

Millenium, 2(15), 33-39.

pt

O PERCURSO DE PACIENTES PÓS-ENFARTE DO MIOCÁRDIO NA PROCURA DA OTIMIZAÇÃO DA SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE
THE ITINERARY OF MYOCARDIAL POST-INFARCTION PATIENTS IN SEARCH FOR THE OPTIMIZATION OF THEIR HEALTH
CONDITION

EL ITINERARIO DE LOS PACIENTES POST-INFARTO DE MIOCARDIO EN BUSCA DE LA OPTIMIZACIÓN DE SU ESTADO DE SALUD

Vanêssa Piccinin Paz¹  <http://orcid.org/0000-0001-7157-4886>

Maria de Fátima Mantovani¹  <https://orcid.org/0000-0001-7961-8273>

Nen Nalú Alves das Mercês¹  <https://orcid.org/0000-0001-5843-8329>

Veronica de Azevedo Mazza¹  <https://orcid.org/0000-0002-1264-7149>

Ângela Taís Mattei da Silva¹  <https://orcid.org/0000-0002-4927-3806>

¹ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil

Vanêssa Piccinin Paz - vanessa.piccinin7@gmail.com | Maria de Fátima Mantovani - mariadefatimamantovani@gmail.com |

Nen Nalú Alves das Mercês - nennalu@ufpr.br | Veronica de Azevedo Mazza - mazzas@ufpr.br | Ângela Taís Mattei da Silva - angelataismattei@gmail.com



Autor Correspondente

Vanêssa Piccinin Paz

Av. Prefeito Lothário Meissner, nº 632, Jardim Botânico

80210-170 Curitiba - Brasil

vanessa.piccinin7@gmail.com

RECEBIDO: 13 de novembro de 2020

ACEITE: 04 de abril de 2021

RESUMO

Introdução: O enfarte do miocárdio é uma doença aguda cujo cuidado deve ser imediato e a otimização da sua situação clínica está relacionada com as próprias crenças e a maneira como as pessoas vivenciam o processo de doença.

Objetivo: Compreender o caminho percorrido pelas pessoas que vivenciam um enfarte agudo do miocárdio na procura da sua melhor condição de saúde.

Métodos: Pesquisa qualitativa descritiva, realizada no período de fevereiro a maio de 2018, com 12 adultos jovens. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado, um roteiro de entrevista com questões abertas e diário de campo. Realizou-se análise de conteúdo temático, após tratamento dos dados, em software de pesquisa qualitativa.

Resultados: Emergiram três temas centrais, que foram caracterizados como: experiências de saúde e adoecimento (compreensão da doença), percepção do risco e interação com as instituições.

Conclusão: Verificou-se a demora no reconhecimento dos sinais e sintomas do enfarte agudo do miocárdio, facto este que impediu a pronta procura de cuidados de saúde.

Palavras-chave: enfarte agudo do miocárdio; saúde do adulto; doença crônica

ABSTRACT

Introduction: Myocardial infarction is an acute disease whose care must be immediate and the optimization of its clinical situation is related to beliefs and the way people experience the disease process.

Objective: To understand the path taken by people who experience an acute myocardial infarction in search of their best health condition.

Methods: qualitative descriptive research, carried out from February to May 2018, with 12 young adults. For data collection, a semi-structured questionnaire, an interview script with open questions, and a field diary were used. Thematic content analysis was performed, after data treatment, using qualitative research software.

Results: three central themes emerged, which were characterized as experiences of health and illness (understanding of the disease), perception of risk, and interaction with the institutions.

Conclusion: there was a delay in recognizing the signs and symptoms of acute myocardial infarction, which prevented the prompt search for health care.

Keywords: acute myocardial infarction; adult health; chronic disease

RESUMEN

Introducción: El infarto de miocardio es una enfermedad aguda cuya atención debe ser inmediata y la optimización de su situación clínica está relacionada con sus propias creencias y la forma en que las personas viven el proceso de la enfermedad.

Objetivo: comprender el camino recorrido por las personas que sufren un infarto agudo de miocardio en busca de su mejor estado de salud.

Métodos: investigación descriptiva cualitativa, realizada de febrero a mayo de 2018, con 12 adultos jóvenes. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario semiestructurado, un guión de entrevista con preguntas abiertas y un diario de campo. El análisis de contenido temático se realizó, después del tratamiento de datos, utilizando software de investigación cualitativa.

