

Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência

Time of arrival of patients with acute myocardial infarction to the emergency department

Alessandra Soler Bastos¹, Lúcia Marinilza Beccaria², Ligia Márcia Contrin², Cláudia Bernardi Cesarino³

DOI: 10.5935/1678-9741.20120070

RBCCV 44205-1401

Resumo

Objetivo: Caracterizar o perfil das pessoas com infarto agudo do miocárdio (IAM) atendidas em um serviço de emergência e verificar o tempo de chegada (delta T). Identificar como o paciente foi transportado e correlacionar o delta T com o tratamento e prognóstico do mesmo.

Métodos: Pesquisa transversal, incluindo 52 pacientes admitidos na Unidade de Emergência de um Hospital de Ensino com diagnóstico de IAM, no período de julho a dezembro de 2010. A coleta de dados foi realizada por meio do prontuário e entrevista.

Resultados: A maioria dos pacientes era do gênero masculino, com idade média de $62,35 \pm 14,66$ anos, casada, poucos anos de estudo, histórico familiar de doença cardíaca, hipertensão arterial, dislipidemia e sedentarismo. Os sintomas apresentados foram dor no tórax, região epigástrica ou desconforto torácico associado à dispneia e/ou sudorese súbita. A maioria dos pacientes foi transportada por ambulância e submetida a cateterismo cardíaco, seguido de angioplastia. O delta T encontrado foi $9h54min \pm 18h9min$. A letalidade global do estudo foi de 3,85%.

Conclusão: O reconhecimento dos sinais e sintomas do IAM pelo paciente foi fator determinante para a procura de

atendimento especializado e aqueles com menor delta T apresentaram melhor prognóstico.

Descritores: Infarto do miocárdio. Tempo. Serviço hospitalar de emergência.

Abstract

Objectives: To characterize the profile of patients with acute myocardial infarction (AMI) treated at the emergency department and to verify the time of arrival of each patient (ΔT). Identify how the patient was transported and to correlate Delta-T (ΔT) with the treatment and the prognosis of each patient.

Methods: Cross-sectional survey involving 52 patients with AMI admitted to the Emergency Department of a Teaching Hospital took part in the study from July to December 2010. Data collection was performed using medical records and interviews.

Results: The majority of the patients were male with a mean age of 62.35 ± 14.66 years. The participants were married, with low education levels, family history of heart diseases, arterial hypertension, dyslipidemia, and a

1. Enfermeira Residente do curso de Enfermagem Cardiovascular no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Graduada pela FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
2. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Especializada da FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
3. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral da FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Bolsa de iniciação científica da FAMERP.

Endereço para correspondência:
Alessandra Soler Bastos
Rua Gabriel Janikian, 211 – São José do Rio Preto, SP, Brasil – CEP 15080-350
E-mail: lekasoler@hotmail.com

Abreviaturas, acrônimos e sigas

DAC	Doença arterial coronariana
IAM	Infarto agudo do miocárdio
MSE	Membro superior esquerdo
SST	Supradesnível de segmento ST

sedentary lifestyle. The symptoms presented were pains in the chest, epigastric region, or a chest discomfort associated to dyspnea and/or sudden sweating. The majority of the

patients were transported by ambulance. They were submitted to cardiac catheterization followed by angioplasty. Delta-T found was 9h45min ± 18h9min. In this study, the overall lethality was 3.85%.

Conclusions: The perception of signs and symptoms of AMI by the patient was a decisive factor when seeking out specialized treatment. Those with the lowest Delta-T presented better prognosis.

Descriptors: Myocardial infarction. Time. Emergency service, hospital.

INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos das principais sociedades apontam as moléstias cardiovasculares como doenças de maior mortalidade e morbidade [1,2]. Há expectativa de que no ano de 2020, 40% das mortes estarão relacionadas a elas [3]. Segundo pesquisas americanas, mais de 12 milhões de pessoas possuem alguma moléstia no coração e mais de um milhão apresenta um infarto agudo do miocárdio (IAM) por ano, o que acarreta em 466.000 mortes ligadas à doença arterial coronariana (DAC) [4]. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 31% das mortes por causas conhecidas [5] e, nesse conjunto, o IAM vem preocupando a sociedade e as autoridades de saúde pública, pelo impacto causado na taxa de mortalidade e no número de internações em todo país [6,7], sendo as maiores causadoras de atendimento nos unidades de emergência [4].

Dois terços das mortes súbitas por doenças do coração acontecem fora do ambiente hospitalar e apenas 20% das pessoas com relato de dor torácica aguda chegam à emergência antes de duas horas do início desses sinais [6,8]. Um dos fatores que contribui para a diminuição dessa alta mortalidade por IAM é o rápido atendimento desses pacientes após o início dos primeiros sintomas [6]. Portanto, é necessário preparação dos serviços de emergência e dos profissionais envolvidos, para que o atendimento seja direcionado e o diagnóstico seja preciso [3].

Estudos indicam que, no Brasil, os pacientes com sintomas de IAM não procuram imediatamente os serviços de saúde, por não reconhecerem seus sintomas, por não haver serviços especializados de primeiros socorros e, até mesmo, por um transporte público deficitário, dificultando a chegada dessas pessoas ao hospital [8]. Esses obstáculos são desafios das autoridades de saúde pública, pois o IAM

é considerado uma doença de longa duração, demandando ações, procedimentos, serviços de saúde e, conseqüentemente, maiores custos, e acarretando enormes prejuízos à sociedade [5,8].

O conhecimento do tempo de chegada dos pacientes com sintomas de IAM ao serviço especializado, assim como a identificação das dificuldades enfrentadas pelos mesmos, pode subsidiar os profissionais de enfermagem e auxiliar na orientação aos pacientes, seus familiares e à comunidade [3,9]. Diante disso, este trabalho objetivou caracterizar o perfil das pessoas com IAM atendidas em um serviço de emergência e verificar o tempo de chegada (delta T). Identificar como o paciente foi transportado e correlacionar o delta T com o tratamento e prognóstico do mesmo.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado em um hospital de ensino do noroeste paulista, que presta atendimento às diferentes especialidades médicas, e tem por finalidade a prestação de serviços de saúde, ensino e pesquisa. Os dados foram coletados na Unidade de Emergência, onde são admitidos os pacientes em situação crítica de saúde, vítimas de acidentes, politraumas, paradas cardíacas e outras que exigem atendimento imediato. A amostra foi constituída de 52 pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico de IAM, que estiveram internados nessa unidade, no período de julho a dezembro de 2010. Foram excluídos os pacientes com idade inferior a 18 anos, os que não concordaram em participar do estudo e aqueles com déficit ou retardo mental.

O levantamento do perfil dos pacientes com IAM foi realizado por meio do prontuário hospitalar, de acordo com as seguintes variáveis sociodemográficas e clínicas: gênero, idade, estado civil, peso, altura, escolaridade, profissão, história familiar, procedência, com quem mora, tabagismo,

hipertensão, diabetes, dislipidemia e exercícios físicos. Foi realizada entrevista sobre tempo de chegada (delta T), meio de transporte utilizado e tratamento e prognóstico após o diagnóstico de IAM.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP - Protocolo N° 0176/2010.

Para os dados estatísticos do perfil epidemiológico foram utilizados valores percentuais, com abordagem de teste estatístico qui-quadrado, para as variáveis qualitativas, e testes de comparação univariada, para as variáveis quantitativas, de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, todos ao nível de significância adotado de 0,05.

RESULTADOS

Quanto ao perfil sociodemográfico (Tabela 1) dos 52 pacientes com diagnóstico de IAM, observou-se: gênero masculino (76,92%), com idade média de $62,35 \pm 14,66$ anos, casado (65,38%), aposentado (46,15%), com poucos anos de estudo, com sobrepeso (40%), procedentes da região de São José do Rio Preto (57,69%).

