



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**CARLA ALMEIDA DAMASCENO**

**FATORES QUE INFLUENCIAM O TEMPO DE DECISÃO DE HOMENS E  
MULHERES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO PARA A PROCURA DE  
ATENDIMENTO MÉDICO**

**SALVADOR**  
**2010**

**CARLA ALMEIDA DAMASCENO**

**FATORES QUE INFLUENCIAM O TEMPO DE DECISÃO DE HOMENS E  
MULHERES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO PARA A PROCURA DE  
ATENDIMENTO MÉDICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre na área de concentração Gênero, Cuidado e Saúde em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Fernanda Carneiro Mussi.

**SALVADOR  
2010**

Ficha Catalográfica

D155 Damasceno, Carla Almeida.  
Fatores que influenciam o tempo de decisão de homens e mulheres com infarto do miocárdio para a procura de atendimento médico/ Carla Almeida Damasceno. – Salvador, 2010.  
78 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Mestrado na Área de Concentração Gênero, Cuidado e Saúde em Enfermagem.

Orientação: Profa. Dra. Fernanda Carneiro.

1. Infarto do miocárdio – Atendimento médico 2. Retardo pré-hospitalar  
3. Enfermagem – Cuidado I. Título.

CDU 616.127-083

Maria Emilia Carvalho Ribeiro  
CRB-5/1101

**CARLA ALMEIDA DAMASCENO**

**FATORES QUE INFLUENCIAM O TEMPO DE DECISÃO DE HOMENS E MULHERES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO PARA A PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Saúde em Enfermagem.**

**Aprovada em 29 de abril de 2010.**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

Fernanda Carneiro Mussi \_\_\_\_\_  
**Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**

Carlos Antônio Teles Santos \_\_\_\_\_  
**Doutor em Saúde Pública e Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana**

Dora Sadigursky \_\_\_\_\_  
**Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**

Dedico esta construção às pessoas que, vitimadas pelo infarto, concordaram em dividir comigo suas experiências, e tornaram o desejo da pesquisa em um concreto aprendizado pessoal e profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, antes e primordialmente, a Deus, meu Criador, pelo dom da vida.

Aos meus pais, que, com amor, carinho e paciência, me ensinaram os verdadeiros valores da vida, que o tempo não pode destruir, e que ninguém jamais poderá arrancar de mim.

Aos meus irmãos, Charles e Victor, por me acompanharem nas madrugadas de trabalho, e por me emprestarem seus ouvidos para os meus desabafos.

À minha orientadora, exemplo de ser humano e de profissional, Dr<sup>a</sup>. Fernanda Carneiro Mussi, pela atenção, apoio, incentivo com que me conduziu, me acompanhou e me ensinou a caminhar pelos tortuosos caminhos da pesquisa.

Às professoras e professores da Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por acreditarem em meu potencial e me ajudaram em minha trajetória acadêmica.

À professora Dora Sadigursky, pelo incentivo e apoio na busca pelo mestrado, desde o momento em que estava como aluna especial, e pelo auxílio durante a caminhada acadêmica.

A Dr. Armênio Guimarães pelo auxílio na construção dessa pesquisa.

Às minhas companheiras de mestrado, por dividirem comigo as dificuldades pertinentes ao aprendizado, em especial, Leila Maria Brito, Carina Martins e Mônica Evangelista.

A Elieusa Sampaio pelo incentivo ao ingressar no mestrado, e por me fazer crer que tudo daria certo, mesmo quando eu pensava que não conseguiria.

A Cláudia Geovana da Silva Pires, pelo incentivo e apoio, auxiliando-me nas dificuldades com a construção da dissertação, enviando-me materiais para que eu pudesse sedimentar meu estudo.

Às minhas colegas de profissão e de trabalho que concordaram em trocar turnos de trabalho a fim de que eu pudesse conduzir meu trabalho acadêmico.

À minha colega de trabalho, e ex-chefe, Maria Aparecida Freitas, por acreditar em meu potencial e me confortar, nos momentos em que o cansaço físico parecia vencer.

Aos meus amigos, pelo consolo nos momentos de desespero, em especial Naiane Andrade.

Ao estatístico, que não somente participou da análise de dados, mas também da etapa de construção dos objetivos e da discussão.

Às bolsistas Tássia Lacerda, Andréia Mendes e Mariana Almeida, pelo auxílio na coleta e na análise dos dados.

À minha cunhada, Camila Barreto, pelo importante auxílio nas correções finais.

DAMASCENO, Carla Almeida. **Fatores que influenciam o tempo de decisão de homens e mulheres com infarto do miocárdio para a procura de serviço de saúde.** 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2010.

### RESUMO

Introdução: O retardo para a decisão da procura de atendimento médico diante do infarto do miocárdio (IAM) é entrave para o recebimento dos benefícios das terapêuticas de reperfusão miocárdica. Objetivo geral: Analisar, para homens (H) e mulheres (M) que sofreram IAM, a influência de fatores socioeconômicos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais no tempo de decisão para procura de atendimento médico (TD). Objetivos específicos: Identificar o TD para os gêneros; descrever, para eles, os fatores socioeconômicos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais que influenciam no TD; verificar se os gêneros são modificadores da relação entre TD e esses fatores. Metodologia: Estudo analítico, de corte transversal, realizado em dois hospitais públicos, referência para atendimento em cardiologia, em Salvador/BA. Cem pessoas com diagnóstico médico de IAM, orientadas no tempo e espaço, foram entrevistadas. O TD foi analisado pela média geométrica (MG). Para analisar a associação entre esses fatores e os gêneros empregou-se o teste Q-quadrado e o teste Exato de Fisher. Para verificar a influência desses fatores no TD e se os gêneros constituíram variável modificadora das associações de interesse, empregou-se o modelo de regressão linear robusto. A significância estatística adotada para todos os testes foi de 5%, enquanto que, para análise da interação, adotou-se valor de  $p \leq 0,10$ . Resultados: A média de idade para as mulheres foi de 58,97 anos  $\pm$  dp12,10 e dos homens de 58,70 anos  $\pm$  dp11,08. A maioria da amostra era da raça/cor negra (71%), casada (75%), tinha até o 1º grau (69%), recebia até 3 salários mínimos (63%), economicamente ativa (67%) e procedente de Salvador/BA (70%). Não houve associação significativa entre os gêneros e essas variáveis. A MG para TD foi de 1,06h e, respectivamente, para H e M de 0,9h e 1,4h. Não se observou associação significativa entre TD e os fatores socioeconômicos. Entre os fatores clínicos observou-se associação significativa para indivíduos: tabagistas (TD=0,5h) em relação a não tabagistas (TD=1,3h), com dor no pescoço (TD=2,4h) e mandibular (TD=4,2h), em relação aos que não as tiveram (respectivos TD=0,9h; TD=1,0h); com dor constante (TD=0,7h) em relação a dor inconstante (TD=2,7h); com dor leve (TD=6,6h) em relação a moderada e intensa (TD=2,1h e 0,6h, respectivamente). Quanto aos fatores cognitivos e emocionais, verificou-se associação significativa para os participantes que: consideraram graves os sintomas (TD=0,8h) em relação aos que não perceberam gravidade (TD= 2,0h), procuraram imediatamente um serviço de saúde (TD=0,1h) em relação aos que retardaram essa decisão (TD=1,9h), esperaram a melhora dos sintomas (TD= 2,2h) e tomaram algo para melhorar (TD=1,9h) em relação aos que não tiveram essas iniciativas (TD respectivos de 0,2h e 0,5h). Com a piora dos sintomas, notou-se associação significativa para os que tomaram algo para melhorar (TD=13,8h) e esperaram a sua melhora (TD=17,0h) em relação aos que não adotaram essas ações (TD=1,8 e 1,9h). Quanto aos fatores ambientais, encontrou-se associação significativa para as pessoas em casa no início dos sintomas (TD= 1,3h) em relação às que estavam no trabalho (TD=1,4h) ou via pública (TD=0,3h). O gênero foi potencial modificador das associações entre TD e viver acompanhado ( $p=0,066$ ), tabagismo ( $p=0,017$ ); presença de dor no pescoço ( $p=0,011$ ) e mandibular ( $p=0,000$ ); esperar a melhora dos sintomas ( $p=0,014$ ), ocultar os sintomas ( $p=0,016$ ); pedir ajuda a alguém na piora dos sintomas ( $p=0,050$ ); ter companheiro (a) ( $p=0,012$ ) e filhos ( $p=0,106$ ) como pessoa no entorno. Conclusões: Homens e mulheres apresentaram TD elevados para a procura de atendimento médico. Alguns fatores de natureza clínica, cognitiva, emocional e ambiental foram associados a maior TD, e o gênero foi potencial modificador da relação entre TD e esses fatores. O conhecimento obtido oferece subsídios para práticas de cuidar focalizadas na especificidade desses fatores e dos gêneros, a fim de que se possa obter êxito na redução do TD para a procura de atendimento médico.

Palavras-chave: Infarto do miocárdio. Retardo pré-hospitalar. Enfermagem.



DAMASCENO, Carla Almeida. **Factors influencing the decision time for men and women with myocardial infarction to the demand for health services.** 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2010.

#### ABSTRACT

Introduction: the decision to delay seeking medical attention during myocardial infarction (MI) is the obstacle to receiving the therapeutic benefits of myocardial reperfusion. General Objective: to analyze, for men (M) and women (M) who suffered MI, the influence of socioeconomic, clinical, environmental, cognitive and emotional factors on the lapse of time to take a decision for seeking medical care (DT). Specific Objectives: identify the DT for the *genera*; describe, for them, the socioeconomic, clinical, environmental, cognitive and emotional influence on DT; to check if the genders are modifiers of the relationship between DT and these factors. Methodology: analytical, cross-sectional study conducted in two public hospitals, both being reference to care in cardiology, in Salvador, Bahia. One hundred people with a medical diagnosis of AMI, oriented in time and space were interviewed. The decision lapse of time was analyzed by the geometric mean (MG). To examine the association between these factors and genders the Q-square and Fisher exact test were utilized. To check the influence of these factors on TD and whether gender should be taken as a variable modifying the associations of interest, the robust linear regression model was utilized. The adopted statistical significance for all tests was 5%. On the other hand, for interaction analysis was adopted the value of  $p \leq 0,10$ . Results: The mean age for women was 58.97 years  $\pm$  dp12, 10 men and 58.70 years  $\pm$  dp11, 08. Most of the sample was constituted of black people (71%), married (75%), even had 1<sup>st</sup> degree (69%), received up to 3 minimum wages (63%), economically active (67%) and living in Salvador/BA (70%). There was no significant association between gender and these variables. For MG DT was 1,06h, for H and M, 0,9h and 1,4h, respectively. There was no significant association between DT and socioeconomic factors. Among clinical factors we observed a significant association for individuals: nonsmokers (DT=0,5h) for nonsmokers (DT=1,3h), with pain in the neck (DT=2,4h) and jaw (DT=4,2h), in relation to those who did not suffer from it (their DT=0,9 h; DT=1,0h) with constant pain (DT=0,7 h) for fickle pain (DT=2,7h), with mild pain (DT=6,6h) compared to moderate and severe (DT=2,1h and 0,6, respectively). As for the emotional and cognitive factors a significant association has been detected for participants who: felt severe symptoms (DT=0,8h) than those who did not perceive gravity (DT=2,0h), sought immediately a health facility (DT=0,1h) than those who delayed that decision (DT=1,9h), the expected improvement in symptoms (DT=2,2h) and took something to feel better (DT=1,9h) than those who did not use these initiatives (DT respective 0,2h and 0,5h). Along the worsening of symptoms, significant association was noted for taking something to improve (DT=13,8h) and waited for her improvement (DT=17,0h) than those who did not take these actions (DT=1,8h and 1,9h). Regarding environmental factors, we found a significant association for people at home at onset (DT=1,3h) than those who were at work (DT=1,4h) or on the streets (DT=0,3h). Gender was a potential modifier of the associations between DT and living together ( $p=0,066$ ), smoking ( $p=0,017$ ), presence of neck ( $p=0,011$ ) and jaw ( $p= 0,000$ ) pain; expect improvement of symptoms ( $p=0,014$ ), hide the symptoms ( $p=0,016$ ); seek help from someone in the worsening of symptoms ( $p= 0,050$ ), having a partner ( $p=0,012$ ) and children ( $p=0,106$ ) as a person in the neighborhood. Conclusions: Men and women had elevated DT for seeking medical attention. Some factors, clinical, cognitive, and emotional environment were associated with increased DT, and gender was a potential modifier of the relationship between DT and these factors. The knowledge gained from the present research offers a framework for care practices focused on the specificity of these factors and genders so that it can succeed in reducing the DT for seeking medical attention.

Key words: Myocardial infarction. Prehospital delay. Nursing.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.	40
Tabela 2 – Fatores de risco cardiovascular (FRCV), manifestações clínicas da doença arterial coronariana (DAC) e tipo de IAM segundo amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.	41
Tabela 3 – Características dos sintomas do IAM segundo amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.	42
Tabela 4 – Motivos referidos para a demora e para a decisão de buscar atendimento médico segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.	40
Tabela 5 – Julgamento da natureza dos sintomas do IAM e de sua gravidade segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.	44
Tabela 6 – Ação no início dos sintomas do IAM segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.	46
Tabela 7 – Caracterização do contexto ambiental segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.	47
Tabela 8 – Fatores socioeconômicos associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Salvador, Bahia, 2009.	49
Tabela 9 – Fatores de risco cardiovascular (FRCV) e características dos sintomas associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Salvador, Bahia, 2009.	50
Tabela 10 – Julgamento da natureza dos sintomas e de sua gravidade associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Salvador, Bahia, 2009.	52
Tabela 11 – Ações dos participantes face ao início e à piora dos sintomas associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Salvador, Bahia, 2009.	53
Tabela 12 – Características do contexto ambiental associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação Salvador, Bahia, 2009.	54

## LISTA DE FIGURA

Figura 1	Modelo da Auto-regulação de Leventhal	28
----------	---------------------------------------	----

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Cronograma de visita aos hospitais para a coleta de dados	35
----------	---	----

## **LISTA DE SIGLAS**

**DAC** – Doença Arterial Coronariana

**FRCV** – Fatores de Risco Cardiovascular

**IAM** – Infarto Agudo do Miocárdio

**MG** – Média Geométrica

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

**TD** – Tempo de Decisão

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2 FATORES DE RETARDO PRÉ-HOSPITALAR FACE AO IAM</b>	17
2.1 MORTALIDADE E MORBIDADE POR IAM E BENEFÍCIOS DA REPERFUSÃO CORONÁRIA PRECOCE	17
2.2 FATORES ASSOCIADOS À DEMORA NA DECISÃO DE MULHERES E HOMENS PARA PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO E DE CHEGADA TARDIA A UM SERVIÇO MÉDICO DE EMERGÊNCIA FACE AO IAM	18
<b>3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM FOCO NA REDUÇÃO DO RETARDO PRÉ-HOSPITALAR FACE AO IAM</b>	24
<b>4 METODOLOGIA</b>	
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 LÓCUS DO ESTUDO	30
4.3 AMOSTRA	31
4.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS	32
4.5 COLETA DE DADOS	32
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	36
4.7 ANÁLISE DE DADOS	36
<b>5 RESULTADOS</b>	
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA, CLÍNICA, DA RESPOSTA COGNITIVA E EMOCIONAL E DO CONTEXTO AMBIENTAL DOS PARTICIPANTES FACE AO IAM	38
5.2 COMPARAÇÃO DOS TEMPOS MÉDIOS DE DECISÃO PARA PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO SEGUNDO FATORES SOCIOECONÔMICOS, CLÍNICOS, COGNITIVOS, EMOCIONAIS E AMBIENTAIS DOS PARTICIPANTES E O GÊNERO	47
<b>6 DISCUSSÃO</b>	55
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	62
<b>REFERÊNCIAS</b>	64
<b>APÊNDICE A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
<b>APÊNDICE B</b> – Instrumento para coleta de dados de “Retardo pré-hospitalar face ao infarto do miocárdio: diferenças entre mulheres e homens”	73
<b>ANEXO A</b> – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Néri	76
<b>ANEXO B</b> – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel	77

## 1 INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio\* (IAM) consiste em um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento (TIMERMAN *et al.*, 2004).

No Brasil, é considerado a principal causa isolada de morte. Estimam-se 300 a 400 mil casos por ano no país, sendo que a cada 5 e 7 casos ocorre um óbito, apesar dos inúmeros avanços terapêuticos obtidos nos últimos anos (SBC, 2004).

Ao longo dos anos houve redução da letalidade hospitalar por IAM em decorrência da introdução de novas tecnologias, como o uso de agentes fibrinolíticos, da aspirina e dos betabloqueadores e da angioplastia coronária primária. No entanto, as taxas de mortalidade pré-hospitalar permanecem inalteradas (POTSCH; BASSAN, 2003).

Cerca de 50% das pessoas que sofrem IAM morrem na primeira hora de evolução do evento cardiovascular, muitas vezes antes da chegada ao hospital. A mortalidade pode atingir o percentual de 80% nas primeiras 24 horas (SBC, 2004). Todavia, o diagnóstico e o tratamento precoces podem salvar vidas e melhorar a qualidade de vida pela redução de morte arritmica e pela melhora da função ventricular esquerda após o infarto. Nesse sentido, é fundamental a apresentação do indivíduo a um serviço médico de emergência logo após o início dos sintomas do IAM (SBC, 2004; TIMERMAN *et al.*, 2004).

Entretanto, mesmo diante de sinais e sintomas prodrômicos do IAM, tem-se observado demora na apresentação dos indivíduos a um serviço médico de emergência, em média de 2h, o que configura o retardo pré-hospitalar (intervalo de tempo entre o início dos sintomas até a chegada à instituição hospitalar) (McGINN *et al.*, 2005; MOSER *et al.*, 2005; MUSSI *et al.*, 2007).

O retardo pré-hospitalar está tanto ligado à demora do indivíduo para tomar a decisão ~~para~~ de procurar atendimento médico quanto a fatores de disponibilidade de transporte e de possibilidade de acesso à rede hospitalar (MUSSI *et al.*, 2007B).

---

\*O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das principais formas clínicas das doenças isquêmicas cardíacas, que compõem o quadro denominado de “Síndromes Coronarianas Agudas” (SCA), juntamente com a angina instável, e pode ser classificado em IAM com ou sem supradesnivelamento do segmento ST. Seu mecanismo fisiopatológico caracteriza-se pela diminuição do aporte de oxigênio em caráter agudo, ocasionando variados graus de sofrimento do miocárdio que podem culminar com morte tecidual em maior ou menor grau. (TIMERMAN; TIMERMAN, 2002).

Alguns estudos verificaram que as mulheres, em relação aos homens, retardaram mais para tomar a decisão de procurar atendimento médico após o início dos sintomas (SAMPAIO, 2008; MOSER *et al.*, 2005; ZERWIC *et al.*, 2003; SHEIFER *et al.*, 2000), enquanto outros não encontraram diferenças nos tempos entre os gêneros (GOFF *et al.*, 2000). Nesse contexto, tão importante quanto descobrir as diferenças nos tempos de decisão entre os gêneros, é verificar a existência dos fatores que os determinam.