Resultados: surgieron tres temas centrales, los cuales se caracterizaron como: vivencias de salud y enfermedad (comprensión de la enfermedad), percepción de riesgo e interacción con instituciones.

Conclusión: hubo un retraso en el reconocimiento de los signos y síntomas del infarto agudo de miocardio, lo que impidió la búsqueda inmediata de atención médica.

Palabras Clave: infarto agudo de miocardio; salud de adultos; enfermedad crónica

INTRODUÇÃO

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) são as doenças cardiovasculares (DCV) mais frequentes a nível mundial (Organização Pan-Americana de Saúde - Opas, 2017). No Brasil, as doenças cardíacas isquêmicas representam a primeira causa de mortalidade, na faixa etária entre os 40 e 59 anos, em ambos os gêneros (Brasil, 2018).

Geralmente o EAM afeta as faixas etárias mais elevadas, sem distinção de classe social e econômica, porém os grupos mais vulneráveis, são atingidos de forma mais intensa, apesar de não ser incomum o seu desenvolvimento em adultos jovens (Lima et al., 2019).

A evolução do EAM nas pessoas jovens ocorre por meio da herança familiar, a nível alimentar, decorrente do alto consumo de alimentos industrializados e baixos níveis de atividade física, que a longo prazo causam danos à estrutura do coração, os quais se podem iniciar na infância, fortalecem-se na adolescência e progridem até a vida adulta (Souza, Rigon, Moraes, Goldmeier, & Pellanda, 2015).

Para combater este flagelo justifica-se a elaboração de um plano de cuidados pautado na integralidade e na interdisciplinaridade, com ações direcionadas para a promoção, recuperação e restabelecimento da saúde dessas pessoas para que consigam ampliar as suas habilidades, a autonomia e o padrão de bem-estar (Cestari et al., 2016).

Num estudo realizado no Brasil, por Costa e colaboradores (2018), os autores identificaram que existe uma elevada taxa de morbimortalidade por EAM nos contextos intra-hospitalar e extra-hospitalar, causada pela dificuldade de acesso aos serviços especializados após os primeiros sinais de agudização do quadro clínico ou pelo tardio acesso aos cuidados de saúde primários, ou seja, pela falta de orientação específica ou ausência de atendimento eficaz nos serviços públicos, os quais atendem a maioria da população brasileira em todos os níveis de cuidados.

O conhecimento sobre os caminhos percorridos por pessoas acometidas por EAM, pode auxiliar na compreensão das ações e interações com os distintos sistemas de cuidados, o contexto que os envolve, os significados de saúde e doença compreendidos pelos sujeitos que compõem a amostra. Além de propiciar uma reflexão em relação a esse processo com os profissionais de saúde tendo como finalidade a melhoria da rede assistencial.

O objetivo deste estudo foi compreender o caminho percorrido pelas pessoas que vivenciam um enfarte agudo do miocárdio na procura da sua melhor condição de saúde.

1. MÉTODOS

A metodologia utilizada neste estudo, derivado de uma dissertação de mestrado, é o método qualitativo descritivo, cujos dados foram analisados na perspectiva da compreensão da trajetória percorrida pelas pessoas pós EAM e contemplou as diretrizes do “Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research” (COREQ).

Os critérios de inclusão foram: ser morador do município de desenvolvimento da pesquisa, ter sido atendido numa unidade de pronto atendimento e transferido para o hospital de referência em cardiologia. E como critério de exclusão utilizou-se o Mini-exame do Estado Mental (Mini-Mental), tendo como ponto de corte a pontuação mínima requerida de 13 para analfabetos, 18 para baixa escolaridade e média escolaridade, e 26 para a alta escolaridade.

Considera-se como baixa escolaridade os valores de um a quatro anos de estudo (ensino fundamental incompleto); média escolaridade, de quatro a oito anos incompletos (ensino fundamental completo); e alta escolaridade com mais de oito anos (a partir do ensino médio completo) (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994).

A identificação dos possíveis participantes na pesquisa era fundamentada pela investigadora principal mediante análise diária das listas de internamento e transferência. Após a identificação dos possíveis participantes, era realizado o contato telefônico e agendamento de uma visita domiciliar para apresentar o projeto de pesquisa, em local, data e horário definido pelo participante.

