

## Atitudes pré-hospitalares adotadas por pacientes frente aos sintomas de infarto agudo do miocárdio<sup>1</sup>

Viviane de Araújo Gouveia<sup>2</sup>

Edgar Guimarães Victor<sup>3</sup>

Sandro Gonçalves de Lima<sup>4</sup>

Esta série de casos teve o objetivo de avaliar as condutas adotadas pelos pacientes, durante a fase pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio (IAM). Avaliaram-se 115 indivíduos portadores de IAM, com supradesnívelamento do segmento ST. Foi aplicado o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher. Os indivíduos que não associaram os sintomas à doença cardiovascular atribuíram, mais frequentemente, às seguintes origens: gastrointestinal (38%), osteomuscular (29,7%), intoxicação alimentar e/ou medicamentosa (8,5%) e decorrentes do aparelho respiratório (6,3%). A proporção de desfechos maiores e de pacientes que chegaram à emergência após 12 horas foi mais elevada entre mulheres, indivíduos com renda mensal de até um salário mínimo, que usaram analgésicos e não associaram os sintomas à doença cardiovascular. Constatou-se que indivíduos em condições socio-conômicas desfavoráveis, que interpretaram os sintomas de forma incorreta, chegaram mais tardiamente à emergência e apresentaram piores desfechos intra-hospitalares.

Descritores: Infarto do Miocárdio; Sintomas; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado "Atitudes pré-hospitalares de indivíduos atendidos em uma emergência cardiológica frente aos sintomas preditores de infarto agudo do miocárdio" apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, PE, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Professor Assistente, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, PE, Brasil. E-mail: vivi\_gouveia@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Médico, Doutor em Medicina, Professor Titular, Universidade Federal de Pernambuco, PE, Brasil. E-mail: egvictor@oi.com.br.

<sup>4</sup> Médico, Doutor em Saúde Pública, Unidade de Terapia Intensiva, Hospital das Clínicas de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, PE, Brasil. E-mail: sandrolima@cardiol.br.

---

Endereço para correspondência:

Viviane de Araújo Gouveia  
Rua São Paulo, 36,  
Bairro: Massaranduba, Prazeres  
CEP: 54310-130, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil  
E-mail: vivi\_gouveia@yahoo.com.br

## **Pre-hospital attitudes adopted by patients faced with the symptoms of acute myocardial infarction**

This case series aimed to evaluate the behavior adopted by patients during the pre-hospital phase of acute myocardial infarction (AMI). A total of 115 AMI sufferers with ST-segment elevation were evaluated. The chi-square and Fisher's exact tests were applied. The individuals that did not associate the symptoms with cardiovascular disease most often attributed them to the following sources: gastrointestinal (38%), musculoskeletal (29.7%), food and/or medication poisoning (8.5%) and arising from the respiratory apparatus (6.3%). The proportion of major outcomes and of patients that arrived in the emergency department after 12 hours was higher among women, individuals with monthly income of up to one minimum wage, those who used analgesics and did not associate the symptoms with cardiovascular disease. It was found that individuals in unfavorable socioeconomic conditions, who interpreted the symptoms incorrectly, arrived later at the emergency department and had worse intra-hospital outcomes.

Descriptors: Myocardial Infarct; Symptoms; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

## **Actitudes prehospitalarias adoptadas por pacientes frente a los síntomas de infarto agudo del miocardio**

Esta serie de casos tuvo el objetivo de evaluar las conductas adoptadas por los pacientes durante la fase prehospitalaria del infarto agudo del miocardio (IAM). Se evaluaron 115 individuos portadores de IAM con el segmento ST supradesnivelado. Fue aplicada la prueba Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Los individuos que no asociaron los síntomas a la enfermedad cardiovascular la atribuyeron más frecuentemente a los siguientes orígenes: gastrointestinal (38%), osteomuscular (29,7%), intoxicación alimentaria y/o medicamentosa (8,5%) y provenientes del aparato respiratorio (6,3%). La proporción de resultados más graves y de pacientes que llegaron a la emergencia después de 12 horas fue más elevada entre mujeres, individuos con renta mensual de hasta un salario mínimo, que usaron analgésicos y no asociaron los síntomas a la enfermedad cardiovascular. Se constató que individuos en condiciones socioeconómicas desfavorables, que interpretaron los síntomas de forma incorrecta, llegaron más tarde a la emergencia y presentaron peores resultados intrahospitalarios.