Os fatores que influenciam o tempo de decisão (TD) para procura de atendimento médico, podem ser classificados em socioeconômicos, clínicos, cognitivos e emocionais, além de ambientais (DRACUP *et al.*, 2006). Com relação aos fatores socioeconômicos, destaca-se a idade avançada (SHEIFER *et al.*, 2000; GOLDBERG *et al.*, 2002), o gênero feminino (SHEIFER *et al.*, 2000; GOLDBERG *et al.*, 2002) e o baixo nível socioeconômico (MOSER *et al.*, 2006; SAMPAIO, 2008). Quanto aos fatores clínicos, salienta-se a existência de diabetes *mellitus* e a história prévia de angina do peito (GOLDBERG *et al.*, 2002; MALACRIDA *et al.*, 1998). Entre os fatores de natureza ambiental, incluem-se o contexto social em que os sintomas se manifestam, e a influência do círculo familiar na ação dos indivíduos face aos sintomas do IAM (ZERWIC *et al.*, 2003; LOVLIN *et al.*, 2006). No que se relaciona aos fatores cognitivos e emocionais, destaca-se a falha em reconhecer os sintomas como sendo de origem cardíaca (MOSER *et al.*, 2005), a falta de conhecimento de sobre como ocorre o infarto (MOSER *et al.*, 2005), o medo do que possa acontecer e o receio de incomodar e pedir ajuda (DRACUP *et al.*, 2006), bem como as ações imediatas equivocadas dos indivíduos face aos sintomas cardiovasculares (SAMPAIO, 2008; THURESSON *et al.*, 2007).

Sabe-se, também, que esses fatores podem ser influenciados pelos gêneros. Entende-se que a categoria gênero dá o devido destaque às características socialmente construídas, que constituem as construções sociais sobre o masculino e o feminino nas diferentes culturas. Nesse sentido, gênero é compreendido como a rede de traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades que, através de um processo de construção social, diferencia homens e mulheres (MUSSI; PERREIRA, 2010). A partir dessa perspectiva, depreende-se que homens e mulheres, face à vivência do IAM, podem apresentar diferentes comportamentos e tempos de decisão para procura de atendimento médico.

Algumas pesquisas que exploraram a relação entre esses fatores, o TD e os gêneros, verificaram que, quanto aos fatores socioeconômicos e clínicos, as mulheres sofrem IAM em idade maior do que os homens (ISAKSSON *et al.*, 2008; MALACRIDA *et al.*, 1998) e possuem maior prevalência de diabetes *mellitus* (MALACRIDA *et al.*, 1998; DEVON *et al.*,



2008). Portanto, podem apresentar sintomas atípicos e retardar a decisão para procura de atendimento médico (DEVON *et al.*, 2008; ISAKSSON *et al.*, 2008). Em relação aos fatores ambientais, as mulheres foram menos encorajadas por seus companheiros a buscarem atendimento médico face aos sintomas do IAM, retardando também essa decisão (THURESSON *et al.*, 2007). No que se relaciona aos fatores cognitivos, os homens julgaram, com maior frequência, seus sintomas como de origem cardíaca (THURESSON *et al.*, 2007) e os consideraram mais graves, decidindo em menor tempo buscar socorro médico (MACINNES, 2006); em relação aos fatores emocionais, as mulheres retardaram mais em decidir procurar atendimento médico por medo de serem consideradas incapazes (THURESSON *et al.*, 2007).

Embora alguns estudos, supramencionados, evidenciem fatores associados ao retardo pré-hospitalar e ao gênero, como variáveis potencialmente modificadoras dos tempos de decisão face ao IAM, muito pouco se conhece sobre o tema no Brasil e no município de Salvador, dificultando a proposição de práticas de cuidar e de educação em saúde que focalizem especialmente o problema em questão.

Diante do exposto, e partindo de discussões no “Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular” (GISC), coordenado pela Prof<sup>ª</sup> Dra. Fernanda Carneiro Mussi, orientadora da presente pesquisa, além das minhas inquietações enquanto Enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica de um hospital de grande porte, cuidando de pessoas com complicações decorrentes do retardo pré-hospitalar face ao IAM, venho refletindo sobre os fatores pelos quais homens e mulheres retardam em decidir buscar atendimento médico quando acometidas (os) por IAM. Assim sendo, configurou-se, como objeto de estudo, o conjunto de “fatores que influenciam no tempo de decisão para a procura de atendimento médico de homens e mulheres que sofreram IAM”, e como questão de pesquisa: “quais fatores estão relacionados ao tempo de decisão para a procura de atendimento médico entre homens e mulheres que sofreram IAM?”

A resposta a essa indagação visa a contribuir para a produção e reflexão do conhecimento sobre o tema, especialmente no contexto nacional, oferecer subsídios aos enfermeiros (as) para propor e implementar práticas de educação em saúde, no âmbito hospitalar e extra-hospitalar, visando a minimizar o tempo de decisão para procura de um serviço de saúde, diante dos sintomas do IAM.

Com base no exposto, constituíram-se em objetivos do estudo:

## OBJETIVO GERAL

Analisar, para homens e mulheres que sofreram IAM, a influência de fatores socioeconômicos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais no tempo de decisão para procura de atendimento médico.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Estimar o tempo de decisão para procura de atendimento médico para homens e mulheres que sofreram IAM.
- 2 Investigar os fatores socioeconômicos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais que influenciam no tempo de decisão para procura de atendimento médico, para homens e mulheres que sofreram IAM.
- 3 Verificar se o gênero é variável modificadora da relação entre o tempo de decisão e esses fatores.

## 2 FATORES DE RETARDO PRÉ-HOSPITALAR FACE AO IAM

### 2.1 MORTALIDADE E MORBIDADE POR IAM E BENEFÍCIOS DA REPERFUSÃO CORONÁRIA PRECOCE

As doenças cardiovasculares, das quais o IAM faz parte, prevalecem como a principal causa de morte e incapacidade no Brasil e no mundo, sendo que sua incidência vem aumentando ao longo dos anos no país (GUIMARÃES *et al.*, 2006; LESSA, 2003).

Ainda no Brasil, em 2005, o número de internamentos por IAM foi de 56.534; os óbitos chegaram a 64.455, correspondendo a um total de 6,5 % do total de mortes no referido ano (SBC, 2004; DATASUS, 2005).

Em Salvador, verificou-se a prevalência de IAM de 99 em cada 100.000 habitantes adultos com idade maior que 25 anos (LESSA, 1999).

O interesse em estudar fatores de retardo pré-hospitalar no Brasil surgiu na década de 60, devido ao elevado número de óbitos em decorrência de IAM, antes que estas pessoas chegassem ao hospital. Nesse período, 60% dos indivíduos faleciam na primeira hora, e muitos não chegavam ao hospital nas primeiras 12 horas. Nos últimos anos, observa-se que 50% dos IAM ocorrem na primeira hora, o que demonstra que, apesar de as taxas de mortalidade terem sofrido significativa redução, houve pouca mudança na redução da mortalidade pré-hospitalar (TIMERMAN *et al.*, 2004).

Estudos multicêntricos sobre o tratamento do IAM demonstraram que o benefício da reperfusão do músculo cardíaco é absolutamente tempo-dependente, ou seja, quanto mais precocemente o fluxo coronário for restabelecido, maior o benefício obtido pelo indivíduo (SBC, 2004; TIMERMAN *et al.*, 2004). Portanto, o sucesso destas terapias está relacionado ao tempo de apresentação da pessoa que sofreu IAM a um serviço médico de emergência logo após o início dos sintomas.

As terapias de reperfusão miocárdica administradas dentro da primeira hora, a partir do início dos sintomas, podem reduzir as taxas de mortalidade de IAM para 47%, quando comparadas a 17%, administradas entre a terceira e a sexta hora (WALLER, 2006). Todavia, 13 a 44% dos indivíduos são excluídos do tratamento trombolítico por retardo na sua chegada ao hospital, e 26% a 44% recebem o tratamento com mais de quatro horas de evolução (SEIDELIN *et al.*, 1992). Verificou-se retardo médio de 2,5 a 6,5 horas entre o início do quadro e do tratamento do IAM (TIMERMAN *et al.*, 2004). O estudo GUSTO-1 demonstrou retardo médio de 2,8 horas no início do tratamento, ocorrendo aumento de 1% na mortalidade

por hora de atraso no início do tratamento, independentemente do trombolítico utilizado (TIMERMAN; TIMERMAN, 1997).

Estudos multicêntricos internacionais relativos ao tratamento do IAM, como o *International Studies of Infarct Survival (ISIS)*, *Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI)*, *Global Utilization of Streptokinase and Tissue Plasminogen Activator for Occluded Coronary Arteries (GUSTO)* demonstraram os efeitos benéficos da reperfusão coronária precoce, especialmente, dentro das quatro primeiras horas. Estes benefícios são ainda maiores quando a terapêutica é administrada dentro da primeira hora. Estima-se que ocorra a redução de 1% da mortalidade por IAM a cada hora ganha na administração da droga dentro das seis primeiras horas (NOBRE; SERRANO, 2005; TIMERMAN *et al.*, 2004). Decorre daí a importância da chegada rápida do indivíduo a um serviço médico de emergência, logo após o início dos sintomas.

## 2.2 FATORES ASSOCIADOS À DEMORA NA DECISÃO DE MULHERES E HOMENS PARA PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO E DE CHEGADA TARDIA A UM SERVIÇO MÉDICO DE EMERGÊNCIA FACE AO IAM

Estudos realizados em diversos países mostraram retardos importantes na apresentação de indivíduos com IAM aos serviços médicos de emergência. Nos Estados Unidos, a média de retardo desde o início dos sintomas até a apresentação ao hospital foi de aproximadamente 2h (MOSER *et al.*, 2005; GOFF *et al.*, 2000). Na França, observou-se que 26 a 44% dos indivíduos receberam tratamento depois de 4h de evolução do IAM (TIMERMAN; TIMERMAN, 1997). Na Espanha, a mediana de retardo pré-hospitalar foi de 3h e 15min, e a mediana do tempo de decisão, 1h. Na Austrália, a média de retardo foi de 6h e 23min, e na China, a média de 5h e 54min (CASTIELLA *et al.*, 1997; TAYLOR *et al.*, 2005). Na Dinamarca, observou-se uma média de retardo de 1h e 47min, e de tempo de decisão de 1h e 14min (OTTESEN *et al.*, 2004). Em Salvador (BA), o tempo de chegada ao primeiro local de atendimento variou de 7min a 26h, considerando a demora em decidir e a dificuldade de acesso como importantes para esse retardo (MUSSI; CARAMELLI, 2008).

Embora alguns estudos não tenham encontrado diferenças estatisticamente significantes no tempo de decisão para procura de atendimento médico entre homens e mulheres, observou-se que elas demoraram mais para tomar essa decisão. Por exemplo, Moser *et al.* (2005) verificaram tempo de decisão de 3,08h x 3,1h e Zerwic *et al.* (2003) de 2,0h x 2,5h, para homens e mulheres, respectivamente.

Outros estudos, além de verificarem maior tempo de decisão para as mulheres, verificaram que essa relação foi estatisticamente significativa. A exemplo, Sheifer *et al.* (2000) constataram que as mulheres demoraram mais em decidir, em todos os intervalos de tempo estudados, < 6h, entre 6 e 12h e >12h ( $p < 0,001$ ). Lovlien *et al.* (2007) verificaram que as mulheres retardaram mais quando comparadas aos homens, no período compreendido entre 2-6h ( $p = 0,014$ ). Este último estudo mostra, ainda, que os homens chegaram em menor tempo às instituições hospitalares na primeira meia hora, 28% x 23% das mulheres, porém este dado não foi estatisticamente significativo. No Brasil, em Salvador/BA, evidenciou-se a mediana no tempo de decisão para as mulheres de 45 minutos, e, para os homens, de 30 minutos (MUSSI; CARAMELLI, 2008); e Sampaio (2008) mostrou que as mulheres, em relação aos homens, demoraram mais para decidir buscar atendimento médico, 25min x 15min ( $p = 0,08$ ).

O desafio dos estudos sobre retardo pré-hospitalar residem em compreender que fatores influenciam na demora de pessoas com IAM decidir procurar atendimento médico e chegar a um serviço médico de emergência; com o intuito de promover estratégias para reduzir as taxas de mortalidade e os prejuízos psicossociais provocados pelo IAM.

Os fatores de retardo pré-hospitalar podem estar relacionados ao indivíduo, incluindo fatores socioeconômicos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais, os quais podem estar interrelacionados. Associam-se, também, às condições de acesso e de estrutura dos serviços de saúde (OTTESEN *et al.*, 2004).

### **2.2.1 Fatores socioeconômicos**

Com relação aos fatores socioeconômicos, a idade avançada ( $p < 0,001$ ) e pertencer ao gênero feminino ( $p < 0,001$ ) revelaram-se importantes para um maior retardo pré-hospitalar (GOLDBERG *et al.*, 2002). Tal fato pode ser explicado pela incidência de sintomas mais atípicos, como dor nas costas ( $p < 0,001$ ) e náuseas ( $p < 0,01$ ) (DEVON *et al.*, 2008), que fazem com que os indivíduos tenham uma percepção equivocada dos sintomas do IAM (THURESSON *et al.*, 2007). Outro fator mencionado, para maior retardo no tempo de decisão, é o baixo nível de escolaridade, já que o reconhecimento dos sintomas cardíacos requer habilidades críticas de raciocínio, que podem estar prejudicadas no grupo com menor tempo de estudo (WALLER, 2006).

Goldberg *et al.* (2002), também, constataram que moradores de cidades da Argentina, Brasil e Europa ( $p < 0,001$ ) retardaram mais para chegar ao serviço de saúde devido ao julgamento inadequado dos sintomas, decorrente de diferenças culturais e das dificuldades de

acesso aos hospitais por falta de estrutura dos serviços de saúde.

### 2.2.2 Fatores clínicos

O *Global Registry of Acute Coronary Events* (GRACE) mostrou que o tempo de chegada ao hospital, em um intervalo menor que 2h, foi associado a história de intervenção coronária anterior ( $p < 0,001$ ), a ausência de história de angina ( $p < 0,005$ ), hipertensão ( $p < 0,05$ ) ou falência cardíaca ( $p < 0,005$ ) (GOLDBERG *et al.*, 2002).

Outro importante fator clínico relacionado a um maior tempo de decisão foi a presença de diabetes associada ao uso de insulina ( $p < 0,001$ ). Isto pôde ser explicado pelo fato de estes indivíduos apresentarem uma percepção alterada da dor ou terem sintomas de IAM mais inespecíficos, devido ao quadro de neuropatia provocado por esta doença (GOLDBERG *et al.*, 2002).

A apresentação de sintomas menos típicos de IAM, como náusea ( $p = 0,036$ ) (LOVLIEN *et al.*, 2006), vômito ( $p < 0,001$ ), dispnéia ( $p < 0,001$ ), desconforto no pescoço ou mandíbula ( $p < 0,001$ ), dor nas costas ( $p < 0,001$ ), medo ( $p = 0,008$ ), fraqueza ( $p = 0,008$ ) (THURESSON *et al.*, 2005), os quais são mais comuns entre mulheres (DEVON *et al.*, 2008), foram associados a maior tempo de decisão. Dor tipo lacerante ( $p = 0,02$ ) para homens e tipo pontada para as mulheres ( $p = 0,04$ ) também se associaram a maior tempo de decisão (THURESSON *et al.*, 2005). Por outro lado, um menor tempo de decisão foi associado a indivíduos que apresentaram sintomas mais típicos, como dor no peito ( $p < 0,005$ ) e sudorese ( $p < 0,001$ ) (GOLDBERG *et al.*, 2002).

Salienta-se, também, que indivíduos que tiveram dor de maior intensidade ( $p = 0,007$ ) apresentaram menor tempo de decisão (THURESSON *et al.*, 2007), e aqueles que vivenciaram inconstância dos sintomas (ida e vinda) ( $p < 0,008$ ) apresentaram maior tempo de decisão (TAYLOR *et al.*, 2005).

No grupo das mulheres, foi observado que a intensidade da dor não foi significativa para um menor tempo de decisão (LOVLIEN *et al.*, 2007).

### 2.2.3 Fatores cognitivos e emocionais

No que concerne aos aspectos cognitivos e emocionais, observou-se que indivíduos que julgaram seus sintomas como de origem cardíaca ( $p < 0,001$ ) apresentaram menor tempo de decisão (McKINLEY *et al.*, 2004). No grupo dos homens, um fator cognitivo citado como

responsável por maior tempo de decisão foi a associação dos sintomas a problemas musculoesqueléticos (OR= 1.66) e, para menor tempo de decisão, a atribuição dos sintomas a problemas cardíacos. No grupo das mulheres, foi observado que a atribuição dos sintomas a problema cardíaco não foi significativo para menor tempo de decisão (LOVLIEN *et al.*, 2007). Isso pode ser devido ao fato de as mulheres frequentemente não julgarem seus sintomas como graves, nem os associarem a problemas cardíacos, e, por essa razão, se sentirem menos susceptíveis ao evento cardiovascular (DRACUP *et al.*, 2006).

Pessoas que se automedicaram ( $p < 0,001$ ) (THURESSON *et al.*, 2007), julgaram não ter um problema sério ( $p < 0,05$ ), esperaram a dor melhorar ( $p < 0,001$ ), mantiveram maior autocontrole ( $p < 0,05$ ) (McKINLEY *et al.*, 2004) ou sentiram-se envergonhados em pedir ajuda ( $p < 0,001$ ) (TAYLOR *et al.*, 2005) demoraram mais para decidir procurar atendimento médico.

No que se refere a outros fatores emocionais, indivíduos que apresentaram experiência hospitalar pregressa negativa, que sentiram medo das consequências de buscar ajuda e envergonhados em pedir ajuda, postergam o momento de decisão por atendimento hospitalar (DRACUP *et al.*, 2006). Este fenômeno foi mais comumente observado no grupo das mulheres, que por questões culturais normalmente atribuem maior importância a seus familiares e às tarefas e obrigações domésticas do que à própria saúde (WALLER, 2006; LEFLER; BONDY, 2004). Mulheres que tiveram mais medo de incomodar ou de serem consideradas inválidas retardaram mais que os homens para decidir procurar atendimento ( $p = 0,003$ ) (THURESSON *et al.*, 2007).

O reconhecimento da gravidade dos sintomas do IAM por parte dos indivíduos é crucial para a busca imediata de atendimento médico (MACINNES, 2006), já que a demora em decidir procurar atendimento hospitalar é considerado o grande responsável pelo retardo pré-hospitalar (WALLER, 2006). Deste modo, a compreensão de como as pessoas percebem os sintomas pode explicar essa demora em chegar ao hospital e possibilitar a criação de estratégias que visem a diminuir esse retardo (OTTESEN *et al.*, 2004).

Outro aspecto relevante é que as doenças cardiovasculares têm sido socialmente construídas como gênero-específicas, fato que tem influenciado a percepção do risco de ter IAM, por parte das mulheres, pois estas nem sempre se consideram susceptíveis a este evento isquêmico. Elas costumam considerar seus sintomas como benignos e, por essa razão, retardam sua decisão em buscar atendimento médico, preferindo descansar, esperar que os sintomas melhorem ou tomar alguma medicação (MACINNES, 2006).

#### 2.2.4 Fatores ambientais

Os fatores ambientais relacionam-se à influência do círculo familiar nas decisões dos indivíduos pela procura de atendimento médico e ao contexto no qual os sintomas se manifestam. Os fatores ambientais estão, também, intimamente relacionados aos socioeconômicos como se verá a seguir.

Mulheres solteiras podem combinar barreiras para o acesso ao serviço de emergência, como o baixo nível socioeconômico e a condição de viver só (WALLER, 2006). Por outro lado, as casadas são menos encorajadas por seus companheiros a buscarem as emergências hospitalares quando comparadas aos homens ( $p < 0,0001$ ) (THURESSON *et al.*, 2007).

Alguns estudos mencionam que a consulta a membros da família pode retardar mais a decisão pelo atendimento médico (DRACUP *et al.*, 2006; LOVLIEEN *et al.*, 2007), ao passo que outros associaram essa consulta a um menor tempo de decisão (THURESSON, *et al.*, 2007).

As pessoas mais velhas foram mais encorajadas a procurarem atendimento médico ( $p < 0,001$ ), assim como os homens foram mais encorajados pelas esposas a irem ao hospital ( $p < 0,001$ ). Já as mulheres foram mais encorajadas por seus filhos do que pelos maridos, a ir ao hospital ou fazer uma chamada para solicitar ambulância ( $p < 0,001$ ) (THURESSON *et al.*, 2007).

