

MARCAPASSO CARDÍACO ARTIFICIAL DEFINITIVO: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL ESCOLA¹

Katarinne Lima Moraes²; Virginia Visconde Brasil³; Laidilce Teles Zatta⁴; Ruth Minamisava⁵; Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira⁵, Luiz Antonio Brasil⁶

Universidade Federal de Goiás/ Faculdade de Enfermagem

74080605 - Brasil

Email: kate-l@hotmail.com; virginia@fen.ufg.br

Palavras - chave: marcapasso cardíaco artificial; enfermagem; conhecimento

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas têm recebido atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas, pela alta morbimortalidade não apenas da população idosa, mas também de pessoas em idade produtiva.

Há muitos anos o Brasil vem apresentando declínio na mortalidade por doenças infecciosas, aumento na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas, e elevação da expectativa de vida (DATASUS, 2011).

Dentre as doenças crônicas, as doenças cardiovasculares lideram as causas *mortis* no mundo e, no Brasil, são responsáveis por 32% dos óbitos. Quando não mortais, as doenças cardiovasculares podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos afetados, especialmente porque há possibilidade de invalidez parcial ou total, com graves repercussões para ele, sua família e sociedade (BRASIL, 2007). Além disso, a doença cardíaca geralmente impõe um tratamento que se estende pelo resto de sua vida, gera medo da morte para o paciente e medo da perda para a família. Culturalmente, para a maioria das pessoas, o coração é compreendido como o “*motor da vida*” e estar doente do coração pode gerar atitudes e reações, que afetam a qualidade de suas vidas.

No tratamento de algumas doenças cardiovasculares é necessária a estimulação cardíaca permanente, por meio do implante de um aparelho capaz de controlar a frequência a cardíaca, chamado marcapasso cardíaco artificial (MP). Entre 1994 e 2006 foram realizados

¹ Revisado pelo orientador

² Acadêmica da Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás. Orientanda

³ Enfermeira. Professor Associado da Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás. Orientadora.

⁴ Enfermeira. Professor da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

⁵ Enfermeira. Professor Associado da Faculdade de Enfermagem / Universidade Federal de Goiás

⁶ Médico. Professor Associado da Faculdade de Medicina / Universidade Federal de Goiás

116.837 implantes iniciais de marcapasso no território brasileiro, sendo observado crescimento do número de implantes anuais (PACHÓN *et al.*, 2008).

Uma das indicações mais frequentes (15%) para implante de marcapasso cardíaco artificial no Brasil é a cardiopatia chagásica crônica (PACHÓN *et al.* 2008), que apresenta alta prevalência no estado de Goiás (OLIVEIRA & SILVA, 2007).

Atualmente, o objetivo do tratamento das doenças do coração compreende não apenas “salvar a vida”, mas ter boa qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2008). Há necessidade de ajudar os indivíduos lidarem com a nova situação, auxiliando-os a viver e sentir-se bem (SEIDL & ZANNON, 2004; FLECK *et al.*, 2008). Vários autores afirmam que pessoas com marcapasso apresentam baixa qualidade de vida, principalmente em relação aos aspectos físicos e emocionais, apesar de melhora referida dos sintomas e da percepção de que a qualidade de vida está melhor. Essas conclusões reforçam a percepção subjetiva do que significa uma “vida com qualidade” para as pessoas (BRASIL, 2001; OLIVEIRA, 2003; MAGNANI *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2008; VAN ERICK, 2008).

Cuidando de portadores de marcapasso definitivo, chama atenção dos profissionais o déficit de conhecimento sobre a doença, sintomas, as manifestações de alteração da auto-imagem, o sentimento de deterioração precoce do corpo, a insegurança e angústia pela eventual falha no aparelho, a preocupação com o tempo de duração das baterias, o medo de realizar atividades domésticas rotineiras, o desemprego, a alteração da função sexual e das atividades físicas, a perda do *status* social, familiar e profissional (BRASIL, 2001; LOBO DOMINGO *et al.* 2010).