No que se refere aos aspectos clínicos, a maioria dos pacientes relatou apresentar histórico familiar de doença cardíaca (57,69%), hipertensão arterial (76,92%) e sedentarismo (82,79%) (Tabela 2).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes com IAM. São José do Rio Preto - SP, 2011: porcentagem.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	40	76,9
Feminino	12	23,1
Idade (anos)		
30-59	22	42,3
60-90	30	57,7
Estado Civil		
Casado	34	65,4
Viúvo	10	19,2
Solteiro	8	15,4
Ocupação		
Aposentado	24	46,2
Setor de Prestação de Serviço	15	28,8
Do Lar	7	13,5
Comerciante	5	9,6
Desempregado	1	1,9
Escolaridade		
de 0 a 7 anos	31	59,6
de 8 a 11 anos	19	36,5
mais de 11 anos	2	3,9
IMC		
Sobrepeso	18	40
Normal	16	35,6
Obesidade	10	22,2
Subnutrição	1	2,2

Tabela 2. Fatores de risco apresentados pelos pacientes com IAM. São José do Rio Preto - SP, 2011: porcentagem.

Variáveis Clínicas	N	%
Sedentarismo	43	82,79
Hipertensão	40	76,92
História Familiar	30	57,69
Dislipidemia	24	46,15
Tabagismo	19	36,54
Sobrepeso	18	40*
DAC prévia**	14	26,92
Diabetes Mellitus	11	21,15

*Cálculo realizado com 45 pacientes, pois sete deles não souberam relatar peso e altura; **Doença Arterial Coronária

Em relação aos sintomas, 31 (59,62%) pacientes apresentaram associação de dor no tórax ou desconforto torácico, dor irradiada para o membro superior esquerdo (MSE) e dispneia e/ou sudorese súbita, 19 (36,54%), dor no tórax, MSE, região epigástrica ou desconforto torácico e apenas dois (3,85%), dispneia e/ou sudorese súbita. Desses, 32 (61,54%) pacientes permaneceram com os sintomas por mais de 20 minutos, o que os motivou a procurar atendimento médico, sendo que 36 (70,59%) foram transportados até o serviço com a ambulância do município e 15 (29,41%) com o carro de familiares. No que se refere à procura por outros serviços antes de serem atendidos na unidade de emergência do Hospital de Ensino, constatou-se que 47 (90,38%) primeiramente buscaram atendimento em Unidades Básicas de Saúde.

Acerca da evolução desses pacientes no hospital, verificou-se que 20 (39,22%) foram submetidos a cateterismo cardíaco seguido de angioplastia, 19 (37,25%), somente a cateterismo, 7 (13,7%), a cateterismo seguido de cirurgia de revascularização do miocárdio e cinco (9,8%) realizaram tratamento clínico. Em relação ao prognóstico, observou-se que 50 (96,2%) tiveram alta hospitalar, enquanto dois (3,8%) morreram.

Levando em conta o tempo (delta T) que os pacientes com IAM demoraram a chegar nesta unidade de emergência, constatou-se média de $9h54min \pm 18h9min$, sendo que o delta T mínimo foi 23 minutos e o maior tempo de 96 horas (Tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas descritivas do tempo de chegada do paciente com IAM. São José do Rio Preto - SP, 2011: tempo.

Variável	N	Md
Delta T	52	4h8min

A Tabela 3 demonstra que os resultados do tempo de chegada dos pacientes apresentaram elevada discrepância, revelando elevado coeficiente de variação, em torno de 183,33%, atribuído aos valores muito altos de tempo de chegada que influenciaram no valor da média da distribuição, aumentando-a em relação ao valor da mediana, portanto, o tempo de chegada apresentou distribuição assimétrica.