Quanto ao turno de maior incidência para início dos sintomas, Goldberg *et al.* (2002) identificam que os indivíduos que apresentaram o início dos sintomas no turno vespertino tardaram menos em chegar ao hospital ( $p < 0,001$ ).

As informações sobre os fatores de retardo pré-hospitalar entre os gêneros, embora nem sempre forneçam dados que permitam ser generalizáveis, esclarecem algumas particularidades de cada grupo que influenciam em um maior ou menor tempo de decisão.

Na cultura brasileira, são escassas as pesquisas que se preocupam em entender os motivos que influenciam o retardo da decisão de indivíduos para procurar atendimento médico face ao IAM, especialmente, entre homens e mulheres. Torna-se importante considerar o enfoque do gênero aplicado às questões de saúde e, assim, no caso específico deste estudo, entender a sua influência no tempo de decisão (MUSSI; PEREIRA, 2010).

Os estudos acima relatados já esclarecem algumas diferenças de comportamento entre gêneros que influenciam no tempo de decisão para procura de atendimento médico, cabendo ressaltar que construções sociais sobre o masculino e o feminino podem estar implicadas nas atitudes das pessoas, no que tange à própria saúde. Fatores relacionados aos condicionantes de



gênero, além de influenciar a frequência de ocorrência da doença, seu curso e mortalidade, podem alterar a conduta face à mesma e o uso dos serviços de saúde (MUSSI; PEREIRA, 2010).

Nesse âmbito, tão importante quanto conhecer os fatores que levam os indivíduos a retardar a procura de atendimento médico diante dos sinais e sintomas do IAM, é explorar especificidades de comportamentos entre homens e mulheres diante do IAM. As explicações para as diferentes formas de interpretar e resistir à dor podem ser justificadas por questões biológicas e psicossociais que se referem à forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer com respeito à saúde (VERBRUGGE, 1989 *apud* PINHEIRO *et al.*, 2002).

Segundo Mussi e Pereira (2010), características dos gêneros podem explicar os motivos pelos quais, diante da dor no IAM, homens e mulheres resistem em buscar atendimento médico. Nesse estudo, os homens mostraram resistência à dor, não obstante o sofrimento por ela gerado, e expressaram a valorização da força, vigor, coragem, determinação pela manutenção de sua condição socioeconômica. A resistência foi evidenciada pela tentativa de tolerar a dor, de não interromper atividades usuais, de evitar o afastamento do convívio social e do mundo do trabalho. De igual modo, as mulheres também resistiram à dor, mas por razões diferentes, entendendo que a dor deve ser tolerada, suportando-a, ocultando-a e tentando aliviá-la com recursos próprios. Tais ações, segundo as autoras, expressaram um conjunto de concepções e simbolismos impregnados de estereótipos, frutos do ideário feminino e masculino no meio social.

Deste modo, o presente estudo se mostra necessário para auxiliar na compreensão desses fatores, implicados no tempo de decisão para a procura de atendimento médico, com o intuito de fornecer subsídios para práticas de cuidar que visem à redução dos tempos de retardo pré-hospitalar de homens e mulheres com IAM.

### **3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM FOCO NA REDUÇÃO DO RETARDO PRÉ-HOSPITALAR FACE AO IAM**

A Constituição Brasileira de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde, define como princípios para atenção à saúde da população a universalidade, a equidade e a integralidade, que devem ser concretizados por meio de uma rede hierarquizada de serviços. Determina “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (art. 198) (MAGALHÃES JR.; OLIVEIRA, 2006).

Considera-se atualmente a integralidade como a possibilidade de transformação do modelo hegemônico de atenção à saúde, o modelo biomédico. Parte-se do pressuposto de que a integralidade se constitui em uma diretriz para orientar a organização dos serviços de saúde no sentido de responder às necessidades de saúde individuais e coletivas dos usuários (MAGALHÃES JR.; OLIVEIRA, 2006). Nesse sentido faz-se necessário compreender os conceitos e dimensões da integralidade, para que ações sejam desenvolvidas no sentido de contemplar a multidimensionalidade dos indivíduos.

A integralidade pode ser concebida sob diferentes níveis reflexivos. Um deles, proposto por Merhy (2006), considera-a como um campo de práticas de saúde cuja “alma” deve ser a produção de novos sentidos para o viver individual e coletivo.

Outra compreensão, do sentido de integralidade, é fornecida pela matriz de Mattos, que a concebe em diferentes dimensões complementares e não-excludentes. A primeira delas é denominada como a integração das ações coletivas e preventivas com as ações curativas, destacando que a vontade política é fundamental para o investimento e promoção das políticas sociais e a integração entre essas políticas (MAGALHÃES JR.; OLIVEIRA, 2006).

A segunda dimensão, denominada de integralidade vertical, parte do ponto de vista individual, concebe a abordagem das pessoas como um todo, não fragmentando o cuidado em aparelhos, órgãos ou patologias, incorporando, também, um olhar sobre questões referentes à subjetividade e ao contexto social dos usuários. Em síntese, o indivíduo deve ser considerado não só na integralidade do corpo, mas em suas singularidades e no seu contexto histórico e social (MAGALHÃES JR.; OLIVEIRA, 2006).

A terceira dimensão, conhecida como integralidade horizontal, compreende um conjunto de serviços em saúde, chamados de linhas de cuidado, como uma rede articulada em que há uma contínua facilitação para o caminhar do usuário, a partir de uma noção de gestão dos cuidados pelas equipes locais de saúde (MAGALHÃES JR.; OLIVEIRA, 2006).

Depreende-se que a garantia da integralidade depende, também, da concretização de um

cuidado à saúde coerente com as suas dimensões. Por esse motivo, compreendem-se os motivos pelos quais as discussões sobre o cuidado se atrelam à resolutividade do sistema, à sua qualidade e humanização, ao acesso dos indivíduos aos diversos níveis tecnológicos e à efetividade de seus resultados no campo individual e coletivo (MAGALHÃES JR.; OLIVEIRA, 2006).

Na Enfermagem o cuidar/cuidado, considerado o seu objeto de trabalho, tem implicações para a concretização da integralidade, em suas diversas dimensões e atendendo aos pressupostos do artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Nessa perspectiva, cuidar é entendido como uma “(...) atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p.22). Desta forma, o cuidado deve permear as práticas de saúde e não pode se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois inclui o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos (AYRES, 2004).

Particularizando o cuidado na área de saúde cardiovascular, entende-se como perspectiva de integralidade a concretização de práticas de cuidado à saúde que garantam acesso dos indivíduos a ações resolutivas de natureza preventiva e curativa, construídas segundo especificidades do ciclo vital e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse prisma, o cuidado à saúde precisa ser imbuído de valores éticos e humanísticos traduzidos em práticas representativas de tais valores, concretizando a relação pessoa-pessoa e não pessoa-objeto, o acolhimento e a escuta sensível dos indivíduos e a excelência técnico-científica (MUSSI, 2004).

Cuidar é tomar conta, preocupar-se com alguém (COLLIÈRE, 1999), abrange mais que um ato, envolve atenção, zelo, e desvelo, representa uma atitude de preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999). O cuidar representa um conjunto de atitudes que têm por finalidade manter e restaurar a vida, e nesse sentido é necessário considerar que a educação para a saúde é um ato inerente ao cuidar.

Ao pensar na educação em saúde como um dos instrumentos do cuidar, observa-se que essa relação transcende os preceitos básicos do cuidado, pois, por meio do educar, potencializa-se a capacidade do cuidar, permitindo à Enfermagem a intervir de maneira construtiva/reflexiva, singular/plural, dinâmica/flexível, num complexo histórico cultural de relações humanas entre sujeitos, num sistema cíclico de relações, em que um aprende com o outro, e este aprender converge para a transformação de ambos, de quem os rodeia e do meio no qual estão inseridos (KANTORSKI, 1994 *apud* FERRAZ *et al.*, 2005). Esta relação entre

cuidar e educar amplia-se e pode alcançar as dimensões da integralidade proposta por Mattos.

Ao associar cuidar e educar surge a possibilidade de diversificação dos conhecimentos, em que estes possam ser construídos, desconstruídos e adaptados às necessidades individuais e coletivas. Este processo é flexível, dinâmico, complexo, social, histórico, reflexivo, e se constrói a partir das interações entre os seres humanos; nele, quem ensina aprende e quem aprende ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências mútuas, uma vez que cada ser que interage, o faz com suas idéias, valores, atitudes e experiências (ZAMPIERE, 1999 *apud* FERRAZ *et al.*, 2005).

A educação é uma atividade integrante do cuidar de Enfermagem e precisa desenvolver-se num processo integral de assistência à pessoa, seja no espaço hospitalar, ambulatorial, domiciliar e da comunidade, ou seja, nos diferentes contextos sociais em que se apresentem (FERRAZ *et al.*, 2005). E o cuidado de Enfermagem, portanto, tem um papel de importância fundamental na educação à saúde em diferentes contextos sociais, visando à redução do retardo pré-hospitalar face ao IAM. Um dos grandes desafios da Enfermagem é atender às necessidades de educação em saúde da população, e, para que isto ocorra, deve-se utilizar da educação para promover os indivíduos, capacitá-los para a resolução dos problemas de saúde e, especialmente, para utilizarem os conhecimentos adquiridos na prevenção de doenças e promoção da saúde (FERRAZ *et al.*, 2005).

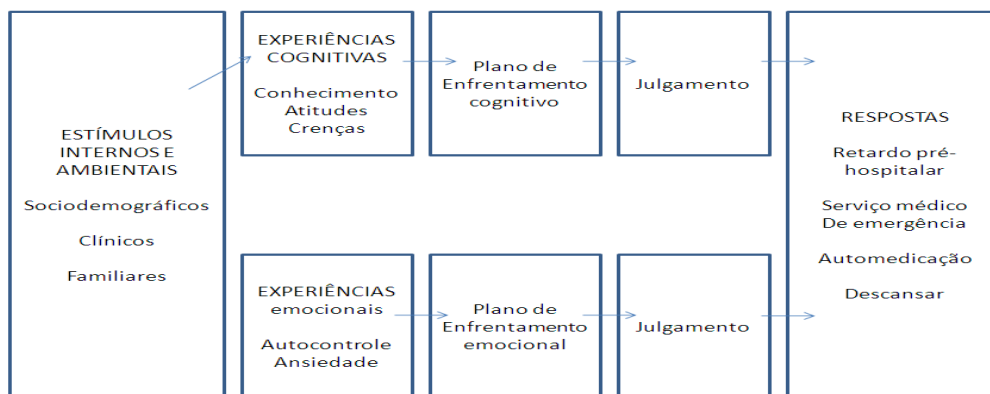
No que tange ao cuidado de Enfermagem para a redução do retardo pré-hospitalar face ao IAM, esse deve contemplar a integração de ações preventivas e curativas direcionadas às pessoas que sofreram IAM, com risco potencial para o evento cardiovascular e seu grupo familiar. Tais ações pressupõem conhecer como os indivíduos interpretam, julgam e respondem às suas questões de saúde e doença, e qual a influência do contexto social, na forma como pensam e agem no mundo.

O Modelo da Autorregulação, proposto por Leventhal em 1987 (tem sido utilizado para explicar e prever comportamentos de promoção de saúde em indivíduos com uma variedade de doenças, como fadigas crônicas e eventos súbitos, como o IAM (DRACUP, 2006). O ponto central deste modelo é que o indivíduo constrói representações internas, que refletem sua compreensão de experiências prévias, e que são usadas para interpretar novas vivências e planejar atitudes (MACINNES, 2006). Nesse sentido, compreender de que forma essas representações internas acerca do IAM são construídas por homens e mulheres, pode contribuir para o estabelecimento de estratégias de cuidado englobando programas educativos que visem a diminuir a demora para busca de atendimento médico face aos sintomas do IAM.

O Modelo da Autorregulação contempla três etapas, mostrando como os indivíduos

constroem suas experiências e planejam suas atitudes. A primeira delas é denominada fase da *representação cognitiva*, que consiste na percepção, por parte dos indivíduos, dos sintomas e das mensagens sociais sobre a doença que apresentam; compreende ainda a identificação de suas causas, consequências e avaliação de sua duração, assim como os passos que devem ser galgados a fim de que a doença possa ser curada ou controlada (MACINNES, 2006; WALLER, 2006; DRACUP *et al.*, 2006). A segunda etapa consiste na formulação e aplicação de um plano de ação para controle ou cura da doença. A motivação para ação decorre da representação dos indivíduos sobre o tratamento ou controle dos sintomas e diversas ações podem ser implementadas, dependendo da interpretação que o indivíduo atribuiu aos sintomas (WALLER, 2006). Na terceira etapa, o indivíduo avalia as ações tomadas e decide pela sua manutenção ou modificação, a fim de manter a autorregulação ou o controle. Este processo não é estanque, mas cíclico e contínuo (MACINNES, 2006) e pode ser ilustrado pelo diagrama abaixo.

**Figura 1 – Modelo da Autorregulação de Leventhal**



\* LEVENTHAL, 1987, *apud* DRACUP *et al.*, 2006

No caso de pessoas que sofreram IAM, as informações oriundas dos meios de comunicação, das experiências prévias (consigo e/ou pessoas do círculo familiar), o conhecimento das causas e sintomas do IAM, dos seus fatores de risco, e de quais são os grupos mais vulneráveis ao evento cardiovascular, instrumentalizam o indivíduo para a avaliação cognitiva do Modelo da Autorregulação. As estratégias elaboradas para resolução ou controle dos sintomas do IAM serão escolhidas a partir da definição da situação vivenciada pelos indivíduos e poderão ser ou não adequadas. Na terceira etapa, os indivíduos avaliam se as atitudes adotadas foram suficientes para manutenção do controle sobre as atividades da vida cotidiana (WALLER, 2006).

No propósito de reduzir o retardo pré-hospitalar em indivíduos com IAM, o PROMOTION (*Patient Response to Myocardial Infarction Following a Teaching Intervention Offered by Nurses*) indicou as três áreas de intervenção recomendadas, baseadas no Modelo de autorregulação: informação, questões emocionais e fatores sociais (DRACUP *et al.*, 2006). É válido destacar que essas três áreas atendem à primeira etapa do Modelo da Autorregulação, que ressalta a etapa cognitiva e as representações sociais e emocionais sobre a doença.

Alguns estudos internacionais na área da Enfermagem, acerca dos fatores de retardo pré-hospitalar face ao IAM, utilizam o Modelo da Autorregulação, a fim de desenvolver intervenções educativas que visem a reduzir o tempo de chegada dos indivíduos às instituições de saúde para o tratamento (MACINNES, 2006; WALLER, 2006; DRACUP *et al.*, 2006; DRACUP *et al.*, 1997).

Na primeira área de intervenção recomendada pelo PROMOTION, a da informação, a educação em saúde visa a ampliar as informações do indivíduo sobre o IAM. Portanto, os grupos-alvo dos programas educativos precisam receber informações sobre os sintomas típicos e atípicos do IAM, os fatores que podem provocá-lo, as condutas imediatas a serem adotadas, incluindo para onde devem se dirigir diante dos sintomas. É importante salientar que mulheres e pessoas mais velhas podem vivenciar sintomas mais atípicos (DRACUP *et al.*, 1997). Em suma, tudo o que é possível apreender intelectualmente, respeitando-se as condições individuais e de escolaridade, devem fazer parte do rol de informações a serem trabalhadas com os indivíduos (DRACUP *et al.*, 2006).

Na segunda área de intervenção proposta pelo PROMOTION, que versa sobre os fatores emocionais, destaca-se a necessidade de conhecer as experiências prévias do indivíduo com relação ao IAM (vivenciadas por ele ou por familiares e/ou amigos), incluindo a maneira como foi atendido pela equipe de saúde, os sintomas que apresentou e as respostas dadas a eles, as quais influenciarão nas suas atitudes diante da vivência de novo evento cardiovascular. Nesta fase, a enfermeira deve incentivar os indivíduos a identificar as experiências negativas, bem como orientar e estimular respostas positivas, diante dos sinais e sintomas do IAM, abordadas e supostamente incorporadas na etapa cognitiva. (DRACUP *et al.*, 2006).

Discutir – junto a indivíduos com história de angina, IAM prévio ou com risco para esse evento cardiovascular – os fatores emocionais que interferem em um maior retardo pré-hospitalar, é necessário, haja vista que os ajuda a desenvolver ações mais rápidas e eficientes diante dos sintomas do IAM (ISAKSSON *et al.*, 2008). Já que os sintomas do IAM podem aumentar a ansiedade, os indivíduos podem ser incentivados a ensaiar possíveis reações diante

de situações estressantes, como os sintomas do IAM. Com a prática desse incentivo, é possível rever sentimentos e otimizar o comportamento esperado dos indivíduos face aos sintomas do IAM. Isto aumenta a probabilidade de respostas satisfatórias, menor tempo de decisão para procura de atendimento médico, mesmo diante de intensa reação emocional (DRACUP *et al.*, 1997).

Na terceira área de intervenção do PROMOTION, a dos fatores sociais, a enfermeira deve considerar a importância do círculo familiar para otimizar a decisão dos indivíduos de procurar atendimento médico diante dos sintomas do IAM. Para isto, ela deve envolver a família e/ou amigos nas atividades educativas, para que possam valorizar as queixas destes indivíduos e orientar para a busca imediata de um serviço médico de emergência diante dos sintomas do IAM (DRACUP *et al.*, 2006).

A compreensão do Modelo de Autorregulação e das três áreas do PROMOTION instrumentaliza a enfermeira a refletir, propor e avaliar práticas de educação à saúde que resultem em respostas positivas dos indivíduos e pessoas em seu entorno, face o IAM.

Compreendendo o processo de autorregulação proposto pelo modelo e a implicação de fatores socioeconômicos, clínicos, cognitivos e emocionais no retardo pré-hospitalar em caso de IAM, a enfermeira estará mais instrumentalizada para desenvolver atividades educativas (DRACUP *et al.*, 1997), com o intuito de contemplar a integralidade do cuidar.

Nesse sentido, Buckley *et al.* (2004) evidenciaram em estudo realizado com 200 indivíduos a resposta positiva do aconselhamento e da educação individual e familiar, visando à redução do retardo pré-hospitalar. Cada integrante do grupo de intervenção recebeu uma sessão de educação e aconselhamento de 40 a 50 minutos, acerca dos sintomas do IAM e as respostas esperadas diante deles. O primeiro acompanhamento foi realizado em 4 semanas e os demais, em 3 e 12 meses, por telefone. Os resultados revelaram aumento de conhecimento sobre o assunto, melhora de atitude e mudança de crenças em direção a um menor retardo pré-hospitalar ( $p < 0,001$ ) (BUCKLEY *et al.*, 2004).

A Enfermagem, dessa maneira, possui importante campo para ação, uma vez que pode cuidar com práticas de educação e saúde que concebam a abordagem das pessoas como um todo, não fragmentando o cuidado em aparelhos, órgãos ou patologias, mas incorporando um olhar sobre questões referentes à subjetividade e ao contexto social dos usuários implicados no retardo pré-hospitalar diante do IAM. Quiçá, poderá contribuir com suas práticas de saúde, assentadas na perspectiva da integralidade, para minimizar a mortalidade e as incapacidades geradas pelo IAM.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se, o presente trabalho, de uma pesquisa quantitativa, exploratória, de corte transversal, também conhecida como estudo de prevalência. O método quantitativo é um processo formal, objetivo e sistemático, no qual se utilizam dados numéricos para a obtenção de dados e informações acerca do mundo, pois é usado para descrever, testar relações e determinar causas (KOIZUMI, 1992).

No estudo de corte transversal o grupo consiste em uma amostra representativa selecionada de uma população-alvo, cujos indivíduos são observados e questionados sobre sua doença, suas características e exposições atuais ou pregressas, entre outras variáveis de interesse (ROTHMAN, 1986).

