

PREVENÇÃO PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: O PAPEL DA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA

AUTOR

Maria Eduarda BARATTI
Tatiana Ferrari BECEGATTO
Ayran Carolayne MOTA

Discentes do Curso de Medicina- UNILAGO

Silvia Messias BUENO
Docente do Curso de Medicina- UNILAGO

RESUMO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das principais causas de morbimortalidade no mundo. Após o evento agudo, a prevenção secundária é essencial para reduzir o risco de recorrência e complicações associadas. Este artigo aborda o papel fundamental da reabilitação cardiovascular, aliada a mudanças no estilo de vida, como pilares para a prevenção em pacientes pós-infarto. Foi revisada evidências científicas que destacam a importância da atividade física, fisioterapia, no contexto da reabilitação. A adoção dessas intervenções de forma integrada não só melhora a qualidade de vida dos pacientes, como também reduz significativamente a mortalidade cardiovascular. Em conclusão, um enfoque multidisciplinar e individualizado é essencial para o sucesso da prevenção secundária em pacientes pós-IAM.

PALAVRAS - CHAVE

Infarto Agudo do Miocárdio; Prevenção; Qualidade de Vida;

ABSTRACT

Acute myocardial infarction (AMI) is one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. After the acute event, secondary prevention is essential to reduce the risk of recurrence and associated complications. This article addresses the fundamental role of cardiovascular rehabilitation, combined with lifestyle changes, as pillars for prevention in post-infarction patients. Scientific evidence was reviewed that highlights the importance of physical activity and physiotherapy in the context of rehabilitation. The adoption of these interventions in an integrated manner not only improves the quality of life of patients, but also significantly reduces cardiovascular mortality. In conclusion, a multidisciplinary and individualized approach is essential for the success of secondary prevention in post-AMI patients.

Keywords: Acute Myocardial Infarction; Prevention; Quality of Life;

1. INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) continua sendo uma das principais causas de morte no Brasil, representando um grave problema de saúde pública, já que ocorrem mais de 300 mil eventos desses no ano. De acordo com dados do DATASUS, são registrados anualmente cerca de 100 mil óbitos por IAM, o que coloca a doença como a principal causa de mortalidade no país. Além disso, estima-se que aproximadamente 20% a 30% dos pacientes que sobrevivem a um IAM sofrerão um novo evento cardiovascular dentro de cinco anos, especialmente se não houver intervenções adequadas de prevenção secundária. Esses números ressaltam o impacto socioeconômico significativo da doença, tanto para o sistema de saúde quanto para a qualidade de vida dos pacientes afetados (GÁDEA et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024; SILVIA & FARIA, 2017).

Após um IAM, o coração passa por um processo conhecido como remodelamento ventricular, que envolve mudanças estruturais e funcionais no tecido cardíaco. Esse remodelamento inclui hipertrofia do miocárdio, dilatação do ventrículo e fibrose, que podem levar à insuficiência cardíaca. A remodelação adversa do miocárdio é um dos principais determinantes do prognóstico a longo prazo, aumentando o risco de complicações graves, como arritmias e insuficiência cardíaca. Intervir precocemente neste processo é fundamental para preservar a função cardíaca e melhorar os desfechos dos pacientes (HISS et al., 2012; ROHR et al., 2024).

O tratamento pós-IAM envolve uma combinação de terapias farmacológicas e intervenções médicas. O uso de medicamentos como betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), estatinas e antiplaquetários tem se mostrado eficaz na redução da mortalidade e na prevenção de novos eventos isquêmicos. Além disso, intervenções como angioplastia e implante de stents são frequentemente necessárias para restaurar o fluxo sanguíneo coronariano. A reabilitação cardíaca, que inclui tanto aspectos médicos quanto físicos, é uma ferramenta essencial para melhorar o prognóstico do paciente e reduzir a reincidência de eventos cardíacos (ALVES, GARDENGHI, FERREIRA, 2015; CARVALHO et al., 2020).