Descriptorios: Infarto del Miocardio; Síntomas; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud.

## **Introdução**

A fase pré-hospitalar, no atendimento do infarto agudo do miocárdio (IAM), compreende o início da dor e o reconhecimento da sintomatologia pelo paciente, até a procura pelos primeiros socorros, incluindo o deslocamento ao serviço hospitalar mais próximo<sup>(1-2)</sup>. Segundo dados da American Heart Association (AHA), o transporte para o hospital é a fase onde se perde mais tempo. Estima-se que o intervalo de tempo, entre o aparecimento dos sintomas até a chegada à emergência, varia de uma hora e meia a seis horas<sup>(2-3)</sup>. Para garantir bom prognóstico, é ideal que

os pacientes não excedam mais de 45 minutos entre a interpretação dos sintomas e a busca pela assistência em saúde.

A apresentação do IAM abrange desde sintomas clássicos até os inespecíficos, o que pode interferir na escolha por condutas adequadas para o tratamento<sup>(4)</sup>. A correta interpretação dos sintomas resulta em diminuição do tempo de chegada à emergência. Entretanto, a falta de autonomia e a incapacidade progressiva, gerada pela instalação e evolução dos sintomas, podem colaborar para

que o indivíduo torne-se cada vez mais passivo diante da situação, reduzindo as chances de sobrevivência<sup>(4-5)</sup>.

A importância que o paciente atribuiu aos sintomas também influencia na escolha das condutas<sup>(6-7)</sup>. Em estudo realizado pela AHA, foi observado que a maioria dos pacientes não atribuiu grande importância aos sintomas de IAM, classificando-os como "sem relevância" e a conduta relacionada a essa interpretação foi a de ficar esperando o término dos mesmos<sup>(8)</sup>. Algumas características socioculturais como religião, gênero, nível de escolaridade, número de pessoas por domicílio também podem influenciar na escolha das condutas<sup>(9-10)</sup>. O objetivo deste estudo foi avaliar as atitudes pré-hospitalares frente aos sintomas sugestivos de IAM, em pacientes atendidos numa emergência cardiológica.

## Método

Trata-se de estudo descritivo do tipo série de casos, realizado no período de fevereiro a junho de 2008, no Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco/Procaped.

A amostra foi constituída por indivíduos internados com diagnóstico confirmado de IAM, com supradesnivelamento do segmento ST. Foram excluídos os indivíduos que não se encontravam em condições de fornecer informações, por serem portadores de transtornos mentais ou estarem em uso de fármacos que interferiam na cognição ou, ainda, devido às condições clínicas desfavoráveis como choque cardiogênico, edema agudo de pulmão, insuficiência respiratória e assistência ventilatória mecânica, entre outras.

A interpretação dos pacientes sobre os sintomas foi classificada como sendo de origem cardiovascular ou de origem em outros sistemas. Foram definidas como condutas benéficas para tratamento do IAM aquelas preconizadas pela III Diretriz Brasileira para o Tratamento do IAM<sup>(1)</sup>. Foram considerados como desfechos maiores: cirurgia de revascularização miocárdica (RVM), angioplastia coronariana, recrudescência de angina durante o período de internação, acidente vascular cerebral (AVC) e óbito.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário acerca das condições socioeconômicas e demográficas, condutas pré-hospitalares tomadas pelos indivíduos frente aos sintomas preditores de IAM, passado mórbido e fatores de risco cardiovasculares. Os desfechos foram coletados através dos prontuários. Na intenção de minimizar o viés de memória, o tempo máximo para a aplicação do questionário foi 48 horas após a admissão à emergência cardiológica. Para a análise das variáveis foi aplicado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando necessário. Todas as conclusões foram tomadas no nível de significância de 5%. Os *softwares* utilizados foram o

Excel, versão 2000, e o SPSS, versão 8.0. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), conforme Parecer nº405/07.