### 4.2 LÓCUS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em dois hospitais de grande porte da cidade do Salvador, que funcionam como referência para o tratamento de pessoas com problemas cardiovasculares. Ambos atendem pessoas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da central de regulação de vagas do Estado da Bahia.

Um dos hospitais é considerado referência em Cardiologia no Estado da Bahia, oferecendo serviços especializados na área, e possui unidades intensivas e semi-intensivas, laboratório de hemodinâmica e centro cirúrgico com equipes especializadas para o atendimento de pacientes portadores de problemas cardiovasculares.

O segundo hospital realiza atendimento nas mais diversas especialidades, sendo referência nas áreas de Cardiologia, em que realiza procedimentos de média e alta complexidade, atendendo pacientes oriundos do SUS e de convênios particulares. Esta instituição é dotada de emergência, unidades coronarianas, unidades intensivas e semi-intensivas, laboratório de hemodinâmica e centro cirúrgico com equipamentos e recursos humanos especializados para o atendimento em cardiologia. Ademais, possui programa de residência médica e de internato, ambos com mais de 20 anos de existência, desenvolve importantes projetos de pesquisa em medicina, com destaque para a área de Cardiologia. O Departamento de pesquisa mantém núcleos em Reumatologia, Pneumologia, Oncologia, Ortopedia e Otorrino.



A escolha destes hospitais decorreu do fato de serem considerados referência para o atendimento de pessoas com Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), no município de Salvador e todo o Estado da Bahia, contando com diversos serviços como emergências, unidades de cuidado intensivo e semi-intensivo especializados em cardiologia, centro de hemodinâmica, centro cirúrgico e equipes de saúde especializadas no atendimento de pessoas com problemas cardiovasculares.

#### 4.3 AMOSTRA

A amostra foi constituída por 100 pessoas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico médico de IAM com ou sem supradesnivelamento do segmento registrado em prontuário; início dos sintomas do IAM em período não superior a 30 dias no momento da entrevista, para minimizar o viés recordatório; indivíduos orientados no tempo e espaço, sem restrições médicas para realizar a entrevista e que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para o cálculo do tamanho da amostra ( $n$ ), tomou-se como parâmetro a prevalência estimada, que, segundo Lessa (1999), para o IAM é de 99/100.000 adultos em Salvador/BA. Como era de interesse obter estimativas dessa prevalência, optou-se por uma amostra aleatória simples sem reposição.

Foram também considerados no cálculo da amostra os seguintes parâmetros da equação:

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

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

$N$  - número de total da população assumida durante o período de coleta de dados = 1.000 (KISH, 1965);

$P$  - proporção dentro da população estudada = 0,099;

$n$  - tamanho da amostra;

$\alpha$  - 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%

Considerando uma perda de 15%, a amostra foi constituída por 99 indivíduos, mas 100 foram entrevistados.

#### 4.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS

O estudo atendeu aos princípios éticos estabelecidos para a pesquisa com seres humanos, normatizados pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os preceitos de beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética dos dois hospitais utilizados para a coleta de dados, sendo aceito e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Néri, em março de 2009 (ANEXO A), e pelo Hospital Santa Izabel, em julho de 2009, (APÊNDICE B).

Aos participantes foi assegurado o sigilo da identidade pessoal, a privacidade e o direito a desistência em qualquer etapa da pesquisa sem gerar ônus de qualquer natureza. Eles foram, também, orientados sobre a finalidade da pesquisa e o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A participação na investigação ocorreu após a assinatura deste termo.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

##### 4.5.1 Instrumento

O instrumento utilizado na coleta de dados foi intitulado **Fatores relacionados ao retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio**.

Constituiu-se de quatro partes (APÊNDICE B) com perguntas estruturadas, semi-estruturadas e múltipla escolha referentes ao objeto de estudo.

A Parte I, denominada **Dados de caracterização socioeconômica**, contemplou informações sobre identificação do sujeito (iniciais do nome), data e horário de admissão hospitalar nos lócus de estudo, hospital de internamento, idade, sexo, cor autodeclarada, escolaridade, estado civil, condição laboral, renda familiar, número de dependentes, com quem mora, local de residência, posse de convênio de saúde.

A Parte II, intitulada **Dados de caracterização clínica** incluiu informações sobre o tipo de IAM (com supra ou sem supradesnívelamento do segmento ST), existência de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, tabagismo e história familiar de doença arterial coronariana, internamentos, IAM ou angina do peito prévios e caracterização dos sintomas do IAM.

A Parte III, intitulada **Resposta cognitiva e emocional ao IAM**, apresentou questões referentes à gravidade e a origem dos sintomas, aos motivos que levaram os participantes a retardar a decisão de procurar atendimento médico, aos motivos que os levaram a decidir buscar o serviço de saúde e as ações no início e na piora dos sintomas.

A Parte IV foi chamada **Componente ambiental do IAM** e compreendeu questões referentes ao local de início dos sintomas, dia e hora da decisão pela procura do serviço de saúde, pessoas no entorno no início dos sintomas, pessoas a quem pediram ajuda, suas ações e o acompanhamento até o serviço de saúde.

#### **4.5.2 Operacionalização**

O instrumento foi inicialmente testado com cinco pessoas a fim de garantir maior fidedignidade das informações (independentemente do entrevistador os resultados obtidos deveriam ser uniformes), assegurar a sua validade (os dados coletados deveriam ser de fato úteis à pesquisa) e a sua operatividade (vocabulário acessível e significado claro das questões para os participantes) (MARCONI; LAKATOS, 2005).

O preteste foi realizado no mês de março e a coleta de dados ocorreu no período de abril a outubro de 2010. Como nem todas as instituições autorizaram o seu início na mesma data, começou-se em 1º de abril no Hospital 1 e em 5 de agosto no Hospital 2, sendo concomitante nas duas instituições até o mês de outubro, quando foi finalizada a coleta de dados.

Todos os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão foram abordados após a 24ª hora da internação e até o vigésimo dia da admissão hospitalar.

Objetivando garantir que todas as pessoas elegíveis para a pesquisa fossem entrevistadas, foram realizadas visitas programadas aos hospitais de pesquisa. Estabeleceu-se o turno

vespertino para a coleta de dados, devido à concentração maior de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no turno da manhã, fato que restringiria a disponibilidade dos participantes para as entrevistas (Quadro 1).

**Quadro 1 – Cronograma de visita aos hospitais para a coleta de dados**

Semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
1	Hospital 1 13 às 17h	Hospital 2 13 às 17h	Hospital 1 13 às 17h	Hospital 2 13 às 17h	Hospital 1 13 às 17h
2	Hospital 1 13 às 17h	Hospital 1 13 às 17h	Hospital 1 13 às 17h	Hospital 1 13 às 17h	Hospital 1 13 às 17h

A técnica escolhida para a coleta de dados foi a entrevista, definida como um encontro de natureza profissional entre duas pessoas com a finalidade de se obter informações sobre determinado assunto. Dentre os objetivos da entrevista, destacou-se, para o presente estudo, descobrir fatores que influenciam percepções, sentimentos e comportamentos (MARCONI; LAKATOS, 2005) de pessoas face ao IAM. A técnica entrevista é vantajosa porque permite a aplicação a pessoas alfabetizadas ou não e maior flexibilidade para pesquisador esclarecer dúvidas.

As entrevistas foram realizadas pela mestranda e duas bolsistas de iniciação científica – PIBIC UFBA 2009-2010, devidamente treinadas, nas unidades intermediária, coronariana e nas enfermarias dos hospitais de estudo. A duração das entrevistas variou de 30 a 45 minutos.

Após a identificação dos indivíduos com IAM, através do livro de registro e do prontuário, nas unidades especificadas das instituições de estudo, foram selecionados aqueles que atendiam aos critérios de inclusão, e que estavam livres de exames e/ou possíveis procedimentos por uma hora.

Os participantes foram abordados com a apresentação da entrevistadora, que explicou o motivo da aproximação, ofereceu informações sobre a importância e os objetivos da pesquisa, solicitou a participação no estudo e orientou sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Informou que a participação era voluntária e livre de quaisquer prejuízos em caso de recusa, a qual poderia acontecer a qualquer momento, desde que desejado.

Algumas entrevistas foram realizadas na presença de familiares, que auxiliaram na reconstrução do cenário em que ocorreu o IAM e a precisar o momento para a decisão da busca por atendimento médico diante dos sintomas do IAM. Ao término da entrevista agradeceu-se ao participante e ao seu familiar, pela colaboração.

Todos os dados foram obtidos por meio da entrevista, exceto o diagnóstico médico que foi consultado no prontuário e confirmado com o médico, e a data e hora de internamento nos hospitais de estudo.

Para avaliar a intensidade da dor, utilizou-se uma Escala Visual Analógica, a qual foi apresentada aos participantes para que pudessem pontuar a sua resposta. A classificação foi feita da seguinte forma: 0 - ausência de dor; 1 a 2 - dor leve; 3 a 7 - dor moderada; 8 a 10 - dor forte.



#### 4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis foram classificadas em dependentes, ou seja, aquelas cujos efeitos se pretende observar, e independentes, aquelas cuja causa se deseja atribuir e ou associar ao evento estudado (SILVANY NETO, 2006).

##### **Variável dependente**

Tempo de decisão para a procura de atendimento médico (TD): tempo decorrido entre o início dos sintomas e a decisão de procurar atendimento médico.

##### **Variáveis independentes**

Fatores socioeconômicos: sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça/cor autodeclarada, convivência, condição laboral, renda familiar e local de residência.

Fatores clínicos: diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, tabagismo, IAM e angina do peito prévios ao evento cardiovascular atual, tipo de sintomas do IAM, características da dor (tipo, constância ou inconstância e intensidade).

Fatores cognitivos e emocionais: julgamento da natureza dos sintomas, julgamento da

gravidade dos sintomas, ações dos participantes no início e na piora dos sintomas.

Fatores ambientais: local do início dos sintomas, companhia no início dos sintomas, pessoa a quem pediu ajuda no início dos sintomas, instruções que as pessoas consultadas forneceram, pessoa que acompanhou ao primeiro local de atendimento.

O gênero também foi considerado como variável potencial modificadora das associações de interesse (tempo e variáveis independentes)

#### 4.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados em números absolutos e percentuais. Os tempos de decisão (TD – tempo decorrido entre o início dos sintomas e a decisão de procurar atendimento médico) foram analisados mediante as medidas de tendência central: média aritmética, média geométrica e mediana. Todavia, para interpretação de TD optou-se pela média geométrica, a fim de corrigir assimetrias decorrentes de tempos extremos relatados pelos participantes do estudo. A média geométrica corresponde à média aritmética dos valores de uma variável expressos em escala logarítmica, na base 10, aplicando-se o antilog 10 (SILVANY NETO, 2006).

Para analisar a associação entre as variáveis do estudo segundo o gênero, foi empregado o teste Q-quadrado. Como alternativa para a ocorrência de valores esperados abaixo de 5 em tabelas 2x2, empregou-se o Teste Exato de Fisher.

Para análise bivariada e multivariada dos tempos segundo a amostra e o gênero, empregou-se o modelo de regressão linear robusto para dar conta da assimetria dos tempos de decisão. Portanto, verificou-se a associação entre TD e as variáveis independentes e investigou-se se o gênero consistiu em uma variável modificadora das associações de interesse.

Segundo S-Plus (1997) as técnicas de regressão robusta são um importante complemento às técnicas clássicas, uma vez que fornecem respostas similares à regressão por mínimos quadrados quando existe relação linear entre as variáveis, com erros normalmente distribuídos, diferindo dos ajustes dos mínimos quadrados, quando os erros não são normalmente distribuídos ou quando os dados contêm *outliers* (SOUZA, 2006).

Segundo Cunha e Machado Filho (2002), o uso da regressão robusta justifica-se, não só por ser uma técnica robusta, mas também porque realiza ajustes quando há valores extremos, que são pontos do modelo matricial com excessiva influência sobre os resultados, e porque quanto maior o número de variáveis de um modelo, mais difícil a identificação dos *outliers* com uso de técnicas clássicas (SOUZA, 2006).

*Outliers* são um conjunto de dados que parecem ser inconsistentes com o conjunto de dados remanescentes. Podem indicar algumas características importantes, como: modelo incompatível com os dados e omissão de variáveis importantes (BARRET; LEWIS, 1997 apud SOUZA, 2006).

A significância adotada foi de 5% (valor de  $p \leq 0,05$ ) para todas as análises e testes estatísticos aplicados. No entanto, para analisar o gênero como variável modificadora das associações de interesse, adotou-se a significância estatística de 10% (valor de  $p \leq 0,10$ ).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA, CLÍNICA, DA RESPOSTA COGNITIVA E EMOCIONAL E DO CONTEXTO AMBIENTAL DOS PARTICIPANTES FACE AO IAM

#### 5.1.1 Caracterização socioeconômica

A Tabela 1 mostra os dados de caracterização socioeconômica segundo a amostra e o gênero, verificando-se que foi constituída por 100 indivíduos, sendo 29 mulheres, com idade entre 41 e 87 anos, e 71 homens, com idade entre 27 e 80 anos. A média de idade para as mulheres foi de 58,97 anos  $\pm$  DP 12,10 e dos homens de 58,70 anos  $\pm$  DP 11,08, prevalecendo na amostra e para ambos os gêneros idade menor que 60 anos.

A raça/cor autodeclarada negra foi a mais frequente para a amostra (71,0%). Quanto ao gênero, não houve diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,440$ ).

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 mulheres quanto para os homens, 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 cursaram até o 1º grau, sendo essa também prevalente para o grupo de homens e mulheres. As variáveis gênero e escolaridade não foram associadas ( $p= 0,908$ ).

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 gênero e situação empregatícia não foram associadas. A renda familiar predominante foi de até três salários mínimos para a amostra (63,0%) e para os gêneros ( $p= 0,739$ ).

O número de dependentes prevalente foi de até três (58%), o mesmo sendo observado entre os gêneros, sem associação significativa ( $p= 0,209$ ). Predominou na amostra aqueles que viviam em companhia do (a) 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 homens em relação às mulheres viviam mais com a companheira ( $p= 0,017$ ) e que as mulheres viviam mais acompanhadas por suas netas ( $p= 0,081$ ).

Apenas uma participante (1,0%) referiu ter convênio de saúde, no entanto, toda a amostra



foi atendida pelo Sistema Único de Saúde. Os participantes foram predominantemente procedentes de Salvador (70,0%). Com relação ao hospital de internamento (local da coleta de dados), 80% foram internados no Hospital 1 e 20% no Hospital 2.

**Tabela 1 – Caracterização socioeconômica segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.**

FATORES SOCIOECONÔMICOS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		P**
	n=100	%	n=71	%	n=29	%	
<b>IDADE</b>							
Menor que 60 anos	56	56,0	37	52,1	19	65,5	0,220
Maior e igual a 60 anos	44	44,0	34	47,9	10	34,5	
<b>RAÇA/COR AUTODECLARADA</b>							
Branca	29	29,0	19	26,8	10	34,5	0,440
Negros	71	71,0	52	73,2	19	65,5	
<b>ESTADO CIVIL</b>							
Casado (a)	58	58,0	46	64,8	12	41,4	0,099
Com companheiro (a)	17	17,0	12	16,9	5	17,2	
Separado (a)/divorciado (a)	9	9,0	4	5,6	5	17,2	
Solteiro (a)	9	9,0	6	8,4	3	10,3	
Viúvo (a)	7	7,0	3	4,2	4	13,8	
<b>ESCOLARIDADE</b>							
Analfabeto (a)	6	6,0	5	7,0	1	3,4	0,908
Assina o nome	7	7,0	5	7,0	2	6,9	
Até o 1º grau	56	56,0	40	56,3	16	55,2	
Até o 2º grau	18	18,0	14	19,7	4	13,8	
Até o 3º grau	13	13,0	7	9,9	6	20,7	
<b>CONDIÇÃO LABORAL</b>							
Desempregado (a)	7	7,0	4	5,6	3	10,3	0,343
Empregado (a)	14	14,0	10	14,1	4	13,8	
Autônomo (a)	34	34,0	22	31,0	12	41,4	
Aposentado (a) com atividade	19	19,0	17	23,9	2	6,9	
Aposentado (a) sem atividade	26	26,0	18	23,3	8	27,6	
<b>RENDA FAMILIAR</b>							
Até 3 salários*	63	63,0	44	62,0	19	65,5	0,739
Acima de 3 salários*	37	37,0	27	38,0	10	34,5	
<b>Nº DE DEPENDENTES</b>							
0-3	58	58,0	37	52,1	21	72,4	0,209
3 a 6	37	37,0	31	43,7	6	20,7	
> 6	5	5,0	3	4,2	2	6,9	
<b>COM QUEM MORA</b>							
Sozinho (a)	11	11,0	8	11,3	3	10,3	1,000
Com companheiro (a)	69	69,0	54	76,1	15	51,7	0,017
Filhos (as)	63	63,0	46	64,8	17	58,6	0,562
Neto (a)	23	23,0	13	18,3	10	34,5	0,081
Genro/nora	15	15,0	10	14,1	5	17,2	0,760
Irmão (a)	4	4,0	4	5,6	-	-	0,320
Outros familiares	3	3,0	2	2,8	1	3,4	0,352
Amigos (as)	2	2,0	2	2,8	-	-	0,361
Enteado (a)	2	2,0	2	2,8	-	-	1,000
<b>CONVÊNIO</b>							
Sim	1	1,0	-	-	1	3,4	0,290
Não	99	99,0	71	100	28	96,6	

\*Salário mínimo no período de coleta de dados: R\$465,00;

FATORES SOCIOECONÔMICOS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		P**
	n=100	%	n=71	%	n=29	%	
<b>LOCAL DE RESIDÊNCIA</b>							
Salvador	70	70,0	51	72,2	19	65,5	0,391
Região Metropolitana	2	2,0	1	1,4	1	3,4	
Outras cidades da Bahia	28	28,0	18	25,4	10	31,1	
<b>LOCAL DE INTERNAMENTO</b>							
Hospital 1 - HAN	80	80,0	57	80,2	23	32,3	0,912
Hospital 2 - HSI	20	20,0	14	19,8	6	67,6	

\*\* valor de p

### 5.1.2 Caracterização clínica

A Tabela 2 apresenta os fatores de risco cardiovascular, manifestações clínicas e tipo de IAM segundo amostra e o gênero. Quando questionados sobre a presença desses fatores, a maioria dos participantes relatou hipertensão arterial (66,0%), história familiar de doença arterial coronariana (50,0%). Outros menos frequentes foram dislipidemia (31,0%), diabetes *mellitus* (23,0%) e tabagismo (19,0%). Não foi observada associação entre fatores de risco cardiovascular e gênero.

Com relação ao tipo de infarto, prevaleceu o com supra de ST (65,0%), sendo mais frequente para os homens do que para as mulheres ( $p=0,025$ ). Antes do IAM atual, 52,0% teve como diagnóstico médico angina do peito e 16,0% de IAM prévio.

**Tabela 2 – Fatores de risco cardiovascular (FRCV), manifestações clínicas da doença arterial coronariana (DAC) e tipo de IAM segundo amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.**

VARIÁVEIS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		p*
	n=100	%	n=71	%	n=29	%	
<b>FRCV</b>							
Hipertensão arterial	66	66,0	43	60,6	23	79,3	0,186
História familiar de doença arterial coronariana	50	50,0	34	47,9	16	55,2	0,696
Dislipidemia	31	31,0	19	26,7	12	41,4	0,239
Diabetes <i>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
<b>TIPO DE IAM</b>							
Com supra de ST	65	65,0	51	78,4	14	48,2	0,025
Sem supra de ST	35	35,0	20	21,6	15	51,8	
<b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS</b>							
Angina prévia	52	52,0	35	49,3	17	58,6	0,397
IAM prévio	16	16,0	10	14,1	6	20,7	0,595

\*valor de p

Na Tabela 3 observam-se as características dos sintomas do IAM segundo a amostra e o gênero. O total de sintomas relatados foi de 430 (303 relatados pelos homens e 127 pelas mulheres), sendo a média de sintomas por pessoa 4,3. A dor no peito caracterizou-se como o sintoma mais frequente (81,0%), seguido por sudorese (67,0%), dispnéia (47,0%), dor irradiada para os braços (43,0%), para as costas (35,0%) e náuseas (32,0%).