As mudanças no estilo de vida são outro pilar importante da reabilitação após o IAM. A adoção de um programa estruturado de atividade física, que inclui exercícios aeróbicos, treinamento de força e fisioterapia, é recomendada pela Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular. A prática regular de atividade física melhora a capacidade funcional, reduz a inflamação e melhora a função endotelial, fatores que contribuem para a redução do risco de novos eventos cardíacos. Além disso, a cessação do tabagismo, controle do peso, gerenciamento do

estresse e uma alimentação balanceada são componentes essenciais de um plano abrangente de prevenção (PRATA, LÁRIOS, GADIOLI, 2023; TRINDADE & OLIVER, 2021).

Diante da complexidade do manejo pós-IAM, a abordagem multidisciplinar se torna crucial para otimizar o tratamento e melhorar os desfechos dos pacientes. A combinação de intervenções médicas, mudanças no estilo de vida e o acompanhamento por uma equipe composta por cardiologistas, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos tem mostrado resultados promissores na reabilitação cardiovascular (BERTACCHINI & ALVES, 2013; GÁDEA et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). Este artigo discute como a reabilitação cardiovascular e as mudanças no estilo de vida desempenham papéis essenciais na prevenção de novos eventos isquêmicos, ressaltando a importância de um cuidado integral e coordenado.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a elaboração deste artigo envolveu uma pesquisa bibliográfica abrangente nas principais bases de dados científicas, incluindo Scielo, Google Scholar, Pubmed e Lilacs. Inicialmente, foram selecionadas palavras-chave relacionadas ao tema, como "Infarto Agudo do Miocárdio", "Prevenção" e "Qualidade de Vida". A partir dessas palavras, foram coletados artigos que abordassem a reabilitação cardiovascular e as mudanças no estilo de vida em pacientes pós-IAM. A seleção dos artigos foi realizada com base nos títulos e incluiu estudos de revisão, pesquisas quantitativas e qualitativas, além de artigos originais relacionados ao tema. Após essa triagem inicial, os artigos foram filtrados por meio da leitura dos resumos para verificar a relevância e a coerência com os objetivos do estudo. Por fim, os artigos selecionados foram revisados minuciosamente para garantir a inclusão de informações pertinentes e atualizadas para a discussão e desenvolvimento do tema proposto.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O infarto agudo do miocárdio (IAM) afeta predominantemente indivíduos acima dos 45 anos, com maior prevalência em homens, embora a incidência em mulheres tenha aumentado devido a fatores de risco como tabagismo e hipertensão. Esse evento ocorre quando o fluxo sanguíneo para uma parte do músculo cardíaco é abruptamente interrompido, geralmente devido à obstrução de uma artéria coronária por um coágulo sanguíneo formado sobre uma placa de ateroma, que se rompe. Essa obstrução impede que o oxigênio chegue ao tecido cardíaco, levando à necrose das células do miocárdio em questão de minutos. O grau de dano depende da extensão e da duração da interrupção do fluxo sanguíneo. Os sintomas clássicos incluem dor ou desconforto no peito, que pode irradiar para o braço, mandíbula ou costas, acompanhados de suor, náuseas e falta de ar. Se não tratado rapidamente, o IAM pode resultar em insuficiência cardíaca, arritmias graves e morte (GÁDEA et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Após um infarto, o coração passa por um processo de remodelamento cardíaco, uma série de alterações estruturais e funcionais que ocorrem no miocárdio como resposta à lesão. Esse remodelamento pode ser tanto benéfico, auxiliando na adaptação à lesão, quanto prejudicial, contribuindo para a deterioração da função cardíaca. No contexto do IAM, o remodelamento é predominantemente negativo, caracterizado pela dilatação ventricular, hipertrofia e fibrose, especialmente na região infartada, onde ocorreu a necrose do tecido cardíaco. Essas mudanças são tentativas do coração de compensar a perda de músculo funcional, porém podem resultar em uma maior predisposição à insuficiência cardíaca e arritmias (ROHR et al., 2024).

