

ARTIGO ORIGINAL

Intervenção fisioterapêutica em pacientes pós infarto agudo do miocárdio: Estudo retrospectivo *Intervention physiotherapy in patients after acute myocardial infarction: Retrospective study*

Gabriel Sebastião da Silva¹, Ana Tereza Dantas Falcão¹, Meryeli Santos de Araújo Dantas¹, Andréa Carla Brandão da Costa Santos¹

¹Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa, PB, Brasil

Recebido em: 9 de Maio de 2026; Aceito em: 21 de Maio de 2026.

Correspondência: Gabriel Sebastião da Silva, kbiel629@gmail.com

Como citar

Silva GS, Falcão ATD, Dantas MSA, Santos ACBC. Intervenção fisioterapêutica em pacientes pós infarto agudo do miocárdio: Estudo retrospectivo. Fisioter Bras. 2026;27(4):3673-3684 doi: [10.62827/fb.v27i4.1182](https://doi.org/10.62827/fb.v27i4.1182).

Resumo

Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma condição isquêmica decorrente da redução do fluxo sanguíneo para o tecido cardíaco, tendo a aterosclerose como principal causa. **Objetivo:** Descreveu-se os recursos utilizados na intervenção fisioterapêutica em pacientes pós-IAM e os eventos adversos associados. **Métodos:** estudo retrospectivo, descritivo e documental, com abordagem quantitativa, baseada na análise de 100 prontuários de pacientes de ambos os sexos com idades entre 26 e 88 anos. Os dados coletados por meio do questionário foram tabulados, processados e analisados em um banco de dados no Microsoft Excel (versão 365) e submetidos à análise estatística descritiva simples. **Resultados:** A média de idade foi de $61,6 \pm 13,9$ anos, com predominância do sexo masculino 63% (63). As principais condutas fisioterapêuticas incluíram monitorização respiratória 40,6% (95), expansão pulmonar 32,1% (75), sedestação no leito 17,1% (89) e cinesioterapia 16,3% (85). A maioria dos pacientes não apresentou eventos adversos 88% (88), sendo os mais frequentes dessaturação 3% (3) e dispneia 3% (3). **Conclusão:** A intervenção fisioterapêutica na fase hospitalar pós-IAM mostrou-se segura, com baixa ocorrência de eventos adversos, destacando a importância dessas condutas na recuperação funcional dos pacientes.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio; Reabilitação Cardíaca; Fisioterapia.

Abstract

Introduction: Acute myocardial infarction (AMI) is an ischemic condition resulting from reduced blood flow to cardiac tissue, with atherosclerosis as the primary cause. **Objective:** To describe the resources used in physiotherapeutic intervention in post-AMI patients and the associated adverse events. **Methods:** A retrospective, descriptive, and documentary study with a quantitative approach, based on the analysis of 100 medical records of male and female patients aged between 26 and 88 years. Data collected via questionnaire were tabulated, processed, and analyzed in a Microsoft Excel database (version 365) and submitted to simple descriptive statistical analysis. **Results:** The mean age was 61.6 ± 13.9 years, with a male predominance of 63% (63). The main physiotherapeutic procedures included respiratory monitoring 40.6% (95), pulmonary expansion 32.1% (75), sitting on the edge of the bed 17.1% (89), and kinesiotherapy 16.3% (85). Most patients did not present adverse events 88% (88), with the most frequent being desaturation 3% (3) and dyspnea 3% (3). **Conclusion:** Physiotherapeutic intervention in the post-AMI hospital phase proved to be safe, with a low occurrence of adverse events, highlighting the importance of these procedures in the functional recovery of patients.

Keywords: Myocardial Infarction; Cardiac Rehabilitation; Physiotherapy.

Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCV) representam a maior causa de morte não só no Brasil, mas também em todo mundo, segundo o Ministério da Saúde (MS) [1]. Dentre estas, destaca-se a Doença Arterial Coronariana (DAC) em que no ano de 2017, estimou-se a incidência de 121 mil casos por ano, além disso, a prevalência de 1,75% de indivíduos na população brasileira maior que 20 anos, sendo assim um importante problema de saúde pública no país [2].