O instrumento utilizado foi um formulário semiestruturado com variáveis sociodemográficas, clínicas e dados sobre os hábitos de vida dos participantes, além de um roteiro de entrevista com 10 questões abertas e o diário de campo, no qual foram anotados aspectos sobre o ambiente físico, interação familiar e expressões verbais e não verbais. As entrevistas, com duração média de 60 minutos, foram gravadas pela investigadora, com o consentimento prévio dos participantes.

Os depoimentos foram transcritos na íntegra e analisados com apoio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ_0.6-alpha3®), por meio do qual foram codificados para a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo dos depoimentos foi realizada de acordo com as etapas propostas por Creswell (2014): 1) pré-análise, 2) exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados e 3) interpretação. A caracterização dos participantes foi apresentada por meio de tabelas com frequências absolutas e percentuais, obtidas com auxílio do Microsoft Excel® 2010.

As entrevistas foram transcritas e lidas na sua integralidade, com a finalidade de extrair das mesmas toda a fundamentação na procura de cuidados de saúde, no momento do episódio de EAM.

Emergiram três temas centrais, que foram caracterizados como: experiências de saúde e adoecimento (compreensão da doença), percepção do risco e interação com as instituições.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas de um estado Sul Brasileiro e aprovado sob parecer nº 3.178.58. Todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram atendidas. Para a realização do estudo, obteve-se o termo de autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade onde os dados foram coletados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelos participantes e qualquer dúvida foi prontamente esclarecida pela investigadora principal. As entrevistas foram transcritas de forma integral e posteriormente fornecida uma cópia da transcrição ao participante para que fosse realizada a sua leitura, com a confirmação ou a necessidade de correção de algum trecho lido.

2. RESULTADOS

Foram realizadas 12 visitas domiciliares entre os meses de fevereiro a maio de 2018. Dos participantes oito eram homens e quatro mulheres, com idade média de 50 anos. Quanto ao grau de escolaridade prevaleceu o ensino fundamental completo (83%). Em relação à renda familiar autodeclarada, em 75% dos participantes, foi superior a dois salários-mínimos.

Em relação à procura de cuidados de saúde, os participantes utilizavam no primeiro momento o Sistema Único de Saúde e complementavam os cuidados com os serviços particulares. Destacou-se, em relação ao estilo de vida, a ingestão de bebidas alcoólicas em oito dos doze participantes; dois participantes faziam uso de tabaco e apresentaram na sua totalidade a não realização de atividades físicas regulares.

Segundo Kleinman (1980) há diferentes maneiras de interpretação da doença pelas pessoas, a concepção de entendimento de “ser” ou “estar” doente tem influências biopsicoculturais, ocasionadas por meio das forças macrosociais (economias, políticas e institucionais) que quando se encontram desalinhasadas, podem da mesma forma gerar o adoecimento nas pessoas, além de prejudicar a procura de cuidados de saúde.

Na categoria “Experiência de saúde e adoecimento” observou-se que a percepção em relação à doença, foi adquirida ao longo do episódio agudo, na medida em que apareceram os sinais e sintomas que resultaram na procura pelo cuidado de saúde, o que se evidencia pelos relatos de EP_2 e EP_5.

“Em 2013 por aí, eu sempre medi a pressão nas farmácias e sempre alta. E eu fui no Posto de Saúde e consultei com o médico. [...] comecei a tomar remédio porém, [...]lá de vez em quando. Nunca tomava direto. Eu tomava quando via que a pressão estava alta e aí eu tomava dois comprimido” (EP_2).

“Em 2013 por aí, eu remédio, porém, [...]lá de vez em quando. Nunca tomava direto. Eu tomava quando via que a pressão estava alta e aí eu tomava dois comprimido” (EP_2).

“eu sentia cansaço [...], fiz o exame de sangue do colesterol e triglicerídeos e deu alterados, mas não fiz nada a respeito. [...]. Eu não levei a sério. E enfartei. Nossa soubesse, se eu tivesse ideia do que ia acontecer, mas nunca, eu teria ido muito antes, porque é muito ruim desse jeito” (EP_5).