Comparando as mulheres com os homens, verificou-se que para elas os sintomas mais frequentes foram dispnéia, dor irradiada para as costas, vômitos, dor, epigástrica, síncope e dor irradiada para a mandíbula. Já para os homens predominaram sudorese, dor irradiada para os braços e pescoço, náuseas, tontura e palpitação. Verificou-se, todavia, apenas associação entre gênero e sudorese, com significância limiar ( $p= 0,054$ ), mais prevalente nos homens; e gênero de dor mandibular, com frequência significativamente maior no feminino ( $p= 0,021$ ).

A constância da dor foi superior à sua inconstância para a amostra (66,0% x 23,0%), assim como para os gêneros, sem associação significativa. Um indivíduo não pôde informar sobre essa característica, por ter desmaiado no início dos sintomas.

O tipo de dor mencionado com maior frequência foi em aperto (45,0%), seguida por queimação (36,0%), sendo esses tipos os predominantes para os gêneros, sem associação significativa. As mulheres mencionaram em maior proporção do que os homens a dor tipo pontada, peso e rasgando. Os homens, por sua vez, informaram em maior proporção do que as mulheres a dor tipo queimação e aperto. Verificou-se associação entre a dor tipo peso e gênero ( $p= 0,057$ ), com frequência maior para as mulheres.

A dor de forte intensidade no início dos sintomas foi referida por 63,0% da amostra. Predominou para as mulheres a dor de forte intensidade e para os homens a de moderada intensidade ( $p= 0,578$ ). No momento da decisão de buscar atendimento médico, 20 participantes migraram das categorias dor de leve ou moderada intensidade para a de forte intensidade, totalizando 83,0% das pessoas.

**Tabela 3 – Características dos sintomas do IAM segundo amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.**

VARIÁVEIS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		p**
	n=100	%	n=71	%	n=29	%	
<b>CARACTERÍSTICAS DOS SINTOMAS*</b>							
Dor no peito	81	81,0	57	80,2	24	82,8	0,774
Sudorese	67	67,0	52	73,2	15	51,7	0,054
Dispnéia	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

VARIÁVEIS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		p**
	n=100	%	n=71	%	n=29	%	
Dor epigástrica	18	18,0	11	15,5	7	24,1	0,307
Dor irradiada para pescoço	17	17,0	13	18,3	4	13,8	0,711
Palpitação	14	14,0	10	14,1	4	13,8	1,000
Síncope	10	10,0	7	9,8	3	10,3	1,000
Cefaléia	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
<b>CARACTERÍSTICAS DA DOR</b>							
<b>Constância (n=99)</b>							
Constante	66	66,0	49	69,0	17	58,6	0,319
Inconstante	23	23,0	15	21,1	8	27,6	0,326
<b>Tipo de dor</b>							
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
<b>Intensidade da dor no início dos sintomas</b>							
Leve	4	4,0	3	4,2	1	3,4	0,578
Moderada	33	33,0	26	36,7	7	24,2	
Forte	63	63,0	42	59,1	21	72,4	
<b>Intensidade de dor na decisão por atendimento</b>							
Moderada	17	17,0	10	14,1	7	24,1	0,359
Forte	83	83,0	61	85,9	22	75,9	

\*Cada indivíduo informou mais de um sintoma;

\*\*valor de p

### 5.1.3 Caracterização da resposta cognitiva e emocional face ao IAM

A Tabela 4 mostra os motivos para a demora e para a decisão de buscar atendimento médico segundo a amostra e o gênero. Dos 100 participantes do estudo, 15 informaram ter buscado atendimento médico logo após o início dos sintomas do IAM, entre eles duas mulheres e 13 homens. Dois homens desmaiaram, tendo sido levados ao serviço de saúde por familiares, e 83 participantes relataram hesitar em procurar socorro médico. Houve um relato de 150 motivos para a demora (99 para os homens e 51 para as mulheres), perfazendo uma média de 1,8 motivos por participante. Os motivos para a demora mencionados com maior frequência foram acreditar que os sintomas não eram sérios e iriam melhorar (87,9%), ter medo de ficar internado (a) (18,0%) e de ficar longe da família (16,9%).

As mulheres relataram em maior proporção que os homens: não querer preocupar ninguém, ter medo de afastar-se da família, ter medo de ficar internada, ter medo do que pudesse acontecer, ter medo que fosse algo grave, a crença de que mulher tem que ser forte e aguentar a dor. Os homens, em maior proporção que as mulheres, justificaram que não era

nada sério e iriam melhorar, e conseguiam suportar a dor. Apenas os homens apontaram como razão para a demora o medo de afastar-se do trabalho (8,9%). Foram relatados 138 motivos para a decisão em buscar atendimento médico, sendo a média de 1,38 por participante. A principal razão foi a intolerância à dor (66,0%), seguida pela sensação de morte iminente (33,0%), o julgamento de estar sendo vítima de um IAM (20,0%) e a influência de familiares e/ou amigos (19,0%).

Embora não tenha havido associação entre gênero e motivos que levaram à procura de atendimento médico, vale salientar que as mulheres relataram em maior proporção que os homens, as seguintes razões: medo de morrer e estar tendo um IAM. Maior proporção de homens referiu a intolerância à dor.

**Tabela 4 – Motivos referidos para a demora e para a decisão de buscar atendimento médico segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.**

VARIÁVEIS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		p**
	n	%	n	%	n	%	
<b>MOTIVOS PARA A DEMORA*</b>	83		58		27		
Pensar que não era nada sério e que iria melhorar	73	87,9	50	89,3	23	85,2	0,417
Ter medo de ficar internado	15	18,0	10	17,9	5	18,5	0,582
Ter medo de ficar longe da família	14	16,9	7	12,5	7	25,9	0,113
Conseguir aguentar (suportar) a dor	13	15,7	11	19,6	2	7,4	0,131
Ter medo do que pudesse acontecer	8	9,6	5	8,9	3	11,1	0,516
Ter medo que fosse algo grave	8	9,6	4	7,1	4	14,8	0,233
Não querer preocupar ninguém	7	8,4	3	5,4	4	14,8	0,151
Ter medo de afastar-se do trabalho	5	6,0	5	8,9	-	-	0,132
<b>MOTIVOS PARA A DECISÃO*</b>	100		71		29		
Não suportar a dor	66	66,0	48	67,6	18	62,1	1,000
Achar que pudesse morrer	33	33,0	21	29,6	12	41,4	0,596
Pensar que estava tendo um ataque do coração (IAM)	20	20,0	14	19,7	6	20,7	0,912
Pedido/ decisão do familiar	19	19,0	14	19,7	5	17,2	0,967

\*Cada participante emitiu mais de uma resposta;

\*\*valor de p

A Tabela 5 mostra o julgamento da natureza dos sintomas do IAM e de sua gravidade segundo a amostra e o gênero. 41% dos participantes não os associaram a problemas cardíacos, atribuindo-os a problema de estômago (24,0%), de coluna (9,0%), derrame cerebral ou hipertensão arterial (4,0%), preocupações cotidianas (3,0 %) e efeito de medicação (1,0%). Quinze por cento não sabiam do que se tratava.

Dos 44 participantes que consideraram os sintomas como de origem cardiovascular, 22,0%

julgarão estar sofrendo um IAM, 20,0% acreditou estar tendo um problema relacionado ao coração, e 2,0% uma crise de angina do peito. Nenhuma mulher julgou os sintomas como manifestação clínica de angina. Não houve associação entre julgamento dos sintomas e o gênero.

Os 44 participantes (H=33 e M=11), que atribuíram os sintomas a problema cardiovascular, foram questionados sobre o que os levou a fazer essa interpretação. Verificou-se, dos 47 motivos relatados, o conhecimento prévio dos sintomas cardiovasculares obtido por profissionais de saúde e meios de comunicação (45,5%), a presença da dor localizada no peito e o tipo da dor (31,8%), seguida pela experiência prévia com crises de angina do peito ou IAM (29,5%).

No que se refere ao gênero, as mulheres relataram em maior proporção que os homens acesso a informação sobre o quadro clínico do IAM e localização da dor no peito ou tipo da dor. Já os homens, a vivência anterior do IAM ou angina do peito. Não houve, entretanto, associação entre os motivos da atribuição dos sintomas a problema cardíaco e o gênero.

Observou-se que os sintomas foram considerados graves por 64,0% dos participantes e pela maioria dos homens e das mulheres ( $p= 0,840$ ). A gravidade atribuída a eles foi justificada pela dor de forte intensidade, intensificação dos sintomas e associação do quadro clínico a problema cardíaco. A atribuição de não gravidade aos sintomas foi justificada pela localização dos mesmos, no âmbito das fronteiras conhecidas e controláveis com recursos pessoais, a exemplo de chás, automedicação e outros.

**Tabela 5 – Julgamento da natureza dos sintomas do IAM e de sua gravidade segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.**

VARIÁVEIS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		p**
	n	%	n	%	n	%	
<b>JULGAMENTO DOS SINTOMAS</b>	100		71		29		
Associado a problema de coração	44	44,0	33	46,4	11	37,9	0,435
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	10,4	0,309
<b>MOTIVOS PARA A ATRIBUIÇÃO DOS SINTOMAS A PROBLEMA CARDÍACO</b>	44		33		11*		
Ter informação sobre os sintomas	20	45,5	13	39,4	7	63,6	0,577
Dor no peito e o tipo de dor	14	31,8	10	30,3	4	36,1	1,000
Ter infarto ou angina prévio	13	29,5	10	30,3	3	27,2	0,751
<b>GRAVIDADE DOS SINTOMAS</b>							
Gravidade	64	64,0	45	63,4	19	65,5	0,840
Não gravidade	36	36,0	26	36,7	10	34,5	

\*3 mulheres relataram dois motivos;

\*\*valor de p

A Tabela 6 mostra a ação dos participantes no início dos sintomas do IAM segundo a amostra e o gênero. Os 100 participantes emitiram 206 respostas relacionadas às suas ações no início das manifestações clínicas do evento cardiovascular, perfazendo a média de 2,1 ações por participante. Destacaram-se entre elas, a espera pela melhora dos sintomas (69,0%), o uso de medicações, de chás, de leite ou café (54,0%) para melhorar os sintomas e o pedido de ajuda às pessoas no entorno (47,0%). Para 17 participantes (17,0%), a ação imediata após o início dos sintomas foi a procura de atendimento médico.

Embora não tenha havido associação entre ação face aos sintomas e o gênero, os homens, em maior proporção do que as mulheres, esperaram para ver se os sintomas iriam melhorar e procuraram imediatamente um serviço de saúde. Já as mulheres, em maior proporção que os homens, tomaram algo para melhorar os sintomas, pediram ajuda a alguém, ocultaram os sintomas, continuaram a realizar atividades, descansaram ou tentaram dormir.

**Tabela 6 – Ação no início dos sintomas do IAM segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.**

AÇÕES NO INÍCIO DOS SINTOMAS	TOTAL		HOMENS		MULHERES		p**
	n=100	%	n=71	%	n=29	%	
Esperar a melhora dos sintomas	69	69,0	50	70,4	19	62,2	0,399
Tomar algo para melhorar os sintomas	54	54,0	36	50,7	18	62,1	0,630
Pedir ajuda a alguém	42	42,0	29	40,9	13	44,8	0,714
Procurar um serviço de saúde	17	17,0	15	19,7	2	6,9	0,113
Ocultar os sintomas	13	13,0	9	12,7	4	13,8	1,000
Continuar a realizar atividades	12	12,0	6	8,5	6	20,7	0,101
<b>TOTAL DE RESPOSTAS*</b>	206		144		62		

\*Cada participante forneceu mais de uma resposta;

\*\*valor de p

#### 5.1.4 Caracterização do contexto ambiental no início do IAM

Na Tabela 7 observam-se as características do contexto ambiental segundo a amostra e o gênero. Mais da metade dos participantes, 76,0%, estavam em casa quando os sintomas do IAM começaram, 18,0% em via pública, e 6,0% no trabalho. A maioria dos homens e das mulheres também estava no domicílio, mas não houve associação significativa entre o local de início do evento e o gênero.

Com relação ao turno do início dos sintomas, o matutino (34,0%), seguido pelo noturno (27,0%) foram os mais frequentes. Os homens apresentaram distribuição semelhante entre os

quatro turnos, enquanto que para as mulheres foi mais frequente o turno matutino ( $p=0,190$ ).

Vale ressaltar que 32% dos participantes estavam sozinhos no início do evento cardiovascular. No entanto, 68,0% da amostra estavam em companhia de alguém, e dentre as pessoas no entorno predominaram o companheiro (a) (55,9%) e os (as) filhos (as) (33,8%). A média de acompanhantes por participantes foi de 2,2. Na análise por gênero, verificou-se que os homens estavam em maior proporção sozinhos (36,6%), em relação às mulheres (21,7%), mas essa associação não foi significativa ( $p=0,486$ ). Os homens estavam mais acompanhados pela companheira do que as mulheres pelos companheiros ( $p=0,170$ ). Elas, por sua vez, estavam em maior proporção acompanhadas pelos filhos e essa relação foi estatisticamente significativa ( $p=0,024$ ).

Dos 100 participantes, 90 pediram ajuda a alguém (Tabela 7) face aos sintomas do IAM, e predominou a figura do (a) companheiro (a) (44,3%) seguida dos filhos (as) (34,3%). As mulheres clamaram com maior frequência por seus filhos (as), em seguida por seus companheiros, e os homens por suas companheiras, seguido dos filhos (as). No entanto, não houve associação entre pessoas evocadas para ajuda e o gênero.

Várias ações foram realizadas pelas pessoas no entorno de 41 participantes. Predominaram para os participantes, e para o grupo dos homens e das mulheres, as ações de dizer para procurar atendimento médico/pedir ajuda/realizar exames (60,1%; H=60,0% e M=62,5%), seguidas de oferecer algo para tomar (26,8%; H=28,0% e M=25,0%). Uma maioria não deu importância/disseram para não se preocupar/orientaram descansar (12,2%; H=12,0% e M=12,5%)

Predominaram como acompanhantes dos participantes até o serviço de saúde, para ambos os gêneros, os vizinhos (46,5%) seguidos dos (as) filhos (as) (38,3%), outros familiares (22,1%) e companheiro (a)/esposo (a) (11,6%). Não houve associação entre gênero e tipo de acompanhante ao local de atendimento médico.

**Tabela 7 – Caracterização do contexto ambiental segundo a amostra e o gênero. Salvador, Bahia 2009.**

CARACTERÍSTICAS AMBIENTAIS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		p*
	n	%	n	%	n	%	
<b>LOCAL DO INÍCIO DOS SINTOMAS</b>	100		71		29		
Casa	76	76,0	52	73,2	24	86,2	0,580
Via pública	18	18,0	14	18,3	4	10,3	
Trabalho	6	6,0	5	7,0	1	3,4	

\*valor de p



CARACTERÍSTICAS AMBIENTAIS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		%*
	n	%	n	%	n	%	
<b>TURNO DO INÍCIO DOS SINTOMAS</b>	100		71		29		
6:00 a 11:59h	34	34,0	14	28,2	14	48,3	0,190
12:00 a 17:59h	22	22,0	18	25,4	4	13,8	
18:00 a 23:59h	27	27,0	19	26,4	8	27,6	
00:00 a 05:59h	17	17,0	14	19,7	3	10,3	
<b>PESSOAS DO ENTORNO NO INÍCIO DOS SINTOMAS</b>	68		45		23		
Outros familiares	83	122,0	12	26,7	5	21,7	0,971
Companheiro (a)	38	55,9	30	66,7	8	34,8	0,170
Filhos (as)	23	33,8	12	26,7	11	47,8	0,024
Colegas de trabalho/ vizinhos	8	11,8	5	11,1	3	13,0	0,573
<b>A QUEM PEDIU AJUDA</b>	90		63		27		
Companheiro(a)	39	43,3	31	49,2	8	29,6	0,134
Filhos (as)	31	34,4	20	31,7	11	40,7	0,341
Outros familiares	18	20,0	14	22,2	4	14,8	0,485
Vizinhos	16	17,8	12	19,0	4	14,8	0,701
Colegas de trabalho	4	4,4	2	3,1	2	7,4	0,341
<b>AÇÕES DAS PESSOAS DO ENTORNO</b>	41		25		16		
Disseram para buscar atendimento médico/ ajuda / realizar exames	25	60,1	15	60,0	10	62,5	0,956
Ofereceram alguma coisa para tomar	11	26,8	7	28,0	4	25,0	0,571
Não deram importância/ Disseram para não de preocupar / Orientaram a descansar	5	12,2	3	12,0	2	12,5	0,342
<b>ACOMPANHANTE ATÉ O 1º LOCAL DE ATENDIMENTO MÉDICO</b>	86		69		28		
Vizinhos (as)	40	46,5	25	36,2	15	53,6	0,126
Filhos (as)	33	38,3	26	37,7	7	25,0	0,228
Outros familiares	19	22,1	13	18,8	6	21,4	0,781
Companheiro(a)	10	11,6	8	11,6	2	7,1	0,506
Colegas de trabalho/ amigos	5	5,8	4	5,8	1	3,5	0,873

\*valor de p

## 5.2 COMPARAÇÃO DOS TEMPOS MÉDIOS DE DECISÃO PARA PROCURA DE ATENDIMENTO MÉDICO SEGUNDO FATORES SOCIOECONÔMICOS, CLÍNICOS, COGNITIVOS, EMOCIONAIS E AMBIENTAIS DOS PARTICIPANTES E O GÊNERO

A média geométrica e a mediana do tempo de decisão para procura de atendimento médico da amostra foram, respectivamente, de 1,1h e 1,0h. Para as mulheres, a média geométrica para TD foi de 1,4h e a mediana de 1,5h e, para os homens, a média geométrica foi de 0,9h e a mediana de 1,0 h. As mulheres apresentaram tempos médios de decisão maiores do que os homens. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa.

### 5.2.1 Comparação dos tempos médios de decisão (TD) segundo fatores socioeconômicos dos participantes e o gênero

Na Tabela 8 observam-se os fatores socioeconômicos associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Entre os fatores socioeconômicos não houve associação significativa entre TD e as variáveis idade, raça/cor autodeclarada, condição laboral, escolaridade, renda familiar e local de residência. O gênero não foi potencial modificador das relações entre TD e essas variáveis.

**Tabela 8 – Fatores socioeconômicos associados ao TD e o efeito modificador do gênero nessa relação. Salvador, Bahia, 2009.**

VARIÁVEIS	MG TD*	p*	MG TD*		p**
	AMOSTRA n=100		H n=71	M n=29	
<b>IDADE</b>					
< 60 anos (56)	1,1	0,900	1,0	1,3	0,550
> igual a 60 anos (44)	1,0		0,9	1,8	
<b>RAÇA/COR AUTODECLARADA</b>					
Branca (29)	1,8	0,102	2,0	1,5	0,268
Negra (71)	0,9		0,7	1,4	
<b>ESCOLARIDADE</b>					
Até 1º grau (69)	1,2	0,203	1,1	1,4	0,200
Mais que 1º grau (18)	1,0		0,8	1,5	
<b>CONDIÇÃO LABORAL</b>					
Ativos (67)	1,3	0,097	1,2	1,7	0,713
Inativos (33)	0,7		0,5	1,0	
<b>RENDA FAMILIAR</b>					
Até 3 salários (63)	0,7	0,121	0,6	1,2	0,281
Acima de 3 salários (37)	2,0		2,1	1,8	
<b>LOCAL DE RESIDÊNCIA</b>					
Salvador (70)	1,0	0,391	0,8	1,4	0,532
Outras cidades da Bahia (30)	1,4		1,4	1,5	

\*média geométrica (MG) em horas do tempo de decisão (TD);

\*\* valor de p

### 5.2.2 Comparação dos tempos médios de decisão (TD) segundo fatores clínicos dos participantes e o gênero

Na Tabela 9 observam-se os fatores de risco cardiovascular (FRCV) e características dos sintomas associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Entre os fatores de risco cardiovascular não houve associação significativa entre TD e as variáveis hipertensão e diabetes *mellitus*, exceto para a variável tabagismo – os indivíduos

fumantes, em relação aos que não fumavam, apresentaram menor TD ( $p=0,052$ ). Verificou-se que o gênero foi um potencial modificador dessa relação ( $p= 0,017$ ): as mulheres fumantes apresentaram maior TD (2,4h) do que os homens (0,3h) nessa mesma condição.