Em relação à intensidade da dor, em uma escala analógica de 0 a 10, onde zero significa nenhuma dor e 10, pior dor sentida, verificou-se média de 6,9 com mediana de 8, pressupondo que os pacientes sentiram dores de média a alta intensidade, sendo que 50% deles caracterizaram sua dor entre os escores 8 e 10.

A Tabela 4 demonstra os valores *P* referentes ao teste associativo qui-quadrado entre as principais variáveis

Tabela 4. Valores *p* referentes ao teste associativo entre as variáveis: tabagismo, hipertensão, DAC prévia, escolaridade, procura de outro serviço, acompanhante, automedicação e as variáveis: sintomas presentes na admissão e evolução de pacientes. São José do Rio Preto - SP, 2011.

Variáveis de Caracterização	Variáveis Resposta		
	Sintomas presentes		
	Sintomas à admissão	Evolução	
Tabagismo	0,259	0,066	0,606
Hipertensão	0,05	0,359	0,79
DAC prévia	0,782	<0,001	0,637
Escolaridade	0,5	0,524	0,078
Outro serviço*	0,024	0,768	
Acompanhante	0,217	0,901	0,511
Automedicação	0,712	0,334	0,034

*Referente à Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento

estudadas. Verificou-se que houve associação entre quadro de hipertensão e sintomas apresentados pelos pacientes e entre DAC prévia e sintomas presentes à admissão.

A maioria dos pacientes com pressão alta (69,7%) apresentou associação de todos os sintomas, enquanto os não-hipertensos (66,67%) relataram dor no tórax, MSE, região epigástrica ou desconforto torácico, demonstrando que apresentaram maior número de sintomas quando comparados a pessoas normotensas.

Em relação às pessoas com DAC prévia, também referiram sintomas à admissão (71,43%). A associação entre DAC prévia e sintomas demonstra que pacientes que já vivenciaram um episódio de IAM ou de outra doença arterial coronária foram capazes de identificar os sintomas de forma precoce e se dirigir rapidamente à unidade de emergência.

Na associação do prognóstico em relação à automedicação, os pacientes que apresentaram evolução do tratamento clínico foram descartados da análise. A Tabela 5 demonstra os percentuais do prognóstico em relação à automedicação. Os dados demonstram que os pacientes que se automedicaram tiveram pior evolução quando comparados aos que não se automedicaram.

Na Tabela 6, foi realizada análise comparativa que permitiu demonstrar os resultados da variável delta T em relação às características clínicas e sociais do paciente e observou-se associação significativa entre o delta T e as variáveis: sintomas na admissão, evolução e automedicação. Quando comparado o delta T em relação aos sintomas, meio de transporte e presença de acompanhante ou não, verificou-se que não há associação significativa.

Já quando comparado o delta T com sintomas à admissão, prognóstico e automedicação, observou-se associação significativa entre essas variáveis (Tabela7).

Tabela 5. Percentuais do prognóstico em relação à automedicação dos pacientes com IAM. São José do Rio Preto - SP, 2011.

Automedicação	Prognóstico			Total
	Cateterismo	Cateterismo e angioplastia	Cateterismo e revascularização	
Não	17 (53,13%)	12 (37,50%)	3 (9,38%)	32 (71,11%)
Sim	2 (15,38%)	7 (53,85%)	4 (30,77%)	13 (28,89%)
Total	19 (42,22%)	19 (42,22%)	7 (15,56%)	45 (100%)

Valor *P* = 0,034

Tabela 6. Estatísticas descritivas do delta T em relação aos sintomas, estado civil, prognóstico, meio de transporte, acompanhante e automedicação do paciente com IAM. São José do Rio Preto - SP, 2011: número, tempo e valor P.