Como prótese inerte, o marcapasso não limita fisicamente nem interfere na reintegração do indivíduo a suas atividades profissionais, sociais, familiares e esportivas. Contudo, é constituído de dispositivos mecânicos e eletrônicos, sendo eventualmente vulnerável a interferências. Esclarecimentos sobre as fontes de interferências evitam que um indivíduo exponha-se a riscos desnecessários e que se angustie ao saber por outros meios (imprensa, amigos e parentes), de maneira empírica e às vezes folclórica, da existência de interferências (LEÃO, 1994; MENEZES Jr., 1998; BRASIL, 2001; MAGNANI *et al.*, 2007; MELO, 2010). Os aparelhos antigos geraram histórias irrealísticas para os dias atuais, que são somadas às percepções e à cultura de cada ambiente. Esse quadro poderia ser revertido por meio de atuação profissional específica, afinal, quando a “informação é insuficiente, tenderá a preencher os vazios existentes com seus saberes prévios” (MAGNANI *et al.*, 2007, p.1631).

Em levantamento realizado na literatura nacional sobre orientações ao portador de marcapasso foram identificados poucos estudos que abordam as interferências sobre o

aparelho, e, além disso, usavam linguagem técnica. Não havia disponível literatura que ensinasse o portador de marcapasso e sua família a conviver com sua nova situação (ZATTA & BRASIL, 2007).

Por entender que as interferências na qualidade de vida dos portadores de MP, entre outros fatores, têm relação com a ausência de orientações sobre o assunto, foi elaborado um manual ilustrado com figuras, com a finalidade de facilitar o acesso à informação por portadores e familiares (MORAES & BRASIL, 2010). A existência desse manual não exige a presença de um profissional capacitado a orientar a família e o portador. O portador de MP é atendido nos mais diversos locais que prestam atendimento à saúde e o enfermeiro ocupa posição singular, pois, geralmente, é o profissional que tem mais contato com a pessoa que busca assistência nesses serviços. Muitas vezes as pessoas sentem-se menos intimidadas pelos enfermeiros do que por outros profissionais de saúde e os aceitam mais facilmente (OPAS/OMS, 1997).

Assim sendo, é essencial que o enfermeiro conheça acerca do assunto, pois necessita usar seu conhecimento e autonomia profissional junto à clientela para promover a saúde, fornecendo meios para que o portador entenda sua doença e a terapêutica, abandonando o medo associado aos mitos populares (SILVA *et al.* 2003; LUCENA *et al.*, 2006; MAGNANI *et al.*, 2007). Se a informação for completa, permitindo a “interpretação da situação como algo distinto das experiências anteriores”, o portador e sua família conseguirão enfrentar a nova situação, avaliando-a segundo suas necessidades (MAGNANI *et al.*, 2007, p.1631).

Mas o que se sabe na prática clínica, é que há grande desconhecimento tanto por parte dos portadores como de muitos profissionais (MAGNANI *et al.* 2007). Isso pode ser resultado da não inclusão do assunto nas disciplinas da graduação, pois é considerado conteúdo especializado, de busca individual. O saber de uma profissão é transmitido e legitimado pela escola, mas a distância entre o que é ensinado nas escolas de enfermagem e o que é realizado pelos profissionais nos diversos campos de atuação é uma questão recorrente, tanto no Brasil quanto internacionalmente (CESTARI, 2003). Como em muitos outros assuntos, o profissional deve se atualizar sobre os avanços científicos em seu cotidiano profissional e incorporar as transformações na assistência com objetivo de qualificar o cuidado prestado.

A especificidade de determinada área do conhecimento não pode inviabilizar cuidados de enfermagem de qualidade. O enfermeiro deve entender a especificidade como uma maneira de aprimorar a integralidade do cuidar e não como a fragmentação do

conhecimento e do cuidado (SILVA & FERREIRA, 2008). Ou seja, o foco do cuidado é sempre o portador de MP e não o aparelho.

Tendo identificado que o portador de marcapasso necessita ser orientado de maneira enfática e individual, é necessário avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre o implante de marcapasso definitivo, com vistas a identificar lacunas no saber. Afinal, é responsabilidade profissional conhecer o impacto de sua atuação.

É intenção desse estudo despertar os profissionais para a importância desse conhecimento, estendendo posteriormente a investigação para toda a rede básica do município, que é a porta de entrada dos serviços de saúde e atende a maioria da população. Os enfermeiros serão considerados tanto melhores profissionais quanto mais próximos dos padrões de excelência for seu desempenho, e a excelência no exercício da prática só se consegue participando dela, buscando vencer o limite do conhecimento.

