

Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao tempo de decisão para a procura de atendimento no infarto agudo do miocárdio¹

Fernanda Carneiro Mussi²
Mariana de Almeida Moraes Gibaut³
Carla Almeida Damasceno⁴
Andreia Santos Mendes³
Armênio Costa Guimarães⁵
Carlos Antonio de Souza Teles Santos⁶

Objetivo: analisar a interação do sexo na associação entre o tempo de decisão para a procura de serviço de saúde e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Método: estudo exploratório, transversal, com 100 indivíduos entrevistados em hospitais de Salvador, BA. Na análise, empregou-se o teste qui-quadrado ou exato de Fisher e o modelo de regressão linear robusto. A significância estatística adotada foi de 5%. Resultados: homens e mulheres apresentaram tempos de decisão elevados. Houve menor tempo de decisão para tabagistas, com dor constante e de forte intensidade. Houve interação entre sexo e tabagismo e entre sexo e dor irradiada para o pescoço ou a mandíbula para o desfecho tempo de decisão. Conclusão: os tempos de decisão foram elevados e sofreram influência de variáveis clínicas e do sexo. O estudo oferece subsídios para práticas de cuidar em enfermagem, focalizadas na especificidade desses fatores e dos gêneros, visando-se obter êxito na redução do tempo de decisão.

Descritores: Infarto do Miocárdio; Identidade de Gênero; Cuidados de Enfermagem.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Fatores que influenciam o tempo de decisão de homens e mulheres com infarto do miocárdio para a procura de serviço de saúde", apresentada à Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) processo nº APP0121/2009.

² PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

³ Mestranda, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

⁴ MSc, Professor Auxiliar, IREP Sociedade de Ensino Superior, Salvador, BA, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Professor Titular, Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

⁶ PhD, Professor Adjunto, Departamento de Ciências Exatas, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil. Pesquisador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Endereço para correspondência:

Fernanda Carneiro Mussi
Rua Professor Clementino Fraga, 220, Apto. 1901
Bairro: Ondina
CEP: 40170-050, Salvador, BA, Brasil
E-mail: femussi@uol.com.br

Copyright © 2013 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

As síndromes coronarianas agudas são a principal causa de morbimortalidade no mundo. Anualmente, ocorrem 7,1 milhões de mortes por Doença Arterial Coronária (DAC), com previsão de 11,1 milhões em 2020⁽¹⁾. Estima-se que, no Brasil, ocorram 300 a 400 mil casos anuais, e que a cada 5 a 7 casos ocorre um óbito⁽²⁾. No Estado da Bahia, em 2010, constatarem-se 4.137 óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), sendo 773 na capital⁽³⁾.

Metade das mortes por IAM ocorre na primeira hora após o início dos sintomas⁽⁴⁾ e a sobrevida depende do tratamento precoce⁽¹⁾. O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a reperfusão coronária é fator determinante do curso clínico do IAM⁽⁵⁾, já que a eficácia das terapias de reperfusão coronária é tempo-dependente⁽⁵⁻⁶⁾. Um obstáculo importante para o benefício dessas terapias continua sendo o atraso na instituição das mesmas⁽⁷⁾.

Nesse sentido, um desafio é identificar os fatores que concorrem para o retardo pré-hospitalar (período decorrido entre o início dos sintomas e a chegada a um serviço de emergência) face ao IAM⁽⁷⁾. Estudos indicam o Tempo de Decisão (TD) para procura de um serviço de saúde, período decorrido entre o início dos sintomas e a decisão para a procura de um serviço de saúde, como principal componente desse retardo⁽⁵⁻⁶⁾. Contudo, são inconclusivos a respeito dos motivos desse retardo, especialmente entre os gêneros⁽⁸⁾. É importante considerar que construções sociais sobre masculino e feminino podem estar implicadas nas atitudes das pessoas quanto à própria saúde, influenciando o curso e a mortalidade por essa doença. Portanto, o gênero pode ser fator que diferencia o comportamento face ao IAM⁽⁹⁾.

Têm-se apontado uma série de fatores pelos quais os indivíduos retardam na procura por atendimento, entre eles as condições socioeconômicas (idade, estado civil, escolaridade, renda, gênero etc.) e clínicas (tipo de sintomas, duração e intensidade da dor etc.)⁽⁵⁻⁶⁾. Todavia, no Brasil, é escassa a literatura referente à influência dessas no TD. Conhecer esses fatores orientará práticas em saúde para a otimização da busca de atendimento precoce.

