



## ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

<sup>1</sup>TRINDADE, Adrieli Andressa Friozi,<sup>2</sup> TRIBIOLI, Roselene Cristina.  
Email: adrieli\_andressa@hotmail.com

**RESUMO:** As doenças cardiovasculares são consideradas as principais causas de morte no Brasil, e a terceira de internações, correlacionando o infarto agudo do miocárdio (IAM) como a maior ocorrência de morbidade e mortalidade. O IAM ocasiona a necrose das células cardíacas, apresentada como uma afecção isquêmica decorrente na maioria das vezes pela aterosclerose coronariana. A angioplastia primária é a conduta preferencial no IAM, mas a cirurgia cardíaca é indicada quando o tratamento com medicação trombolítica e a angioplastia primária não obterem resultados positivos para o paciente. A fisioterapia visa melhorar a capacidade funcional, social e psicológica do paciente através de uma abordagem multidisciplinar em cada fase hospitalar tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório promovendo a reabilitação cardíaca. O objetivo deste trabalho é descrever a atuação fisioterapêutica na reabilitação cardíaca no pós-operatório do infarto agudo do miocárdio em cada uma de suas fases. O estudo apresenta como metodologia uma revisão de literatura em base de dados virtuais como: *ScientificElectronic Online* (SciELO), Google Acadêmico, utilizando também livros contidos no acervo do Centro Universitário de Jales (UNIJALES), e revistas que abordam sobre o assunto. Através dos resultados demonstrados pela pesquisa, os artigos relataram os efeitos benéficos que ocorrem nos pacientes após o IAM com os programas de reabilitação cardíaca através dos exercícios físicos, ficando evidente, a melhora positiva do paciente com a atuação do fisioterapeuta nas fases hospitalares na capacidade funcional, emocional e psicológica através dos exercícios físicos e da educação no estilo de vida, modificando os fatores de riscos e assegurando ao paciente o retorno para a sociedade.

**Palavras-Chave:** Infarto agudo do miocárdio. Reabilitação cardíaca. Fisioterapia.

**ABSTRACT:** *Cardiovascular diseases are considered the main causes of death in Brazil, and the third of hospitalizations, correlating acute myocardial infarction (AMI) as the highest occurrence of morbidity and mortality. AMI causes necrosis of cardiac cells, presented as an ischemic affection most often due to coronary atherosclerosis. Primary angioplasty is the preferred approach in AMI, but cardiac surgery is indicated when treatment with thrombolytic medication and primary angioplasty do not achieve positive results for the patient. Physiotherapy aims to improve the functional, social and psychological capacity of the patient through a multidisciplinary approach in each hospital phase, both in the preoperative and*

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Fisioterapia, Centro Universitário de Jales (UNIJALES), Jales-SP.

<sup>2</sup>Mestre em Fisioterapia, orientadora e professora do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Jales (UNIJALES), Jales-SP.



*postoperative periods, promoting cardiac rehabilitation. The objective of this study is to describe the physiotherapeutic performance in cardiac rehabilitation in the postoperative period of acute myocardial infarction in each of its phases. The study presents as a methodology a review of a literary in virtual database such as: Scientific Electronic Online (Scielo), Google Academic, also using books contained in the collection of the University Center of Jales (UNIJALES), and magazines that approach on the subject. Through the results demonstrated by the research, the articles reported the beneficial effects that occur in patients after AMI with cardiac rehabilitation programs through physical exercises, being evident, the positive improvement of the patient with the performance of the physiotherapist in the hospital stages in functional, emotional capacity and psychological through physical exercises and lifestyle education, modifying the risk factors and ensuring the patient's return to society.*

**Keywords:** *Acute myocardial infarction. Cardiac rehabilitation. Physiotherapy.*

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte e a terceira maior de internações no Brasil. Entre elas, o infarto agudo do miocárdio (IAM) é considerado uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no país e também ocasiona altos custos para o governo (PESARO; SERRANO; NICOLAU, 2004). A taxa de mortalidade do infarto agudo do miocárdio (IAM) está entre 6 a 10%. Anualmente são estimados 300 mil a 400 mil casos, ou seja, a cada 5 a 7 casos ocorrem uma morte. Mais de 50% desses óbitos acontecem subitamente, antes da vinda do paciente ao hospital (FIGUEIREDO et al., 2013).