Existem diferentes padrões de remodelamento cardíaco, como hipertrofia concêntrica e excêntrica, remodelamento concêntrico e geometria normal, que dependem das condições específicas de sobrecarga imposta ao coração. No caso do IAM, ocorre uma dilatação ventricular, que é uma resposta à agressão ao colágeno do miocárdio e à perda de tecido funcional. Estudos indicam que hormônios, como a angiotensina II e a prostaglandina E, desempenham um papel crucial nesse processo, pois agem diretamente sobre os fibroblastos cardíacos, células envolvidas na produção de colágeno e fibrose. Esse acúmulo excessivo de colágeno no miocárdio leva à rigidez ventricular, dificultando o bombeamento eficiente de sangue (ROHR et al., 2024).

O sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) tem papel central no processo de remodelamento pós-IAM. A angiotensina II, por exemplo, além de promover vasoconstrição e aumento da pressão arterial, estimula o acúmulo de colágeno no miocárdio, contribuindo para a fibrose. Por isso, o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA) e bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) se mostra eficaz na tentativa de conter o processo de remodelamento, diminuindo a fibrose e, conseqüentemente, melhorando a função cardíaca. Ao reduzir a ativação do SRAA, esses medicamentos podem atenuar as conseqüências adversas do remodelamento ventricular, melhorar o prognóstico e diminuir a progressão para insuficiência cardíaca em pacientes pós-IAM (ROHR et al., 2024).

A reabilitação cardiovascular (RCV) é um processo estruturado e progressivo, dividido em fases, que visa à recuperação e à prevenção secundária em pacientes com doenças cardiovasculares. Segundo a Diretriz de Reabilitação Cardiovascular, a RCV é dividida em quatro fases: a fase I é intra-hospitalar, enquanto as fases II a IV ocorrem em ambiente ambulatorial. Inicialmente, a fase I era destinada a pacientes em recuperação de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou cirurgias de revascularização miocárdica (CRVM). No entanto, com o avanço das intervenções, a RCV expandiu seu alcance, abrangendo também pacientes que passaram por intervenções coronárias percutâneas (ICP), cirurgias valvares, transplante cardíaco (TxC), e aqueles com insuficiência cardíaca (IC), doença arterial coronariana (DAC), além de hipertensos, diabéticos e pacientes com doenças pulmonares e renais crônicas, desde que clinicamente estabilizados (CARVALHO et al., 2020).

A fase I da RCV, iniciada ainda no hospital, tem como objetivo a mobilização precoce e a educação do paciente, preparando-o para a transição à fase ambulatorial. Assim que o paciente está clinicamente compensado, é introduzido a um programa de exercícios leves e controlados, com foco em melhorar a função cardiorrespiratória e prevenir complicações como trombose e descondicionamento físico. Essa fase é fundamental para evitar o prolongamento do repouso no leito e promover uma recuperação ativa (CARVALHO et al., 2020).

A fase II ocorre em ambiente ambulatorial logo após a alta hospitalar, com duração entre 8 e 12 semanas. Nessa fase, os exercícios são intensificados gradualmente, com supervisão médica, visando aumentar o limiar isquêmico e melhorar a capacidade cardiorrespiratória do paciente. Estudos demonstram que, nessa fase, há melhora significativa na perfusão miocárdica e na resposta vasodilatadora dependente do endotélio, contribuindo para a redução da isquemia durante o esforço físico. Além disso, o treinamento regular associado à dieta pode reduzir a progressão da aterosclerose, favorecendo o controle dos fatores de risco cardiovascular (CARVALHO et al., 2020; TRINDADE & OLIVER, 2021).

Nas fases III e IV, o objetivo principal é a manutenção dos benefícios adquiridos nas fases anteriores. Essas fases envolvem programas de exercícios de longo prazo que podem ser realizados em centros especializados ou de forma supervisionada à distância. O foco está na continuidade dos exercícios físicos regulares, controle dos fatores de risco e adesão a mudanças no estilo de vida, como dieta e cessação do tabagismo. A prática contínua de exercícios está associada à melhora da qualidade de vida e à redução da mortalidade cardiovascular,

hospitalizações e novos eventos isquêmicos (CARVALHO et al., 2020, MATSUDO, MATSUDO, BARROS NETO, 2001).