Assim sendo, o estudo teve por objetivo avaliar o conhecimento do enfermeiro sobre as orientações ao portador de marcapasso cardíaco artificial definitivo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. É um hospital público, de ensino, com 270 leitos, que atende entre 800 e 1000 pessoas por dia, encaminhadas pelo Sistema Único de Saúde. Possui serviço de atendimento ambulatorial a cerca de 20 portadores de marcapasso cardíaco por semana, atendidos pelo médico. Os demais membros da equipe não participam rotineiramente do acompanhamento ambulatorial.

Participaram do estudo 93 enfermeiros que estavam na escala de trabalho em janeiro e fevereiro de 2011. Dentre os 146 enfermeiros da instituição, foram excluídos os que estavam de férias ou licença médica no período de coleta de dados (40 enfermeiros); treze enfermeiros recusaram participar do estudo.

Foi aplicado um instrumento semi-estruturado contendo: (i) variáveis sociodemográficas (sexo, idade, tempo de trabalho na instituição, tempo de graduação e vínculo empregatício); (ii) questões específicas sobre o conhecimento adquirido e experiência no cuidar de portadores de MP (se estudou e o que estudou sobre MP, qual a indicação de MP, se já cuidou e sente preparado para cuidar do portador, dúvidas sobre MP); (iii) sobre interferências ambientais, sociais e hospitalares no aparelho.

O instrumento continha ainda questões sobre os itens de uma Lista de Orientações (MORAES & BRASIL, 2010), agrupadas em: (i) funcionamento do marcapasso (o que é, como funciona, duração do gerador); (ii) orientações pré-operatórias (tempo de internação, jejum, tempo cirúrgico, tipo de anestesia, técnica cirúrgica, uso de medicamentos, tricotomia); (iii) orientações pós-operatórias (curativo, retorno médico, dieta pós-implante, cuidados com a “loja” do gerador, atividades físicas, atividade sexual, aposentadoria, retorno ao trabalho, atividades de vida diária).

Os dados foram analisados usando o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 15.0. As variáveis referentes ao funcionamento do MP e interferências ambientais, sociais e hospitalares no aparelho foram agrupadas por similaridade de conteúdo e apresentadas por meio de estatística descritiva. Foram atribuídos valores às variáveis referentes ao pré e pós-operatório, sendo *zero ponto* para os itens com respostas inadequadas; *0,5 ponto* para aquelas parcialmente corretas e *1,0 ponto* para as respostas corretas. As variáveis dicotômicas foram pontuadas com *zero* e *1,0 ponto*. A soma dos valores obtidos foi transformada em escore com variação de zero a 100, e foi considerado *conhecimento satisfatório*, escores iguais ou maiores que 50. Variáveis contínuas (idade, tempo na instituição e tempo de graduação) foram apresentadas por média e desvio padrão e, mediana e valor mínimo e máximo.

Para analisar a associação das variáveis de exposição com escore de conhecimento ≥ 50 aplicou-se o teste de Mann Whitney para as variáveis contínuas e o teste Qui-quadrado ou Fisher para as variáveis dicotômicas (sexo, ter cursado pós-graduação, exercer cargo administrativo, ter estudado sobre MP, ter cuidado e sentir-se preparado para cuidar de portadores de MP). Em todas as análises considerou-se significante valores de $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, protocolo nº 042/09 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução do CNS (196/96).

RESULTADOS

A maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (90,3%). A média de idade foi 41,43 anos \pm 9,39 anos (mínimo = 22 anos e máximo = 63 anos). A maioria (57%) possuía mais de um vínculo empregatício (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas de 93 enfermeiros de um hospital de ensino superior. Goiânia, 2011.

Características da População	n	%
Sexo		
Feminino	84	90,3
Masculino	9	9,7
Idade		
22 – 38 anos	29	34,6
39 – 56 anos	57	57,8
\geq 57 anos	7	7,6
Mais de um vínculo empregatício		
Sim	53	57
Não	47	43

A mediana do tempo na instituição foi 14,5 anos (1- 28 anos) e do tempo de graduado foi 14 anos (1-36 anos). Mais da metade dos enfermeiros estudaram sobre MP durante a graduação, mas 27,9% destes referiram não lembrar o que estudaram. Quase metade dos enfermeiros referiu nunca ter cuidado de portadores de MP e 69,1% não se sentem preparados para cuidar. As principais indicações do uso do MP referidas por 73,4% dos entrevistados foram associadas à presença de arritmias.