Na categoria “Percepção do risco”, evidenciou-se por meio das narrativas a dificuldade na compreensão por parte dos participantes em relação aos fatores de risco, conforme observado nas narrativas de EP_3 e EP_13. Já EP_5, apesar de o enfarte não ter sido o evento primário, este não se sentia seguro em relação à terapêutica medicamentosa e aos cuidados de saúde, assim como na forma de lidar com a doença.

“Eu não acho que o fumar e o beber, não é problema. [...] Bom não vou te disser que o cigarro fez super bem, e a bebida fez bem, não. Mas eu acho que não foi isso daí porque eu não bebia tanto tempo assim”(EP-3).

“[...] Na verdade mesmo eu só descobri que tinha enfartado porque ele me pediu exame de sangue. Só as quatro vezes que eu enfartei que eu senti os mesmos sintomas né. [...] faz noventa e poucos dias que eu fiz a cirurgia, e ainda não sei se os remédios ainda não estão adequados, ou o que está acontecendo, mas eu ainda não me sinto bem” (EP_5).

“Bem a verdade eu não me preocupei porque eu não tinha a noção do que era entendeu. [...]. Nunca tinha ficado internado nada, [...], enfarte você vê na TV [...] você não dá muita importância, ou muda de canal” (EP_13).

Na Categoria “Interação com as instituições”, observa-se a demora no atendimento nos serviços de saúde, o elevado tempo de espera para resolução e a desvalorização da queixa apresentada, o que gerou angústia e sofrimento aos participantes.

“Demorou em chegar o SAMU. [...] sai correndo. [...] quando cheguei na unidade de pronto atendimento [...] me mandou deitar, para fazer o exame, e eu não parava quieto. Identificaram o enfarte [...]fui encaminhado para o hospital [...]” (EP_1).

“Chamei o SAMU, e eles mediram a pressão. [...]. Eles falaram que a pressão estava normal e não quiseram me levar para o PAC. Então meu cunhado me levou até a UPA. [...] Demorou eu acho uns 20 minutos, não aguentei de dor e invadi a sala do médico. O médico falou para que eu sentar. Não, você está enfartando, então me jogou numa maca e aí disse que era grave [...]” (EP_2).

“Eu fui sozinho, ate o posto de saúde. Eu fui de madrugada buscar ficha no posto de saúde e não consegui, na primeira vez e nem da segunda vez, no outro dia fui mais cedo e consegui”. [...] e me mandara para upa, de madrugada na upa [...]disse que estava começando a dar um ataque [...] mandou eu sentar que já estava indo. [...] sentei na maca e coloquei a mão no coração e não vi mais nada e cai” (EP_4).

“[...] olha eu cheguei entorno de mais ou menos quatro e meia, [...] quando foram ver[...]era mais ou menos, perto de umas oito mais ou menos, e que demora ate chamar para atender.” [...] estava quase chorando, [...] eu falei [...] pelo amor de Deus estou com um negócio ruim e não sei o que é. [...]fui para o médico [...] eu não estou aguentando de dor, dor aqui, [...]. até levar os exames, e eu lá com aquela dor. [...] Quando o médico viu os exames já avisou que ia para o hospital [...] quando eu vi já estava fazendo a angioplastia. [...] voltei para casa, [...] de noite me atacou de novo. Aquele mesmo sintoma, mesma coisa, fiquei preocupado. liguei no SAMU e me mandaram voltar ao hospital, fui direto lá. Quando cheguei, ate mostrei o papel, sai agora bemsó se for no particular [...], volta para a UPA de novo. Voltei para o PAC de novo, esperei mais um tempo até eles atenderem e depois veio a ambulância e me levou de novo para o hospital” (EP_13).

3. DISCUSSÃO

O perfil da amostra desta pesquisa corrobora com as mudanças sociodemográficas ocorridas no Brasil nos últimos anos, caracterizadas tanto pela redução da taxa de fecundidade, quanto pela diminuição da mortalidade dos grupos etários mais velhos (Zanon, Moretto, & Rodrigues, 2013). Em relação à escolaridade, os dados encontrados contrapõem outros estudos, os quais apontam que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis afetam mais a população de baixa renda (Dietrich, Colet, & Winkelmann, 2019), embora se considere que a amostra desse estudo é muito reduzida para realizar um estudo comparativo.

