

PERCEPÇÃO DE CLIENTES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO SOBRE OS SINTOMAS E A DECISÃO DE PROCURAR ATENDIMENTO¹

Elieusa Silva Sampaio*
Andreia Santos Mendes**
Armênio Costa Guimarães***
Fernanda Carneiro Mussi****

RESUMO

O estudo teve como objetivos descrever a interpretação dos sintomas e as ações imediatas da clientela diante do IAM, estimar o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a decisão de procurar um serviço de saúde (TD) e analisar a influência da interpretação dos sintomas e das ações imediatas em relação ao TD. Cem indivíduos foram entrevistados e os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas, do teste de Mann Whitney e da técnica de análise de conteúdo. A média de idade foi de 58,6 anos (desvio padrão=11,486). Predominaram o sexo masculino, pessoas negras, casadas, com atividade laboral, baixa renda e baixa escolaridade. A maioria não reconheceu os sintomas (63%), fez tentativas para melhorá-los (86%), usou o automóvel como meio de transporte (69%) e procurou o hospital (57%). A mediana e o 3º quartil para TD foram de 20 e 180 min. Os que interpretaram os sintomas como não cardíacos, se comparados aos que os julgaram como cardíacos, apresentaram maior TD. Aqueles que se automedicaram, se comparados aos que não tiveram essa ação, apresentaram também maior TD. A interpretação equivocada dos sintomas e as ações inapropriadas da clientela orientam para o cuidado em enfermagem direcionado à educação em saúde visando ao tratamento precoce.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio. Educação em Saúde. Enfermagem em Emergência.

INTRODUÇÃO

A maioria das mortes por infarto do miocárdio (IAM) ocorrem nas primeiras horas após o início dos sintomas⁽¹⁾. Sabe-se que pessoas tratadas na primeira hora de manifestação da doença experimentam uma redução significativa da mortalidade e da morbidade⁽²⁾. Neste sentido, são imprescindíveis o reconhecimento dos sintomas e a ação adequada do cliente e das pessoas em seu entorno, a disponibilidade de recursos terapêuticos e a capacitação da equipe de saúde para a precoce avaliação e intervenção diante do evento cardiovascular⁽³⁾.

No Brasil, apesar dos benefícios do tratamento precoce, a média de retardo pré-hospitalar (tempo decorrido entre o início dos sintomas do IAM e a chegada ao hospital) ainda é alta: cerca de 3 a 4 horas⁽⁴⁾. Além disso, a literatura nacional é escassa quanto aos motivos

pelos quais os clientes retardam em buscar um serviço de saúde diante do IAM. Já estudos realizados em diferentes centros do mundo mostraram que as causas que levam a esse retardo são diversas e incluem a negação do evento cardiovascular por parte da vítima e/ou de seus circundantes^(5,6), o desconhecimento da natureza dos sintomas⁽⁶⁾, a idade avançada^(5,7), o baixo nível socioeconômico⁽⁷⁾, as diferenças de gênero^(5,7), a procedência de áreas rurais⁽⁷⁾, a presença de diabetes *mellitus*^(5,7) e a ocorrência de dor no período noturno^(5,7). Destarte, a maneira como as pessoas percebem a sintomatologia da doença repercute na decisão sobre o que fazer a respeito de sua saúde.

Vale destacar que o retardo pré-hospitalar não está ligado apenas a variáveis socioeconômicas, clínicas, cognitivas e emocionais que possam influenciar o tempo de decisão, mas também a fatores como a disponibilidade de transporte e a possibilidade de acesso à rede hospitalar⁽³⁾. A identificação dos fatores que contribuem para a demora na procura

¹Trabalho originado da Dissertação de Mestrado intitulada "Fatores relacionados ao retardo pré-hospitalar de pessoas com infarto agudo do miocárdio" da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

*Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). E-mail: elieusasampaio@uol.com.br.

**Enfermeira. Mestranda da EEUFBA. E-mail: andry_mendes@hotmail.com

***Médico, Doutor. Professor Emérito da Faculdade de Medicina da UFBA, Professor Titular da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. E-mail: armenioaguimaraes@terra.com.br

****Enfermeira. Doutora. Professora Associada II EEUFBA. E-mail: femussi@uol.com.br

de um serviço de saúde torna-se importante, pois os profissionais de enfermagem podem planejar, desenvolver e avaliar programas de educação em saúde junto a clientes, a seus familiares e à comunidade⁽⁸⁾, considerando as suas especificidades, limitações e possibilidades nas estratégias de educação em saúde.