## Resultados

A amostra foi composta por 115 indivíduos. A maioria (94,8%) dos entrevistados residia em casa de alvenaria, com média de 3,8 habitantes por domicílio, fora do município do Recife e possuíam renda média mensal de 1,7 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes avaliados quanto às características sociodemográficas. Recife, PE, Brasil, 2009

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	79	68,7
Feminino	36	31,3
Idade (60,8±12,6)		
Até 60	28	24,3
>60	87	75,7
Escolaridade		
Analfabeto	32	27,8
Ensino elementar	44	38,3
Ensino fundamental	22	19,1
Ensino médio	10	8,7
Superior	7	6,1
Cor da pele		
Branca	41	35,7
Não branca	74	64,3

Os indivíduos que interpretaram os sintomas como não relacionados à doença cardiovascular atribuíram, mais frequentemente, às seguintes origens: sistema digestório (38%), osteomuscular (29,7%), intoxicação alimentar e/ou medicamentosa (8,5%) e aparelho respiratório (6,3%). Um pequeno percentual (9,6%) optou por duas ou mais condutas simultâneas, ou em sequência, diante dos sintomas apresentados. Apenas 18,7% dos indivíduos escolheram, no mínimo, uma conduta que realmente resultaria em benefício para o seu quadro de saúde. Registrou-se variedade expressiva de condutas, tais como: uso de medicações sem efeitos cardiovasculares e chás, banho, massagem local, prática de exercícios físicos, orações, ingestão de água, indução de vômitos, aplicação tópica de álcool, ingestão de aguardente e aferição da pressão arterial.

Cerca de 90% da amostra possuía pelo menos um fator de risco para doença cardiovascular e 20% dos participantes possuíam pelo menos uma comorbidade.

O tempo de chegada à emergência, após o início dos sintomas, variou de 30 minutos a cinco dias. Essa disparidade justifica a média de tempo de deslocamento de 53 horas, embora 61 pacientes (53%) tenham chegado até 12 horas após. A análise dos desfechos apresentados pelos indivíduos até a alta hospitalar revelou que 3,5% dos entrevistados apresentaram mais de um desfecho. Durante um curto período de tempo, no qual a instituição não dispunha de trombolíticos, alguns dos 86 pacientes que receberam alta hospitalar foram transferidos para outros hospitais ou receberam alta hospitalar para realizar o(s) procedimento(s), posteriormente (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes avaliados quanto às características clínicas e às condutas adotadas, frente aos sintomas preditores de IAM. Recife, PE, Brasil, 2009

Características clínicas	n	%
Interpretação dos sintomas		
Origem cardiovascular	42	36,5
Outras origens	47	40,9
Não sabiam opinar	26	22,6
Condutas		
Nenhuma	52	45,2
Repouso	17	14,8
Aspirina	1	0,9
Analgésico	12	10,4
Nitrato	3	2,6
Outras	43	37,4
Condutas benéficas ao tratamento do IAM		
Sim	20	36,4
Não	35	63,6

(continua...)

Tabela 2 - *continuação*

Características clínicas	n	%
Fatores de risco		
HAS	82	78,8
DM	33	31,7
Tabagismo	54	51,9
Dislipidemia	25	24,0
Comorbidades		
DAC	10	41,7
AVC	5	20,8
Doenças cardíacas não isquêmicas	5	20,8
Outras	6	25,0
Desfechos		
Cirurgia de revascularização miocárdica (CRM)	8	7,0
Angioplastia	7	6,1
Recrudescência de angina/IAM	7	6,1
AVC	2	1,7
Óbito	11	9,6
Alta hospitalar	86	74,8
Tempo transcorrido do início dos sintomas até a admissão na emergência		
Até 12h	61	53,0
>12h	54	47,0

IAM: infarto agudo do miocárdio; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes melitus; DAC: doença arterial coronariana; AVC: acidente vascular cerebral.