Foi objetivo geral do estudo, portanto, analisar a interação do sexo na associação entre o tempo de decisão e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Como objetivos específicos definiu-se: 1. estimar o tempo de decisão para homens e mulheres que sofreram IAM e 2. verificar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas no tempo de decisão.

Métodos

Este é um estudo exploratório, de corte transversal, realizado em duas instituições hospitalares de referência para o tratamento do IAM, localizadas em Salvador, BA.

Para o cálculo do tamanho da amostra (n), tomou-se como parâmetro a prevalência estimada para o IAM de 99/100.000 adultos em Salvador, BA⁽¹⁰⁾, e o cálculo amostral:

$$n = \frac{NP(1-P)}{(N-1)D+P(1-P)}$$

$$\text{Onde, } D = \frac{B^2}{Z_{\alpha/2}} \text{ e } P\left(\left|\hat{P}-P\right| \leq B\right) = 1-\alpha.$$

N – número de 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%⁽¹¹⁾.

De acordo com o cálculo, o tamanho da amostra seria de 99, optando-se por 100 indivíduos, cujos critérios de inclusão foram: diagnóstico médico de IAM, com ou sem supradesnívelamento do segmento ST, registrado em prontuário; internação há pelo menos 24h ou com tempo máximo de pós-IAM de 30 dias, para evitar o viés recordatório; orientação no tempo e espaço; ausência de restrições médicas para a entrevista e aquiescência ao estudo.

A seleção dos sujeitos da amostra foi realizada com a identificação dos indivíduos com diagnóstico médico de IAM no livro de registro e sua confirmação no prontuário, que atendiam os demais critérios de inclusão e estavam livres de exames e/ou possíveis procedimentos por uma hora. Os indivíduos foram abordados no leito e orientados sobre os objetivos da investigação, identificando-se os interessados em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado por Comitê de Ética, Protocolo nº11/09, respeitando-se os princípios éticos da Resolução 196/96⁽¹²⁾.

O instrumento elaborado para a coleta de dados foi constituído por duas partes com questões estruturadas. A parte I levantou dados de caracterização sociodemográfica e a parte II, dados referentes a Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV), manifestações clínicas e tipo do IAM, interpretação dada aos sintomas e TD. O instrumento foi aplicado mediante entrevista, realizadas no período de abril a novembro de 2009.

Os dados compuseram uma base de dados do programa SPSS, versão 17.0, para Windows, e foram

analisados em percentuais e médias. Para analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, segundo o sexo, empregou-se o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher na ocorrência de valores esperados abaixo de 5, em tabelas 2x2. Nas análises bivariadas e multivariadas, mediante o modelo de regressão linear robusto, verificou-se a associação entre TD e as variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como se testou o termo de interação entre a variável sexo e as variáveis de interesse. Para as análises, realizou-se a transformação logarítmica na variável dependente TD para responder pela assimetria dos tempos. A significância adotada foi de 5% para os testes ($p \leq 0,05$).

Resultados

Caracterização sociodemográfica

A amostra foi constituída por 100 indivíduos, sendo 29 Mulheres (M), com idade entre 41 e 87 anos, e 71 Homens (H), com idade entre 27 e 80 anos. A média de idade para as Ms foi de 58,97 anos \pm dp 12,10 e dos Hs de 58,70 anos \pm dp 11,08, prevalecendo, na amostra e para ambos os sexos, idade menor que 60 anos. A raça/cor autodeclarada negra foi a mais frequente para a amostra (71,0%) e os sexos ($p=0,440$). Quanto ao estado civil, a maioria era casada ou tinha união estável (75,0%), seguida por separados(as) (9,0%), solteiros(as) (9,0%) e viúvos(as) (7,0%). Destaca-se que, tanto para as Ms quanto para os Hs, a condição prevalente foi estar casado(a) ou viver com companheiro(a) ($p=0,099$). A baixa escolaridade foi predominante, pois 69,0% da amostra cursou até o ensino fundamental, sendo essa também prevalente para o grupo de Hs e Ms ($p=0,908$). No que se refere à condição laboral, 67,0% eram economicamente ativos(as), ou seja, empregados(as), autônomos(as) ou aposentados(as) com atividade, e 33,0% inativos(as) por estarem desempregados ou aposentados sem atividade. As variáveis sexo e situação empregatícia não foram associadas. A renda familiar predominante foi de até três salários-mínimos para a amostra (63,0%) e para os sexos ($p=0,739$). O número de dependentes prevalente foi de até três (58%), o mesmo sendo observado entre os sexos, sem associação significativa ($p=0,209$). Predominou, na amostra, aqueles que viviam em companhia de companheiro(a) (69,0%), filhos(as) (63,0%) e netos(as) (23,0%), perfazendo uma média de duas pessoas por moradia. Notou-se que os Hs em relação às Ms viviam mais com a companheira ($p=0,017$) e que as Ms viviam mais acompanhadas por suas netas ($p=0,081$). Os participantes foram predominantemente procedentes de Salvador (70,0%).