Com base no exposto, definiu-se como objetivos do estudo: 1) descrever a interpretação dos sintomas e as ações imediatas da clientela diante do IAM, estimar o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a decisão de procurar um serviço de saúde (TD); e 2) analisar a influência da interpretação dos sintomas e das ações imediatas em relação ao TD.

METODOLOGIA

O estudo é de caráter exploratório e corte transversal e foi realizado em quatro hospitais de grande porte da cidade de Salvador – BA que são referências no atendimento em cardiologia.

Foram entrevistados cem indivíduos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico médico de IAM com ou sem supradesnívelamento do seguimento ST registrado em prontuário; ter sido orientado no tempo e espaço e sem restrições médicas para realizar a entrevista.

Para o cálculo do tamanho da amostra (n) tomou-se como parâmetro a incidência estimada do IAM, que em Salvador/BA é de 99/100.000 adultos⁽⁹⁾. Foram também considerados no cálculo da amostra os seguintes parâmetros:

$$n = \frac{NP(1-P)}{(N-1)D + P(1-P)} \cdot \text{onde, } D = \frac{B^2}{Z_{\alpha/2}^2} \text{ e}$$

$$P\left(\left|\hat{P} - P\right| \leq B\right) = 1 - \alpha.$$

N - número total da população assumida durante o período de coleta de dados = 1.000; P - proporção dentro da população estudada = 0,099; n - tamanho da amostra; α - nível de significância; $(1 - \alpha)100\%$ - grau de confiança; B - erro máximo estimado desejado; $Z_{\alpha/2} = 1,96$; $1 - \alpha = 0,95$, $B = 0,04$ ou 4% ⁽¹⁰⁾. De acordo com o cálculo o tamanho da amostra seria de 99, mas essa foi composta por 100 indivíduos.

O formulário de coleta de dados foi constituído por questões fechadas e semi-estruturadas sobre características sociodemográficas e clínicas; local e turno de ocorrência do IAM, locais procurados para atendimento médico e meio de transporte utilizado para chegar ao serviço de saúde. A intensidade da dor precordial, quando presente, foi avaliada pela escala visual analógica (EVA)⁽¹¹⁾, a qual foi mostrada ao participante para que pontuasse a sua experiência dolorosa. A classificação foi feita da seguinte maneira: 0 = sem dor; 1–2 = dor leve; 3–7 = dor moderada; 8–10 = dor intensa.

Para a identificação da interpretação dos sintomas e das ações imediatas da clientela diante do IAM e para o levantamento do TD foram realizadas as seguintes perguntas: “O que você achava que eram os sintomas?”; “O que você fez na hora da dor/sintomas?”; “Após o início da dor/sintomas, quanto tempo você levou para decidir procurar um serviço de saúde?”. Assim, o tempo de decisão foi estimado pelo próprio cliente, que o fez conforme sua recordação.

Tendo em vista a seleção de quatro instituições para a coleta de dados, as visitas a cada uma delas obedeceu ao seguinte cronograma: segunda-feira – hospitais 3 e 2; terça-feira – hospitais 1 e 4; quarta-feira – hospitais 2 e 3; quinta-feira – hospitais 1 e 4; e sexta-feira – hospital 3.

A coleta de dados foi realizada no período de 20 de maio a 20 de novembro de 2007. A técnica de coleta de dados foi a entrevista gravada realizada nas unidades de emergência, coronarianas e de terapia intensiva cardiológicas das referidas instituições e nos apartamentos e enfermarias dos participantes. Apenas o diagnóstico de IAM e a data da admissão foram confirmados e coletados no prontuário. Todos aqueles elegíveis foram entrevistados até o vigésimo dia de internação durante o período de coleta de dados. Após a confirmação dos indivíduos com IAM nas unidades especificadas, identificavam-se aqueles que estavam conscientes, orientados no tempo e espaço e livres de exames e/ou possíveis tratamentos por uma hora. Estes eram então orientados sobre a importância e os objetivos da pesquisa e a respeito do conteúdo do TCLE.

Após a assinatura do termo a entrevista era iniciada.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital São Rafael, conforme consta no Protocolo n.º 12/07. As demais instituições que participaram da pesquisa aceitaram o parecer emitido por este comitê.