Em relação à realização de atividade física, observou-se na totalidade dos participantes que não realizavam nenhum tipo de exercício físico. Vale salientar que o sedentarismo é um dos fatores que contribui para a obesidade e consequentemente na alteração da pressão arterial, pois a prática de atividade física promove a dinâmica circulatória, a função respiratória e músculo-esquelética, além de contribuir no controle não medicamentoso da hipertensão arterial (Freire et al., 2017).

Em relação às categorias identificadas no estudo observou-se que a categoria “Experiência de saúde e adoecimento” reflete a compreensão da doença pelas pessoas acometidas. Por meio dos relatos é possível observar o desconhecimento relacionado aos sinais e sintomas do episódio de EAM, assim como a dificuldade em dar continuidade à terapêutica no domicílio, bem como, manter hábitos de vida saudáveis.

A não adesão medicamentosa resulta em complicações e degradação das suas condições clínicas, resultando em atendimentos de urgência e emergência assim como na hospitalização dessas pessoas (Mantovani, Ruschel, Souza, & Rabelo-Silva, 2015). Facto este corroborado com o estudo de Kripalani e colaboradores (2015), no qual se observou que 70,7% das pessoas com síndrome coronária aguda ou insuficiência cardíaca aguda, após a alta hospitalar, referiram que em algum momento não fizeram uso dos medicamentos de forma correta, vindo a resultar em novo internamento hospitalar o que também ficou evidenciado neste estudo.

A dificuldade em superar a doença ou até mesmo debelar as suas limitações incorre em perda da qualidade de vida (Ammouri, Kamanyires, Raddaha, Achora, & Obeidat, 2017). Segundo Oliveira e Püchel (2013), para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com EAM é importante que compreendam os eventos relacionados com a sua saúde, pois estes são fundamentais para a reabilitação e tratamento, porém, o conhecimento isolado não é suficiente para que ocorra mudança no estilo de vida, mediante este facto torna-se necessário uma oferta conjunta com outras estratégias de promoção da saúde.

A dificuldade em compreender a doença também influencia no reconhecimento dos riscos para o EAM, como evidenciado nesta pesquisa, emergindo a categoria “Percepção do Risco”, na qual se identifica a dificuldade, por parte dos participantes, em reconhecerem o risco relacionado ao evento agudo do miocárdio.

Os participantes tiveram dificuldade em perceber os sinais e sintomas e até negaram a gravidade da situação, facto identificado também num estudo desenvolvido na Turquia, com 600 participantes, no ano de 2012, o qual demonstrou que apesar dos sintomas e de alguns sinais apresentados pelos pacientes, os mesmos demoraram entre 15 minutos a 10 dias para procurarem atendimento de saúde (Koc, Durna, & Akin, 2017).

Em relação a esse aspecto, alguns pesquisadores enfatizam a importância de encontrar estratégias para auxiliar na identificação dos sinais e sintomas do EAM de forma mais precoce, mediante a realização de ações educativas que podem desenvolver a literacia em saúde, e tornar as pessoas participantes ativas no seu processo de cuidado (Paz, Mantovani, Mercês, Mazza, & Silva, 2020).

Segundo Stuchi e colaboradores (2017), a concepção de saúde é formada, pela experiência pessoal de cada um e, assim, possui estreita relação com as crenças, valores e sentimentos que alinham a racionalidade biomédica com a racionalidade popular e, ambas, influenciam na adesão ou não à terapêutica medicamentosa e à alteração dos hábitos de vida.

O facto é que, mesmo tendo acesso ao acompanhamento médico regular e recebendo orientações a respeito dos cuidados com a doença, ainda são incipientes as modificações no estilo de vida, como a prática de atividade física e o cuidado com a alimentação

para perda ou manutenção do peso. Essa é uma realidade preocupante e que reafirma o papel central da gestão das políticas de saúde (Zangirolani, Assumpção, Medeiros, & Barros, 2018).

Na Categoria intitulada “Interação com as instituições” é possível compreender o percurso percorrido pelo paciente que está passando por um evento agudo de uma complicação cardíaca e identifica-se a desarticulação entre os serviços de saúde, dificuldade no atendimento e as falhas de comunicação, questões essas percebidas também por Melo e colaboradores (2020) em estudo realizado com pessoas submetidas à revascularização do miocárdio.

