC. A era da experiência dos pacientes. Revista Gestão em Saúde. 2019;18(1):17-9. DOI: <https://doi.org/10.12660/gvexec.v18n1.2019.78186>

13 Monteiro MOP, Santos AB, Sinski KC, Ramos AI, Schneiders M, Palombit MR, et al. Care for infarcted patients in health institutions. Rev. enferm. UFPE on line. 2019;13:e241103. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241103>

14 Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Cesarino CB. Time of arrival of patients with acute myocardial infarction to the emergency department. Rev. bras. cir. cardiovasc. 2012;27(3):411-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23288183/>

15 Ouchia JD, Teixeira C, Ribeiro CAG, Oliveira CC. Tempo de chegada do paciente infartado na unidade de terapia intensiva: a importância do rápido atendimento. Revista ensaios ciências biológicas agrárias e saúde. 2017;21(2):92-7. Disponível em:

<https://ensaioseciencia.pgsskroton.com.br/article/download/3652/3660>

16 Reggi S, Stefanini E. Diagnóstico das síndromes coronarianas agudas e modelo sistematizado de atendimento em unidades de dor torácica. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 2016;26(2):78-85. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/429724/02_revistasoces_p_v26_02.pdf

17 Mendes AS, Reis VRSS, Menezes TMO, Santos CAST, Mussi FC. Access of patients with myocardial infarction to cardiology reference hospitals. *Acta Paul. Enferm.* (Online). 2014;27(6):505-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400083>

18 Queirós PJP, Fonseca EPAM, Mariz MAD, Chaves MCRF, Cantarino SG. Meanings assigned to the concept of caring. *Referência*. 2016;4(10):85-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>

19 Carneiro JM, Jesus LO, Silva CS, Santiago AS, Santos AAL, Marques PF. Nursing discharge plan in hospitals: an experience report. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. 2020;12:1045-9. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7495>

20 Chesani FH, Fontana G. Limites e possibilidades no planejamento da alta hospitalar. *Conexão ciência*. 2017;12(2):92-8. Disponível em: <https://doi.org/10.24862/cco.v12i2.563>

21 Vargas RA, Riegel F, Oliveira Junior N, Siqueira DS, Crossetti MGO. Quality of life of patients after myocardial infarction: literature integrative review. *Rev Rev.*

enferm. UFPE on line. 2017;11(7):2803-9. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23456/19171>

22 Teixeira TRF, Avila MAG, Braga EM. Patients' understanding of Nursing instructions in cardiac catheterism: a qualitative study. *Cogit. Enferm. (Online)*. 2019;24:e56604. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56604>

23 Ferreira AS, Soler O. Fortalecimento das estratégias de segurança de pacientes: uma revisão integrativa quantos aos processos de segurança de medicamentos. *Research, society and development*. 2020;9(12):e129129564. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.9564>

24 Reis PGTA, Nakakogue C, Nakakogue T, Nasr A, Tomasich FDS, Collaço IA. Guidelines for discharge: do standardized cards help in patient understanding? *Rev. Col. Bras. Cir.* 2013;40(4):335-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000400014>

Recebido em: 18/04/2021
Aceito em: 26/01/2022
Publicado em: 22/02/2022