Os dados de caracterização da amostra foram analisados em percentuais. O TD foi analisado mediante as separatrizes. Para verificar a diferença de tempos entre as medianas para TD e as variáveis (interpretação dos sintomas e ações imediatas da clientela) utilizou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney. Todos os testes foram verificados ao nível de 5% de significância. As respostas dadas às questões semiestruturadas foram transcritas na íntegra e analisadas mediante o emprego da técnica de análise de dados qualitativos⁽¹²⁾. Assim, na primeira fase de análise dos dados, as respostas foram examinadas minuciosamente, linha por linha, para extrair os primeiros códigos. Pelo processo de comparação, os códigos identificados foram agrupados por similaridades e diferenças, formando categorias. Estas foram construídas, recodificadas, combinadas e comparadas entre si⁽¹²⁾. Posteriormente, as categorias foram quantificadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proporção de pessoas internadas no hospital 1 foi de 49%; no hospital 2, de 23%; e no Hospital 3, de 22%. O número de internações no hospital 4 foi menor (6%), provavelmente devido à inexistência de um pronto-atendimento na instituição. Dos 100 participantes, 33% eram mulheres e 67% homens, com médias de idade de, respectivamente, 61,52 (DP 11,50 anos) e 57,13 (DP 11,48 anos).

Predominou Salvador como local de residência (67%), vindo a seguir a Região Metropolitana (12%) e outras regiões da Bahia (21%). Em Salvador, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido relatadas como 340 vezes mais incidentes entre pessoas acima dos 65 anos em comparação ao grupo etário entre 15 e 24 anos⁽¹³⁾, mas a incidência de DAC prematura (<55 anos no homem e <65 anos na mulher) também tem aumentado.

Prevaleceu a escolaridade até o Ensino Fundamental incompleto (49%), seguida do Ensino Médio incompleto (28%) e do Ensino Superior (23%). A renda familiar mensal foi de 1 a 2 salários mínimos para 46%, de 3 a 4 para 29% e ≥ 5 para 25%. Predominaram casados ou em união estável (72%), seguidos de viúvos, divorciados e solteiros (28%). Cinquenta e seis por cento não possuíam convênios de saúde e 74% autodeclararam-se da raça/cor negra e 26% como brancos. Quase 50% dos participantes eram inativos, por serem aposentados; 29% não tinham atividades; 10% eram pensionistas ou afastados do INSS (10%) e 7% eram desempregados. Constatou-se atividade laboral em 47% e 4% eram do lar.

Esses dados mostraram que o grupo estudado foi predominantemente caracterizado por condições socioeconômicas deficitárias, as quais constituem fator de risco independente para doenças cardiovasculares. A raça/cor negra foi prevalente e é considerada um determinante para elevado risco de eventos cardiovasculares⁽¹⁴⁾.

Em relação às manifestações clínicas, observou-se que somente 9% sofreram IAM sem dor. A dor precordial foi predominantemente caracterizada pela intensidade moderada (24%) ou intensa (62%), e a sudorese foi o sintoma mais frequentemente associado à dor (51%), seguida de vômitos (34%), caracterizando um quadro clínico inicial típico do IAM⁽¹⁾. Sintomas menos frequentes foram: dispnéia (18%), tontura (9%), náusea (8%), fadiga (8%), síncope (8%) e palpitação (8%). Outros estudos também constataram a presença de um quadro clínico característico de IAM no qual a dor precordial foi acompanhada de sintomas como sudorese, náuseas, vômitos e dispnéia, havendo uma minoria de clientes que tiveram a dor como manifestação isolada^(8, 15).

Identificou-se em 82% dos clientes ausência de IAM prévio, em 8% um evento prévio, e em 10%, dois ou mais eventos prévios. A maioria dos IAMs teve início no domicílio (72%), vindo a seguir aqueles que ocorreram em via pública (18%) e no local de trabalho (10%). O domicílio já foi constatado como local prevalente de início dos sintomas em estudo nacional⁽³⁾. O início dos sintomas foi mais frequente nos turnos matutino (32%), de 06:00-11:59 h, e vespertino (34%), de 12:00-17:59 h, e em apenas 24% ocorreu à noite

(18:00-23:59 h) e 10% no início na madrugada (24:00-05:59 h). A ocorrência do IAM em diferentes turnos e locais indica a importância de a comunidade estar capacitada para a elaboração de um plano de ação emergencial, seja em casa, seja no trabalho ou em via pública, para ajudar a otimizar a decisão e a chegada das vítimas a um serviço de saúde.