A eficácia da RCV é amplamente respaldada por evidências científicas. A reabilitação reduz a mortalidade cardiovascular em até 26% e as hospitalizações em 18%. Além disso, cada aumento de 1 MET na capacidade cardiorrespiratória durante o programa de reabilitação está associado a uma redução de 25% na mortalidade total. Pacientes que participam da RCV também apresentam uma redução significativa na ocorrência de novos eventos cardíacos, como observado em estudos que demonstraram menor taxa de infarto e hospitalizações em indivíduos submetidos à angioplastia coronariana que realizam RCV. Dessa forma, a RCV é um componente essencial na recuperação de pacientes após eventos cardíacos e deve ser incentivada sempre que possível (CARVALHO et al., 2020).

A reabilitação cardiovascular precoce é um conjunto de intervenções terapêuticas e físicas iniciadas logo após um evento cardíaco, como o infarto agudo do miocárdio, com o objetivo de restaurar a função física, melhorar a qualidade de vida e prevenir novos eventos isquêmicos. A reabilitação precoce, que começa ainda no ambiente hospitalar, visa promover uma recuperação mais rápida e segura, com a introdução gradual de exercícios supervisionados, controle de fatores de risco e educação do paciente. Essa abordagem tem como base a adaptação do corpo às novas condições impostas pelo infarto, garantindo que o paciente inicie o processo de recuperação o quanto antes, sempre respeitando seus limites físicos e clínicos (SILVIA & FARIA, 2017).

Estudos mostram que, embora a reabilitação cardíaca (RC) após a alta hospitalar seja amplamente reconhecida como eficaz, ainda há incertezas sobre a eficácia e segurança da RC iniciada precocemente, durante a internação. Pesquisas recentes indicam que a reabilitação cardiovascular, quando iniciada nas primeiras 24 horas após o IAM, pode melhorar a modulação autonômica da frequência cardíaca, sem causar repercussões hemodinâmicas adversas ou intolerância ao exercício. Além disso, essa prática precoce está associada a melhorias na qualidade de vida e na capacidade funcional dos pacientes após a alta hospitalar. A reabilitação intra-hospitalar, portanto, tem mostrado benefícios claros, como a aceleração da recuperação e a prevenção de complicações. No entanto, mais estudos são necessários para otimizar a prescrição de exercícios na fase inicial e avaliar seu impacto na redução de novas hospitalizações e mortalidade a longo prazo (SILVIA & FARIA, 2017).

Esse processo de reabilitação precoce pode ser altamente efetivo, pois oferece aos pacientes uma oportunidade de recuperação ativa logo após o evento cardíaco, ajudando a prevenir complicações como insuficiência cardíaca e novos infartos. Além disso, promove uma adaptação gradual ao esforço físico, melhora a função cardíaca e aumenta a confiança do paciente para retomar suas atividades diárias, tudo sob supervisão médica. Quando realizada de maneira adequada e personalizada, a RC precoce pode ser uma estratégia essencial para a redução da mortalidade e melhoria da qualidade de vida a longo prazo (ALVES, GARDENGHI, FERREIRA, 2015; SILVIA & FARIA, 2017).

A fisioterapia desempenha um papel fundamental na reabilitação do miocárdio após um IAM, especialmente na fase inicial da reabilitação cardiovascular (FTCV). Na fase I, a fisioterapia pode ser iniciada entre 12 e 24 horas após o evento isquêmico, desde que o paciente esteja clinicamente estável e sem complicações graves (classificados como Killip I e II). Essa intervenção precoce visa restaurar a função cardiovascular, prevenir complicações decorrentes do repouso prolongado, como trombose venosa profunda, e melhorar a resposta autonômica e hemodinâmica do coração. No entanto, o medo de desestabilização clínica frequentemente leva ao prolongamento do repouso no leito, o que pode retardar a recuperação. Quando iniciada nas primeiras 24 horas, é segura e eficaz em promover alterações na modulação autonômica da frequência cardíaca e na pressão arterial, sem causar sinais de intolerância ao esforço. Durante o protocolo de FTCV, exercícios leves e progressivos, como

caminhadas curtas e exercícios respiratórios, são realizados sob supervisão rigorosa. Esses exercícios promovem melhorias hemodinâmicas e ajudam a reestabelecer a capacidade de resposta do sistema cardiovascular, com aumento da frequência cardíaca e pressão arterial de forma controlada, sem causar intercorrências clínicas (HISS et al., 2012).