O conhecimento satisfatório dos enfermeiros foi associado a ter estudado sobre MP na graduação, ter cuidado de portador MP, considerar-se preparado para cuidar, ter cursado pós-graduação (Tabela 2), tempo de graduação e a idade (Gráficos 1 e 2).

Tabela 2 - Potenciais fatores associados a escores satisfatórios de conhecimento sobre cuidados a portadores de marcapasso entre enfermeiros de um hospital de ensino. Goiânia, 2011.

Potenciais Fatores	Conhecimento Satisfatório				Total	p
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
Sexo (n=93)						
Masculino	05	8,5	04	11,8	09	9,7
Feminino	54	91,5	30	88,2	84	90,3
Estudou na Graduação (n=92)						
Sim	42	71,2	09	27,3	51	55,4
Não	17	28,8	24	72,7	41	44,6
Já cuidou (n=93)						
Sim	40	67,8	11	32,4	51	54,8
Não	19	32,2	23	67,6	42	45,2
Está preparado a cuidar (n=92)						
Sim	23	39,7	05	14,7	28	30,4
Não	35	60,3	29	85,3	64	69,6
Fez Pós - Graduação (93)						
Sim	55	93,2	27	79,4	82	88,2
Não	04	6,8	07	20,6	11	11,8
Cargo Administrativo (n=88)						
Sim	11	20,4	08	23,5	19	21,6
Não	43	79,6	26	76,5	69	78,4

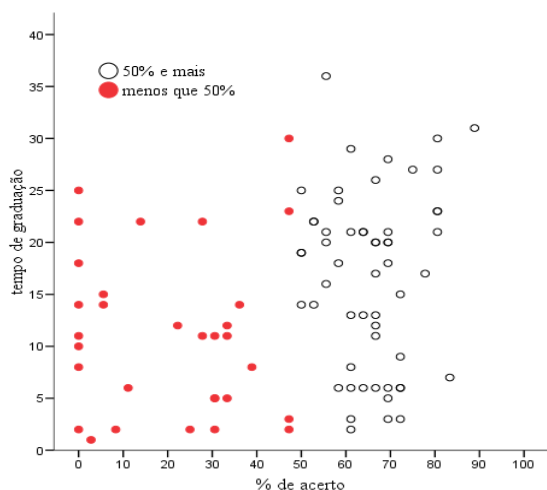


Gráfico 1 - Diagrama de dispersão das proporções de acertos das questões sobre marcapasso cardíaco, de acordo com o tempo de graduação de enfermeiros. Goiânia, 2011.

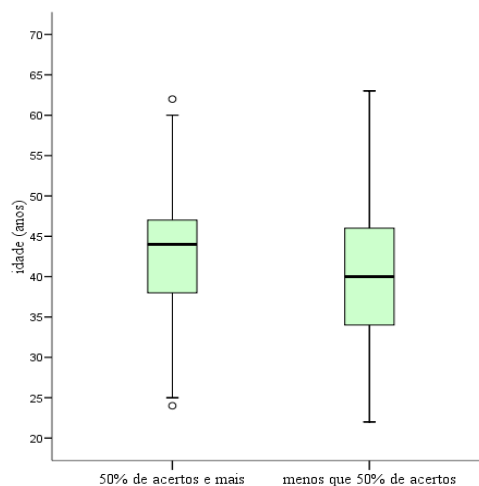


Gráfico 2 - Gráficos-caixa da proporção de acertos das questões sobre marcapasso cardíaco, de acordo com a idade de enfermeiros. Goiânia, 2011.

Todas as respostas dos enfermeiros às questões sobre o que é o MP e como funciona, foram relacionadas ao controle da frequência cardíaca e geração de impulsos elétricos para estimulação cardíaca artificial. As respostas relativas à época de troca do gerador foram associadas ao desgaste natural da bateria relativa ao uso, mas houve grande número de respostas inadequadas.

À pergunta sobre como identificar se o marcapasso está estimulando adequadamente, a maioria dos enfermeiros respondeu que seria por meio de exames e de avaliação dos sinais e sintomas. Sobre a técnica de implante do MP os enfermeiros associaram ao local do implante (região torácica), sem maiores detalhes. No que se refere ao curativo, as respostas foram pertinentes, como qualquer outro curativo cirúrgico.