Quanto ao primeiro serviço de saúde procurado, notou-se que 57% dirigiram-se ao hospital, 23% a unidades básicas de saúde com serviço de emergência e 3% a unidades sem serviço de emergência, 5% a clínicas privadas, 4% a consultórios médicos e 8% acionaram o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Afora esses 8% que acionaram esse serviço, a maioria utilizou o automóvel próprio, de amigos ou de vizinhos para chegar ao primeiro local de atendimento (70%), ou ainda o táxi (10%). Onze por cento deslocaram-se a pé e 1% fez uso de ônibus.

A falta de conhecimento do que estava acontecendo e/ou a falta de recursos econômicos expressaram-se no tipo de serviço de saúde procurado e nos meios de transporte utilizados. Foram usados por 43% dos participantes como primeiro local de atendimento unidades básicas de saúde, clínicas privadas e consultórios médicos, os quais, em geral, não contam com estrutura adequada para o diagnóstico e tratamento precoce do IAM⁽³⁾. Além disso, apenas 8% recorreram ao uso do serviço pré-hospitalar móvel para chegar a um local de atendimento, predominando o uso de automóvel particular e meios de transporte que impõem maior risco de vida⁽³⁾, seja pela demora de chegada ao destino, seja pelo esforço físico que demandam, por exemplo, ir a pé e pegar ônibus. Como a maioria dos IAMs iniciaram no domicílio, familiares e circundantes dos participantes foram acionados para providenciar transporte e otimizar a chegada a um local de atendimento.

A escolha de meios de transportes e locais de atendimento inadequados já foi constatada em outro estudo e reforça a importância de orientações para clientes e grupos comunitários sobre o número de telefone correto do serviço pré-hospitalar móvel na cidade e da localização do hospital mais próximo que ofereça serviço de

emergência 24 horas e tenha recursos para o atendimento⁽³⁾.

O fato de os participantes não acionarem o transporte em uma ambulância equipada e com equipe especializada para prestação do suporte básico e/ou avançado de vida pode indicar, além de falta de informação ou valorização da importância desse recurso, a deficiência no sistema de atendimento de emergência pré-hospitalar em Salvador, muito embora, no Estado da Bahia, o número 192 acione o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que se encontra disponível para a população desde o ano de 2006⁽³⁾.

Verificou-se que 57% não associaram os sintomas vivenciados a problemas cardíacos e apontaram uma gama variada de interpretações, entre as quais se destacaram os problemas gastrintestinais (Quadro 1). Dos 37 participantes que associaram os sintomas a problemas cardíacos, 21 interpretaram estar sendo acometidos por um IAM, 15 indicaram simplesmente problema do coração e um de pressão alta (Quadro 1). Ademais, 6% tiveram dúvidas quanto aos sintomas serem ou não de natureza cardíaca. Um estudo realizado em Salvador/BA também evidenciou que a maioria das mulheres não associou os sintomas do IAM a problemas cardíacos, interpretando-os como mal-estar passageiro, problema de estômago ou pulmão, raiva, cólica, verme, bursite, ou mesmo não imaginou o que era⁽⁶⁾.

Nota-se no quadro 2 que apenas 5% dos participantes tiveram como ação exclusiva a procura de um serviço de saúde na vigência dos sintomas do IAM. Todos os demais realizaram uma ou mais ações expressas pelas categorias tolerar a dor, fazer tentativas para melhorar e solicitar ajuda de pessoas no entorno. Entre as diferentes ações, 86 participantes fizeram uma ou mais tentativas para melhorar os sintomas, sobressaindo a automedicação e a ingestão de líquidos; por sua vez, 22 solicitaram ajuda de amigos ou familiares e 7 toleraram a dor.

Os resultados mostrados nos quadros 1 e 2 permitem considerar que o fato de a grande maioria dos entrevistados ter referido ser o primeiro episódio de IAM, e assim não estarem familiarizados com os sintomas, talvez tenha dificultado o reconhecimento da gravidade do quadro clínico. Este fato, aliado ao baixo nível

socioeconômico, pode explicar por que 57% deles não associaram a dor a problemas cardíacos, não encontrando explicação para a mesma (13%) ou acreditando tratar-se de problemas digestivos (19%). De acordo com esta especulação, muitas das categorias que expressaram as ações descritas em relação aos

sintomas foram relacionadas ao uso de bebidas como chá, café, refrigerante e água com açúcar, automedicação, movimentação inadequada, tolerância à dor, etc.