O IAM é uma doença resultante da morte de células cardíacas, miócitos, causado na maioria das vezes por aterosclerose coronariana com obstrução das artérias coronárias, tratando-se de uma afecção isquêmica do miocárdio que ocasiona a necrose secundária pelo restringimento do fluxo sanguíneo coronário de uma parte do miocárdio (ALCÂNTARA et al., 2007; FORMIGA; DIAS; SALDANHA, 2005; MENDES; MIRANDA, 2016).

Preferencialmente, a conduta do IAM é a angioplastia primária. Dispositivos como os *stents* fazem diminuir a reestenose. A cirurgia cardíaca é indicada em eventos em que foram insatisfatórios os resultados das terapêuticas com medicação trombolítica, angioplastia primária e com piora clínica do paciente (OLIVEIRA, 2004).

A reabilitação cardíaca pode melhorar a capacidade funcional, social e psicológica comprometida pelo infarto, assegurando ao paciente o retorno de uma vida produtiva e ativa da melhor maneira possível. A abordagem resulta de um



programa multidisciplinar de educação e exercício nas fases hospitalares, sendo dividida em quatro fases em que a primeira é a fase hospitalar, a segunda ambulatorial, a terceira em centros especializados e a quarta não supervisionada (FREITAS et al., 2004).

A fisioterapia vem sendo considerada um elemento imprescindível na reabilitação de pacientes com doenças cardiovasculares com a proposta de melhorar o condicionamento cardiovascular, prevenir incidentes tromboembólicos e posturas antálgicas. Oferece também uma maior independência física e segurança para a alta hospitalar, posteriormente a recuperação das atividades de vida diária (LEITE et al., 2011).

## **2. OBJETIVOS**

Pesquisar sobre a atuação fisioterapêutica na reabilitação cardíaca no pós-operatório do infarto agudo do miocárdio expondo as fases hospitalares e descrever sobre a patologia.

## **3. METODOLOGIA**

Esta pesquisa se caracterizou através de uma revisão de literatura, servindo-se de dados virtuais como *ScientificElectronic Online* (Scielo), Google Acadêmico, utilizando também livros contidos no acervo do Centro Universitário de Jales (UNIJALES), e revistas que abordam sobre o assunto, onde os mesmos eram de publicações entre 2000 a 2016. Foram utilizados como descritores: infarto agudo do miocárdio, reabilitação cardíaca, fisioterapia. O presente estudo teve duração de seis meses, de março a agosto de 2017.

## **4. DESENVOLVIMENTO**

### **4.1 Infarto Agudo do Miocárdio.**

O IAM é uma afecção isquêmica do miocárdio que ocasiona a necrose dos cardiomiócitos pelo restringimento ou diminuição súbita do fluxo sanguíneo coronário por determinado tempo. Na maioria das vezes é decorrente de aterosclerose coronariana com obstrução das artérias coronárias. O desequilíbrio entre a oferta e o



consumo de nutriente ao tecido pode ser provisório ou permanente (VIEIRA; CANDIDO; ABREU, 2015; MENDES; MIRANDA, 2016).

Depois do bloqueio da artéria coronária, o vaso chega a 70% de obstrução e causa a isquemia. A extensão da área necrosada vai depender de diversos fatores como o calibre da artéria lesada, tempo de evolução do bloqueio e desenvolvimento da circulação colateral, e também quanto mais prévio for à internação para a restauração do fluxo sanguíneo para as células cardíacas, menor será o tamanho da área necrosada do músculo cardíaco (PAPA, 2012; MENDES; MIRANDA, 2016).

Bastos et al. (2012) acrescentam que os fatores de risco do IAM estão associados com a hipertensão, hipotensão, tabagismo, diabetes mellitus, sedentarismo, colesterol alto, hereditariedade, estresse, obesidade e o risco de recorrência aumentam com o avanço da idade.