Caracterização clínica e do julgamento da dor como sintoma do IAM

A história familiar de hipertensão arterial (66%) e DAC (50%) foram os FRCVs predominantemente relatados. Quanto aos eventos cardiovasculares prévios, 52% afirmaram angina do peito e 16% IAM. Prevaleceu o IAM com supradesnivelamento do segmento ST, mais frequente para Hs=51 (71,8%), ($p=0,025$) (Tabela 1).

A maioria da amostra ou desconhecia a natureza dos sintomas (15%) ou não os interpretou como de origem cardíaca (41%), nesse caso, atribuindo-os a problema de estômago (24,0%), de coluna (9,0%), derrame cerebral ou hipertensão arterial (4,0%), estresse/aborrecimentos cotidianos (3,0%) e efeito da medicação (1,0%). Dos 44 participantes que consideraram os sintomas de origem cardiovascular, 22,0% julgaram estar sofrendo um IAM. Os Hs em maior proporção consideraram-se vítimas de IAM ou angina do peito, embora não tenha sido verificada associação significante entre sexo e julgamento da natureza dos sintomas. Os sintomas foram julgados graves pela maioria da amostra (64,0%), bem como pelos Hs e pelas Ms. A gravidade foi justificada em razão da dor de forte intensidade e da intensificação dos sintomas ou, ainda, pela associação do quadro clínico a problema cardíaco.

Na Tabela 2, verificou-se que os sintomas prevalentes foram dor no peito (81%), sudorese (67%), dispneia (47%) e dor irradiada para os braços (43,0%). Para as Ms os sintomas mais frequentes foram dispneia, dor irradiada para as costas e epigástrio, vômitos, síncope e dor irradiada para a mandíbula. Já para os Hs predominaram sudorese, dor irradiada para os braços e pescoço, náuseas, tontura e palpitação. Verificou-se apenas associação entre sexo e sudorese, com significância limiar ($p=0,054$), mais prevalente nos Hs, e associação entre sexo e dor mandibular, com frequência significativamente maior para Ms ($p=0,021$).

A constância da dor foi superior à inconstância, para a amostra e os sexos. Um participante não pôde informar essa característica, por ter desmaiado no início dos sintomas. O tipo de dor mencionado com maior frequência foi em aperto (45,0%), seguido por queimação (36,0%), também predominante para os sexos. As Ms referiram, em maior proporção, a dor tipo pontada, peso e rasgando, e os Hs a dor tipo queimação e aperto. Verificou-se associação entre a dor tipo peso e sexo, com frequência maior para as Ms. A dor de forte intensidade no início dos sintomas foi referida por 63,0% da amostra, predominando também para os sexos. No momento da decisão para buscar atendimento, 20 participantes migraram das categorias dor de leve, ou moderada, para a de forte intensidade.

Tabela 1 - Caracterização clínica e do julgamento da dor como sintoma de infarto, segundo a amostra e o sexo. Salvador, BA, Brasil, 2010

Variáveis	Amostra (N=100)		Homens (n=71)		Mulheres (n=29)		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Relato de fatores de risco cardiovascular							
Hipertensão arterial	66	66,0	43	60,6	23	79,3	0,186
História familiar de doença arterial coronária	50	50,0	34	47,9	16	55,2	0,696
Dislipidemia	31	31,0	19	26,8	12	41,4	0,239
<i>Diabetes mellitus</i>	23	23,0	13	18,3	10	34,5	0,153
Tabagismo	19	19,0	15	21,1	4	13,8	0,290
Doença arterial coronária							
Angina prévia	52	52,0	35	49,3	17	58,6	0,397
Infarto agudo do miocárdio prévio	16	16,0	10	14,1	6	20,7	0,595
Tipo de infarto agudo do miocárdio							
Com supra de ST	65	65,0	51	71,8	14	48,3	0,025
Sem supra de ST	35	35,0	20	28,2	15	51,7	
Julgamento dos sintomas							
Quanto à natureza							
Associado a problema cardíaco	44	44,0	33	46,5	11	37,9	0,440
Não associado a problema cardíaco	41	41,0	26	36,6	15	51,7	0,760
Não sabia o que era	15	15,0	12	16,9	3	10,3	0,309
Quanto à gravidade							
Graves	64	64,0	45	63,4	19	65,5	0,840
Não graves	36	36,0	26	36,6	10	34,5	