A DAC é uma condição crônica resultante da obstrução das artérias coronárias devido ao acúmulo de placas de gorduras que vão se depositando no interior de suas paredes, podendo se manifestar como angina de peito ou evoluir para um quadro mais agudo e grave, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). No IAM a ruptura súbita da placa aterosclerótica interrompe o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco, provocando posteriormente a necrose do miocárdio [3,4].

De acordo com Passinho *et al.* [5], a dor torácica é o sintoma mais comum entre os pacientes,

sendo descrita como uma sensação de aperto, queimação ou pressão. Pode ser irradiada para os membros superiores, mandíbula, dorso e/ou região epigástrica, e é desencadeada por exercícios, estresse e até mesmo em repouso. Essa dor tem origem isquêmica e pode ser identificada pelo sinal de Levine, em que o paciente coloca sua mão espalmada no centro do precórdio. Entretanto, sinais atípicos como dispneia, náusea, sudorese e vômitos, também podem estar presentes.

Segundo os autores citados acima, no que se refere ao diagnóstico do IAM, o eletrocardiograma (ECG) continua sendo o exame mais importante, conjuntamente com o quadro clínico e elevação dos marcadores bioquímicos de necrose, sendo a troponina o principal marcador cardíaco [5]. Após o diagnóstico do IAM, restabelecer de forma precoce o fluxo sanguíneo é o principal objetivo no tratamento, em que pode ser realizado através de uma angiografia coronária. Ademais, pode-se fazer o uso de medicamentos

para restaurar o fluxo sanguíneo, por meio de terapias trombolíticas [6].

O IAM não é responsável apenas por implicações clínicas importantes, porém também resulta em comprometimento na qualidade de vida dessa população, sobretudo, devido às incapacidades na realização de atividades diárias⁵. Sabe-se que a mudança no estilo de vida é essencial para a prevenção secundária pós IAM, no entanto, esses indivíduos apresentam dificuldades de adotar a prática de exercícios físicos e uma alimentação saudável [7].

Logo após a admissão hospitalar e estabilização do quadro clínico, é essencial incluir esses pacientes em um programa de reabilitação cardiovascular (RCV) porque segundo Umeda [8], consiste num programa de abordagem multidisciplinar de educação e de exercícios constituído por quatro fases. Na qual a fase I se inicia ainda no hospital, fase II começa após a alta hospitalar, a fase III pode ser realizada de forma individual ou em grupo, porém com supervisão de um profissional e a fase IV o paciente já possui uma melhor autonomia, podendo seguir sua rotina de exercícios de forma independente ou acompanhada por um profissional de Educação Física.

Métodos

Caracterizou-se como um estudo baseado na análise documental de caráter descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal Santa Isabel, no município de João Pessoa-PB, no mês de agosto de 2024.

A população foi composta por prontuários de indivíduos que sofreram IAM e ficaram internos na UTI coronariana. A amostra, não probabilística, foi composta por 100 prontuários que preencheram os

De acordo com a Diretriz Brasileira de RCV, a fase 1 da reabilitação visa buscar a alta hospitalar do paciente em suas melhores condições físicas e psicológicas e abordagens para o paciente a respeito de um estilo de vida saudável e a prática de exercícios físicos além disso, traz como benefício a redução da mortalidade em 26% e a hospitalização geral em 18% [9].

Conforme um estudo realizado por Alves, *et al.* [3], a fisioterapia na fase 1 da reabilitação cardíaca no pós-IAM, atua, de forma individualizada, através de exercícios cinesioterapêuticos, aeróbicos e respiratórios, a fim de otimizar o condicionamento cardiovascular, o consumo de oxigênio e aumentar a força muscular prevenindo, desse modo, complicações pulmonares e secundárias do imobilismo ao leito.

Diante do exposto, além de poucas publicações sobre o tema, justifica-se esse estudo uma vez que ele abordará a atuação do fisioterapeuta a nível hospitalar, em indivíduos pós-IAM. Dessa forma, este estudo teve como objetivo identificar os recursos utilizados durante a intervenção fisioterapêutica, bem como efeitos adversos durante a abordagem.

seguintes critérios de inclusão: indivíduos de ambos os sexos que tiveram IAM e foram acompanhados pela equipe de Fisioterapia da UTI coronariana, no período de janeiro a dezembro de 2023. Foram excluídos prontuários de indivíduos que sofreram IAM, mas que não continham as informações de forma completa e/ou clara.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário elaborado e preenchido pelo próprio pesquisador. O formulário dispôs de perguntas sobre informações

sociodemográficas (sexo, idade, raça, escolaridade), características clínicas (antecedentes pessoais, história social e tipo de IAM), data de admissão na UTI e na fisioterapia, necessidade de suporte ventilatório e questões sobre a abordagem fisioterapêutica, além de efeitos adversos durante a intervenção.