Embora sem associação estatisticamente significativa, maior proporção de mulheres, baixa renda mensal e sem testemunhas, durante o IAM, apresentaram maior tempo de deslocamento até a emergência e maior proporção de desfechos maiores (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes avaliados quanto às características sociodemográficas e clínicas, segundo o tempo transcorrido do início dos sintomas até a admissão na emergência. Recife, PE, Brasil, 2009

Características sociodemográficas e clínicas	Tempo desde o início dos sintomas até a admissão na emergência				p-valor
	Até 12h		>12h		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	42	53,2	37	46,8	1,000
Feminino	19	52,8	17	47,2	
Idade					
Até 60	19	67,9	9	32,1	0,084
>60	42	48,3	45	51,7	
Cor da pele					
Branca	26	63,4	15	36,6	0,120
Não branca	35	47,3	39	52,7	
Região que reside					
Recife	23	60,5	15	39,5	0,322
Fora da cidade do Recife	38	49,4	39	50,6	
Renda Mensal					
Até 1 SM	30	46,9	34	53,1	0,188
>1 SM	31	60,8	20	39,2	

(continua...)

Tabela 3 - *continuação*

Características sociodemográficas e clínicas	Tempo desde o início dos sintomas até a admissão na emergência				p-valor
	Até 12h		>12h		
	n	%	n	%	
Testemunhas durante o IAM					
Familiares	36	50,0	36	50,0	
Outros	16	69,6	7	30,4	
Nenhuma	9	45,0	11	55,0	0,191
Interpretação dos sintomas					
Origem cardiovascular	25	59,5	17	40,5	
Outras origens	25	53,2	22	46,8	
Não sabiam opinar	11	42,3	15	57,7	0,384
Condutas					
Nenhuma	29	47,5	23	42,6	0,595
Repouso	9	14,8	8	14,8	0,992
Aspirina	0	0,0	1	1,9	0,470
Analgésico	3	4,9	9	16,7	0,040
Nitrato	0	0,0	3	5,6	0,100
Outras	24	39,3	19	35,2	0,645
Condutas benéficas ao tratamento do IAM					
Sim	8	40,0	12	60,0	
Não	22	62,9	13	37,1	0,101

SM: salário mínimo; IAM: infarto agudo do miocárdio.

A proporção de indivíduos que chegaram à emergência com mais de 12h foi significativamente maior entre aqueles que se automedicaram com analgésicos ( $p=0,040$ ). Percentual maior de indivíduos que interpretou os sintomas

como não decorrentes do coração e que não adotaram nenhuma conduta, diante dos sintomas apresentados, chegou mais tardiamente à emergência, apresentando maior proporção de desfechos maiores (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes avaliados quanto às características clínicas e sociodemográficas, segundo os desfechos maiores. Recife, PE, Brasil, 2009

Características sociodemográficas e clínicas	Desfechos maiores				p-valor
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	62	78,5	17	21,5	
Feminino	24	66,7	12	33,3	0,176
Faixa Etária					
Até 60	19	67,9	9	32,1	
>60	67	77,0	20	23,0	0,453
Cor da pele					
Branca	32	78,0	9	22,0	
Não branca	54	73,0	20	27,0	0,548
Renda mensal					
Até 1 SM	45	70,3	19	29,7	
>1 SM	41	80,4	10	19,6	0,216
Testemunhas durante o IAM					
Familiares	58	80,6	14	19,4	
Outros	15	65,2	8	34,8	
Nenhuma	13	65,0	7	35,0	0,182
Interpretação dos sintomas					
Origem cardiovascular	32	76,2	10	23,8	
Outras origens	34	72,3	13	27,7	
Não sabiam opinar	20	76,9	6	23,1	0,880

(*continua...*)