*Os valores de p foram obtidos pelo teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher

Tabela 2 - Características dos sintomas do infarto agudo do miocárdio, segundo a amostra e o sexo. Salvador, BA, Brasil, 2010

Variáveis	Amostra (N=100)		Homens (n=71)		Mulheres (n=29)		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Sintomas no infarto agudo do miocárdio [†]							
Dor no peito	81	81,0	57	80,3	24	82,8	0,774
Sudorese	67	67,0	52	73,2	15	51,7	0,054
Dispneia	47	47,0	32	45,1	15	51,7	0,545
Dor irradiada para os braços	43	43,0	31	43,7	12	41,4	0,834
Dor irradiada para as costas	35	35,0	23	32,4	12	41,4	0,393
Náuseas	32	32,0	23	32,4	9	31,0	0,895
Vômitos	31	31,0	20	28,2	11	37,9	0,338
Tontura	20	20,0	17	23,9	3	10,3	0,123
Dor irradiada para o pescoço	17	17,0	13	18,3	4	13,8	0,711
Dor irradiada epigástrica	18	18,0	11	15,5	7	24,1	0,307
Palpitação	14	14,0	10	14,1	4	13,8	1,000
Síncope	10	10,0	7	9,9	3	10,3	1,000
Cefaleia	6	6,0	3	4,2	3	10,3	0,352
Tremores	2	2,0	2	2,8	-	-	1,000
Dor irradiada para mandíbula	7	7,0	2	2,8	5	17,2	0,021
Características da dor							
Constância (n=99)							
Constante	66	66,0	49	69,0	17	58,6	0,319
Inconstante	23	23,0	15	21,1	8	27,6	0,326
Tipo de dor							
Aperto	45	45,0	33	46,5	12	41,4	0,642
Queimação	36	36,0	29	40,8	7	24,1	0,114
Laceração	14	14,0	9	12,7	5	17,2	0,540
Pontada	13	13,0	7	9,9	6	20,7	0,144
Peso	6	6,0	2	2,8	4	13,8	0,057

(continua...)

Tabela 2 - continuação

Variáveis	Amostra (N=100)		Homens (n=71)		Mulheres (n=29)		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
Intensidade da dor no início dos sintomas							
Leve	4	4,0	3	4,2	1	3,4	0,578
Moderada	33	33,0	26	36,6	7	24,1	
Forte	63	63,0	42	59,2	21	72,4	
Intensidade de dor na decisão por atendimento							
Moderada	17	17,0	10	14,1	7	24,1	0,359
Forte	83	83,0	61	85,9	22	75,9	

*Os valores de p foram obtidos pelo teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher

†Cada indivíduo informou mais de um sintoma

Comparação dos TDs, segundo fatores sociodemográficos, clínicos e sexo

A Média Geométrica (MG) e a mediana do TD foram, respectivamente, 1,1h e 1,0h. Para as Ms, a MG para TD foi de 1,4h e a mediana de 1,5h e, para os Hs, a MG foi de 0,9h e a mediana de 1,0h. As Ms apresentaram tempos médios de decisão maiores do que os Hs, no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa.

Não houve associação significativa entre TD e as variáveis sociodemográficas, assim como não houve interação entre sexo e essas variáveis para o desfecho TD.

Entre os FRCVs houve associação significativa entre TD e tabagismo, na qual os indivíduos fumantes apresentaram

menor TD ($p=0,052$). Verificou-se, também, interação entre sexo e tabagismo para o desfecho TD ($p=0,017$), onde as Ms fumantes apresentaram maior TD (2,4h), do que os Hs (0,3h) nessa mesma condição (Tabela 3).