Entre os tipos de sintomas, não houve associação significativa entre TD e dor no peito, sudorese, dispnéia, náuseas, tontura, dor epigástrica. A exceção ocorreu para dor irradiada para o pescoço e dor irradiada para a mandíbula, pois os indivíduos que apresentavam esse sintoma, em relação aos que não os tiveram, apresentaram maior TD (2,4h e 4,2h, respectivamente). Verificou-se o gênero como potencial modificador da relação TD e dor irradiada para o pescoço ( $p= 0,011$ ) e TD e dor irradiada para a mandíbula ( $p= 0,000$ ). É possível observar que os homens com dor irradiada para o pescoço, em relação às mulheres com esse sintoma, tiveram maior TD (3,3h) assim como, os homens com dor irradiada para a mandíbula, em relação às mulheres nessa mesma condição tiveram maior TD (26,6h).

Entre as características da dor no início dos sintomas não houve associação significativa entre TD e dor em aperto, queimação, rasgando, pontada e peso, exceto no tocante às variáveis constância da dor e intensidade da dor no início dos sintomas, nas quais as pessoas com dor constante apresentaram menor TD (0,7h) em relação as que tiveram dor inconstante, e as com dor leve tiveram maior TD (6,6h), em relação àquelas com dor moderada e intensa. O gênero não foi potencial modificador para a relação de TD com essas variáveis.

**Tabela 9 – Fatores de risco cardiovascular (FRCV) e características dos sintomas associados ao TD e o efeito modificador do gênero nessa relação. Salvador, Bahia, 2009.**

VARIÁVEIS	MG TD* AMOSTRA n=100	p**	MG TD*		p**
			H n=71	M n=29	
<b>FRCV</b>					
<b>Hipertensão arterial</b>					
Sim (66)	1,1	0,990	1,0	1,2	0,278
Não (34)	1,1		0,9	2,9	
<b>Tabagismo</b>					
Sim (18)	0,5	0,052	0,3	2,4	0,017
Não (82)	1,3		1,3	1,3	
<b>Diabetes mellitus</b>					
Sim (23)	1,0	0,405	1,1	0,9	0,510
Não (77)	1,1		0,9	1,8	
<b>TIPO DE SINTOMAS</b>					
<b>Dor no peito</b>					
Sim (81)	1,0	0,848	0,9	1,5	0,339
Não (19)	1,2		1,3	0,9	
<b>Sudorese</b>					
Sim (66)	0,9	0,286	0,8	1,5	0,366
Não (34)	1,4		1,5	1,3	

\*média geométrica (MG) em horas do tempo de decisão (TD);

\*\* valor de p

VARIÁVEIS	MG TD* AMOSTRA n=100	p**	MG TD*		p**
			H n=71	M n=29	
<b>Dispnéia</b>					
Sim (47)	1,0	0,580	1,0	0,9	0,179
Não (53)	1,2		0,9	2,4	
<b>Náuseas</b>					
Sim (32)	1,0	0,715	0,9	1,1	0,774
Não (68)	1,1		1,0	1,6	
<b>Tontura</b>					
Sim (20)	1,0	0,929	1,1	0,8	0,600
Não (80)	1,1		0,9	1,5	
<b>Dor irradiada para o pescoço</b>					
Sim (17)	2,4	0,015	3,3	0,9	0,011
Não (83)	0,9		0,7	1,5	
<b>Dor epigástrica</b>					
Sim (18)	0,9	0,538	0,9	0,8	0,407
Não (82)	1,1		0,9	1,7	
<b>Palpitação</b>					
Sim (14)	1,0	0,964	1,5	0,4	0,154
Não (86)	1,1		0,9	1,7	
<b>Dor irradiada para a mandíbula</b>					
Sim (7)	4,2	0,018	26,6	2,0	0,000
Não (93)	1,0		0,9	1,3	
<b>CARACTERÍSTICAS DA DOR</b>					
<b><u>Constância</u></b>					
Constante (66)	0,7	0,000	0,6	1,1	0,244
Inconstante (34)	2,7		3,0	2,2	
<b><u>Tipo de dor</u></b>					
<b><u>Aperto</u></b>					
Sim (45)	1,4	0,215	1,1	2,4	0,471
Não (55)	0,9		0,8	1,0	
<b><u>Queimação</u></b>					
Sim (36)	0,7	0,141	0,7	0,9	0,945
Não (64)	1,3		1,2	1,6	
<b><u>Rasgando</u></b>					
Sim (14)	1,7	0,348	2,3	0,9	0,127
Não (86)	1,0		0,8	1,6	
<b><u>Pontada</u></b>					
Sim (13)	2,1	0,145	1,7	2,7	0,897
Não (87)	1,0		0,9	1,2	
<b><u>Peso</u></b>					
Sim (6)	0,7	0,499	0,4	1,0	0,653
Não (94)	1,1		1,0	1,5	
<b><u>Intensidade da dor no início dos sintomas</u></b>					
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	

\*média geométrica (MG) em horas do tempo de decisão (TD);

\*\* valor de p

### 5.2.3 Comparação dos tempos médios de decisão segundo fatores cognitivos e emocionais dos participantes e o gênero

A Tabela 10 mostra o julgamento da natureza dos sintomas e de sua gravidade associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Não houve associação significativa entre TD e associação dos sintomas a problema cardiovascular. Todavia, destaca-se que as pessoas que julgaram seus sintomas como cardíacos, comparadas aos que os interpretaram como de outra natureza, apresentaram menor TD. O gênero não foi fator modificador da associação entre TD e a variável em questão.

Constatou-se associação significativa entre TD e atribuição de gravidade aos sintomas ( $p=0,007$ ), notando-se que aqueles que os consideraram graves apresentaram menor TD. O gênero não foi potencial modificador da associação entre o TD e essa variável.

**Tabela 10 – Julgamento da natureza dos sintomas e de sua gravidade associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Salvador, Bahia, 2009.**

JULGAMENTO DOS SINTOMAS	MG TD*		MG TD*		p**
	AMOSTRA n=100	p**	H n=71	M n=29	
<b>ASSOCIADO A PROBLEMA CARDÍACO</b>					
Sim (44)	0,8	0,289	0,7	1,2	0,764
Não (56)	1,3		1,2	1,5	
<b>GRAVIDADE</b>					
Graves (64)	0,8	0,007	0,6	1,1	0,470
Não graves (36)	2,0		1,9	2,1	

\*média geométrica (MG) em horas do tempo de decisão (TD);

\*\* valor de p

Na Tabela 11 observam-se as ações dos participantes face ao início e à piora dos sintomas associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Entre as ações no início dos sintomas, houve associação significativa entre TD e a atitude de procurar imediatamente um serviço de saúde, esperar para ver a melhora dos sintomas, tomar algo para melhorar os sintomas. O gênero foi potencial modificador da associação entre o TD e as variáveis esperar a melhora dos sintomas ( $p=0,014$ ) e ocultar os sintomas ( $p=0,016$ ). Observa-se que os homens que esperaram a melhora dos sintomas, em relação às mulheres que agiram desta forma, apresentaram maior TD. Já para a relação de TD, a variável ocultar os sintomas e o gênero, observou-se que as mulheres tiveram maior TD, em relação aos homens nessa condição.

Houve associação significativa entre TD e ações diante da piora dos sintomas, como tomar algo para melhorar os sintomas ( $p= 0,020$ ) e esperar a melhora dos sintomas ( $p= 0,000$ ), observando-se maior TD para aqueles (as) que as praticaram. O gênero foi potencial modificador da relação entre TD e a variável pedir ajuda a alguém ( $p= 0,050$ ). Observou-se que os homens que pediram ajuda, em relação às mulheres que também clamaram por socorro, apresentaram maior TD (2,4h).

**Tabela 11 – Ações dos participantes face ao início e à piora dos sintomas associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Salvador, Bahia, 2009.**

VARIÁVEIS	MG TD*	p*	MG TD		p**
	AMOSTRA n=100		H n=71	M n=29	
<b>AÇÃO NO INÍCIO DOS SINTOMAS</b>					
<b>Procurar de imediato um serviço de saúde</b>					
Sim (17)	0,1	0,000	0,1	0,1	0,981
Não (83)	1,9		2,0	1,8	
<b>Esperar para ver a melhora dos sintomas</b>					
Sim (69)	2,2	0,000	2,3	1,9	0,014
Não (31)	0,2		0,1	0,8	
<b>Tomar algo para melhorar os Sintomas</b>					
Sim (54)	1,9	0,001	2,1	1,7	0,192
Não (46)	0,5		0,4	1,0	
<b>Pedir ajuda a alguém</b>					
Sim (42)	0,6	0,060	0,5	0,8	0,966
Não (58)	1,7		1,5	2,3	
<b>Ocultar os sintomas</b>					
Sim (13)	2,7	0,145	2,0	7,8	0,016
Não (87)	0,9		0,8	1,2	
<b>AÇÃO NA PIORA DOS SINTOMAS</b>					
<b>Pedir ajuda a alguém</b>					
Sim (48)	1,9	0,733	2,4	1,0	0,050
Não (35)	2,1		1,5	3,8	
<b>Tomar algo para melhorar os sintomas</b>					
Sim (4)	13,8	0,020	29,3	6,5	0,190
Não (79)	1,8		1,9	1,6	
<b>Esperar para ver a melhora dos sintomas</b>					
Sim (1)	17,0	0,000	17,0	0,0	0,799
Não (82)	1,9		1,9	1,8	

\*média geométrica (MG) em horas do tempo de decisão (TD);

\*\* valor de p

### 5.2.4 Comparação dos tempos médios de decisão segundo fatores ambientais dos participantes e o gênero

Na Tabela 12 figuram as características do contexto ambiental associados ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. As pessoas que estavam em casa no início dos sintomas tiveram maior TD em relação às que estavam em via pública e menor TD dos que estavam no trabalho ( $p=0,047$ ).

Não se observou associação significativa entre haver ou não pessoas em torno no início dos sintomas e TD. Verificou-se o gênero como potencial modificador da relação entre TD e as variáveis pessoas do entorno companheiros (as) e filhos (as) ( $p=0,012$  e  $p=0,106$ , respectivamente). Observa-se que as mulheres que estavam com companheiros e filhos (as), em relação aos homens com as companheiras e filhos (as) tiveram maior TD (6,1h e 1,8h).

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre o que as pessoas disseram para fazer e TD. Da mesma forma, verificou-se que o gênero não se constituiu em modificador dessa relação.

**Tabela 12 – Características do contexto ambiental associadas ao tempo de decisão (TD) e o efeito modificador do gênero nessa relação. Salvador, Bahia, 2009.**

CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO AMBIENTAL	MG TD*	p**	MG TD*		p**
	AMOSTRA n=100		H n=71	M n=29	
<b>LOCAL DO INÍCIO DOS SINTOMAS</b>					
Casa (76)	1,3		1,2	1,6	
Trabalho (6)	1,4	0,047	1,1	4,0	0,977
Via pública (18)	0,4		0,4	0,5	
<b>PESSOAS DO ENTORNO NO INÍCIO DOS SINTOMAS</b>					
Sim (68)	0,7		0,7	0,6	
Não (32)	1,3	0,119	1,1	1,8	0,486
<b>Companheiro(a)</b>					
Sim (38)	1,5		1,1	6,1	
Não (62)	0,9	0,165	0,9	0,8	0,012
<b>Filhos (as)</b>					
Sim (23)	0,8		0,4	1,8	
Não (77)	1,2	0,373	1,2	1,2	0,106
<b>Vizinhos (as)</b>					
Sim (3)	1,3		2,6	0,3	
Não (97)	1,1	0,791	0,9	2,5	0,985
<b>Colegas de trabalho</b>					
Sim (5)	1,6		1,6	1,7	
Não (95)	1,0	0,474	0,9	1,4	0,762

\*média geométrica (MG) em horas do tempo de decisão (TD)

\*\* valor de p

CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO AMBIENTAL	MG TD*	p**	MG TD*		p**
	AMOSTRA n=100		H n=71	M n=29	
<b>O QUE AS PESSOAS DISSERAM PARA FAZER</b>					
<b>Ofereceram algo para tomar</b>					
Sim (11)	1,9	0,100	2,0	1,9	0,440
Não (89)	0,9		0,8	1,3	
<b>Não deram importância</b>					
Sim (5)	4,2	0,117	5,6	2,8	0,116
Não (95)	1,0		0,9	1,3	
<b>Disseram para buscar atendimento médico</b>					
Sim (25)	1,9	0,680	0,8	1,7	0,571
Não (75)	0,9		0,7	1,3	

\*média geométrica (MG) em horas do tempo de decisão (TD);

\*\* valor de p



## 6 DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por 100 indivíduos, 71 homens com média de idade de 58,7 anos, e por 29 mulheres, com média de idade de 58,97 anos, acometidos por IAM, e que se internaram em dois hospitais de referência para tratamento de doenças cardiovasculares do Estado da Bahia. Distribuição similar foi encontrada em estudos também realizados em Salvador por Mussi *et al.* (2007), que entrevistaram 51 homens e 43 mulheres, com mediana de idade de 55,3 e 61,5 anos, respectivamente, e de Sampaio (2008), que estudou 67 homens, com idade de média de 57,1 anos, e 33 mulheres com idade média de 61,5 anos.

Observa-se nesses estudos citados que as mulheres foram acometidas pelos eventos cardiovasculares em idade maior que a dos homens, ao passo que, no presente estudo, não houve praticamente diferença entre a média de idade entre os gêneros, evidenciando que as mulheres estão desenvolvendo o IAM em idade mais jovem.

Steffens (2003) destaca que o risco de apresentar um evento cerebrovascular duplica a partir dos 55 anos, ressaltando que, em Salvador, eles são 340 vezes mais incidentes entre pessoas acima dos 65 anos em comparação ao grupo etário de 15 a 24 anos. A maior parte da amostra estudada teve infarto com idade inferior a 60 anos, o mesmo sendo observado para o grupo das mulheres e dos homens. Na literatura consultada há relato de que os homens são mais susceptíveis aos eventos cardiovasculares a partir dos 55 anos e, as mulheres a partir dos 65 anos (CONTI *et al.*, 2002). No entanto, o que se observou nessa amostra é que as mulheres vêm desenvolvendo eventos cardiovasculares mais precocemente, assim como também foi constatado por Sampaio (2008) e Mussi (2007).

A amostra apresentou, também, características socioeconômicas homogêneas, uma vez que era dependente de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), oriunda basicamente da cidade de Salvador e Região Metropolitana, declarou-se majoritariamente de raça/cor negra e vivia em condições de desigualdade social evidenciada pela baixa escolaridade e renda familiar, com 33% dos participantes em situação de desemprego ou inatividade devido a aposentadoria. (Tabela 1). Estes achados confirmam as descrições da literatura nacional (ISHITANI *et al.*, 2006) e internacional (YUSUF *et al.*, 2001) dessas características como potencializadoras do risco de doença cardiovascular.

No presente estudo, identificaram-se relatos de fatores maiores de risco cardiovascular,

como hipertensão arterial (66%), diabetes *mellitus* (23%), dislipidemia (31%), história familiar de DAC (50%) e tabagismo (19%) (Tabela 2), os quais representam a principal causa da doença arterial coronária e são prevalentes em grupos em situação de desigualdade social, conforme a amostra desse estudo.

Em relação às manifestações clínicas do IAM, tanto para amostra como para os gêneros, dor precordial (81%), predominantemente de forte intensidade (63%) e constante (66%), seguida de sudorese (51%) foram os sintomas mais frequentes, caracterizando um quadro clínico inicial típico do IAM (Tabela 3).

Apesar da prevalência de manifestações clínicas típicas de IAM, a grande maioria (84%) referiu ser o primeiro episódio de IAM (Tabela 2), não estando, portanto, familiarizados com os sintomas, dificultando talvez a adoção de ações apropriadas face ao evento cardiovascular (Tabela 6). Este fato, aliado ao baixo nível socioeconômico, pode explicar por que apenas 44% deles associaram a dor a problema cardíaco (Tabela 5), acreditando tratar-se de problemas digestivos, musculoesqueléticos, entre outros, ou não sabendo o que significavam (15%).

De acordo com esta investigação, as muitas ações descritas frente aos sintomas foram, muitas delas, relacionadas a esperar a melhora dos sintomas (69%), tomar algo para melhorar os sintomas (54%) (bebidas como chá, café, automedicação, dentre outras) (Tabela 11), exceto para os 17 participantes que tiveram como ação predominante a procura imediata de um serviço de saúde face ao IAM.

Os 83 participantes que não procuraram de imediato um serviço de saúde tiveram como justificativa para retardar essa decisão pensar que os sintomas não eram sérios e iriam melhorar (87,9%) seguido de algum temor, seja ele o de ficar internado (18%), afastar-se da família (16,9%), de algo extraordinário acontecer (9,6%) e do medo de constatar a gravidade da situação (9,6%) (Tabela 4). Todavia, em algum, momento do curso do evento cardiovascular, todos os indivíduos optaram pelo socorro médico, predominantemente, devido a não tolerar a dor (66%) ou pelo medo de morrer (33%).

Considerando que 64% dos participantes atribuíram gravidade aos sintomas e que 56% não os associaram ao IAM ou não sabiam sobre 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, conseqüentemente, com a

intolerância à dor e o medo de morrer, motivos que os mobilizaram para a decisão de buscar socorro médico.

No início do evento cardiovascular a maioria dos participantes estava em casa (76%) e acompanhada (o) (68%), especialmente por familiares, prevalecendo entre eles o companheiro (a) (55,9%) seguido dos filhos (33,8%), revelando a importância de os mesmos serem alvo de programas educativos que visem à redução dos tempos de retardo pré-hospitalar. A capacitação de parentes de pessoas com risco potencial para o IAM poderia talvez evitar ações como a de relativizar a gravidade da situação e oferecer algo a ser tomado, como constatado no presente estudo.

Verificou-se, que tanto os homens como as mulheres retardaram a decisão de procurar atendimento médico, as mulheres com maior tempo (1,4h) do que os homens (0,9h), mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. Sabe-se que cerca de 50% das pessoas que sofrem IAM morrem na primeira hora de evolução do evento cardiovascular e que a mortalidade pode atingir o percentual de 80% nas primeiras 24 horas (SBC, 2004). Os participantes do estudo, portanto, estiveram expostos a esse risco. Há que considerar que após a tomada de decisão os indivíduos despenderam ainda tempo deslocando-se para um serviço de saúde até conseguir o atendimento médico. Esses tempos elevados para o retardo na decisão podem ser explicados pelos motivos apontados pelos participantes para adiar a ida ao serviço de saúde (Tabela 19) e pelas ações imediatas caracterizadas por ocultar os sintomas, pela espera do alívio dos sintomas e pela automedicação.