O IAM tem característica como dor em caráter de aperto na região do coração (precórdio) com combinação de desconforto torácico ou atrás do esterno (retroesternal), espalhando-se ou não para os membros superiores ou mandíbula, em exercício ou em repouso. A dor pode ter duração de 20 minutos ou mais, sendo intensa, seguida normalmente por palidez, fraqueza muscular, sudorese, náuseas, dispneia e vômitos. Esses sintomas são singulares, porém não são específicos da isquemia cardíaca. Algumas vezes pode acontecer o infarto sem sintomas, como é no caso dos pacientes diabéticos, por exemplo, que em algumas situações pode ser detectado apenas pela elevação dos marcadores bioquímicos, eletrocardiograma (ECG) ou pela imagem cardíaca (PAPA, 2012; LOPES et al., 2015; MENDES; MIRANDA, 2016).

O diagnóstico do IAM é determinado pelo quadro clínico, alterações eletrocardiográficas que deve mostrar alterações no supradesnível do segmento ST e onda T ou a obstrução aguda de ramo esquerdo e na elevação de marcadores bioquímicos de necrose (enzimas como creatinoquinase [CK-MB], mioglobina, troponina) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004; FERREIRA; SILVA; MACIEL, 2016).

No IAM, preferivelmente a conduta é a angioplastia primária. O cateter-balão e outros dispositivos como os *stents* são utilizados para recanalizar a artéria (FERRARI et al., 2007). A cirurgia cardíaca é recomendada em eventos em que foram



insatisfatórios os resultados das terapêuticas com medicação trombolítica, angioplastia primária e com piora clínica do paciente (OLIVEIRA, 2004).

O prognóstico dos pacientes que sofreram (IAM) depende essencialmente da agilidade em obter um serviço médico e na eficiência desse serviço em conseguir a reperfusão coronariana o mais imediato possível. Complicações como arritmia cardíaca, insuficiência respiratória, choque cardiogênico, parada cardiorrespiratória ou insuficiência renal são conceituados como as principais no IAM (PESARO; SERRANO; NICOLAU, 2004).

#### **4.2 Fases da Reabilitação Cardíaca.**

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) a primeira fase é a hospitalar. Nessa fase o paciente deve ter sido considerado clinicamente estável para ser iniciada. O tratamento fisioterapêutico é constituído através de procedimentos simples, como exercícios metabólicos de extremidades que aumente a circulação, exercícios e técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios para expelir oclusões respiratórias mantendo os pulmões despoluídos, exercícios passivos e ativos para preservar a amplitude de movimento e elasticidade dos músculos, técnica de posicionamento adequado, treinamento de marcha em área plana e com degraus, fazendo reduzir os prejuízos que o paciente pode adquirir no repouso prolongado no leito, aumentando a autoconfiança do paciente e diminuindo o custo e a estadia no hospital (TITOTO et al., 2005; LEITE et al., 2011).

Os exercícios devem ser individuais para cada paciente, respeitando a idade e também o estado físico que se encontra o mesmo. Os esforços precisam ser de baixa intensidade de duração de 20 minutos, duas vezes ao dia (JÚNIOR, 2000).

A fase II (ambulatorial) e III (centros especializados) são as primeiras etapas fora do hospital, onde é iniciada imediatamente depois da alta hospitalar, sendo três sessões semanais de 30 a 60 minutos, com duração de 3 a 6 meses podendo se prolongar na fase II, sendo considerada importante para restabelecer as atividades do paciente e sua autoconfiança, e na fase III tem duração de 6 a 24 meses e é caracterizada como de recuperação e manutenção, sendo recomendada a execução dessa fase por uma equipe multiprofissional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).



A prescrição do programa de exercício deve ser individualizada em relação à intensidade, duração, frequência, progressão e modalidade de treinamento. Na fase II tem o objetivo de aumentar a função cardiovascular, a resistência, flexibilidade, a capacidade física de trabalho, alterar o estilo de vida, orientar o paciente em relação à atividade física, perfil psicológico e capacitar o paciente para o retorno de suas atividades (LEITE et al., 2011).