Não houve associação significativa entre TD e interpretação dos sintomas como problema cardiovascular, mas as pessoas que os julgaram como cardíacos apresentaram menor TD. Aqueles que os consideraram graves também apresentaram menor TD ($p=0,007$). Não houve interação entre sexo e atribuição de gravidade aos sintomas ou interpretação da natureza dos sintomas como cardíacos para o desfecho TD (Tabela 3).

Tabela 3 - Fatores de risco cardiovascular, interpretação da natureza dos sintomas e da sua gravidade, associados ao tempo de decisão e ao sexo. Salvador, BA, Brasil, 2010

Variáveis	Média geométrica, em horas, do tempo de decisão				
	Amostra (N=100)	Valor de p*	Homem (n=71)	Mulher (n=29)	Valor de p†
Relato de fatores de risco cardiovascular					
Hipertensão arterial					
Sim (66)	1,1	0,990	1,0	1,2	0,278
Não (34)	1,1		0,9	2,9	
Tabagismo					
Sim (18)	0,5	0,052	0,3	2,4	0,017
Não (82)	1,3		1,3	1,3	
<i>Diabetes mellitus</i>					
Sim (23)	1,0	0,405	1,1	0,9	0,510
Não (77)	1,1		0,9	1,8	
Julgamento dos sintomas					
Associado a problema cardíaco (44)	0,8	0,289	0,7	1,2	0,764
Não associado a problema cardíaco (56)	1,3		1,2	1,5	
Gravidade dos sintomas					
Graves (64)	0,8	0,007	0,6	1,1	0,470
Não graves (36)	2,0		1,9	2,1	

*Mostra a diferença entre as categorias das variáveis específicas

†Mostra a heterogeneidade entre homens e mulheres (a interação). Todos os valores de p foram obtidos pelo modelo de regressão linear robusto

Quanto ao tipo dos sintomas, houve associação significativa entre dor irradiada para o pescoço ou dor irradiada para a mandíbula e TD ($p=0,015$ e $p=0,018$, respectivamente), na qual os indivíduos que sentiram esses tipos de dor demoraram mais a decidir pela procura de um serviço de saúde em relação àqueles que não as sentiram. Verificou-se, também, interação estatisticamente significativa entre sexo e dor irradiada

para o pescoço e sexo e dor irradiada para a mandíbula, para o desfecho TD. Entre as características da dor, independente do sexo, constatou-se que a dor constante foi fator significativo de redução do TD em comparação à dor intermitente, enquanto a sua leve intensidade, no início dos sintomas, foi fator significativo de aumento no TD em comparação à moderada intensidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Manifestações clínicas do infarto agudo do miocárdio, associadas ao tempo de decisão e ao sexo. Salvador, BA, Brasil, 2010

Variáveis	Média geométrica, em horas, do tempo de decisão				Valor de p [†]
	Amostra (N=100)	Valor de p*	Homem (n=71)	Mulher (n=29)	
Tipo de sintomas					
Dor no peito					
Sim (81)	1,0	0,848	0,9	1,5	0,339
Não (19)	1,2		1,3	0,9	
Sudorese					
Sim (66)	0,9	0,286	0,8	1,5	0,366
Não (34)	1,4		1,5	1,3	
Dispneia					
Sim (47)	1,0	0,580	1,0	0,9	0,179
Não (53)	1,2		0,9	2,4	
Náuseas					
Sim (32)	1,0	0,715	0,9	1,1	0,774
Não (68)	1,1		1,0	1,6	
Tontura					
Sim (20)	1,0	0,929	1,1	0,8	0,600
Não (80)	1,1		0,9	1,5	
Dor irradiada p/ o pescoço					
Sim (17)	2,4	0,015	3,3	0,9	0,011
Não (83)	0,9		0,7	1,5	
Dor epigástrica					
Sim (18)	0,9	0,538	0,9	0,8	0,407
Não (82)	1,1		0,9	1,7	
Palpitação					
Sim (14)	1,0	0,964	1,5	0,4	0,154
Não (86)	1,1		0,9	1,7	
Dor irradiada p/ a mandíbula					
Sim (7)	4,2	0,018	26,6	2,0	<0,001
Não (93)	1,0		0,9	1,3	
Características da dor					
Constância					
Constante (66)	0,7	0,000	0,6	1,1	0,244
Inconstante (34)	2,7		3,0	2,2	
Tipo de dor					
Aperto					
Sim (45)	1,4	0,215	1,1	2,4	0,471
Não (55)	0,9		0,8	1,0	

(continua...)