No que diz respeito ao TD e sua relação com os fatores socioeconômicos, a literatura aponta que as mulheres e pessoas com idade maior do que 70 anos combinam a apresentação de sintomas menos típicos de IAM, assim como julgam que os sintomas podem ser naturais do processo de envelhecimento (MOSER *et al.*, 2005; ISAKSSON *et al.*, 2007; TING *et al.*, 2008) e, por essa razão, podem retardar mais que os homens para decidir procurar atendimento médico. Todavia, no presente estudo, não se verificou associação significativa entre TD e idade, cabendo destacar que as mulheres em sua maioria infartaram com idade menor que 60 anos e com sintomas típicos (Tabela 1 e 3). O gênero, também, não se constituiu em fator modificador da associação entre idade e TD.

A baixa escolaridade e renda familiar, e pertencer a raça/cor negra, têm sido relatados como fatores que aumentaram o TD (TING *et al.*, 2008; MCGINN *et al.* 2005) sendo considerado que o reconhecimento dos sintomas cardiovasculares requer habilidades críticas, que podem estar prejudicadas no grupo com menor estudo, cuja baixa renda pode dificultar o

acesso aos serviços de saúde, e que as pessoas da raça cor/negra em geral apresentam sintomas menos típicos, dificultando o julgamento dos sintomas. Todavia, na presente investigação, embora as pessoas fossem predominantemente caracterizadas como negras, com baixa escolaridade e renda familiar, não se constatou associação significativa entre esses fatores e TD (Tabela 8), assim como, o gênero não foi fator modificador dessa relação.

Entre os fatores de risco cardiovascular não houve associação significativa entre TD e as variáveis hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, cabendo destacar que a maioria dos participantes sofreram IAM com sintomas típicos, embora apenas 44% os reconheceram como cardíacos. Todavia, os indivíduos fumantes, em relação aos que não fumavam, apresentaram menor TD, sendo essa associação significativa, indicando que os fumantes talvez percebam maior risco para adoecer. O gênero foi um potencial modificador dessa relação, com maior TD para as mulheres fumantes em relação aos homens (0,3h) nessa mesma condição. Portanto, especialmente as mulheres tabagistas precisam receber atenção especial dos programas que visem a diminuir o retardo pré-hospitalar face ao IAM.

Quanto aos tipos de sintomas, observou-se maior TD para pessoas com dor com irradiação para o pescoço e mandíbula, sendo essa associação significativa; além disso, o gênero representou um fator modificador dessa relação, observando-se que os homens com dor no pescoço e dor mandibular, em relação às mulheres com esse sintoma, tiveram maior TD. É possível que esses sintomas sejam mais interpretados como relacionados a causas não cardíacas e atribuídos a problemas musculoesqueléticos, particularmente em homens. Chamou atenção o fato de que, mesmo sendo caracterizados como sintomas típicos de IAM, os indivíduos não apresentaram um menor tempo de decisão.

As pessoas com dor constante apresentaram menor TD em relação às que tiveram dor inconstante e as com dor leve tiveram maior TD em relação àquelas com dor moderada e intensa e essas associações foram significantes. É possível que a dor constante e forte seja relacionada a uma maior gravidade e intolerância, otimizando a decisão de buscar socorro médico, enquanto que a dor inconstante, ou seja, seu ir e vir, possa alimentar a esperança de melhora, bem como a tolerância.

Com relação aos fatores cognitivos e emocionais, a literatura mostra que o julgamento dos sintomas como graves e sua atribuição a problemas cardíacos são responsáveis por ações de pronta procura por atendimento médico, reduzindo assim o TD (BUNDE; MARTIN, 2006; MOSER *et al.*, 2005; McKINLEY *et al.*, 2004). No presente estudo, a interpretação dos sintomas como problema cardíaco foi responsável por menor tempo de decisão, porém não

houve associação significante. Quando se analisou o gênero, observou-se que os homens que julgaram seus sintomas como cardíacos tiveram menor TD, embora o gênero não tenha sido modificador do evento. O julgamento de sintomas como de causa cardíaca é mais frequente para o grupo dos 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 (RUSTON; CLAYTON *et al.*, 2007; CONTI *et al.*, 2002).

Constatou-se associação significante entre TD e atribuição de gravidade aos sintomas, notando-se que aqueles que os consideraram graves apresentaram menor TD. Todavia, é possível afirmar que, mesmo tendo atribuído gravidade aos sintomas, alguns indivíduos agiram postergando a decisão para procura de atendimento, considerando-se o percentual de ações relacionadas a esperar a melhora dos sintomas ou tomar algo para mimimizá-los (Tabela 11).

Se por um lado 17 indivíduos buscaram de imediato socorro médico face aos sintomas, apresentando menor TD, por outro, aqueles que esperaram para ver a melhora dos sintomas ou tomaram algo para melhorar tiveram maior TD, ambas as associações significantes (Tabela 11). Essas relações também foram verificadas por THURESSON *et al.*, 2007; MCKINLEY *et al.*, 2004). Os efeitos prejudiciais da automedicação no curso do evento cardiovascular foram também documentados por Johansson, Stromberg, Swahn (2004), Moser *et al.* (2007) e Zerwic (1999), pois, ao tentar aliviar os sintomas com medicamentos há aumento no TD, já que se aguarda o seu efeito. A mesma lógica se aplica a quem acredita que os sintomas podem ser passageiros e aguardam a sua melhora.

O gênero foi modificador da associação entre o TD e esperar a melhora e ocultar os sintomas, tendo-se observado que os homens que esperaram pela melhora, em relação às mulheres que tiveram essas ações, apresentaram maior TD e que as mulheres que ocultaram os sintomas apresentaram maior TD, em relação aos homens nessa condição (Tabela 11). Em ambos os casos, expressam-se comportamentos de resistência à dor que podem ser explicados pelas construções sociais sobre os gêneros. Assim, para os homens talvez seja difícil admitir que algo extraordinário esteja acontecendo e venha a diminuir a sua força, vigor, coragem, determinação pela manutenção de sua condição socioeconômica (MUSSI, PEREIRA, 2010). As mulheres, por sua vez, podem não valorizar seus sintomas e até mesmo ocultá-los, por priorizarem mais as demandas sociais, como responsabilidade e cuidados para com a família (MOSER *et al.*, 2005), ou ainda por encarar o sofrimento como uma virtude, considerada no meio social, ainda hoje, como uma conduta moralmente boa e correta para a mulher, o que lhe

ajuda a suportar a pena, a dor e o sofrimento (MUSSI; PEREIRA, 2010).

Destaca-se que, mesmo diante da piora dos sintomas, ainda houve indivíduos que resistiram em buscar os serviços de saúde. Isso sugere a complexidade das respostas cognitivas e emocionais que podem ser permeadas pelas questões de gênero, conforme anteriormente argumentado. É válido destacar que, na análise das ações, a piora dos sintomas mostrou maior TD para aqueles que tomaram algo para melhorar os sintomas e esperaram a melhora dos sintomas, sendo essa associação significativa.

A literatura mostra que a consulta a membros da família ora gerou maior retardo para a decisão pelo atendimento médico (WALLER, 2006), ora determinou menor tempo de decisão (THURESSON *et al.*, 2007). Nesse estudo, o gênero foi, também, potencial modificador da relação entre TD e pedir ajuda a alguém, observando-se que os homens que pediram ajuda apresentaram maior TD em relação às mulheres que também clamaram por socorro. Isso remete à reflexão de que não se devem reforçar comportamentos de virilidade, coragem e força dos homens, especialmente diante da manifestação de sofrimento.

Como os participantes do estudo solicitaram ajuda de familiares e amigos e tinham pessoas em seu entorno no início do IAM, a comunidade de modo geral, incluindo empresas, escolas, as próprias instituições de saúde (em programas de saúde da família e Hiperdia, entre outros) e os circundantes das pessoas com risco potencial para um evento cardiovascular precisam também ser alvo dos programas que visem à redução do retardo hospitalar por IAM.

No que se refere à caracterização do contexto ambiental face ao IAM, as pessoas que estavam em casa no início dos sintomas tiveram menor TD em relação às que estavam no trabalho e maior TD em relação às que estavam na via pública, embora não tenha havido associação significativa (Tabela 12).

De modo interessante, também não se observou associação significativa entre TD e ter ou não pessoas em torno no início dos sintomas e TD e entre as pessoas que estavam entorno nesse momento. Todavia, notou-se que as mulheres que estavam com companheiros e filhos (as), em relação aos homens com as companheiras e filhos (as) tiveram maior TD. É possível que as queixas das mulheres sejam menos valorizadas no contexto familiar e o fato de naturalmente estarem imbuídas das responsabilidades do lar e da preocupação com cuidados de seus familiares pode fazer com que sejam relativizadas as suas próprias necessidades por socorro médico. Esses achados mostram que os programas de educação em saúde com vistas à redução do retardo pré-hospitalar face ao IAM devem incluir a elaboração conjunta de um plano de ação emergencial em casa e no trabalho. Esse plano deve focar desde o

reconhecimento dos sinais de alerta e ações de sobrevida para as pessoas com doença arterial coronária diagnosticada e não-diagnosticada, até o conhecimento do número de telefone correto do serviço de emergência médica na cidade, da localização do hospital mais próximo com serviço de emergência 24 horas, com recursos para atender o doente (MUSSI, 2004).

Os fatores relacionados a demora dos indivíduos para a busca de atendimento médico, oferece subsídios para as práticas de educação em saúde com vistas a reduzir as complicações oriundas do retardo pré-hospitalar. O presente estudo destaca a importância da necessidade de informação básica sobre os sintomas típicos e atípicos do IAM, dos riscos da demora em buscar atendimento, e dos efeitos deletérios de ações inapropriadas face ao evento cardiovascular.

É válido destacar a relevância da atuação do enfermeiro nos programas educativos que visem à redução do retardo pré-hospitalar face ao IAM, a qual é ampla e, segundo Mussi (2004), abrange a assistência direta ao indivíduo e familiares, grupos de comunidade, gerenciamento do processo de trabalho de enfermagem, formação de trabalhadores de enfermagem e participação no processo de educação de recursos humanos de outras áreas, sempre considerando o contexto social e econômico do público-alvo. Com essa participação na formação e na capacitação profissional, o enfermeiro estará também contribuindo para o treinamento de agentes multiplicadores de ações pedagógicas preventivas.

As informações sobre os fatores de retardo pré-hospitalar, embora nem sempre forneçam dados que permitam generalização, esclareceram algumas particularidades de cada gênero que influenciam em maior ou menor tempo de decisão para procura de atendimento médico. Observou-se que há diferenças de comportamento entre homens e mulheres face aos sintomas do IAM. O desafio profissional é, portanto, *atuar no plano simbólico dos gêneros para reduzir o retardo na decisão de buscar atenção* médica e possibilitar os benefícios imediatos das terapias de reperfusão coronária (MUSSI, 2007). É válido destacar ainda que a prevenção do retardo pré-hospitalar no IAM não é da alçada exclusivamente médica, pois, a despeito de qualquer ação eficaz para a mudança de atitude, essa somente poderá ocorrer se a pessoa estiver motivada e contar com suportes imprescindíveis da estrutura econômica e social (MUSSI, 2004).

A presente pesquisa contribuiu para a identificação dos grupos de risco para maior retardo pré-hospitalar face ao IAM. Os resultados encontrados oferecem subsídios para direcionar o cuidado de enfermagem no que tange à educação em saúde da clientela com risco potencial para IAM, grupos comunitários e campanhas públicas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo trouxe como contribuições um maior conhecimento sobre os fatores que interferem no TD dos indivíduos para a procura de atendimento médico diante dos sinais e sintomas do IAM, e suas relações com os gêneros, na amostra estudada em Salvador, BA.

Observou tempos de decisão elevados para a procura de atendimento médico para homens e mulheres que sofreram IAM, as mulheres exibindo tempos superiores em relação aos homens, mas sem diferença estatisticamente significativa.

Fatores clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais foram determinantes de maior TD para a procura de atendimento médico e podem estar intimamente relacionados, cabendo destacar maior TD para tabagistas em relação a não tabagistas; com dor no pescoço e mandibular em relação aos que não as tiveram; com dor constante em relação a dor inconstante; com dor leve em relação a moderada e intensa; que consideraram graves os sintomas em relação aos que não perceberam gravidade, procuraram imediatamente um serviço de saúde em relação aos que retardaram essa decisão, esperaram a melhora dos sintomas e tomaram algo para melhorar em relação aos que não tiveram essas ações; para as pessoas em casa no início dos sintomas em relação as que estavam no trabalho ou via pública. Todas essas associações foram estatisticamente significantes.

O estudo permitiu, também, concluir que o gênero foi potencial modificador de algumas associações entre TD e fatores socioeconômicos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais, cabendo destacar as associações entre TD e viver acompanhado, tabagismo, presença de dor no pescoço e mandibular, esperar a melhora dos sintomas, ocultar os sintomas, pedir ajuda a alguém na piora dos sintomas e ter companheiro (a) e filhos como pessoas no entorno, na vigência do IAM. Notaram-se, portanto, diferenças de comportamentos entre homens e mulheres face ao IAM.

Vale destacar como possível limitação do estudo o tamanho da amostra. É possível aventar a hipótese de que, com amostras maiores, outras associações significantes poderiam ter sido encontradas.

O conhecimento obtido oferece subsídios para práticas de cuidar focalizadas na especificidade desses fatores e dos gêneros, a fim de que se possa obter êxito na redução do tempo de decisão para a procura de atendimento médico. Programas de educação à saúde envolvendo, especialmente, os grupos de risco para IAM são imprescindíveis para a redução desse retardo. Nesse sentido a Enfermagem, compreendendo a influência dos fatores implicados no tempo de decisão para procura de atendimento médico, pode atuar de forma a



ajudar comunidades, indivíduos e pessoas em seu entorno (familiares, amigos) a valorizar a procura imediata de um serviço de saúde ante os sintomas do IAM, quer prestando cuidados na atenção primária, secundária ou terciária.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.13, p.16-29, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 11ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de Outubro de 1996**. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: set.2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Indicadores de saúde. **DATASUS**. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: maio 2008.

BUNDE, J.; MARTIN, R. Depression and prehospital delay in the context of myocardial infarction. **Psychosom medicine**. n.68, p. 51-7, 2006.

BUCKLEY, T.; MCKINLEY, S.; GALLAGHER, R.; DRACUP, K.; MOSER, D.K.; AITKEN, L.M. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. **Eur J Cardiovasc Nurs**. n.6, p.105-11, 2007.

CASTIELLA, J.; VALDEARCOS, S.; ALQUEZAR, M.L. Analysis of causes of excessive prehospital delay of patients with acute myocardial infarction in the province of Teruel. **Revista Espanhola de Cardiologia**. v.50, n.12, v.50, p.860-9, 1997.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**. 4ed. Lisboa: Lidel, 1999.

CONTI, R.A.S.; SOLIMENE, M.C.; LUZ, P.L.; BENJÁ, A.M.; Neto, P.A.L.; RAMIRES, J.A.F. Comparação entre homens e mulheres jovens com infarto agudo do miocárdio. **Arq Bras Cardiol**. v.79, n.5, p. 510-7, 2002.

DEVON, H.A.; RYAN, C.J.; OCHS, A.L.; SHAPIRO, M. Symptoms across the continuum of acute myocardial syndromes: differences between women and men. **American Journal Critical Care**. v.19, n.1, p.14-24, 2008. Disponível em <<http://www.periodicosapes.gov.br>>. Acesso em: abr. 2008.

DRACUP, K.; MCKINLEY, S.; RIEGEL, B.; MIESCHKE, H.; DOERING, L.V.; MOSER, D.K. A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. **Journal of Cardiovascular Nursing**. v.21, n.3, p. 186-93, 2006.

DRACUP, K.; ALONZO, A.A.; ATKINS, J.M.; BRASLOW, A.; CLARK, L.T.; EISENBERG, M.; FERDINAND, K.C.; FRYE, R.; GREEN, L.; HILL, M.N.; KENNEDY, W.; ROGERS, E.K.; MOSER, D.K.; ORNATO, J.P.; PITT, B.; SCOTT, J.D.; SELKER, H.P.; SILVA, S.J.; THIES, W.; WEAVER, D.; WENGER, N.K.; WHITE, S.K. The physician's role minimizing prehospital delay in patients at high risk for acute myocardial infarction: recommendations from the National Heart Attack Alert Program. **Ann Intern Med**. v.126, n.8, p.645-51, 1997.

FERRAZ, F.; SILVA, L.W.S.; SILVA, L.A.A.; REIBNITZ, K.S.; BACKES, V.M. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev. bras. enferm**. V.58, n.5, sept./Oct., p.607-10, 2005.

GOFF, D.C.; FELDMAN, H.A.; MCGOVERN, P.G.; LUEPKER, R.V.; RACZYNSKI, J.M.; OSGANIAN, S.; GOLDBERG, R.J.; FINNEGAN JR., J.R.; HEDGE, J.R.; EISENBERG, M.S.; ZAPKA, J.G.; LABARTHE, D.R.; CORNELL, C.E.; PROSCHAN, M.A.; SIMONS-MORTON, D.G. Prehospital delay in patients hospitalized with heart attack symptoms in the United States: REACT trial. **JAMA**. n. 284, p.60-7, 2000.

GOLDBERG, R.J.; STEG, P.G.; SADIQ, I.; GRANGER, C.B.; JACKSON, E.A.; BUDAJ, A.; BRIEGER, D.; AVEZUM, A.; GOODMAN, S. Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (The GRACE Registry). **Am J Cardiol**. v. 89, p. 791-6, 2002.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A.; PIEGAS, L.S. Epidemiology of acute myocardial infarction. **RCSESP**. n.1, p.1-7, 2006.

ISAKSSON, R.M.; HOLMGREM, 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**, n.7, p. 152-8, 2008.

ISHITANI, L.H., FRANCO, G.C., PERPÉTUO, I.H., FRANÇA, E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev Saúde Pública**. n.40, p. 684-91, 2006.

JOHANSSON, I.; STRÖMBERG, A.; SWAHN, E. Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. **Heart & Lung**. v.33, n.5, 2004. Disponível em <http://www.periodicosapes.gov.br>>. Acesso em: abr. 2008.

KISH, L. **Survey Sampling**. New York: Witley, 1965.

KOISUMI, M.S. Fundamentos Metodológicos para a pesquisa em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v.26, n.especial, p. 33-47, 1992.

LEFLER, L.L., BONDY, K.N. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. **J Cardiovasc Nurs**. n.19, p.251-268, 2004.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **RSCESP**. v.9, n.4, p. 509-18, 1999.

\_\_\_\_\_, I. Medical Care and deaths due to coronary artery disease in Brazil, 1980-1999. **Arq Bras Cardiol**. v. 81, n.4, p. 336-42, 2003.

LOVLIEN, M.; SCHEI, B.; HOLE, T. Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first acute myocardial infarction. **Eur J Cardiovasc Nurs**. n.6, p. 308-13, 2007.

LOVLIEN, M.; SCHEI, B.; GJENGEDAL, E. Are there differences related to symptoms of acute myocardial infarction? A norwegian perspective. **Prog Cardiovasc Nurs**. n.21, p.14-9,

2006.

MACINNES, J.D. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach **Eur J Cardiovasc Nurs.** n.5 p.280-8, 2006.

MAGALHÃES JR., H.M.; OLIVEIRA, R.C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade à saúde.** Rio de Janeiro: EdUCS:IMS/UERJ:CEPESQ, p.53-64, 2006.

MALACRIDA, R.; GENONI, M.; AGGIONE, A.P.; SPATARO, V.; PARISH, S.; PALMER, A.; COLLINS, R.; MOCETTI, T. A comparison of the early outcome of acute myocardial infarction in women and men. **N Engl J Med.** v.338, n.1, p.8-14, 1998.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6ed. São Paulo: Atlas, 2005, 315p.

McGINN, A.P.; ROSAMOND, W.D.; GOFF, D.C.; TAYLOR, H.A.; MILES, J.S.; CHAMBLESS, L. 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.** v.150, n.3, 2005. Disponível em <<http://www.pubmed.com.br>>. Acesso em: maio 2008.