Tabela 4 - *continuação*

Características sociodemográficas e clínicas	Desfechos maiores				p-valor
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Conduatas					
Nenhuma	42	48,8	10	34,5	0,179
Repouso	13	15,1	4	13,8	1,000
Aspirina	0	0,0	1	3,4	0,252
Analgésico	11	12,8	1	3,4	0,290
Nitrato	2	2,3	1	3,4	1,000
Outras	28	32,6	15	51,7	0,065
Conduatas benéficas ao tratamento do IAM					
Sim	16	80,0	4	20,0	
Não	23	65,7	12	34,3	0,262

SM: salário mínimo; IAM: infarto agudo do miocárdio.

## Discussão

Fatores sociodemográficos e clínicos são capazes de interferir na interpretação e escolha de condutas por parte dos pacientes, influenciando, assim, o tempo pela busca de atendimento e o início da trombólise e, por conseguinte, o prognóstico e sobrevida dos indivíduos<sup>(2,9-10)</sup>.

O baixo nível de escolaridade e as restritas condições financeiras, identificadas nesta amostra, podem ter limitado o acesso desses indivíduos à educação em saúde, influenciando o tempo de busca pelo serviço de saúde de alta complexidade, corroborando os achados de outros autores<sup>(10)</sup>. Grande parte dos indivíduos interpretou os sintomas como problemas de origem gastrointestinal. Esses dados são concordantes com estudos realizados na Inglaterra e na Suécia, onde a maioria dos pacientes interpretou os sintomas como indigestão ou de origem musculoesquelética<sup>(11-12)</sup>.

Embora a maioria tenha chegado em até 12h à emergência, poucos adotaram condutas pré-hospitalares que resultariam em benefício ao quadro de IAM. Estudo qualitativo, realizado na Inglaterra, numa amostra de dez mulheres, avaliou a percepção dos sintomas de IAM. Os resultados mostraram haver coerência entre a interpretação dos sintomas e as condutas adotadas pelas pacientes<sup>(12)</sup>.

À semelhança dos achados do presente estudo, os homens e as pessoas mais jovens levaram menos tempo para buscar os serviços de saúde, quando comparados às mulheres e aos idosos que tiveram mais dificuldades para interpretar os sintomas como sendo um episódio de IAM e apresentam mais sintomas atípicos<sup>(13)</sup>. Esses dados podem, em parte, justificar a elevada mortalidade feminina intra-hospitalar, após as primeiras 24 horas de internamento por IAM, e a demora para instituir a trombólise<sup>(14-15)</sup>.

Mesmo sem associação estatisticamente significativa, a maioria dos pacientes que chegaram com menos de 12 horas à emergência eram moradores da cidade do Recife, de cor branca, com melhores condições financeiras. Esses achados se assemelham aos de estudos que avaliaram a diferença na percepção dos sintomas entre negros e brancos e entre pessoas de diferentes condições financeiras<sup>(16)</sup>. Estudo multicêntrico mostrou que pacientes da Austrália e da Nova Zelândia perdem menos tempo até a chegada à emergência, quando comparados com brasileiros e argentinos<sup>(17)</sup>. Entre os indivíduos que chegaram mais cedo à emergência, grande parte estava acompanhada por testemunhas sem vínculo de parentesco com os mesmos. Por outro lado, autores que estudaram a influência da interpretação dos sintomas, no tempo de deslocamento até o hospital, verificaram que familiares sugerem mais frequentemente atitudes que prolongaram o tempo de chegada à emergência, quando comparados às pessoas sem relação de parentesco com a vítima<sup>(18)</sup>.