CATEGORIAS	CÓDIGOS	N
NÃO ASSOCIANDO OS SINTOMAS A PROBLEMA CARDÍACO	Achando que era problema gastrointestinal (gases, azia, estômago, alimento que fez mal, vesícula, gastrite, úlcera - 19); Não conseguindo achar nada (13); Não achando que era infarto /coração (6); Pensando que estava relacionada ao pulmão/tórax (3); Achando que era problema de coluna (2); Pensando que era virose (1); Pensando que era problema da tireóide (1); Pensando que era hipoglicemia (1); Achando que era câncer (1); Achando que era por raiva (1); Achando que era por causa do trabalho (1); Achando que fosse início de derrame (1); Sabendo que não era nada bom(1); Pensando ser proveniente do cigarro e da bebida(1); Achando ser cansaço de trabalho devido à idade (1); Pensando ser mal-estar comum (1); Pensando ser gases ou coluna (1); Pensando ser gases ou coisa mais forte (1); Pensando ser coluna ou gastrite (1).	57
ASSOCIANDO OS SINTOMAS A PROBLEMA CARDÍACO	Achando que era IAM / ataque cardíaco (21); Sabendo que vinha do coração (15); Pensando que fosse problema de pressão (1).	37
TENDO DÚVIDA SE OS SINTOMAS ERAM PROBLEMA CARDÍACO	Pensando ser estomatite ou infarto (1); Pensando ser gases ou infarto(1); Pensando ser comida que fez mal ou problema de pressão (1); Pensando ser coisa muscular ou problema de coração (1); Pensando se problema ortopédico ou aneurisma da aorta (1); Pensando ser água na pleura ou no coração (1).	6

Quadro 1 - Categorias e códigos relacionados à interpretação dos sintomas do IAM pela clientela. Salvador, Bahia, 2008.

A comparação entre as medianas para TD e a interpretação dos sintomas mostrou que aqueles que não associaram o evento a problemas cardíacos tardaram mais em decidir procurar atendimento (mediana=25min) em relação aos que associaram (mediana=15min), diferença que é estatisticamente significativa ($p=0,032$). A influência da interpretação dada aos sintomas no TD já foi também constatada por outros

autores^(7,16-18). Pessoas que não reconhecem os sintomas como de origem cardíaca ($p<0,0005$) desconhecem os sintomas do IAM ($p<0,05$), não lhes dão importância ($p<0,05$) ou têm menor habilidade em controlar a ansiedade em face das manifestações do evento cardiovascular levaram mais tempo para chegar ao serviço médico de emergência ($p<0,05$)⁽¹⁸⁾.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXEMPLOS DE CÓDIGOS	N
FAZER TENTATIVAS PARA MELHORAR n= 86	Tomar medicamentos	Tomando cardizen; tomando sustrate; tomando isordil; tomando captropil; tomando adalat; tomando atenolol; tomando buscopam; tomando atensina; tomando luftal; tomando sonrisal; tomando dorflex; tomando aspirina; tomando diclofenaco; tomando paracetamol; tomando propranolol; tomando magnopyrol; tomando sonridor	45
	Ingerir líquidos	Tomando chá; tomando água-de-flor; tomando refrigerante; tomando água/água com açúcar; tomando água com caatinga de porco; tomando água de coco; tomando café/leite ou café com leite; tomando aguardente alemã.	42
	Movimentar-se	Rolando pelo chão; fazendo exercício; andando; saindo para tomar ar; indo e voltando; levantando-se.	12
	Repousar ou parar atividades	Descansando; deitando-se; sentando; parando de jogar bola; diminuindo a carga e a frequência da máquina.	16
SOLICITAR AJUDA DE PESSOAS NO ENTORNO n=22	-	Pedindo ajuda à filha; chamando a esposa ao ver que a dor não passava; falando com a esposa; chamando a outra filha; chamando o filho; pedindo socorro ao sobrinho; pedindo às pessoas que estavam comigo que me levassem para o hospital; veio o vizinho e telefonou para o SAMU; a dor agravando e partindo para procurar o rapaz para me levar; gritando por ajuda; mandando chamar o colega plantonista da clinica; pedindo para sogra do meu filho me socorrer; pedi para telefonarem para casa para me pegarem; comunicando que estava passando mal; pedindo ao colega para me levar.	22
TOLERAR A DOR n=7	-	Esperando a noite chegar e não fazendo nada; usando mais a mente para controlar; não fazendo nada; aguentando; só encostando, segurando a dor.	7
SÓ BUSCAR UM SERVIÇO DE SAÚDE n=5	-	Indo direto para o pronto socorro; vindo para aqui logo; não tendo nada a fazer a não ser ir a uma unidade médica; vindo logo direto aqui.	5