O que corrobora com o estudo realizado por Ferreira (2015), no qual se observou que o caminho percorrido pelas pessoas na procura por cuidados de saúde, evidencia as falhas existentes na rede de referência hospitalar, nomeadamente problemas de acesso e de integralidade da assistência, sendo assim, conhecer essas experiências e trajetórias pode auxiliar na construção de um cuidado mais efetivo e resolutivo.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da alfabetização ou literacia em saúde, pois, sabe-se que na medida em que a pessoa é informada e conhece melhor a sua condição de saúde, desenvolve capacidades e potencialidades para melhor gerir a sua condição, seja no dia a dia ou no momento agudo, em que precisa de uma tomada de decisão rápida e resolutive. A alfabetização em saúde vai muito além do ambiente de internamento hospitalar, onde os cuidados de saúde são prestados, pois engloba a forma como as pessoas se relacionam e a trajetória que percorrem na procura pelo autocuidado (Magnani et al., 2018).

A trajetória percorrida na busca do cuidado é construída por meio das experiências vivenciadas, a qual sofre influência das crenças, valores e hábitos de vida, incorporados ao longo da sua existência, vindo a repercutir na forma pela qual elas compreendem a doença e aderem ao tratamento (Coelho, Barros, Matheus, & Domingues, 2016).

CONCLUSÃO

Identificou-se que a percepção dos sinais e sintomas e o risco de ser acometido por um EAM, dependem de como cada um encara o seu corpo e a sua saúde, o que influencia também a procura de cuidados de saúde. Ao percorrer uma trajetória direcionada aos cuidados de saúde durante o evento agudo, a amostra deste estudo encontrou barreiras e desvalorização dos sinais e sintomas apresentados no momento da chegada ao serviço de saúde, pelos profissionais, o que implicou atraso na identificação da instituição adequada à recuperação da condição de saúde destes utentes.

Os resultados encontrados demonstram a trajetória percorrida pelos participantes em busca do cuidado e as barreiras encontradas pelos mesmos, possibilitando que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, compreendam os fatores que permeiam as escolhas dos pacientes e hajam de forma a suprir as lacunas encontradas no acesso ao cuidado efetivo e eficaz, reduzindo a demora no atendimento e o possibilitando resposta em tempo oportuno, minimizando o risco de complicações associadas ao evento agudo.

As limitações desse estudo relacionam-se com o baixo número de participantes, o que dificultou a comparação com outros estudos. A metodologia utilizada permitiu uma análise dos aspectos relativos à compreensão dos pacientes pós EAM, sobre o caminho percorrido por elas na procura de cuidados de saúde no momento do episódio agudo do miocárdio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ammouri, A. A., Kamanyires, J. K., Raddaha, A. H. A., Achora, S., & Obeidat, A. A. (2017). Another chance at life: Jordanian patients' experience of going through a myocardial infarction. *Research and theory for nursing practice: An international journal*, 31(4), 334-338. <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.31.4.334>
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 52(1), 1-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portal de Informação*. Sobre a vigilância de DCNTs 2018. Acedido em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/43036-sobre-a-vigilancia-de-dcnt>
- Carvalho, G. S., Araújo, M. C. P., Boff, E. T. O., Tracana, R. B. & Saboga-Nunes, L. (2016). European Health Literacy Scale (HLS-EU-BR) Applied in a Brazilian Higher Education Population of Rio Grande do Sul (RS). In: J. Lavonen, K. Juuti, J. Lampiselkä, A. Uitto & K. Hahl (Eds.), *Electronic Proceedings of the European Science Education Research Association ESERA 2015 Conference*. (pp.1289-1295). Helsinki, Finland: University of Helsinki. Acedido em: <https://www.esera.org/publications/esera-conference-proceedings/esera-2015>
- Cestari, V. R. F., Florêncio, R. S., Moreira, T. M. M., Pessoa, V. L. M. de P., Barbosa, I. V., & Custódio I. L. (2016). Competências do enfermeiro na promoção da saúde de indivíduos com cardiopatias crônicas. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN)*, 69(6):1129-37. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0312>
- Coelho, A. C., Barros, A. L. B. L., Matheus, M. C. C., & Domingues, T. A. M. (2016). Crenças, valores e atitudes dos familiares conviventes com pacientes coronariopatas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20, e980. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160050>