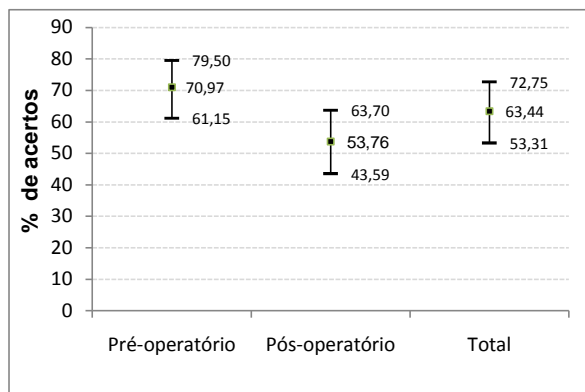
As respostas sobre a época do retorno ao médico variaram de uma semana a trinta dias. O retorno ao trabalho foi associado ao tipo de trabalho realizado pelo portador, variando entre um e 90 dias.

As maiores proporções de respostas corretas dos enfermeiros no que se refere às interferências ambientais, sociais e hospitalares no marcapasso cardíaco foram identificados nos itens “exposição a detectores de metais” e “choque elétrico” (Tabela 3).

Tabela 3- Proporção de respostas corretas de 93 enfermeiros, referentes às interferências ambientais, sociais e hospitalares no marcapasso cardíaco. Goiânia, 2011.

Interferências	n	%
Detectores de metal	49	53,68
Choque elétrico	48	51,61
Telefone celular	37	39,78
Descargas elétricas	28	30,10
Colchão magnético	25	26,88
Escada rolante	16	17,20
Telefone sem fio	16	17,20
Miopotenciais	10	10,75
Sauna	10	10,75
Controle remoto	6	6,45
Catraca de ônibus	4	4,30

No geral, os enfermeiros acertaram 63,4% (IC95% 53,31-72,75) das questões sobre MP (Gráfico 3).



Questões

Gráfico 3 - Proporção de respostas certas dos enfermeiros às questões sobre implante de marcapasso cardíaco, de acordo com o período pré e pós-operatório. Goiânia, 2011.

DISCUSSÃO

O perfil do enfermeiro de hospitais de ensino evidenciado em estudos nacionais (BRANQUINHO *et al.* 2010; MONTANHOIL *et al.* 2006; MARTINS *et al.* 2006) é de profissionais do sexo feminino, com mais de um vínculo de trabalho e mais de 10 anos de tempo de formado e trabalho na instituição, confirmando os resultados da presente investigação.

Os enfermeiros que estudaram sobre o tema na graduação obtiveram maior índice de acerto, assim como os que já cuidaram e cursaram pós-graduação. Esse fato sugere que a associação entre conhecimentos teóricos e práticos permitiu o aprimoramento das competências, como discutido por outros autores (ASSAD & VIANA, 2002; SILVA & FERREIRA, 2008 e MARTINS *et al.* 2006). Mas, o que se observou também foi que, mesmo com proporção de escores de conhecimento satisfatórios, os profissionais não se sentem preparados para cuidar do portador de marcapasso.

O conhecimento satisfatório dos enfermeiros foi maior nas respostas referentes ao período pré-operatório. Esse fato pode ser justificado por se tratarem de questões relativas a qualquer procedimento cirúrgico. Ou seja, o enfermeiro consegue atender o que é geral, mas não ao que é específico.

Isso se confirma observando-se a proporção de respostas dos enfermeiros acerca das interferências ambientais, doméstica e hospitalares - as corretas foram para as situações do cotidiano, mas em nenhum aspecto relativo ao ambiente hospitalar. Essas também são dúvidas

comuns dos portadores e familiares, evidenciadas em outras pesquisas (MORAES & BRASIL, 2010; AREDES *et. al.* 2010; ZATTA, 2010; MAGNANI, 2007; BRASIL, 2001). Contudo, em algumas situações evidenciadas no estudo, como o desconhecimento sobre a interferência de exames no gerador, tais como a ressonância magnética, pode se constituir risco para o portador (MELO, 2010).

Esse fato pode ser considerado imperícia, que constitui um ato incompetente por falta de habilidade ou desconhecimento técnico (MORAES, 1991). Infringe o Código de Ética de Enfermagem (art. 12; 14), na medida em que é responsabilidade e dever profissional “aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão” e “assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (COFEN, 2007).