*n = numero de participantes que realizaram a ação referida

Quadro 2 – Categorias e códigos relacionados às ações da clientela no caso de dor e outros sintomas do IAM. Salvador, Bahia, 2008.

Os que se automedicaram (tabela 1) demoraram mais a decidir procurar atendimento (mediana=37,5min) em relação aos que não fizeram uso de medicamentos (mediana=15min), diferença que também é estatisticamente significativa ($p=0,000$). Os efeitos prejudiciais da automedicação, no curso do evento cardiovascular, já foram documentados^(7,15), pois a consequência de tentar aliviar os sintomas com medicações pode ser o aumento no TD, já que se fica aguardando o seu efeito. Embora não se tenha encontrado diferença estatisticamente

significante, vale salientar que aqueles que só buscaram um serviço de saúde apresentaram menor mediana para TD, assim como aqueles que fizeram tentativas para melhorar os sintomas. Corroboram os achados desse estudo resultados de outra investigação os quais mostram que as pessoas que se automedicaram ($p<0,001$), consideraram não estar tendo um problema sério ($p<0,05$) e esperaram a dor melhorar ($p<0,001$), demoraram mais para decidir procurar atendimento médico⁽¹⁶⁾.

Tabela 1 - Comparação entre as medianas para TD e ações da clientela diante da dor e demais sintomas do IAM. Salvador, Bahia, 2008

		TD	Valor de p
		Mediana (min)	
Solicitar ajuda de pessoas no entorno			
	Sim	15	0,376
	Não	20	
Fazer tentativas para melhorar			
	Sim	20	0,076
	Não	15	
Tomar medicamentos			
	Sim	37,5	0,000
	Não	15	
Só buscar um serviço de saúde			
	Sim	10	0,119
	Não	20	

Os resultados deste estudo contribuem para a identificação de grupos de risco para maior retardo pré-hospitalar nos casos de IAM e oferecem subsídios para direcionar práticas de cuidado em enfermagem no que tange à educação em saúde de pessoas com risco potencial para IAM, de grupos comunitários e em campanhas públicas.

Como os participantes do estudo solicitaram ajuda de familiares e amigos, torna-se necessário incluir a comunidade de modo geral, como empresas, escolas, as próprias instituições de saúde (nos programas Saúde da Família e Hiperdia, entre outros) e os circundantes das pessoas com risco potencial para um evento

cardiovascular como alvo dos programas desenvolvidos por enfermeiras e sua equipe que visem à redução do tempo de decisão e de chegada a um serviço de emergência.

O fato de quase 50% dos participantes terem se dirigido a serviços de saúde inapropriados para o atendimento, desconhecem as medidas de socorro básico de vida e a natureza dos sintomas do IAM e utilizarem predominantemente o automóvel como meio de transporte indica a necessidade de orientações e treinamentos por parte da enfermeira que os ajudem a agir correta e imediatamente diante do IAM. A enfermeira, junto com as demais trabalhadoras em enfermagem cabe fornecer, nas

práticas de educação em saúde, orientações acerca do direito que as pessoas possuem e da facilidade de acionar o SAMU 192, que se propõe a garantir um transporte seguro e rápido a locais de atendimento em condições de acolhimento do usuário com recursos humanos, materiais e equipamentos. Estes profissionais precisam, também, prestar orientações sobre as instituições de saúde públicas e privadas de referência para atenção ao IAM localizadas no município de moradia dos grupos comunitários. Os programas educativos devem ainda enfatizar a gravidade do IAM, os sintomas característicos, a importância do seu reconhecimento precoce e do risco de ações inadequadas, como, por exemplo, o uso de chás e outros líquidos, a automedicação, a tolerância à dor, a movimentação e esforço físico indevidos, como se evidenciou neste estudo.