A fase IV é não supervisionada e tem uma duração indefinida, sendo de longo prazo e variável. As atividades não precisam ser obrigatoriamente supervisionadas, tendo que ser adaptada à disponibilidade de tempo para a continuidade do programa de exercícios físicos e atividades esportivas de lazer do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006). O objetivo dessa fase é desenvolver a prática de exercícios ao paciente, direcionado para grupos, para aumentar a potência aeróbica, a capacidade funcional, o condicionamento cardiovascular, transformar os fatores de risco, além de preservar os programas de exercícios das fases anteriores (DELIBERATO, 2002; LEITE et al., 2011).

#### **4.3 Exercícios realizados na reabilitação do IAM**

Os exercícios nas fases hospitalares podem ser tanto aeróbicos como de resistências. Os exercícios aeróbicos englobam grandes grupos ou massas musculares, tendo duração de 20 a 40 minutos e eficazes na ampliação do consumo de oxigênio (TITOTO et al., 2005; LEITE et al., 2011).

Bosco et al (2004) acrescentam que o exercício aeróbico traz um benefício psicológico e fisiológico ao paciente e também a redução do estresse, aumento da função cardiorrespiratória e a reeducação alimentar.

Os exercícios de resistência são associados com os exercícios aeróbicos com baixa carga isométrica e baixa intensidade, com no máximo três séries de repetições para o auxílio da manutenção da capacidade física do paciente, não objetivando a hipertrofia muscular e sim a ampliação do fluxo sanguíneo local e melhora vascular (BOSCO et al., 2004, PAPA, 2012). Possuem como objetivos de preservar e elevar a força e a potência muscular, a função cardiovascular, os fatores de risco, o metabolismo e o bem-estar geral do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).





## 5. RESULTADOS

Na definição da OMS, a reabilitação cardiovascular é composta por atividades necessárias para assegurar aos pacientes com doenças cardiovasculares as melhores chances possíveis para uma vida normal e produtiva. A reabilitação cardiovascular demonstra vários benefícios bem estabelecidos na literatura, como por exemplo, a diminuição de fatores de risco, melhora na capacidade funcional, diminuição dos sintomas, modificação do estilo de vida nos pacientes e percepção precoce de sinais e sintomas que antecedem sérias complicações. A mesma é recomendada para indivíduos após IAM e após cirurgia de revascularização do miocárdio e também no pós-operatório de cirurgias cardíacas (MAIR et al., 2008).

Titotoet al. (2005) realizaram uma pesquisa com 8 pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio, sendo quatro do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idade média de 63 anos, divididos em dois grupos: o primeiro grupo os pacientes realizavam a reabilitação cardiovascular e o segundo grupo os pacientes não realizavam nenhum programa de reabilitação. Os mesmos eram analisados através de um questionário quanto à capacidade funcional, aspectos da dor, estilo de vida e aspectos sociais e emocionais. Concluíram no estudo que, a reabilitação cardíaca foi benéfica tanto no estilo de vida do paciente quanto nos aspectos físicos, emocionais e sociais, pela simples execução da atividade física orientada diariamente.

Hisset al. (2012) em um estudo sobre a segurança da intervenção fisioterápica precoce após o infarto agudo do miocárdio, observaram 51 pacientes com primeiro IAM não complicado,  $55 \pm 11$  anos, sendo 76% homens. Os mesmos eram sujeitos ao primeiro dia do protocolo de fisioterapia cardiovascular (FTCV) fase I, em torno de 24 horas pós-IAM. Foram analisados a FC, PA e a variabilidade da FC, sugerindo através dos dados encontrados que o exercício físico desempenhado no 1º dia do protocolo de FTCV é eficaz no intuito de promover modificações na modulação autonômica da FC, sem provocar qualquer intercorrência clínica ou presença de qualquer sinal ou sintomas devido ao esforço.