- Costa, F. A. S., Parente, F. L., Farias, M. S., Parente, F. L., Francelino, P. C., & Bezerra, L. T. L. (2018). Perfil demográfico de pacientes com infarte agudo do miocárdio no Brasil: revisão integrativa. *Revista de Políticas públicas (SANARE)*, 17(2), 66-73. Acedido em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1263/0>.
- Creswell, J.W. (2014). *Investigação qualitativa & projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens* (3rd ed.). São Paulo: Editora Penso.
- Dietrich, A., Colet, C. de F., Winkelmann, E. R. (2019) Perfil de saúde dos usuários da rede de atenção básica no cadastro individual e-SUS. *Rev. Fund. Care* [on line], 11(5), 1266-1271. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1266-1271>
- Ferreira, E. D. M. (2015). *O itinerário terapêutico de pessoas em terapia renal substitutiva com doença de base hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus*. (Master's thesis, Universidade Federal de Juiz de Fora: Faculdade de Enfermagem). Acedido em: <http://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/331>
- Freire, A. K. da S., Alves, N. C. C., Santiago, E. J. P., Tavares, A. S., Teixeira, D. da S. & Negro-Dellacqua, M. (2017). Panorama no Brasil das doenças cardiovasculares dos últimos quatorze anos na perspectiva da promoção à saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 11(9), 21-44. Acedido em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/704>
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Orlando, Florida: University of California Press.
- Koc, S., Durna, Z., & Akin, S. (2017). Interpretation of symptoms as a cause of delays in patients with acute myocardial infarction, Istanbul, Turkey. *Eastern Mediterranean Health Journal La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 23(4), 287-294. DOI: 10.26719/2017.23.4.287.
- Kripalani, S., Goggins, K., Nwosu, S. Schildcrout, J., Mixon, A.S., McNaughton, C., ... Wallston, K.A. (2015). Medication Non-Adherence before Hospitalization for Acute Cardiac Events. *Journal of Health Communication*, 20 (suppl 2), 34-42. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2015.1080331>.
- Lima, F. M. A., Marques, A., Bocchi, S. C. M., Teixeira, T. R. F., Jamas, M. T. & Avila, M. A. G. (2019). Conhecimento de paciente sobre a doença arterial coronariana. *Revista Mineira de Enfermagem. (REME)*, 23, e-1264. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190112>
- Magnani, J. W., Mujahid, M., Aronow, H. D., Cené, C. W., Dickson, V. V., Havranek E., Morgenstern, L. B., Paasche-Orlow, M. K., Pollak, A., & Willey, J. Z. (2018). Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 138(2), e48–e74. Acedido em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579>.
- Mantovani, V. M., Ruschel, K. B., Souza, E. N. & Rabelo-Silva, E. R. (2015). Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem.*, 28(1), 41-7. <https://doi.org/10.1590/1982-01942015000008>.
- Melo, L. S., Sudré, G. A., Aiko, A. R. L. N., Sudré, M. R. S., Wernet, M., & Matumo, S. (2020). Itinerário Terapêutico de pessoas submetidas à revascularização do miocárdio: repercussões para a gestão do cuidado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19,e50392. Acedido em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/50392/751375150421>.
- Oliveira, L. B. de, Püschek, V. A. de A. (2013). Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 15(4), 1026-33. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18442>
- Organização Pan-Americana da Saúde (2017). *Doenças cardiovasculares*. Brasília: OPAS/OMS. Acedido em: http://paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doenca-cardiovasculares&Itemid=1096.
- Paz, V. P., Mantovani, M. F., Mercês, N. N. A., Mazza, V. de A., & Silva, A. T. M. da (2020). Literacia em saúde e cuidados pós-infarto agudo do miocárdio. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 437–448. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.437-448>.
- Souza, L., Rigon, R., Moraes, M., Goldmeier, S., & Pellanda, L. (2016). Síndrome coronariana aguda: risco em jovens. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(6), 794-798. DOI:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.5934>
- Stuchi, R. A. G., Lucas, T. C., Arreguy-Sena, C., & Codeiro C. A. F. (2017). Insuficiência cardíaca e crenças dificultadoras na adesão ao tratamento. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 7, e1871. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1871>
- Zangirolani, L. T., Assumpção, D. de., Medeiros, M. A. T. de., & Barros, M. B. (2018). Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(4), 1221-1232. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.16442016>
- Zanon, R. R., Moretto, A. C., & Rodrigues, R. L. (2013). Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 30(Supl.), S45-S67. DOI:<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982013000400004>