Além disso, a fisioterapia cardiovascular contribui para a melhora da variabilidade da frequência cardíaca, um indicador importante de saúde autonômica, que tende a ser comprometida após o IAM. Isso é particularmente relevante para reduzir o risco de arritmias e melhorar a adaptação do coração às atividades diárias. A segurança dos exercícios é garantida pela monitorização contínua de parâmetros vitais, como a frequência cardíaca e pressão arterial, além da avaliação de sintomas de intolerância ao esforço. Dessa forma, a FTCV na fase I, quando bem conduzida, não só acelera o processo de recuperação física, mas também melhora a qualidade de vida e a capacidade funcional dos pacientes, ajudando a prevenir novos eventos isquêmicos a longo prazo (HISS et al., 2012; TRINDADE & OLIVER, 2021).

O treinamento de força tem contribuído significativamente para a recuperação funcional e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. De acordo com a Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular de 2020, a implementação de exercícios de força pode levar a resultados positivos, como a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular, ao mesmo tempo em que aumenta os níveis de aptidão física e diminui o risco de novos eventos cardiovasculares. No entanto, é crucial que o treinamento de força seja conduzido de maneira segura e adequada, considerando as limitações funcionais que os pacientes cardiopatas apresentam. A avaliação inicial, que inclui uma anamnese detalhada e testes de esforço, é essencial para determinar os limites individuais de cada paciente, evitando assim riscos durante a execução dos exercícios (CARVALHO et al., 2020).

O treinamento pode incluir diferentes modalidades, como exercícios isométricos, isocinéticos e resistidos, e deve ser realizado com a supervisão de uma equipe multidisciplinar para garantir a segurança e a eficácia do programa. A combinação de treinamento de força com exercícios aeróbicos tem mostrado promover melhorias não apenas no condicionamento físico e na resistência, mas também no controle da hipertensão e no aumento da resistência durante as atividades diárias. Embora os protocolos de treinamento devam ser adaptados às necessidades específicas de cada paciente, os benefícios do fortalecimento muscular são evidentes, especialmente quando se evita cargas excessivas e manobras que possam causar complicações, como a manobra de Valsalva (PRATA, LÁRIOS, GADIOLI, 2023).

A mudança de estilo de vida é um aspecto crucial da reabilitação cardiovascular e da prevenção de novos eventos isquêmicos. Os pacientes precisam adotar comportamentos saudáveis que incluem uma dieta equilibrada, prática regular de exercícios físicos, cessação do tabagismo e controle de fatores de risco como hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia. Essas mudanças são fundamentais não apenas para melhorar a saúde cardiovascular, mas também para aumentar a qualidade de vida e a longevidade dos indivíduos (BERTACCHINI & ALVES, 2013).

Entretanto, estudos mostram que a adesão a essas mudanças pode ser um desafio significativo. Uma pesquisa descritiva realizada com 31 pacientes em uma Unidade de Saúde da Família revelou que apenas 15% dos entrevistados conseguiam definir claramente a doença, e 74% eram capazes de mencionar apenas uma ou duas causas do IAM. Além disso, 58% dos participantes afirmaram que não modificaram seu estilo de vida após o infarto. Esses dados indicam que, apesar da ampla disponibilidade de informações na literatura científica sobre os fatores de risco associados ao IAM, há uma lacuna considerável no conhecimento dos pacientes que já sofreram a doença. Isso pode ser um fator determinante na falta de ações preventivas e na dificuldade em implementar mudanças no estilo de vida (BERTACCHINI & ALVES, 2013).