É importante enfatizar que o sucesso de um atendimento rápido e eficaz não é somente dos serviços de saúde, mas depende também do grau de conscientização da comunidade sobre a importância da ativação rápida do serviço médico de emergência e de sua capacidade e disposição em iniciar medidas de suporte básico de vida⁽⁵⁾. Nessa direção, o processo educativo feito pela equipe de enfermagem e outros integrantes da equipe de saúde tem o objetivo de capacitar e desenvolver habilidades que visem à promoção, manutenção e modificação de comportamentos de risco relacionados à saúde. É necessário pensar em estratégias que mobilizem, em especial, pessoas de maior risco e próximas a elas, na busca imediata de um serviço de emergência diante dos sintomas do IAM⁽¹⁹⁾.

Também é verdade que a educação da população sobre o reconhecimento do IAM e as ações relacionadas ao evento deve ser associada à melhora da qualidade da resposta dos serviços

médicos de emergência pré e intra-hospitalar⁽³⁾. A diminuição do retardo pré-hospitalar de pessoas com IAM poderá ser feita com esforços e ações integradas da equipe de saúde, destacando-se a importância da atuação da equipe de enfermagem, das autoridades públicas e da comunidade em geral⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos participantes buscou um serviço de saúde na primeira hora após o início dos sintomas, mas parte da amostra ainda retardou essa decisão. A maioria não reconheceu a origem da dor e agiu de modo inapropriado diante do evento cardiovascular. Os que interpretaram os sintomas como não cardíacos e se automedicaram apresentaram maior TD. Os achados convidam a refletir sobre a importância da atuação da equipe de enfermagem na educação em saúde para reduzir o tempo de decisão de procurar um serviço de saúde no caso de IAM e para prevenir incapacidades geradas pela doença em razão da demora do início do tratamento.

Futuras pesquisas são necessárias para replicar estes resultados e determinar o efeito de intervenções educativas na redução do TD. Como limitação deste estudo cabe ressaltar que ele se deteve em verificar a influência da interpretação dos sintomas e das ações imediatas no TD. Neste sentido, novas investigações são imprescindíveis para analisar a influência de outras variáveis sobre esse tempo, como, por exemplo, as socioeconômicas, as clínicas, as culturais e as de gênero. Além disso, o TD não pode ser cronometrado, apenas estimado, podendo ter sofrido o viés de recordação dos clientes.

PERCEPTION OF INDIVIDUALS WITH MYOCARDIAL INFARCTION ON THE SYMPTOMS AND THE DECISION TO SEEK CARE

ABSTRACT

The study had the purpose to describe the interpretation of immediate symptoms and actions of the patient facing AMI, estimate the period of time elapsed between the beginning of the symptoms and the decision time for looking for a health service (ET) and analyze the influenced interpretation of the symptoms and immediate actions in relation to the DT. One hundred individuals were interviewed and the information was analyzed through descriptive statistical means, Mann Whitney test and content analysis technique. Results: The average age was of 58.6 years (standard deviation=11.486). Predominance of males, black, married, with labor activities, low income and low schooling. Most of the interviewed parties did not recognize the symptoms (63%), made effort to improve the symptoms (86%), used a car as a means of transport (69%) and looked for a hospital (57%). The median and 3rd quartile for ET was 20 and 180 min. Those who interpreted the symptoms as non-cardiac

compared to those who judged them as cardiac presented higher ET. Those who self-medicated compared to those who did not present a higher ET. The mistaken interpretation of the symptoms and inappropriate actions from the part of the clients show the need of a nursing care directed towards health education with the purpose of early treatment.

Keywords: Myocardial Infarction. Health Education. Emergency Nursing.

PERCEPCIÓN DE CLIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO SOBRE LOS SÍNTOMAS Y LA DECISIÓN DE BUSCAR ATENCIÓN

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivos describir la interpretación de los síntomas y las acciones inmediatas de los pacientes frente al Infarto Agudo de Miocardio (IAM), estimar el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la decisión de buscar un servicio de salud (TD) y analizar la influencia de la interpretación de los síntomas y de las acciones inmediatas en relación al TD. Cien individuos fueron entrevistados y los datos fueron analizados por medio de estadísticas descriptivas, prueba de Mann Whitney y técnica de análisis de contenido. La media de edad fue de 58,6 años (desvío patrón=11,486). Predominaron el sexo masculino, personas negras, casadas, con actividad laboral, baja renta y baja escolaridad. La mayoría no reconoció los síntomas (63%), hizo intentos para mejorarlos (86%), usó el auto como medio de transporte (69%) y buscó el hospital (57%). La mediana y el tercer cuartil para TD fueron de 20 y 180 min. Los que interpretaron los síntomas como no-cardíacos comparados a aquellos que los juzgaron como cardíacos presentaron mayor TD. Aquellos que se automedicaron comparados a los que no tuvieron esta acción presentaron también mayor TD. La interpretación equivocada de los síntomas y las acciones inapropiadas de la clientela orientan para el cuidado en enfermería direccionado a la educación en salud pretendiendo el tratamiento precoz.