A maioria dos pacientes que interpretaram os sintomas como doença cardiovascular (DCV) conseguiu chegar com menos de 12 horas à emergência. Esses dados se assemelham aos resultados de outros trabalhos, onde a maioria dos indivíduos que interpretaram os sintomas, como sendo de outra origem, perderam mais tempo para buscar socorro<sup>(19)</sup>. Em estudo multicêntrico que avaliou 228 pacientes foi verificado que apenas 25% deles reconheceram os sintomas como DCV, e que as decisões mais ágeis foram adotadas por aqueles que interpretaram os sintomas corretamente<sup>(19)</sup>. Outro estudo realizado no Japão mostrou que os pacientes que associaram os sintomas à DCV buscaram mais rapidamente o serviço de emergência e chegaram com mais chances de se submeterem à trombólise mecânica<sup>(20)</sup>.

O retardo na procura de atendimento pode ser influenciado pela localização do IAM, idade, duração dos sintomas, experiência negativa com tratamentos hospitalares anteriores, medo, alterações na percepção da dor, deficiência na autonomia para cuidar da própria saúde, fatores culturais/crenças populares, dificuldades no acesso à educação e aos serviços de saúde devido à desfavorável localização geográfica e/ou condições financeiras limitadas, baixo nível de escolaridade, dentre outros<sup>(14,21)</sup>.

A maioria dos pacientes que usou nitratos e aspirina chegou com mais de 12 horas à emergência. Essas condutas podem ter contribuído, em parte, para o retardo na decisão de ir ao hospital. Essa hipótese pode ser confirmada pela associação estatisticamente significativa entre o uso de analgésicos e o tempo mais prolongado para chegar à emergência. Indivíduos que chegaram à emergência mais cedo tomaram menos condutas adequadas e talvez, por isso, tenham ido mais rápido à emergência, uma vez que as condutas adotadas não surtiram efeito benéfico ou até podem ter contribuído para a piora do quadro clínico.

Entre os pacientes que apresentaram desfechos maiores foi observada proporção mais elevada de indivíduos do sexo feminino, com faixa etária de até 60 anos, baixo nível de escolaridade, cor não branca, com renda mensal de até um salário mínimo e ausência de testemunhas durante o episódio. Alguns estudos mostraram que indivíduos com cor da pele branca, com melhores condições financeiras e maior grau de escolaridade apresentaram maior rapidez na busca de atendimento clínico em relação aos não brancos<sup>(22)</sup>. Isso pode ter justificado o fato de indivíduos com condições sociais desfavoráveis levarem mais tempo para acessar os serviços de emergência, retardando o tempo para o início da trombólise.

É possível que o reduzido número da amostra possa ter influenciado na falta de associação estatisticamente significativa, e que tenha ocorrido viés de aferição em relação à variável desfecho, devido às deficiências do serviço que nem sempre oferecia todos os procedimentos, nos mais diferentes níveis de complexidade. Além disso, durante um curto período de tempo, a instituição não dispunha de trombolíticos. Dessa forma, alguns pacientes foram transferidos para outros hospitais ou receberam alta hospitalar para realizar o(s) procedimento(s) posteriormente.

A educação popular é uma das ferramentas fundamentais da promoção à saúde. O conhecimento acerca dos sintomas de uma doença pode interferir na interpretação desses e, conseqüentemente, a conduta adotada pelo paciente, na maioria das vezes, será coerente com a interpretação que o mesmo atribui aos sintomas.

Portanto, faz-se necessário orientar a população, através de campanhas educativas, de maneira racional e respaldada em dados científicos, para divulgação dos sintomas de IAM, especialmente entre os idosos, mulheres, uma vez que esses grupos apresentaram maior retardo no tempo de busca pelo atendimento de saúde.

Durante a realização das atividades de educação em saúde, é importante que os profissionais adotem estratégias que possam encorajar e respeitar a noção de que o paciente, como indivíduo responsável pela sua própria saúde, possa iniciar o processo que o leve a ficar bem, reconhecendo em si a necessidade de mudança de atitude frente aos sintomas preditores da doença<sup>(23)</sup>. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde estão democratizando o saber, respeitando a autonomia e potencializando a capacidade do autocuidado nos pacientes, contribuindo para a redução da mortalidade por IAM.