Tabela 4 - continuação

Variáveis	Média geométrica, em horas, do tempo de decisão				
	Amostra (N=100)	Valor de p*	Homem (n=71)	Mulher (n=29)	Valor de p†
Queimação					
Sim (36)	0,7	0,141	0,7	0,9	0,945
Não (64)	1,3		1,2	1,6	
Rasgando					
Sim (14)	1,7	0,348	2,3	0,9	0,127
Não (86)	1,0		0,8	1,6	
Pontada					
Sim (13)	2,1	0,145	1,7	2,7	0,897
Não (87)	1,0		0,9	1,2	
Peso					
Sim (6)	0,7	0,499	0,4	1,0	0,653
Não (94)	1,1		1,0	1,5	
Intensidade da dor no início dos sintomas					
Leve (4)	6,6	0,000	4,5	20,0	0,351
Moderada (35)	2,1		1,7	3,9	
Forte (61)	0,6		0,6	0,8	

*Mostra a diferença entre as categorias das variáveis específicas

†Mostra a heterogeneidade entre homens e mulheres (a interação). Todos os valores de p foram obtidos pelo modelo de regressão linear robusto

Discussão

Neste estudo predominaram homens com IAM, correspondendo a achados na literatura⁽⁵⁾. As mulheres desenvolveram IAM mais precocemente, considerando-se a idade limite de 55 anos para os homens e 65 anos para as mulheres, idades tomadas como ponto de corte para a prematuridade de IAM em relação a ambos os sexos⁽¹³⁾. A amostra apresentou características sociodemográficas homogêneas, pois era composta por usuários do SUS, oriunda basicamente da cidade de Salvador e Região Metropolitana, declarando-se, majoritariamente, de raça/cor negra e vivendo em condição de desigualdade social, evidenciada pela baixa escolaridade e renda familiar. Esses achados confirmam as descrições na literatura dessas características como potencializadoras do risco de doença cardiovascular⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Tanto os Hs como as Ms retardaram para decidir procurar atendimento, elas apresentando TD superior (1,4h vs 0,9h), o que os expôs a elevado risco de mortalidade, pois cerca de 50% das pessoas com IAM morrem na primeira hora de evolução do evento cardiovascular⁽²⁾. Deve ser considerado que, após a tomada de decisão, ainda despenderam tempo deslocando-se para um serviço de saúde até obter o diagnóstico e tratamento.

Maior proporção de Hs do que Ms apresentou IAM com supradesnivelamento do segmento ST. Conforme os

benefícios da reperfusão química ou mecânica, nesse tipo de IAM, tornam-se imprescindíveis ações que estimulem a redução do TD, a fim de se otimizar os benefícios dessas terapêuticas, que variam na razão inversa ao tempo de sua aplicação⁽¹⁶⁾.

Embora se considere que o reconhecimento dos sintomas cardiovasculares demanda habilidades críticas, que podem estar prejudicadas no grupo com menor estudo, e que a baixa renda pode dificultar o acesso aos serviços de saúde, nesta investigação variações de renda e escolaridade não foram associadas à maior TD e ao sexo. Autores também verificaram independência entre essas variáveis^(5-6,16). Por ser a amostra composta por usuários do SUS, a renda pode não ter sido um obstáculo para a procura de atendimento, considerando o seu acesso gratuito.

Apesar da prevalência de manifestações clínicas típicas de IAM, tanto para a amostra como para os sexos, a grande maioria (84%) referiu ser o primeiro episódio de IAM, não estando, portanto, familiarizados com os sintomas, dificultando talvez a adoção de ações apropriadas face ao evento cardiovascular. Esse fato, aliado ao baixo nível socioeconômico, pode explicar porque apenas 44% deles associaram a dor a problema cardíaco ou não sabiam o que significava. Embora sem diferença estatisticamente significativa, convém destacar que a interpretação dos sintomas como

problema cardíaco foi responsável por menor TD, tal como já foi constatado por outros autores⁽¹⁷⁾. Mesmo não tendo havido interação com o sexo, observou-se que os Hs que julgaram os sintomas como cardíacos tiveram menor TD. O julgamento dos sintomas como de causa cardíaca é mais frequente para o grupo de homens, possivelmente pelas crenças de que o IAM é um transtorno pertinente a esse gênero ou pelo fato de as mulheres não se julgarem susceptíveis aos eventos cardiovasculares⁽¹³⁾.