Palabras clave: Infarto del Miocardio. Educación en Salud. Enfermería de Urgencia.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST. Arq Bras Cardiol. [on-line]. 2009; [citado em 09 dez 2012]; 93(6 supl.2): 179-264. Disponível em: URL: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam.pdf
2. Melo ECP, Carvalho MS, Travassos C. Distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006 jun; 22 (6): 1225-36.
3. Mussi FC, Passos LC, Menezes AA, Caramelli B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. Rev Assoc Med Bras. 2007 mai/jun; 53(3): 234-39.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia SBC. III Diretrizes sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arq Bras Cardiol. [on-line]. 2004 set; [citado em 12 dez 2012]; 83(supl. 4): Disponível em: URL: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirIII_TrataIA M.pdf
5. Timerman S, Marques FBR, Pispico A, Ramires JAF. Tratamento pré-hospitalar da síndrome isquêmica aguda com supradesnivelamento do segmento ST: já temos suficiente evidência para implantar de rotina? Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2004 nov; 14: 868-86.
6. Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. Experiences of women in face of pain from acute myocardial infarction. Rev Esc Enferm USP. 2006 jun; 40:170-8.
7. Moser DK, et al. Reducing delay in seeking treatment by patients with Acute Coronary Syndrome and Stroke: a scientific statement from the American Heart Association council on cardiovascular nursing and stroke council. Circulation. 2006 jul; 114(2): 168-82.
8. Franco B, Goldemeyer ERRS, Souza EN. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 mai/jun; 16(3):414-8.
9. Lessa, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 1999; 9 (4):509-18.
10. Kish L. Survey Sampling. New York: Witley, 1965.
11. Sakata RK, Hisatugo MKI, Aoki SS, Vlainich R, Issy AM. Avaliação da dor. In: Cavalcanti IL, Maddalena ML. Dor. Rio de Janeiro: SAERJ. [on-line]. 2003. ; [citado em 02 de nov 2012]; 53-94. Disponível em: URL: http://www.sajerj.org.br/download/livro%202003/3_2003.pdf
12. Glaser BG. Theoretical sensitivity. California: Sociology Press. 1978.
13. Steffens AA. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. 2003 set/out/nov/dez; (3):5-15.
14. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Socioeconomic inequalities and premature mortality due to cardiovascular diseases in Brazil. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2006 ago; 40 (4) :684-91.
15. Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Cesarino CB. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2012 set; 27(3):411-8.
16. Thuresson M, Jarlov MB, Lindhal B, Svensson L, Zedigh C, Herlitz J. Thoughts, actions, and factors associated with prehospital delay in patients with acute coronary syndrome. Heart & Lung. 2007 nov/dez; 36:398-409.

17. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009; 8(1): 26-33
18. McKinley S, Dracup K, Moser DK, Ball C, Yamasaki K, Kim CJ, et al. International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2004 set; 3: 225-30.
19. Damasceno CA, Mussi FC. Fatores de retardo pré-hospitalar no infarto do miocárdio: uma revisão de literatura. *Cienc Cuid Saúde.* 2010 out/dez; 9(4):815-21.
20. Xanthos T, Pantazopoulos I, Vlachos I, Stroumpoulis K, Barouxis D, Kitsou V, et al. Factors influencing arrival of patients with acute myocardial infarction at emergency departments: implications for community nursing interventions. *J Adv Nurs.* 2010 jul; 66 (7):1469-77.

Endereço para correspondência: Elieusa Silva Sampaio. Rua General Bráulio Guimarães, nº 224, Edf. Ocean Ville, aptº 301. Jardim Armação. CEP. 41750-000. Salvador, Bahia.

Data de recebimento: 30 de Julho de 2012

Data de aprovação: 03 de Dezembro de 2012