Características		N	Delta T	P
Sintomas	Dor e/ou desconforto torácico	19	14h14min ± 24h9min	0,284
	Dor e/ou desconforto somado à dispneia	31	7h21min ± 13h41min	
Estado Civil	Casado	34	11h31min ± 21h40min	0,042
	Solteiro/Divorciado	8	4h1min ± 2h35min	
	Viúvo	10	9h5min ± 9h54min	
Evolução	Cateterismo	19	6h8min ± 13h4min	0,014
	Cat. e Angioplastia	20	10h29min ± 16h42min	
	Cat. e Revascularização	7	23h43min ± 33h2min	
Meio de Transporte	Ambulância	36	7h42min ± 11h35min	0,444
	Carro	15	15h34min ± 28h33min	
Acompanhante*	Sim	40	10h29min ± 20h15min	0,427
	Não	12	7h56min ± 8h15min	
Automedicação	Sim	14	20h11min ± 28h40min	0,01
	Não	37	6h12min ± 10h38min	

*Acompanhamento durante o transporte do paciente até a unidade

Tabela 7. Estatísticas descritivas do delta T e do escore de dor em relação à presença de sintomas na admissão do paciente com IAM. São José do Rio Preto - SP, 2011: tempo e valor P.

Variáveis	Sintomas na admissão	Md	Min	Máx	P
Delta T	Sim	4h1min ± 5h17min	2h44min	23min	0,042
	Não	21h24min ± 29h36min	6h11min	41min	
Escore de dor	Sim	7,33 ± 2,87	8	10	0,069
	Não	4,6 ± 4,25	5,5	10	

DISCUSSÃO

A maioria da população deste estudo era idosa, do gênero masculino, com poucos anos de estudo e procedente de municípios vizinhos da cidade onde se localiza a unidade de emergência do hospital de ensino, o que corrobora com pesquisa sobre escore de risco Dante Pazzanese para síndrome coronariana aguda, que observou a idade avançada associada à ocorrência de eventos coronários adversos, assim como o baixo nível de escolaridade dos pacientes [9].

Em relação aos fatores de risco, a maioria dos pacientes apresentava sedentarismo, hipertensão arterial, história familiar e dislipidemia. Estudos sobre síndrome coronária aguda reportam que a maioria dos pacientes infartados apresentou três ou mais fatores de risco e os mais predominantes eram: hipertensão arterial, dislipidemia e história familiar, sendo que o sedentarismo não apresentou relevância [3,4]. Nesta pesquisa, o sedentarismo foi reportado por 82,79% dos pacientes e o tabagismo por 36,54%, não apresentando significância quando relacionado às variáveis estudadas.

A importância do tempo decorrido entre os primeiros sintomas do IAM até o seu atendimento em um serviço de emergência (delta T) justifica-se pela necessidade de intervenções imediatas de reperfusão, visando à restauração do fluxo sanguíneo coronário, colaborando assim para aumento da sobrevida desses pacientes [10-12].

O delta T encontrado nesta pesquisa foi 9h54min \pm 18h9min, muito superior ao reportado nos estudos de Franco et al. [13] (2h55min \pm 3h59min) e Muller et al. [11] (4h15min \pm 2h7min). Tal fato pode ser justificado pelo fato de 84,61% dos pacientes serem procedentes de outras cidades e por 26,92% deles terem se automedicado antes de procurar o serviço de saúde ($P=0,01$). Porém, observando-se o total de pacientes residentes em outras localidades, verificou-se que 31,8% deles são da cidade vizinha, que se encontra aproximadamente 16 minutos de carro do serviço de emergência estudado.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro, envolvendo pacientes diagnosticados com IAM com supradesnível de segmento ST (SST), demonstrou que 67,7% chegaram ao pronto atendimento decorridas três horas do início do primeiro sintoma e 8,4%, após 12 horas [3]. Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul demonstrou que 88% dos pacientes com IAM com SST procuraram por serviço de emergência dentro de uma hora, sendo que a média foi de 3h59min a 2h55min. Também foi verificado que as pessoas que não perceberam a dor torácica como evento cardíaco levaram mais tempo para chegar ao serviço de saúde do que os que identificaram [13].