Os dados coletados por meio do questionário foram tabulados, processados e analisados em um banco de dados no *Microsoft Excel (versão 365)*. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão, além de frequência e proporção. Os resultados foram apresentados

na forma de gráficos, tabelas e figuras para melhor percepção e visualização do evento estudado.

Foi solicitada a anuência da Prefeitura Municipal de João Pessoa-PB e, posteriormente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado mediante CAAE: 81097224.9.0000.5176 e Parecer nº 6.925.583. Foi realizada a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devido à utilização de dados secundários retrospectivos.

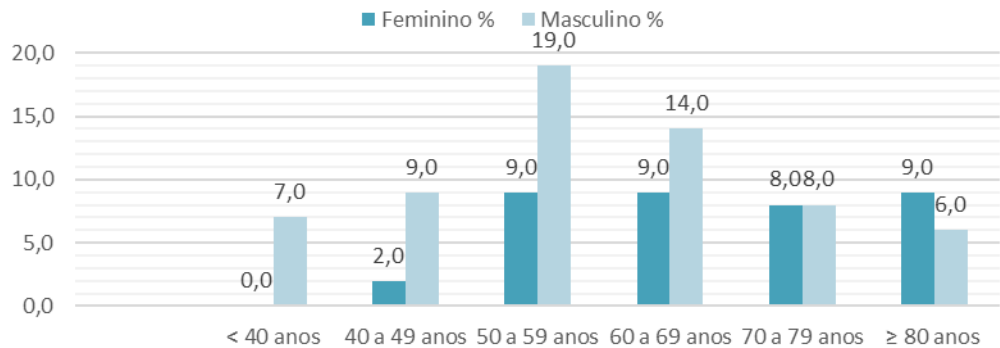
Resultados

Analisou-se 100 prontuários de indivíduos admitidos na UTI com quadro de IAM que foram acompanhados pela equipe de Fisioterapia, sendo distribuídos de acordo com gênero e faixa etária.

Houve predomínio do sexo masculino n=63 (63,0%) sobre o feminino n=37 (37,0%), com relação à idade, os indivíduos apresentaram uma

idade média de 61,6 ± 13,9 anos, variando de 26 a 88 anos. Segundo a faixa etária, a de maior frequência para os homens foi entre 50 a 59 anos, representando 19,0% (n=19). Já para as mulheres entre 50 a 69 anos e ≥ 80 anos, ambos apresentaram o mesmo percentual 9,0% (n=9), como pode ser visualizado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com gênero e faixa etária.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

No que tange aos aspectos relativos à raça, os resultados apontaram a prevalência da raça parda, com um total de 60,0% (n=60), como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes segundo a raça.

Variáveis	N	%
Raça		
Branca	11	11,0
Preta	8	8,0
Amarela	0	0,0
Parda	60	60,0
Indígena	0	0,0
Não informado	21	21,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

De acordo com a análise dos antecedentes pessoais, os resultados evidenciados no presente estudo demonstraram a HAS como o fator de risco mais prevalente para ambos os gêneros, apontando um percentual total de 55,0% (n=88), seguido da diabetes que esteve presente em 31,9% (n=51) dos indivíduos.

Segundo a história social, 20,6% (n=21) dos sujeitos eram tabagistas, enquanto 11,8% (n=12) já tinham parado de fumar. O tipo de alteração eletrocardiográfica mais frequente nos pacientes foi o infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento ST, observado em 63,0% (n=63) dos casos, conforme evidenciado na Tabela 2.

Tabela 2 – Classificação dos pacientes, segundo as características clínicas.

Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Antecedentes Pessoais			
Diabetes	29 (18,1)	22 (13,8)	51 (31,9)
HAS	54 (33,8)	34 (21,3)	88 (55,0)
Sedentarismo	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,6)
Obesidade	4 (2,5)	2 (1,3)	6 (3,8)
Dislipidemia	2(1,3)	1(0,6)	3 (1,9)
Nenhuma opção	8 (5,0)	3 (1,9)	11 (6,9)
História Social			
Tabagista	16 (15,7)	5 (4,9)	21 (20,6)
Etilista	3 (2,9)	1 (1,0)	4 (3,9)
Ex-tabagista	7 (6,9)	5 (4,9)	12(11,8)
Ex-etilista	2 (2,0)	0 (0,0)	2 (2,0)
Nenhuma opção	37 (36,3)	26 (25,5)	63 (61,8)
Classificação do IAM			
CSST	40 (40,0)	23 (23,0)	63 (63,0)
SSST	17 (17,0)	13 (13,0)	30 (30,0)
Não informado	6 (6,0)	1 (1,0)	7 (7,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Legenda: CSST: Com supradesnívelamento do segmento ST; SSST: Sem supradesnívelamento do segmento ST.

Após a admissão dos pacientes na UTI coronariana, a RCV, através da fisioterapia, era iniciada em menos de 24 horas. A maioria dos indivíduos não necessitou de suporte ventilatório, em que 87,9% (n=94) permaneceram em ar ambiente, 11,2% (n=12) utilizaram oxigenoterapia por meio de cateter nasal, e 0,9% (n=1) utilizou máscara de venturi, conforme apresentado na Tabela 3.

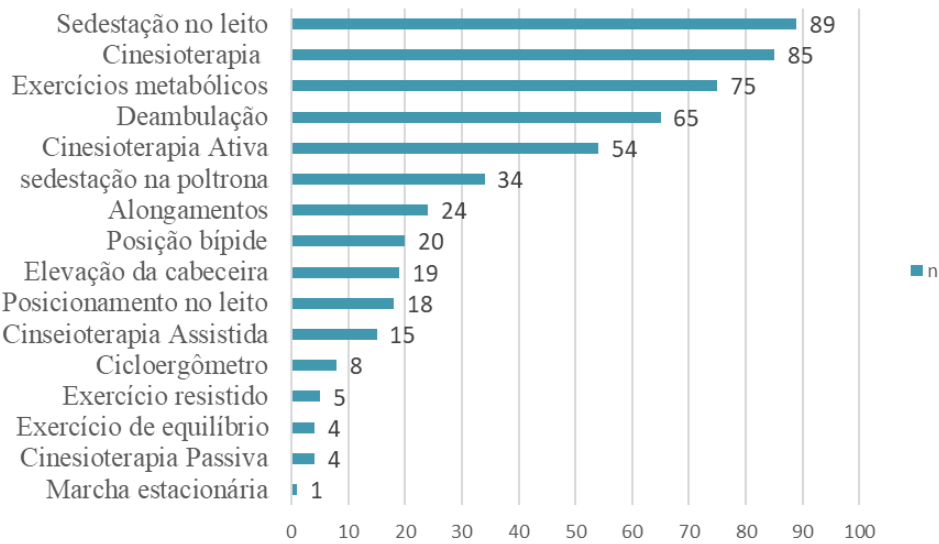
Tabela 3 – Distribuição do uso de suporte ventilatório.

Suporte ventilatório	N	%
Ar ambiente	94	87,9
Cateter Nasal	12	11,2
Venturi	1	0,9
CPAP	0	0,0
Bilevel	0	0,0
VMI	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

De acordo com as condutas motoras, mostradas no Gráfico 2, a sedestação no leito foi a prática mais predominante realizada no total de 17,1% (n=89), seguida pela cinesioterapia, com 16,3% (n=85). Dentre os tipos de cinesioterapia, a cinesioterapia ativa foi a mais prevalente comparada com as demais, com um total de 10,4% (n=54).