Considerando que 64% atribuíram gravidade aos sintomas e que 56% não os associaram ao IAM, ou não sabiam sobre a sua origem, é possível supor que o reconhecimento da gravidade potencial do quadro clínico ocorreu no curso do evento cardiovascular, ou seja, quando os participantes passaram a interagir com a constatação da impossibilidade da melhora dos sintomas com recursos pessoais e com a intolerância à dor. A interpretação da gravidade do IAM foi determinante para menor TD, revelando a importância da conscientização da comunidade em geral quanto à busca precoce de atendimento face ao IAM, mesmo na ausência de sintomas julgados intoleráveis.

No que diz respeito ao TD e sua relação com os fatores sociodemográficos, a literatura aponta que as mulheres e pessoas com idade superior a 70 anos combinam a apresentação de sintomas menos típicos de IAM⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ e, por essa razão, podem retardar para decidir pela procura de atendimento. Todavia, no presente estudo, não se verificou associação significativa entre TD, idade e sexo, cabendo destacar que as mulheres e os homens, em sua maioria, infartaram com idade menor que 60 anos e com sintomas típicos do IAM.

Neste estudo, os FRCVs identificados convêm com os descritos na literatura^(13,20-21) como fatores causais para DAC e prevalentes em grupos em situação de desigualdade social. A falta de associação entre relato de FRCV e sexo também foi constatada por outros autores⁽¹³⁾. Não houve associação significativa entre TD e *diabetes mellitus* tipo II, embora a literatura aponte que diabéticos retardam a procura por atendimento⁽²²⁾. As justificativas para o retardo pré-hospitalar em diabéticos não estão bem claras, mas se associaram à percepção alterada da dor, devido à neuropatia, ou à apresentação de sintomas inespecíficos do IAM⁽²²⁾.

Os indivíduos fumantes apresentaram menor TD (0,5h vs 1,3h; $p=0,052$), indicando que os tabagistas talvez percebam maior risco para adoecer. Essa percepção parece estar predominantemente relacionada ao gênero masculino responsável pela redução significativa do TD, nesse grupo.

Portanto, especialmente as mulheres tabagistas precisam receber atenção especial dos programas que visem diminuir o retardo pré-hospitalar face ao IAM.

Os sintomas do IAM descritos pelos participantes foram característicos e corresponderam aos dados encontrados na literatura⁽²⁰⁻²¹⁾. Em relação ao tipo de dor, o aumento do TD foi influenciado significativamente pela dor irradiada para o pescoço e a mandíbula, sendo o sexo masculino o principal responsável. Quanto à intensidade da dor, constatou-se também maior TD quando classificada como leve, em ambos os sexos. Por outro lado, dor de forte intensidade e/ou de caráter constante associaram-se à diminuição significativa do TD, sem diferença entre os sexos, sugerindo que a dor intensa pode levar as pessoas a procurarem atendimento mais rápido em razão da intolerância, enquanto os sintomas atípicos podem fazê-las subestimar a seriedade desses^(9,23). É provável que a irradiação da dor para fora da região precordial e/ou a sua fraca intensidade colocasse em dúvida a sua interpretação como problema cardíaco, permitindo que fossem relacionadas a problemas musculoesqueléticos, particularmente em homens.

O estudo destaca a importância da necessidade de informação básica sobre os FRCVs, sintomas típicos e atípicos do IAM e dos riscos da demora para buscar atendimento. Os resultados esclareceram particularidades de cada gênero que influenciaram em maior ou menor TD face ao IAM, contribuindo para a identificação de grupos de risco. A identificação dos fatores clínicos e sociodemográficos implicados na demora para a procura de um serviço de saúde, orientam profissionais de saúde para ações educativas junto aos pacientes, familiares e comunidade, a fim de se reduzir o TD⁽¹⁶⁾.

Conclusões

O estudo trouxe contribuições sobre os fatores sociodemográficos e clínicos que interferem no TD diante dos sintomas do IAM e suas relações com os gêneros. Observou-se TDs elevados para os sexos, as mulheres exibindo tempos superiores, mas sem diferença estatisticamente significativa. Fatores clínicos foram associados ao TD, cabendo destacar menor TD para indivíduos tabagistas, com dor constante e de forte intensidade. O estudo permitiu, também, concluir que houve interação entre o sexo e tabagismo, bem como entre sexo e dor irradiada para o pescoço ou a mandíbula, para o desfecho TD.