De acordo com a IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do IAM [10], alguns fatores contribuem para a demora do paciente a procurar ajuda, como: negação de que aquela dor torácica seja de procedência cardíaca; associação da dor com outras condições crônicas pré-existentes; desconhecimento dos benefícios se houver atendimento rápido; atendimento de urgência não disponível a todos os pacientes. Outros estudos confirmam que pacientes do sexo feminino, com baixo nível socioeconômico, que se automedicaram e com idade avançada, demoram mais tempo para chegar ao serviço especializado [10,13].

Neste estudo, observou-se que pacientes solteiros ou divorciados apresentaram delta T menor quando comparados aos casados ou viúvos, o que corrobora com o estudo de Franco et al. [13], que também demonstrou que pessoas casadas e viúvas apresentaram tempo maior em relação às solteiras e divorciadas. Entretanto, não houve significância associativa entre o delta T e a variável estado civil ($P=0,759$), também observado no estudo de Franco et al. [9], que apresentou $P=0,006$. Dados de um estudo que comparou indivíduos com IAM quanto ao seu tempo de apresentação na emergência identificaram que aqueles que se procuraram atendimento médico com mais de seis horas

eram, em média, mais velhos (75 ± 7 anos), mulheres e não-brancos [14].

Em relação aos sintomas, verificou-se que pacientes com dor torácica e irradiação para MSE, região epigástrica ou desconforto torácico apresentaram delta T maior quando comparado com os que relataram esses sintomas juntamente com dispneia e sudorese súbita ($P=0,284$). Mesmo não havendo significância entre esse achado, pode-se dizer que pacientes com maior quantidade de sintomas, procuraram o serviço de emergência mais rapidamente do que aqueles com sintomas leves ou moderados.

Reconhecer os sinais e sintomas do IAM ou já ter passado por uma experiência anterior de doença arterial diminui o delta T significativamente [13]. De forma semelhante, o presente estudo verificou que pacientes com DAC prévia, apresentaram delta T menor (4h56min \pm 6h29min) quando comparados àqueles que não tinham (1h56min \pm 2h40min) ($P=0,646$). Outra pesquisa indica que pacientes que demoram mais pela procura por atendimento médico têm maior prevalência de diabetes e angina prévia, além de menos história prévia de infarto, angioplastia coronariana ou cirurgia cardíaca [14].

A associação entre DAC prévia e sintomas presentes à admissão esteve presente em 71,43% dos pacientes ($P<0,001$), sugerindo que possuíam conhecimento de tal sintoma e, portanto, chegaram mais rapidamente ao serviço de emergência. Pacientes que acreditam que seus sintomas estejam relacionados com seu coração buscam ajuda mais rapidamente do que aqueles que atribuem seus sintomas a outras causas [15].

Em um estudo realizado sobre fatores que interferem na procura por serviço de emergência por pacientes com IAM, 33% tiveram como primeira decisão frente aos sintomas a automedicação, sendo que apresentaram delta T de 3h36min \pm 2h24min. Neste estudo, 26,92% dos pacientes se automedicaram, com delta T de 20h11min \pm 28h40min, enquanto os que não tomaram medicação por conta própria apresentaram delta T menor, porém, maior do que o delta T do estudo citado de pacientes que se automedicaram. O valor P relativo a essa comparação foi 0,01, pressupondo a existência de diferenças significativas entre o tempo de chegada e a atitude de automedicação.

Verificou-se que os pacientes que tomaram medicação por conta própria tiveram pior evolução durante a hospitalização quando comparados aos que não se automedicaram. O primeiro grupo evoluiu para cateterismo cardíaco, seguido de angioplastia coronariana (53,85%) ou revascularização do miocárdio (30,77%). O segundo grupo foi submetido a cateterismo cardíaco (53,13%), indicando que os pacientes que se automedicaram, devido ao delta T maior, tiveram pior evolução durante a hospitalização do que aqueles que não se automedicaram e chegaram ao hospital mais rapidamente.