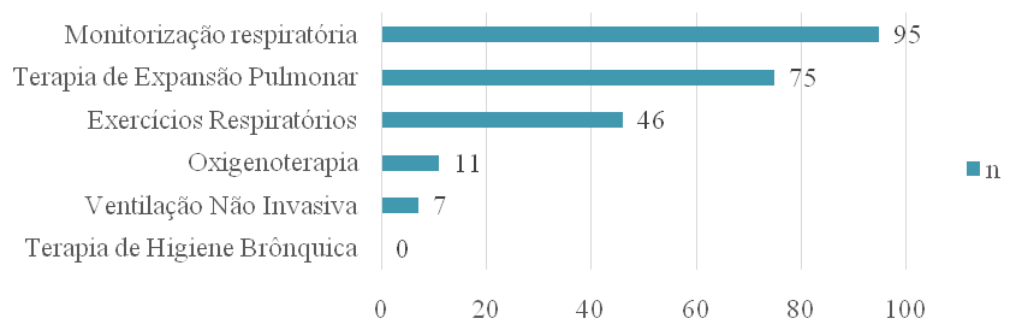
Gráfico 2 – Distribuição das condutas motoras.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024

No que tange as condutas respiratórias, apresentadas no Gráfico 3, os resultados mostram a predominância da monitorização respiratória com um total de 40,6% (n= 95), seguido da terapia de expansão pulmonar realizada em um total de 32,1% (n= 75) e dos exercícios respiratórios correspondendo a 19,7% (n=46).

Gráfico 3 – Distribuição das condutas respiratórias realizadas durante a abordagem fisioterapêutica.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024

Acerca das reações adversas, registradas nos prontuários, durante os atendimentos da fisioterapia, evidenciou-se que 88,0% (n=88) dos pacientes não apresentaram nenhum efeito adverso, 3,0% (n= 3) apresentaram queda da SpO₂ e outros 3,0% (n=3) apresentaram dispneia durante os exercícios, como apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos efeitos adversos durante o atendimento fisioterapêutico.

Efeitos adversos	N	%
Dessaturação	3	3,0
Hipotensão	1	1,0
Leve vertigem durante deambulação	1	1,0
Dispneia	3	3,0
Taquicardia	1	1,0
Bradicardia	1	1,0
Pico hipertensivo	1	1,0
Hipertensão arterial	1	1,0
Não apresentou	88	88,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2024

Discussão

Ao examinar a faixa etária por gênero, notou-se que a maioria dos pacientes infartados, do sexo feminino, possuía idade superior a 60 anos, enquanto os homens são adultos jovens. Ressalta-se, ainda, que a prevalência de IAM tendeu a permanecer com o avanço da idade feminina, se comparando com o sexo masculino após os 70 anos

e ultrapassando-o, na idade superior a 80 anos.

De acordo com o DATASUS em 2023, no estado da Paraíba, o maior número de internações por IAM tanto para homens quanto para mulheres foi entre a faixa etária de 60 a 69 anos. No estudo de Nascimento et al [10], cujo objetivo foi identificar o

perfil sociodemográfico de pacientes com IAM, em um pronto socorro, com amostra de 59 pacientes, os homens foram mais acometidos pelo infarto e ao analisar a faixa etária por gênero, notou-se que a maioria dos pacientes infartados do sexo feminino possuíam idade superior a 60 anos, enquanto os homens em sua maior parte eram mais jovens.

Nessa perspectiva, Maciel et al [11], afirmam que o gênero feminino possui maior prevalência de IAM com o avanço da idade devido à queda dos níveis de estrogênio, após o climatério que atua como um fator protetor contra o risco cardiovascular, estimulando a liberação de substâncias vasodilatadoras e inibindo a vasoconstrição do endotélio.

Quanto ao predomínio da raça parda no presente estudo, os dados aqui explanados divergem de uma pesquisa realizada envolvendo as cinco regiões brasileiras, que objetivava descrever a morbimortalidade hospitalar por IAM, no Brasil, no período de 2012 a 2017, ressaltou a incidência majoritária das internações da população autodeclarada branca, assim como em outros estudos [12]. Mediante a este fato, justifica-se, por ser um dado limitado ao fator regional e por ser um aspecto referente à autoidentificação.

No estudo conduzido por Silva et al [13], que visava traçar o perfil dos pacientes internados por IAM, em um hospital da rede pública de saúde em Goiás, com a amostra de 64 pacientes, os marcadores de risco revelaram que 76,27% dos prontuários analisados indicaram uma predominância de indivíduos hipertensos. Essa prevalência é semelhante à observada no estudo em questão. Além disso, conforme os autores supracitados, o tabagismo foi o hábito mais investigado pelos médicos, constando em 71,88% dos prontuários.