Esses achados orientam ações em saúde objetivando a procura precoce por atendimento. Considerando-se a

educação em saúde integrante das práticas de cuidar em enfermagem, cabe ao enfermeiro(a) propor e avaliar intervenções eficazes, baseadas em especificidades dos gêneros, que estimulem e valorizem o atendimento precoce face ao IAM. A demora na decisão para procura de atendimento aponta para a necessidade de orientações e treinamentos que ajudem os indivíduos a reconhecer os sintomas do IAM e a valorizar a busca imediata por um serviço de emergência. Destaca-se, como possível limitação do estudo, o tamanho amostral. É possível aventar a hipótese de que, com amostras maiores, outras associações significantes poderiam ter sido encontradas.

Cabe, também, considerar que o presente trabalho enfocou a verificação da interação entre as variáveis clínicas e sociodemográficas e o sexo para o desfecho TD e outras variáveis, a exemplo das culturais e ambientais, precisam ser avaliadas em outras pesquisas.

Referências

1. Timerman S, Marques FBR, Pispico A, Ramires JAF. Tratamento pré-hospitalar da síndrome isquêmica aguda com supradesnívelamento do segmento ST: já temos suficiente evidência para implantar rotina? *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* 2004;14(6):868-83.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol*. 2004;83(supl. 4):9-86.
3. Ministério da Saúde (BR). Indicadores de Saúde. Datasus. [Internet]. [acesso 13 mai 2012]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz sobre o tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(supl 2):179-264.
5. Gärtner C, Walz L, Bauernschmitt E, Ladwig KH. The causes of prehospital delay in myocardial infarction. *Dtsch Arztebl Int*. 2008;105(15):286-91.
6. Horne R, James D, Petrie K, Weinman J, Vincent R. Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart*. 2000;83:388-93.
7. Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. Experiences of women in face of pain from acute myocardial infarction. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):170-8.
8. Devon HA, Zerwic JJ. Symptoms of acute coronary syndromes: are there gender differences? A review of the literature. *Heart Lung*. 2002;31(4):235-45.
9. Mussi FC, Pereira A. Pain tolerance during myocardium infarction. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):80-7.
10. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo*. 1999;9(4):509-18.
11. Kish L. *Survey Sampling*. New York: Wiley; 1965. p. 59.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de Outubro de 1996. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. [Internet] Brasília. [acesso 10 set 2010] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.
13. Conti RAS, Solimene MC, Luz PL, Benjá AM, Neto PAL, Ramires JAF. Comparison Between Young Males and Females with Acute Myocardial Infarction. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(5):510-7.
14. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IH, França E. Socioeconomic inequalities and premature mortality due to cardiovascular diseases in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40:684-91.
15. Gama GGG, Mussi FC, Pires CGS, Guimarães AC. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3371-83.
16. Franco B, Rabelo ER, Goldemeyer S, Souza EN. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(3):414-8.
17. Moser DK, McKinley S, Dracup K, Chung ML. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Educ Counsel*. 2005;56:45-54.
18. Isaksson RM, Holmgren L, Lundblad D, Brulin C, Eliasson M. Time trends in symptoms and prehospital delay time in women vs. men with myocardial infarction over a 15-year period. The Northern Sweden MONICA Study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008;7:152-8.
19. Ting HH, Bradley EH, Wang Y, Lichtman JH, Nallamothu BK, Sullivan MD, et al. Patient Education to Reduce Prehospital Delay Time in Acute Coronary Syndrome. *Arch Intern Med*. 2008;168(9):959-68.
20. Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Hospital admission and hospital death associated to ischemic heart diseases at the National Health System (SUS). *Arq Bras Cardiol*. 2008;90(2):130-8.
21. Santos FLMM, Araújo TL. Having an infarction: the meanings of the disease from the patient's perspective. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003;11(6):742-8.
22. Goldberg RJ, Steg PG, Sadiq I, Granger CB, Jackson EA, Budaj A, et al. Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (the GRACE registry). *Am J Cardiol*. 2002;89(7):791-6.

23. Ying W, Ying Z, Yu-Qiu L, Bao-Li H, Cong-Xin H. Factors associated with the extent of care-seeking delay for patients with acute myocardial infarction in Beijing. *CMJ*. 2004;117(12):1772-7.