Desse modo, os dados sugerem que o 1º dia do protocolo de fisioterapia cardiovascular (FTCV) fase I poderá ser realizado em torno de 24 horas após o evento agudo, contudo, os pacientes devem apresentar o IAM não complicado e sendo



cl clinicamente estável, com autorização do cardiologista e contendo uma supervisão direta do fisioterapeuta especializado em cardiologia (HISS et al., 2012).

Em um estudo de revisão de Leite et al., (2011) sobre a Intervenção fisioterapêutica na reabilitação cardíaca após IAM, relatam que a reabilitação cardíaca é um programa multidisciplinar que compreendem diversos profissionais da saúde, tais como o fisioterapeuta. Está dividida em quatro fases e o programa de exercício é dividido em aquecimento, condicionamento e desaquecimento, realizando exercícios aeróbicos e de resistência muscular. Os programas de exercícios na reabilitação cardíaca trazem benefícios na recuperação do paciente, diminuindo a recidiva do IAM e o reintegrando-o para a sociedade através da atuação essencial do fisioterapeuta na prescrição dos exercícios.

O estudo de Vieira, Candido e Abreu (2015) demonstra a importância da reabilitação cardíaca fundada em exercícios na decisão dos clínicos e nas políticas de saúde, com o objetivo de proporcionar serviços especializados para os pacientes pós IAM e diminuir os custos com tratamento, assistência médica e hospitalar. Os protocolos de reabilitação cardíaca fundamentados em exercícios mostram-se eficaz na diminuição global da mortalidade cardiovascular, melhora na aptidão cardiorrespiratória, modificações no estilo de vida dos pacientes, FC mais baixas e também diminuição de internações hospitalares.

Na revisão de literatura de Silva e Oliveira (2013), pode-se observar no seu estudo da reabilitação cardíaca após infarto agudo do miocárdio que o exercício físico do programa de reabilitação cardiovascular é capaz de induzir a melhora da capacidade funcional, o estilo de vida dos pacientes cardiopatas e especialmente após IAM, principalmente nos exercícios de atividades aeróbicas por meio dos protocolos realizados como, por exemplo, esteiras elétricas, bicicletas ergométricas, além dos alongamentos e exercícios dinâmicos para o crescimento da flexibilidade.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que a atuação do fisioterapeuta nas fases hospitalares através dos programas de educação e exercícios físicos após IAM é de extrema importância para o paciente, pois proporciona melhora na capacidade funcional e mental do indivíduo,





no sistema cardiorrespiratório, transforma o estilo de vida dos pacientes reduzindo os fatores de risco e a recidiva do IAM, reintegrando-o para a sociedade.

## 7. FONTES CONSULTADAS

ALCÂNTARA, Erikson Custódio et al. Avaliação da qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio e sua correlação com o fator de risco hipertensão arterial. **Revista Brasileira de hipertensão**, v.14, n.2, p.118-120, 2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-2/13-avaliacao.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

BASTOS, Alessandra Soler et al. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.** São Paulo. 2012.

BOSCO, Ricardo et al. O efeito de um programa de exercício físico aeróbio combinado com exercícios de resistência muscular localizada na melhora da circulação sistêmica e local: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Niterói. v.10, n.1, p. 56- 62, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922004000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000100005)>. Acesso em: 31 maio 2017.

DELIBERATO, Paulo César Porto. *Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações*. 1.ed. São Paulo: Manole Ltda, 2002.

FERRARI, Andrés Di Leoni et al. IAM com Supra-ST - Trombólise ou ICP: Consenso. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**.n.11. Porto Alegre. 2007. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2007/11/IAM\\_com\\_Supra-ST.pdf](http://sociedades.cardiol.br/sbc-rs/revista/2007/11/IAM_com_Supra-ST.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2017.

FERREIRA, Ana Rita Pereira Alves; SILVA, Manuel Vaz da; MACIEL, Julia. Eletrocardiograma no Infarto Agudo do Miocárdio: O que Esperar? **International Journal of Cardiovascular Sciences**. Portugal. 2016. Disponível em: <<http://www.onlineijcs.org/sumario/29/pdf/v29n3a07.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2017.

FIGUEIREDO, Ana Elizabeth et al. Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem UFSM**. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7422>>. Acesso em: 31 maio 2017.