## Conclusão

Indivíduos com condições socioeconômicas desfavoráveis, que interpretaram os sintomas de forma incorreta e não adotaram nenhuma conduta diante dos sintomas apresentados, chegaram mais tardiamente à emergência e apresentaram piores desfechos intra-hospitalares.

## Referências

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. Arq Bras Cardiol. 2004;83(supl 2):1-86.
2. Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ, Alonzo A, Croft JB, Dracup K, 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;114(2):175-89.
3. Lovlien M, Schei B, Hole T. Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6(4):308-13.
4. Ottesen MM, Dixen U, Torp-Pedersen C, Kober L. Prehospital delay in acute coronary syndrome – an analysis of the components of delay. Int J Cardiol. 2004;96(1):97-103.
5. Mensah GA, Hand MM, Antman EM, Ryan TJ Jr, Schriever R, Smith SC Jr. Development of system of care for st-elevation myocardial infarction patients: the patient and public perspective. Circulation. 2007;116(2):33-8.
6. Caldwell MA, Miaskowski C. Mass media interventions

- to reduce help-seeking delay in people with symptoms of acute myocardial infarction: time for a new approach? *Patient Educ Couns.* 2002;46(1):1-9.
7. Santos FLMM, Araújo TL. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2003;11(6):742-8.
  8. Moser DK, McKinley S, Dracup K, Chung ML. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Educ Couns.* 2005;56(1):45-54.
  9. Antman EM, Hand M, Armstrong W, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with st-elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2008;117(2):1-34.
  10. Masoudi FA, Bonow RO, Brindis RG, Cannon CP, DeBuhr J, Fitzgerald S, et al. ACC/AHA 2008 Statement on performance measurement and reperfusion therapy. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52(24):2100-12.
  11. Henriksson C, Lindahl B, Larsson M. Patients' and relatives' thought and actions during and after symptom presentation for an acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6(4):280-6.
  12. MacInnes JD. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006;5(4):280-8.
  13. Arnetz JE, Arnetz BB. Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008;17(3):393-405.
  14. Jneid H, Fonarow GC, Cannon CP, Hernandez AF, Palacios IF, Maree AO, et al. Sex differences in medical care and early death after acute myocardial infarction. *Circulation.* 2008;118(25):2803-10.
  15. Passos LCS, Lopes AA, Esteves FP, Santos FMO. Diferença de letalidade hospitalar do infarto agudo do miocárdio entre homens e mulheres submetidos a angioplastia primária. *Arq Bras Cardiol.* 1998;71(4):587-90.
  16. Goldberg RJ, Gabriel P, 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.
  17. Goldberg RJ, Spencer FA, Fox KAA, Brieger D, Steg G, Gurfinkel E, et al. Prehospital delay in patients with acute coronary syndromes - from the global registry of acute coronary events [GRACE]. *Am J Cardiol.* 2009;103(5):598-603.
  18. 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.
  19. Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser DK, Aitken LM. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6(2):105-11.
  20. Fukuoka Y, Dracup Kathleen, Kobayashi F, Froelicher ES, Rankin SH, Ohno M, et al. Trajectory of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction in the Japanese health care system. *Int J Cardiol.* 2006;107(2):188-93.
  21. Pinto DS, Kirtane AJ, Nallamothu BK, Murphy SA, Cohen DJ, Laham RJ, et al. Hospital delays in reperfusion for ST-elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2006;114(19):2019-25.
  22. Mcginn AP, Rosamond WD, Goff DC, Taylor HA, Miles JS, Chambless L, et al. Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: experience in 4 US communities from 1987-2000. *Am Heart J.* 2005;150(3):392-400.
  23. Mussi FC. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004;12(5):751-9.

Recebido: 24.7.2010

Aceito: 14.6.2011

*Como citar este artigo:*

Gouveia VA, Victor EG, Lima SG. Atitudes pré-hospitalares adotadas por pacientes frente aos sintomas de infarto agudo do miocárdio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set.-out. 2011 [acesso em: \_\_\_\_\_];19(5):[08 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_*

URL

dia  
mês abreviado com ponto  
ano