As respostas sobre o funcionamento do MP evidenciaram que os enfermeiros conhecem o tema de maneira geral, com várias exceções sobre o tempo de troca do gerador e retorno ao trabalho. Pode indicar que, no contexto onde foi realizado o estudo, os enfermeiros não orientam rotineiramente portadores e familiares, diferindo das recomendações de vários estudos (BRASIL, 2001; OLIVEIRA, 2007; ANTÔNIO *et al.* 2010; AREDES *et. al.* 2010).

Por fim, é possível que o uso de outro ponto de corte para se considerar o conhecimento satisfatório, possa mostrar resultados diferentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo nos permite concluir que a maioria dos enfermeiros da instituição apresenta conhecimento satisfatório sobre o assunto. Contudo, pontos que estão relacionados com a segurança do portador não podem ser desconsiderados, e devem ser atualizados em curto prazo. Na realidade, o caminho para a excelência no cuidar pressupõe que os enfermeiros realizem avaliações periódicas, que auxiliam no monitoramento da melhoria da qualidade do cuidado prestado.

A constatação de que aqueles que estudaram o assunto na graduação tiveram maior número de acertos reforça a necessidade de se estimular a aprendizagem durante a graduação. A construção do conhecimento científico é dinâmica e edificada a partir da escola, mas solidificada com a vivência e com a busca individual pela educação permanente.

O fato de o estudo ter sido realizado em um hospital de ensino aumenta a responsabilidade dos profissionais em fazer o que é certo, na medida em que o exemplo ainda

é um “excelente professor”. Assim sendo, considera-se que o portador de MP deve ser atendido por uma equipe multiprofissional que atenda suas necessidades de esclarecimento. A disponibilidade de um enfermeiro para atender o portador e sua família em momentos diversos da consulta médica, pode esclarecer e dirimir o medo, a ansiedade e os mitos.

Recomenda-se que estudo semelhante seja realizado com enfermeiros da atenção básica, que a qualquer momento passam pelo desafio de orientar um portador de MP, principalmente considerando que, proporcionalmente, Goiás implanta grande número de MP.

Uma limitação deste estudo é a falta de um instrumento validado que estime o conhecimento de enfermeiros sobre o tema. Acreditamos que ainda assim, os resultados do presente estudo podem orientar programas de educação continuada, fortalecer essa temática dentro dos currículos de graduação e estimular a pós-graduação entre enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. ANTÔNIO, I.H.F.; BARROSO, T.L.; ZIMMER, A.M.R. *et al.* Qualidade de vida dos pacientes cardiopatas elegíveis à implantação de marcapasso cardíaco. **Rev. enferm. UFPE on line**. v.4, n.2, p.200-10, 2010.
2. AREDES, A.F.; LUCIANELI, J.G.; DIAS, M.F.; *et al.* Conhecimento dos pacientes a serem submetidos ao implante de marcapasso cardíaco definitivo sobre os principais cuidados domiciliares. **Relampa**. v.23, n.1, p.28-35, 2010.
3. ASSAD, L.G.; VIANA, L.O. Saberes práticos na formação do enfermeiro. **Rev. bras enferm**. v.56, n.1, p.44-7, 2003.
4. BRANQUINHO, N.C.S.S.; BEZERRA, A.L.Q.; PARANAGUÁ, T.T.B. *et al.* Processo de seleção de enfermeiros de um hospital de ensino da religião centro – oeste brasileira. **Rev. enferm. UERJ**. v.18, n.3, p.394-9, 2010.
5. BRASIL, V.V. **Qualidade de vida do portador de marcapasso cardíaco definitivo: antes e após o implante**. São Paulo, 2001. 148p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde - 2007**. Brasília. { *on line* } Disponível na internet: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf (acesso em 20 mar, 2009).