Com relação ao meio de transporte utilizado, no estudo de Muller et al. [11], 28,1% dos pacientes foram transportados de ambulância e 57,5%, por seus próprios meios, porém, não houve diferença de tempo entre eles. O estudo de Franco et al. [13] demonstrou que pacientes transportados de ambulância tiveram um delta T maior quando comparados aos transportados de carro, dados que se contrapõem aos deste estudo, em que 70,59% foram transportados de ambulância e 29,41% foram de carro, sendo o delta T dos pacientes transportados de ambulância relativamente menor do que os de carro. Também foi verificado que a maioria dos pacientes estava acompanhada por cônjuge ou filho.

Em uma situação de emergência, os pacientes que chamam por uma ambulância são dependentes de muitos fatores antes de serem socorridos, como: ambulâncias disponíveis no momento, distância a ser percorrida e pacientes residentes com outras pessoas que possam chamar por ajuda [13]. O fato de ser transportado de ambulância não foi significativo para a redução do tempo de atendimento, quando comparado àqueles que foram transportados de carro [11]. Neste estudo, também não foi possível verificar significância ($P>0,05$).

O delta T dos pacientes encaminhados por ambulância foi menor do que os transportados de carro. Tal fato pode ser explicado pelo fato de se procurar outros serviços de saúde, apresentando um delta T elevado. Já os pacientes que chamaram por uma ambulância, a maioria procurou primeiro outros serviços de saúde e, mediante a presença dos sintomas sugestivos de IAM, os profissionais desses estabelecimentos encaminharam para o setor de emergência, para realização de diagnóstico e tratamento.

A respeito do tratamento utilizado para os pacientes com IAM, sabe-se que este é tempo-dependente, de acordo com o tempo entre os primeiros sintomas, o atendimento e a conduta terapêutica a ser adotada [10]. Foi verificado, no presente estudo, que os pacientes submetidos apenas ao cateterismo cardíaco foram os que apresentaram delta T de $6h8min \pm 13h4min$. Já os pacientes que realizaram cateterismo cardíaco seguido da angioplastia coronariana obtiveram delta T de $10h29min \pm 16h42min$ e entre os que fizeram cateterismo seguido de cirurgia de revascularização do miocárdio o delta T foi de $23h43min \pm 33h2min$ ($P=0,014$).

Observou-se que o tempo tem influência direta na escolha do tratamento após a internação do paciente. Assim, é possível dizer que pacientes que demoram a receber atendimento especializado apresentam pior prognóstico quando comparados aos que recebem tratamento rapidamente. Neste estudo, a maioria dos pacientes evoluiu para alta hospitalar e somente dois (3,85%) morreram. Comparando-se com a letalidade de outros estudos, esta foi menor aos índices encontrados (9,5% e 4,8%) [3,4].

No presente estudo, a cirurgia de revascularização do miocárdio foi pouco realizada (13,73%). Em estudo semelhante, houve coincidência quanto à porcentagem encontrada (13,7%). Já um estudo realizado no Rio de Janeiro, a taxa de revascularização do miocárdio foi de 8%. Uma possível explicação para o baixo número de cirurgias para o tratamento do IAM, foi o fato dos pacientes serem idosos, portanto, com circulação colateral, e também pelo risco cirúrgico e complexidade da cirurgia. O uso de medicamentos, como trombolíticos e nitratos, e a angioplastia coronária são a melhor opção para o tratamento desses pacientes [3,16].

Um dos sintomas mais característicos do IAM é a angina, decorrente da isquemia miocárdica, que geralmente é intensa e que pode ser aliviada com repouso e uso de nitratos. O sintoma de dor precordial está presente em 75% a 85% dos pacientes com IAM, sendo esse o fator de maior significância para essas pessoas procurarem por ajuda [9]. Neste estudo, verificou-se que 96,15% dos pacientes apresentaram angina, ocorrendo escore médio de 6,9 pontos, com mediana de 8 pontos, demonstrando que esses pacientes apresentaram dores de média a alta intensidade.