Santos *et al* [14], destacaram que o hábito de fumar é um preditor significativo de morte súbita cardíaca por isquemia do miocárdio pois, o

tabagismo acelera não apenas o processo de aterosclerose, mas também a nicotina é responsável por elevar os níveis de pressão arterial. Esse efeito, em longo prazo, contribui para o surgimento do IAM e resulta um pior prognóstico dos indivíduos afetados. Além disso, o tabagismo é responsável aproximadamente por 25% dos casos de IAM e exacerba o risco já presente na hipertensão por provocar a inflamação das artérias [15].

Na visão de Silva et al [16], a inatividade física regular desempenha um papel significativo para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, pois agrava fatores como obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemias as quais são condições de risco para o IAM. No entanto, no estudo em discussão, poucas informações foram coletadas a respeito do sedentarismo, pois apenas 1 prontuário continha esse dado.

No que se refere à classificação do IAM, conforme os registros obtidos nos prontuários, constatou-se a prevalência de indivíduos que apresentaram IAMCSST, sendo esta a apresentação mais grave da doença que exige intervenções rápidas para minimizar a mortalidade e complicações, pois a ocorrência de complicações clínicas no IAMCSST é diretamente proporcional ao tempo do início dos sintomas até a reperfusão [17]. No estudo de Silva et al [16], foi relatado que 33,3% dos casos com alteração do segmento ST evoluíram para óbito.

No ensaio clínico randomizado conduzido por Stub et al [18], objetivaram avaliar os desfechos clínicos do uso de oxigênio suplementar comparado ao ar ambiente em pacientes que apresentava IAMCSST, com a amostra de 441 indivíduos. Evidenciaram que nos pacientes submetidos ao uso do oxigênio suplementar, sem hipoxemia, aumento da lesão ao músculo cardíaco medido pela elevação da enzima creatina quinase, maior taxa de reinfarto e maior taxa de arritmias quando

comparado aos pacientes que permaneceram em ar ambiente.

Na perspectiva de Piegas et al [17], afirmam que o uso da oxigenoterapia em pacientes com IAM é indicada uma vez que, o paciente apresente hipoxemia, ou seja, quando o indivíduo exibir uma saturação arterial de oxigênio (SaO_2) $<94\%$. Quando utilizado de forma desnecessária, a administração de oxigênio por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica, e aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, reduzindo o débito cardíaco, sendo, portanto, prejudicial.

Os benefícios para a saúde decorrentes das intervenções e condutas fisioterapêuticas em pacientes internados e submetidos à RCV após o IAM são evidentes. Na pesquisa realizada de Silva et al [19], visava avaliar a atuação da fisioterapia em pacientes com doenças cardiovasculares, no serviço de emergência de um hospital, no que se refere as intervenções fisioterapêuticas nos 75 indivíduos com IAM desse estudo, o mesmo foi iniciado após pelo menos 12 horas do evento, incluindo abordagens com exercícios de baixa intensidade de membros superiores e inferiores realizados no leito, a intensidade do exercício foi baseada na frequência cardíaca com o aumento de até 20 bpm. Caso o paciente permanecesse no serviço de emergência, o tratamento fisioterapêutico evoluiria para o ortostatismo e deambulação.

As condutas fisioterapêuticas, por meio dos exercícios cinesioterapêuticos, em pacientes internados e submetidos à RCV pós IAM, demonstram um papel fundamental na qualidade de vida dessa população, pois visam melhorar o condicionamento cardiovascular, otimizar o consumo de oxigênio e aumentar a força muscular permitindo a melhor recuperação funcional desses indivíduos e prevenindo a progressão da patologia [3].

Na fase 1 da reabilitação cardíaca, a fisioterapia respiratória também exerce um papel crucial na recuperação desses pacientes, seja na prevenção de complicações respiratórias ou na melhora da capacidade funcional. Em um protocolo padrão, aplicado a 51 pacientes com IAM não complicado, foram incluídos, além de exercícios dinâmicos na posição supina e períodos de repouso pré e pós-exercício, seguidos de 4 minutos de exercícios respiratórios para prevenir complicações pulmonares associadas ao repouso no leito, conforme descrito por Hiss et al [20]. Da mesma forma, os estudos revisados por Neves et al [21], revelaram que os protocolos utilizados na fase intra-hospitalar não só incorporavam exercícios de baixa intensidade, mas também incluíam exercícios respiratórios.