7. CESTARI, M.E. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev. gaúch. enferm.** Porto Alegre (RS) v. 24, n.1, p.34-42, 2003. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4435/236> Acesso em 30 mar 2011.
8. COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. Código de ética dos profissionais de Enfermagem. 2007. Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394> Acesso em 01 mar 2011.
9. DATASUS. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. Departamento de Informática do SUS. Brasília. 2011. (*on line*) Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201> (acesso em 03 abr. 2011).
10. FLECK, M.P.A. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228p.
11. LEÃO, M.I.P. Normas de orientação para pacientes portadores de marcapasso. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**. v.4, n.1, p.62-71, 1994.
12. LOBO DOMINGO, E.L. *et al.* O perfil dos clientes do SUS submetidos a implante de marcapasso cardíaco definitivo em hospital universitário. **Enferm. glob.**, n.19, June 2010. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200006&lng=en&nrm=iso . Acesso em 01 jun 2011.
13. LUCENA, A.F.; PASKULIN, L.M.G.; SOUZA, M.F.; GUTIERREZ, M.G.R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. v.40, n.2, p. 292-8, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/19.pdf> Acesso em 30 mar 2010.
14. MAGNANI, C.; OLIVEIRA, B.G.; GONTIJO, E.D. Representações, mitos e comportamentos do paciente submetido ao implante de marcapasso na doença de Chagas. **Cad. saúde. pública**. v.23, n.7, p. 1624-32,2007.
15. MARTINS, C.; KOBAYASHI, R.M.; AYOUB, A.C.; *et al.* Perfil do enfermeiro e necessidade de desenvolvimento de competência profissional. **Texto & contexto enferm.** v.15, n.3, p.472-8, 2006.
16. MELO, C.S. **Marcapasso de A a Z**. 1ª ed. São Paulo: Casa Leitura Médica. 2010. 703p.

17. MENEZES Jr., A.S. Marcapasso cardíaco artificial. In: PORTO, C.C. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. cap. 54. p.284 - 290.
18. MORAES, I.N. **Erro médico**. 2^a. ed. São Paulo: Maltese; 1991.
19. MORAES, K.L.; BRASIL, V.V. Avaliação do manual de orientações ao portador de marcapasso cardíaco definitivo. **Relatório final de iniciação científica – 2009 / 2010**. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – UFG, 2010. Mimeografado.16p.
20. MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Rev. bras enferm.** v.59,n.6,p.661-5,2006.
21. OLIVEIRA, B.G. **Medida da qualidade de vida em portadores de marcapasso: tradução e validação de instrumento específico**. Belo Horizonte, 2003. 100p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.
22. OLIVEIRA, A.W.S.;SILVA, I.G. Distribuição geográfica e indicadores entomológicos de triatomíneos sinantrópicos capturados no Estado de Goiás. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**v.40, n.2, p. 204-08. 2007.
23. OLIVEIRA, B.G.; VEKASQUEZ-MELENDZ G; RINCÓN L.G.; CICONELLI, R.M.; SOUSA, L;A; RIBEIRO; A.L. Health-related quality of life in brazilian pacemaker patients. **Pace.** v.31, p.1178-83, 2008.
24. OPAS/OMS. Programa de Salud Mental, División de Promoción de Salud. **Modelo para la capacitación de la enfermería general en al identificación y manejo de los transtornos afectivos**. Generalista I; 1997.
25. PACHÓN, J.C.; MOSQUÉRA, J.A. P; VARGAS, R.N.A. *et al.* Aspectos epidemiológicos da estimulação cardíaca no Brasil - 12º ano do RBM - Registro brasileiro de marcapassos, desfibriladores e ressincronizadores cardíacos. **Relampa**.v.22, n.1, p.5-12, 2008.
26. SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C.Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad.saúde. pública.** v.20., n.2.Rio de Janeiro,mar./apr.2004.
27. SILVA, M.C.F.; FUREGATO, A.R.F.; COSTA JUNIOR, M.L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. latinoam. enferm.** [online]. v. 11, n.1, pp. 7-13, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16553.pdf> Acesso em 28 mar 2010.

28. SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Um deslocamento do olhar sobre o conhecimento especializado em enfermagem: debate epistemológico. **Rev. latinoam. enferm.** v.16,n.6,p.108-14,2008.
29. VAN ERICK, J.W.M. HEMEL, N.M. BOS, A.V.D. *et al.* Predictors of improved quality of life 1 year after pacemaker implantation. **Am. heart j.** v.156, p. 491-7, 2008.
30. ZATTA L.T.; BRASIL, V.V. Produção científica brasileira sobre orientações ao portador de marcapasso cardíaco definitivo no período de 1996 a 2005. In: Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão da UFG - CONPEEX, 4., 2007. Goiânia. **Anais eletrônicos do XV Seminário de Iniciação Científica** [CD-ROM], Goiânia: UFG, 2007.
31. ZATTA, L.T. **Avaliação da qualidade de vida de portadores de marcapasso cardíaco artificial em Goiânia, Goiás.** Goiânia, 2010. 115p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.