A limitação desta pesquisa foi a pequena amostra, que pode ter influenciado os resultados obtidos, entretanto, foram representados os pacientes atendidos nessa unidade de emergência durante o período do estudo.

CONCLUSÃO

O perfil dos pacientes com IAM deste estudo foi de homens, idosos, casados, com poucos anos de estudo, aposentados, apresentando sobrepeso, procedentes de cidades vizinhas da unidade de emergência do hospital de ensino estudado. Quanto aos fatores de risco, a maioria dos pacientes apresentou histórico familiar de doença cardíaca, hipertensão arterial, dislipidemia e sedentarismo.

O reconhecimento dos sinais e dos sintomas de IAM pelo paciente foi fator determinante para a procura de atendimento especializado. Os sintomas apresentados foram dor no tórax, região epigástrica ou desconforto torácico associado a dispneia e/ou sudorese súbita. A maioria dos pacientes foi transportada por ambulância e submetida a cateterismo cardíaco, seguido de angioplastia. O delta T encontrado foi de $9h54min \pm 18h9min$. A letalidade global do estudo foi de 3,85%.

Verificou-se que os pacientes submetidos apenas ao cateterismo cardíaco foram os que apresentaram delta T menor ($6h8min \pm 13h4min$) e os que realizaram cateterismo cardíaco seguido de angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio tiveram delta T maior ($10h29min \pm 16h42min$ e $23h43min \pm 33h2min$, respectivamente), ou seja, os pacientes com menor delta T apresentaram melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Nicolau JC, Baracioli LM, Serrano Jr. CV, Giraldez RR, Kalil Filho R, Lima FG, et al. A influência do plano de saúde na evolução a longo prazo de pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol.* 2008;91(6):377-81.
2. Wainstein R, Furtado MV, Polanczyk CA. Trombólise pré-hospitalar no infarto agudo do miocárdio: uma alternativa factível para o Brasil? *Arq Bras Cardiol.* 2008;90(2):77-9.
3. Soares JS, Souza NRM, Nogueira Filho J, Cunha CC, Ribeiro GS, Peixoto RS, et al. Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2009;92(6):464-71.
4. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87(5):597-602.
5. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006;15(3): 47-65.
6. Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(2):170-8.
7. Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, Vasconcellos MTL. O sistema de informações hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(4):491-9.
8. Melo ECP, Travassos CMR, Carvalho MS. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial. *Cad Saúde Pública.* 2007;16(2):121-3.
9. Santos ES, Timerman A, Baltar VT, Castilho MTC, Pereira MP, Minuzzo L, et al. Escore de risco Dante Pazzanese para síndrome coronariana aguda sem supradesnívelamento do segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(4):343-51.
10. Piegas LS, Timerman A, Feitosa G, Rossi Neto JM, Nicolau JC, Mattos LA, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(6 supl. 2):e179-e264.
11. Muller LA, Rabelo ER, Moraes MA, Azzolin K. Fatores de atraso na administração de terapia trombolítica em pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio em um hospital geral. *Rev Latinoam Enferm.* 2008;16(1):52-6.
12. Pesaro AEP, Campos PCGD, Katz M, Corrêa TD, Knobel E. Síndromes coronarianas agudas: tratamento e estratificação de risco. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(2):197-204.
13. Franco B, Rabelo RE, Goldemeyer S, Souza EN. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Rev Latinoam Enferm.* 2008;16(3):414-8.
14. Sheifer SE, Rathore SS, Gersh BJ, Weinfurt KP, Oetgen WJ, Breall JA, et al. Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly: associations with race, sex, and socioeconomic characteristics. *Circulation.* 2000;102(14):1651-6.
15. 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.
16. Ledur P, Almeida L, Pellanda LC, Schaam BD. Preditores de infecção no pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011;26(2):190-6.