A fisioterapia respiratória é essencial na reabilitação dos pacientes pós IAM uma vez que, em virtude da injúria ao miocárdio a circulação sanguínea e oxigenação aos tecidos podem ser comprometidas. Silva et al [19], abordaram em seus estudos que o manejo terapêutico inicial para os indivíduos com IAM, teve foco no sistema respiratório com as seguintes abordagens: ventilação mecânica não invasiva (VNI), utilizada uma vez que o paciente apresenta sinais de descompensação, pois a mesma auxilia na redução do trabalho respiratório e diminui a sobrecarga cardíaca; manobras de remoção de secreção para manter as vias aéreas pervias e reduzir riscos de complicações respiratórias; além de, técnicas de reexpansão pulmonar e administração de O_2 indicada apenas quando a saturação periférica de oxigênio (SpO_2) fosse $\leq 90\%$.

Os autores Hiss et al [20], relataram em seu protocolo de reabilitação cardíaca, que nenhum paciente apresentou qualquer sintoma adverso durante sua aplicação. Além disso, afirmaram que a ausência de efeitos adversos foi atribuída à adaptação hemodinâmica do paciente na posição supina antes de expô-lo ao impacto gravitacional.

Destarte, a fisioterapia no pós IAM, na fase hospitalar, por meio de um programa de educação e exercício físico, possui um papel fundamental na qualidade de vida desses pacientes, pois os exercícios cinesioterapêuticos, aeróbios e respiratórios têm o propósito de melhorar o condicionamento

cardiovascular, bem como o consumo de oxigênio, aumentar a força muscular e prevenir complicações pulmonares, tornando a reintegração dessa população mais precoce a sociedade e prevenindo a progressão da doença [3].

Conclusão

Os resultados obtidos através desse estudo possibilitaram a identificação dos recursos fisioterapêuticos na fase I da reabilitação cardíaca em pacientes pós IAM destacando-se a sedestação no leito e a cinesioterapia ativa entre as condutas motoras além de monitorização respiratória e expansão pulmonar dentre as abordagens respiratórias.

A fisioterapia no período hospitalar desses pacientes é responsável por realizar a monitorização respiratória e funcional desses indivíduos, através de uma avaliação, a fim de traçar intervenções individuais partindo de uma conduta motora e respiratória, visando otimizar a recuperação e funcionalidade dos pacientes. Além disso, promover educação em saúde sobre a adoção de um estilo de vida saudável, cuidados pós alta e reabilitação.

A ausência dos efeitos adversos nos pacientes sugere que as práticas fisioterapêuticas empregadas foram seguras e compatíveis com as condições clínicas de cada indivíduo. No entanto, os casos que apresentaram algum efeito adverso indicam a necessidade de um monitoramento minucioso durante as sessões de fisioterapia.

Esse estudo enfrentou limitações no que diz respeito à subnotificações de informações sobre os dados sociodemográficos e antecedentes pessoais nos prontuários, limitando uma análise mais profunda sobre a progressão e desfecho final desses pacientes perante as intervenções fisioterapêuticas adotadas. Contudo, o resultado desta pesquisa poderá contribuir para o avanço dos estudos produzidos nessa área, colaborando nas intervenções e melhor esclarecimento da abordagem fisioterapêutica durante a fase I da reabilitação cardíaca nos indivíduos pós IAM.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Silva GS. Obtenção de dados: Silva GS, Santos ACBC. Análise e interpretação dos dados: Silva GS, Santos ACBC, Falcão ATD. Redação do manuscrito: Silva GS, Dantas MSA. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Santos ACBC.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças cardiovasculares: principal causa de morte no mundo pode ser prevenida [Internet]. 2022 [citado em 30 out 2024.]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/09/doencas-cardiovasculares-principal-caoa-de-morte-no-mundo-pode-ser-prevenida>.