A educação em saúde é, portanto, uma estratégia essencial nesse processo de mudança. Programas de educação em saúde devem ser implementados para informar os pacientes sobre a natureza do IAM, suas causas, consequências e a importância das modificações no estilo de vida. Através de palestras, workshops e materiais informativos, os profissionais de saúde podem promover um maior entendimento sobre a doença e seus fatores de risco, enfatizando a necessidade de prevenção e autocuidado. Essas iniciativas devem ser personalizadas e contínuas, de modo a proporcionar suporte emocional e motivacional, que são cruciais para a adesão às mudanças de comportamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

É de extrema importância intervenções estruturadas que englobam a reabilitação cardíaca, o treinamento de força e a promoção de mudanças de estilo de vida. A evidência de que a reabilitação cardiovascular pode reduzir a morbidade e mortalidade, assim como melhorar a qualidade de vida dos pacientes, é clara, enfatizando a necessidade de protocolos que sejam adaptados às condições específicas de cada indivíduo. A educação em saúde também se mostrou crucial para capacitar os pacientes a compreenderem sua condição e a importância das mudanças necessárias em seus hábitos. Nesse contexto, a abordagem multidisciplinar se revela fundamental, pois reúne profissionais de diversas áreas, como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, para oferecer um tratamento holístico e integrado. Essa colaboração assegura que todos os aspectos da saúde do paciente sejam considerados, promovendo não apenas a recuperação física, mas também o suporte emocional e a adesão ao tratamento, fatores essenciais para o sucesso a longo prazo da reabilitação após o IAM (BERTACCHINI & ALVES, 2013; GÁDEA et al., 2017).

4. CONCLUSÃO

A reabilitação cardiovascular após o infarto agudo do miocárdio é um processo essencial e multifacetado que visa não apenas a recuperação física, mas também a promoção de um estilo de vida saudável e a prevenção de novos eventos cardíacos. A evidência apresentada nesta revisão enfatiza a eficácia das intervenções precoces, incluindo a reabilitação cardíaca e o treinamento de força, que demonstram benefícios significativos na melhoria da capacidade funcional e na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, a educação em saúde é fundamental para capacitar os indivíduos a adotarem mudanças benéficas em seus hábitos. A abordagem multidisciplinar se destaca como um pilar central nesse processo, assegurando um cuidado integral que considera as necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes. Assim, a implementação de programas de reabilitação cardiovascular, apoiados por uma equipe multidisciplinar, é crucial para otimizar os resultados e contribuir para a saúde a longo prazo dos sobreviventes de IAM, promovendo uma recuperação mais eficaz e sustentável.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, F.; GARDENGHI, G.; FERREIRA, F. M. Reabilitação cardíaca, tratamento e prevenção: revisão bibliográfica. **Movimenta**, v. 8, n. 1, 2015.

BERTACCHINI, L.; ALVES, V. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, 2013.

CARVALHO, T. DE et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 5, p. 943–987, 2020.

GÁDEA, S. F. M. et al. Reabilitação cardíaca após infarto agudo do miocárdio (iam): uma revisão sistemática. **Revista Ciência (In) Cena**, v. 2, n. 4, 2017.

HISS, M. D. B. S. et al. Segurança da intervenção fisioterápica precoce após o infarto agudo do miocárdio. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 1, p. 153–163, 2012.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte**, v.7, n.1, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Infarto**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infarto>>. Acesso em: 16 out. 2024.

PRATA, E.; LÁRIOS, A.; GADIOLI, N. **Treinamento de força em pacientes cardiopatas**. 2023. Disponível em: <<https://unisaes.br/wp-content/uploads/2023/06/TREINAMENTO-DE-FORCA-EM-PACIENTES-CARDIOPATAS.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2024.

ROHR, S. S. et al. Remodelamento do coracao pos-IAM. **Rev. med. (São Paulo)**, p. 8–15, 2024.

SILVIA, M.; FARIA, M. Reabilitação cardíaca precoce em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 19, n. 3, p. 105–105, 2017.

TRINDADE, M.; OLIVER, N. Treinamento aeróbico nas fases ii e iii em pacientes pós iam: uma revisão integrativa de literatura. EBSCOhost. **Ebsco.com**, v. 21, n. 4, p. 1, 2021.