FORMIGA, Andréa Soares de Castro; DIAS, Mardonio Rique; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção validação de instrumento de medidas. **Rev. Psico - USF**, v.10, n.1, p.31- 40, 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141382712005000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712005000100005)>. Acesso em: 20 mar. 2017.



FREITAS, Elizabete Viana de et al. Reabilitação cardiovascular do idoso. **Revista da SOCERJ**, p.7, 2004. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2004\\_02/a2004\\_v17\\_n02\\_art07.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2004_02/a2004_v17_n02_art07.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

HISS, Michele Daniela Borges Santos et al. Segurança da intervenção fisioterápica precoce após o infarto agudo do miocárdio. **Fisioter Mov.** v.25, n.1. Curitiba. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n1/a15v25n1.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

JÚNIOR, Paulo Yazbeck. Reabilitação Cardíaca. In: GIANNINI, Sérgio Diogo; FORTI, Neusa; DIAMENT, Jayme. **Cardiologia Preventiva – Prevenção Primária e Secundária**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 333-341.

LEITE, Ellen Martins, et al. **Intervenção fisioterapêutica na reabilitação cardíaca após infarto agudo do miocárdio**. (UNIVALE) – Governador Valadares – MG. 2011. Disponível em: <<http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Intervencaoofisioterapiaareabilitacaocardiacaaposinfartoagudodomiocardio.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

LOPES, Victor Cauê et al. Alterações morfológicas cardiovasculares no infarto agudo do miocárdio – Revisão de literatura. **Ver. Saúde.AJES-SAJES**. v.1, n.2, p. 1-16, Mato Grosso. 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/SAJES/article/view/19>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

MAIR, Vanessa et al. Perfil da fisioterapia na reabilitação cardiovascular no Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v.15, n.4, p.333-8, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502008000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502008000400003)>. Acesso em: 01 jun. 2017.

MENDES, Meire Mangueira; MIRANDA, Ivani Pereira da Costa. Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST e a assistência de enfermagem no intra-hospitalar. **Fasem Ciências**, v.7, n.1, p.81-112, 2016. Disponível em: <<http://www.fasem.edu.br/revista/index.php/fasemciencias/article/view/79/119>> Acesso em: 17 mar. 2017.

OLIVEIRA, Kelli Cristina Silva de. **Fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto – SP**. 2004. 100f. (Dissertação de Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25082004-093623/pt-br.php>>. Acesso: 19 mar. 2017.

PAPA, Valéria. Infarto Agudo do Miocárdio – Avaliação e inclusão do paciente cardiopata em programa de reabilitação intra-hospitalar. In: REGENGA, Marisa de Moraes. **Fisioterapia em cardiologia: Da unidade de terapia intensiva à reabilitação**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2012. p. 487 – 506.



PESARO, Antonio Eduardo Pereira; SERRANO, Carlos Vicente; NICOLAU, José Carlos. Infarto agudo do miocárdio – síndrome coronariana aguda com supradesnível do segmento ST. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.50, n.2, p. 214 - 220, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20786>> Acesso em: 18 mar. 2017.

SILVA, Monique Suelen de Moura e; OLIVEIRA, Juliana Flávia. Reabilitação cardíaca após infarto agudo do miocárdio: revisão sistemática. **Corpus etScientia**. Rio de Janeiro. v.9, n.1. 2013. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/195>>. Acesso em: 03 agos. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**.v.83, n.4, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2004002200001&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2004002200001&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 19 maio 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**.v.86, n.1, 2006.

TITOTO, Lígia et al. Reabilitação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: atualização da literatura nacional. **Arquivo Ciência Saúde**, v.12, n.4, p.216- 219. 2005.

VIEIRA, Jaqueline Paula Corrêa; CANDIDO, Marcio Quirino; ABREU, RusenyrIcléa Trigueirinho Leite de. **Fase III de reabilitação cardíaca pós-infarto agudo do miocárdio: revisão bibliográfica**. 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.funvicpinda.org.br:8080/jspui/bitstream/123456789/351/1/VieiraCandidoAbreu.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.