2. Marinho F. Prognóstico da doença arterial coronariana em hospitais públicos no Brasil: o Estudo erico e uso do conhecimento na saúde pública. *Arq Bras Cardiol.* 2021;117(5):986-987. doi:10.36660/abc.20210825.
3. Alves FMB, Miranda VCR, Pereira WMP, Cusmanich KG, Teodoro ECM. A atuação da fisioterapia na fase I da reabilitação cardíaca após infarto agudo de miocárdio. *Fisioter Bras.* 2018;19(3):400-413. doi:10.33233/fb.v19i3.2436.
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(18):2231-2264. doi:10.1016/j.jacc.2018.08.1038.
5. Passinho RS, Sipolatti WGR, Fioresi M, Primo CC. Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2018;12(1):247-264.
6. Damluji AA, van Diepen S, Katz JN, Menon V, Tamis-Holland JE, Bakitas M, et al. Mechanical complications of acute myocardial infarction: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2021;144(2). doi:10.1161/CIR.0000000000000985.
7. Vieira B, Souza S, Cavalcante F, Gonzaga J. Percepção de homens após infarto agudo do miocárdio. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017;30(3):1-9.
8. Umeda IIK. Manual de fisioterapia na reabilitação cardiovascular. 2ª ed. Barueri: Manole; 2014.
9. Carvalho Td, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(5):943–987. doi:10.36660/abc.20200407.
10. Nascimento L, Oliveira T, Ferreira C, Lisboa N, Pereira M, Queiroz S. Perfil de pacientes com infarto agudo do miocárdio em um pronto socorro do Distrito Federal. *Nursing (São Paulo).* 2022;25(287):7516-7527. doi:10.36489/nursing.2022v25i287p7516-7527.
11. Maciel ELSR, Mota ACA, Borges AD, Costa GEd, Alencar JKT, Evangelista JM, et al. Efeito do estrogênio no risco cardiovascular: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Acervo Med.* 2021;1(1):e8527. doi:10.25248/reamed.e8527.2021
12. Souza Júnior EV, Nunes GA, Cruz DP, Rosa RS, Boery RNSO, Boery EN. Descriptive analysis of the hospital morbimortality due to acute myocardial infarction in the Federative Republic of Brazil. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online.* 2021;13:744-749. doi:10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.8076.
13. Silva FL, Melo MAB, Neves RA. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados por infarto agudo do miocárdio em hospital de Goiás. *Rev Bras Mil Ciênc.* 2019;5(13). doi:10.36414/rbmc.v5i13.15.
14. Santos FM, Prates IA, Stringhini VM, Adami ER. Influência do tabagismo no infarto agudo do miocárdio. *Peer Rev.* 2023;5(22):104-115. doi:10.53660/1211.prw2715.
15. Brasil. Ministério da Saúde. A relação entre o tabagismo e as doenças cardiovasculares [Internet]. 2021 [citado em 10 out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-para-de-fumar/noticias/2021/a-relacao-entre-o-tabagismo-e-as-doencas-cardiovasculares>.

16. Silva KSC, Duprat IP, Dórea SA, Melo GC, Macêdo AC. Emergência cardiológica: principais fatores de risco para infarto agudo do miocárdio. *Braz J Health Rev.* 2020;3(4):11252-11263. doi:10.34119/bjhrv3n4-372.
17. Piegas LS, Timerman A, Feitosa G, Nicolau JC, Mattos LA, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2015;105(2). doi:10.5935/abc.20150107.
18. Stub D, Smith K, Bernard S, Nehme Z, Stephenson M, Bray JE, et al. Air versus oxygen in ST-segment elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2015;131(24):2143-2150. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014494.
19. Silva PVT, Silva GC, Alves LS, Oliveira TR, Pacagnelli FL. Profile of cardiovascular diseases and physiotherapeutic intervention in a hospital emergency service. *Fisioter Mov.* 2024;e37106.
20. Hiss MDBS, Neves VR, Hiss FC, Silva E, Silva AB, Catai AM, et al. Segurança da intervenção fisioterápica precoce após o infarto agudo do miocárdio. *Fisioter Mov.* 2012;25(1):153-163. doi:10.1590/S0103-51502012000100015.
21. Neves MSC, Oliveira MF. Reabilitação cardíaca precoce em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2017;19(3):105. doi:10.23925/1984-4840.2017v19i3a2.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.