McKINLEY, S.; DRACUP, K.; MOSER, D.K.; BALL, C.; YAMASAKI, K.; KIM, C.J.; BARNETT, M. International comparison of factors associated with delay in presentation for AMI treatment. **Eur J Cardiovasc Nurs.** n.3, p.225-30, 2004.

MERHY, E.E. Integralidade: implicações em cheque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade à saúde.** Rio de Janeiro: EdUCS:IMS/UERJ:CEPESQ, p.97-109, 2006.

MOSER, D.K.; McKINLEY, S; DRACUP, K.; CHUNG, M.L. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. **Patient Education and Counseling.** n.56, p.45-54, 2005.

MOSER, D. K.; KIMBLE, L.P.; ALBERTS, M.J.; ALONZO, A.; CROFT, J.B.; DRACUP, K.; EVENSON, K.; GO, A.S.; HAND, M.M.; KOTHARI, R.U.; MENSAH, G.A.; MORRIS, D.L.; PANCIOLI, A.M.; RIEGEL, B.; ZERWIC, J.J. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. **Circulation**. n.114, p.168-82, 2006.

MUSSI, F. C. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Rev. latino-am. enfermagem**. v.12, n.5, p. 751-9, set/out, 2004.

MUSSI, F.C.; PASSOS, L.C.S.; MENEZES, A.A.; CARAMELLI, B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 53, n.3, p.234-9, 2007.

MUSSI, F.C.; CARAMELLI, B. Diferenças de comportamento entre homens e mulheres face aos sintomas prodrômicos do IAM (mimeografado). 2008.

MUSSI, F.C.; PEREIRA, A. Tolerância a dor no infarto do miocárdio: análise na perspectiva de gênero. **Acta Paul Enferm**. v.1, n.23, p. 80-7, 2010.

NOBRE, F.; SERRANO, C. **Tratado de cardiologia da SOCESP**. São Paulo: Manole, v.1, 2005.

OTTESEN, M.M.; DIXEN, U.; TORP-PEDERSEN, C.; KOBER, L.; Prehospital delay in acute coronary syndrome – analyses of the components of delay. **Intern J Cardiol**. v.96, p. 97-103, 2004.

PINHEIRO, R.S.P.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

POTSCH, A.A.; BASSAN, R. O atendimento e o tratamento pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio. In: TIMERMAN, A.; FEITOSA, G.S. (Org.) **Síndromes coronarianas agudas**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 231-42, 2003.

ROTHMAN, K. *Modern Epidemiology*. Boston: Little, Brown and Company, 1986.

RUSTON, A.; CLAYTON, J. Women's interpretation of cardiac symptoms at the time of their cardiac event: the effect of co-occurring illness. **Eur J Cardiovasc Nurs.** n.6, p. 321-8, 2007.

SAMPAIO, E. S. **Fatores relacionados ao retardo pré-hospitalar de pessoas com infarto agudo do miocárdio.** Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008. 81f.

SEIDELIN, P.H.; RINTOUL, W.; MCLEAN, L.; VALLANCE, B.D. Pre-hospital diagnosis of acute myocardial infarction: value of computer aided ECG recorded by ambulance personnel. **Resuscitation.** v.62, n.2, p.175-80, 1992.

SHEIFER, S.E.; RATHORE, S.S.; GERSH, B.J.; WEINFURT, K.P.; OETGEN, W.J.; BREALL, J.A.; SCHULMAN, K.A. Time to presentation with acute myocardial infarction in elderly: associations with race, sex and socioeconomic characteristics. **Circulation.** n.102, p. 1651-6, 2000.

SILVANY NETO, A. M. **Bioestatística sem segredos.** Salvador, 2006, 325p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretriz sobre o tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq Bras Cardiol.** 2004; v.83, supl. IV. [Acesso em: outubro 2008] Disponível em: <<http://www.publicacoes.cardiol.br>>.

STEFFENS, A.A. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul.** v.12, n3, p.5-15. Set/Out/Nov/Dez 2003

TAYLOR, D.M.; GAREWAL, D.; CARTER, M.; BAILEY, M.; AGGARWAL, A. Factors that impact upon the time to hospital presentation following the onset of chest pain. **EMA.** n.17, p.204-211, 2005.

THURESSON, M; JARLOV, M.B.; LINDHAL, B.; SVENSSON, L.; ZEDIGH, C., HERLITZ, J. Thoughts, actions, and factors associated with prehospital delay in patients with acute coronary syndrome. **Heart & Lung.** v.36, p. 398-409, 2007.

TIMERMAN, A.; TIMERMAN, S. A abordagem pré-hospitalar diminui a mortalidade do infarto agudo do miocárdio. **RSCESP**. v.7, n.2, p. 280-3, 1997.

\_\_\_\_\_, A.; TIMERMAN, S. (Org.). **Projeto Emerge Brasil: Síndromes Coronarianas Agudas**. 2ed. São Paulo: Editora Aventus, 2002.

TIMERMAN, S.; MARQUES, F.B.R.; PISPICO, A.; RAMIRES, J.A.F. Tratamento pré-hospitalar da síndrome isquêmica aguda com supradesnivelamento do segmento ST: já temos suficiente evidência para implantar rotina? **RSCESP**. São Paulo, v.14, n.6, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.socesp.com.br>>. Acesso em: jul. 2008.

TING, H.H.; BRADLEY, E.H.; WANG, Y.; LICHTMAN, J.H.; NALLAMOTHU, B.K.; SULLIVAN, M.D.; GERSH, B.J.; ROGER, V.L.; CURTIS, J.P.; KRUMHOLZ, H.M. **Arch Intern Med**. v.168, n.9, p. 959- 68, 2008.

WALLER, C.G. Understanding prehospital delay behavior in acute myocardial infarction in women. **Crit Path Cardiol**. v.5, n.4, p.228-34, 2006.

WU, Y.; ZHANG, Y.; LI, Y.; HONG, B.; HUANG, C. Factors associated with the extent of care seeking delay for patients with acute myocardial infarction in Beijing. **CMJ**. v.117, n.12, p. 1172-7, 2004.

YUSUF, S.; REDDY, S.; ÔUNPUU, S.; ANAND, S.; Global burden of cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. **Circulation**. v. 104, n. 23, p. 2855-64, 2001.

ZERWIC, J.J.; RYAN, C.J.; DEVON, H.A.; DRELL, M.J. Treatment seeking for acute myocardial infarction symptoms: differences in delay across sex and race. **Nurs Res**. v.52, n.3, p. 159-67, 2003.



**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidado a participar de um estudo chamado “Retardo pré-hospitalar face ao infarto do miocárdio: diferença entre mulheres e homens”. Pretendemos conhecer o que as pessoas que têm um infarto do miocárdio (ataque cardíaco) sentem, pensam e fazem quando aparecem os sintomas da doença e o caminho que percorrem até chegar ao hospital. Essa pesquisa será realizada por mim, Carla Almeida Damasceno, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da professora Dra. Fernanda Carneiro Mussi.

Caso aceite fazer parte desse estudo, precisará responder a algumas perguntas sobre o tema da pesquisa. As respostas que vai dar serão gravadas. Sua colaboração será muito importante para nós.

O Sr. (a) receberá todos os esclarecimentos sobre a pesquisa, antes, durante e depois da sua realização, quantas vezes forem necessárias.

As respostas que fornecer serão anônimas, ou seja, não haverá possibilidade de que seja identificado (a).

O Sr. (a) terá o direito de desistir de participar da pesquisa, no momento em que desejar, e isso não lhe trará prejuízo ou despesa de qualquer natureza;

Os dados obtidos por essa pesquisa serão usados em publicações, como em revistas, e apresentados em eventos científicos;

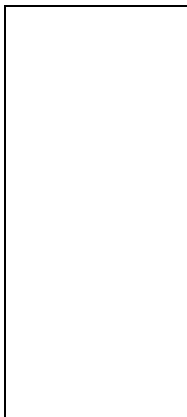
O Sr.(a) não terá gastos financeiros por causa de sua participação na pesquisa, sendo que os custos necessários para a participação na pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora;

Caso deseje poderá consultar os resultados da pesquisa através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo telefone (71) 3283-7631, ou através de mim, a pesquisadora, ou de minha orientadora pelos dados abaixo descritos;

De acordo com a Resolução 196/96, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos, a sua

assinatura e/ou impressão digital revela a sua concordância em participar desta pesquisa. Este documento será em duas vias, ficando uma cópia com Sr. ou Sra., e outro com a pesquisadora.

Salvador,..... de ..... de 20.....



.....  
Assinatura do Participante

.....  
Assinatura da Pesquisadora: Carla  
Almeida Damasceno.

Fone: (71) 9638-2122

E-mail: carladamasceno@gmail.com

Orientadora: Fernanda Carneiro Mussi

E-mail: femussi@bol.com.br

**APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados de “Retardo pré-hospitalar face ao infarto do miocárdio: diferenças entre mulheres e homens”**

Instituição Hospitalar:

Entrevistador:

Data da coleta

**PARTE I – Dados de Caracterização socioeconômica**

1. NOME (Iniciais):	2. Data da admissão:	3. Horário da admissão:
4. <b>Data de nascimento:</b> / /	Idade: ..... (anos completos)	
5. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino		
6. <b>Qual a cor do senhor (a)?</b> (1) branca (2) negra (3) parda		
7. <b>Qual o seu estado civil?</b> (1) casado (2) solteiro (3) tem companheiro (a) (4) viúvo (5) separado/divorciado		
8. <b>Qual a escolaridade do senhor (a)?</b> (1) analfabeto (2) assinar o nome (3) 1º grau incompleto (4) 1º grau incompleto (5) 1º grau completo (6) 2º grau incompleto (7) 2º grau completo (8) sup. incompleto (9) sup. completo		
9. Qual a ocupação habitual do senhor (a)?		
10. <b>Qual a situação empregatícia do senhor (a)?</b> (1) desempregado (2) empregado (3) autônomo (4) aposentado com atividade (5) aposentado sem atividade		
11. <b>Qual a renda familiar do senhor (a) (em salários mínimos)?</b> .....		
12. Quantas pessoas dependem dessa renda? .....		
13. <b>Com quem o senhor(a) mora?</b> (1) sozinho(a) (2) com companheira (o) (3) filhos (4) amigos (5) outros .....		
14. <b>O senhor(a) tem convênio de saúde?</b> (1) sim. Qual? ..... (2) não		
15. <b>Qual o endereço do senhor (a)?</b>		
Cidade:	Estado:	Telefone(s):

**PARTE II – Dados de caracterização clínica**

16. O infarto atual (prontuário): (1) com supra de ST (2) sem supra de ST											
17. <b>O senhor (a) tem açúcar aumentado no sangue (diabetes)?</b> (1) sim. Quanto tempo?..... (2) não (3) não sabe											
18. <b>O senhor (a) tem pressão alta (hipertensão)?</b> (1) sim. Quanto tempo?..... (2) não (3) não sabe											
19. <b>O senhor (a) tem problema de gordura aumentada no sangue (dislipidemia)?</b> (1) sim. Quanto tempo?..... (2) não (3) não sabe											
20. <b>O senhor (a) já teve algum ataque do coração (infarto)?</b> (1) sim. Quantos?..... Há quanto tempo o último? ..... (2) não											
21. <b>O senhor (a) já teve dor no peito quando fez esforço, se aborreceu ou se preocupou (angina)?</b> (1) sim. Quantas vezes?..... (2) não											
22. <b>Alguém na família do senhor (a) tem problema de coração (história familiar de doença arterial coronariana)?</b> (1) sim. Quem? ..... (2) não											
23. <b>O senhor (a) fuma?</b> (1) sim. Quantos cigarros/dia? ..... (2) não (3) Parou. Há quanto tempo? .....											
24. <b>O que o senhor (a) sentiu quando os sintomas do ataque do coração (infarto) começaram?</b> (1) dor no peito (2) dor nas costas (3) dor nos braços (4) dor no pescoço (5) dor no queixo (mandíbula) (6) dor no estômago (7) náuseas (8) vômitos (9) suor forte (sudorese) (10) falta de ar (dispneia) (11) palpitação (12) tonturas (13) desmaiou (14) outros .....											
25. Qual foi o tipo de dor que sentiu? (1) pontada (2) aperto (3) queimação (4) peso (5) rasgando (6) ia e vinha (inconstante) (7) constante (8) outras.....											
26. <b>Qual foi a intensidade da dor logo que sentiu?</b> (Escala Visual Analógica)											
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
(0) sem dor (1) dor leve (1-2) (2) dor moderada (3-7) (3) dor forte (8-10)											
27. <b>E no momento em que decidi procurar atendimento?</b>											
<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
(0) sem dor (1) dor leve (1-2) (2) dor moderada (3-7) (3) dor forte (8-10)											

**PARTE III – Resposta cognitiva e emocional do IAM**

**28. Após o início dos sintomas, quanto tempo o senhor (a) levou para decidir procurar atendimento médico? .....**

**29. O que levou o senhor (a) a esperar esse tempo?**

(1) achou que os sintomas iriam melhorar (2) pensou que não era nada sério (3) teve medo do que pudesse acontecer (4) teve medo de ficar internado (5) teve medo de ficar longe da família (6) teve medo de afastar-se do trabalho (7) teve medo que fosse algo grave (8) não quis preocupar ninguém (9) conseguia aguentar (suportar) a dor (10) mulher tem que suportar a dor (11) o homem tem que ser forte e aguentar a dor (12) outros .....

**30. E que o levou a decidir procurar atendimento médico?**

(1) não suportou a dor (2) achou que pudesse morrer (3) pensou que estava tendo um ataque do coração (infarto) (4) outros .....

**31. O que o senhor (a) achou que eram os sintomas?**

(1) problema de coração. Que problema?..... (2) pulmões (3) coluna (4) estômago (5) outros .....

**32. O que o levou a acreditar que era problema de coração?**

(1) já teve infarto antes (2) alguém que você conhece teve um infarto (3) ouviu na televisão ou no rádio sobre os sintomas (4) algum profissional da saúde já tinha explicado sobre os sintomas (5) outros .....

**33. O que pensou sobre a gravidade dos sintomas?**

(1) eram graves ( 2 ) não eram graves (3) o que o levou a achar isso?.....

**34. O que o senhor (a) fez logo que a dor começou?**

(1) Pediu ajuda a alguém. Quem? ..... Qual? .....

(2) Ligou para o SAMU

(3) Telefonou para alguém. Quem? .....

(4) Tomou algo para melhorar os sintomas. O quê? ..... Medicação. Qual? .....

(5) Esperou para ver se os sintomas iam melhorar. Por quê?.....

(6) Ocultou ou sintomas. Por quê?.....

(7) Continuou a realizar atividades. Qual? .....

(8) Procurou um serviço de saúde. Por quê?.....

(9) Outros .....

**35. O que o senhor (a) fez quando a dor piorou?**

(1) Pediu ajuda a alguém. Quem? ..... Qual? .....

(2) Ligou para o SAMU

(3) Telefonou para alguém. Quem? .....

(4) Tomou algo para melhorar os sintomas. O quê? ..... Medicação. Qual? .....

(5) Esperou para ver se os sintomas iam melhorar. Por quê?.....

(6) Ocultou ou sintomas. Por quê?.....

(7) Continuou a realizar atividades. Qual? .....

(8) Procurou um serviço de saúde. Por quê?.....

(9) Outros .....

**36. Qual o primeiro local que o senhor(a) procurou para o atendimento?**

(1) hospital (2) posto de saúde (3) clínica (4) pronto atendimento (5) SAMU (6) outros .....

**37. Como chegou ao primeiro local procurado para atendimento médico?**

(1) ônibus (2) táxi (3) carro particular (4) ambulância (5) caminhando (6) outros .....

**Parte IV - Componente ambiental do IAM (contexto no qual os sintomas se manifestaram e interação com familiares e/ou amigos)**

<p><b>38. Onde o senhor (a) estava quando os sintomas começaram?</b> (1) casa (2) trabalho (3) rua – via pública Qual? ..... (4) outros .....</p> <p><b>39. Com quem o senhor (a) estava quando os sintomas começaram?</b> (1) Sozinho (2) Companheiro (a) (3) filhos (4) colegas de trabalho (5) Vizinhos (6) outros .....</p> <p><b>40.</b> Quando o senhor (a) decidiu buscar ajuda? Data ..... horário .....</p> <p><b>41.</b> Qual o dia e a hora que os sintomas começaram? .....</p> <p><b>42. A quem o senhor (a) pediu ajuda quando sentiu os sintomas?</b> (1) companheiro(a) (2) filhos (3) vizinhos (4) colegas de trabalho (5) ninguém (6) outros .....</p> <p><b>43. O que eles disseram para o senhor (a) fazer?</b> (1) Descansar (2) Ofereceram alguma medicação. Qual? ..... (3) Não deram importância a sua queixa (4) disseram para não se preocupar (5) disseram procurar atendimento médico: (5.1) hospital (5.2) posto de saúde (5.3) clínica (5.4) pronto atendimento (5.5) SAMU (1) outros .....</p> <p><b>44. Quem acompanhou o senhor (a) ao primeiro local de atendimento?</b> (1) Sozinho (2) Companheiro (a) (3) filhos (4) colegas de trabalho (5) Vizinhos (6) ninguém (7) outros .....</p>
---

**ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Néri**

Salvador, 27 de março de 2009.

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / HAN /UFBA**

Ofício N° 11 /09

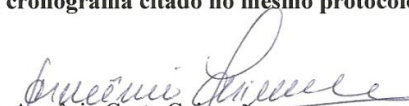
**Ref. Projeto de Pesquisa - n.º 11 /09**

**TITULO DO PROJETO: “RETARDO PRÉ-HOSPITALAR FACE AO INFARTO DO MIOCÁRDIO ENTRE GÊNEROS”**

**Pesquisador:** Carla Almeida Damasceno  
**Orientador:** Drª Fernanda Carneiro Mussi

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Néri, após análise do processo de n.º.11 /09, acima citado considera que o mesmo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP CNS –MS). Diante do exposto julga o processo **APROVADO**.

**Lembramos à necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.**

  
Dr. Arménio Costa Guimarães  
Presidente do CEP  
Comitê de Ética em Pesquisa

Ilmº Srª

Enfª Carla Almeida Damasceno

Nesta

## ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel



Salvador, 30 de junho de 2009.

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

**TÍTULO DA PESQUISA:** Retardo pré-hospitalar ao infarto do miocárdio: Diferenças entre gêneros.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Edleusa Gonçalves Gama

**INSTITUIÇÃO:** Hospital Santa Izabel

**CARGO:** Enfermeira

### 2. PARECER DO RELATOR

**ASPECTOS TÉCNICOS:** estudo supracitado apresenta relevância científica para a prática de médica e de enfermagem, uma vez que proporcionará o conhecimento sobre os fatores que retardam a procura dos indivíduos ao serviço de emergência. A autora pretende estudar se as influências sócio-demográficas, clínicas, ambientais, cognitivas e emocionais interferem nessa decisão. E se é significativa a diferença entre os sexos nessa tomada de decisão. O protocolo tem justificativa coerente, excelente delineamento e correto metodologicamente. Será a aplicação de um questionário pela pesquisadora após 48h ao quinto dia de internação do paciente em duas Instituições de Salvador, uma delas é o Hospital Santa Izabel. Mantém o sigilo ético de não revelar as instituições no corpo de trabalho.

**RISCO:** Não há riscos, pois trata de aplicação de questionário após o período de situação de risco dos pacientes.

**BENEFÍCIOS:** Enriquecimento da Bibliografia a respeito do assunto, uma vez que a mesma é escassa. E o assunto não foi ainda estudado em nosso meio.

**ASPECTOS ÉTICOS:** O estudo e o TCLE contemplam requisitos exigidos na resolução 196/96. Comenta sobre a obrigatoriedade de apreciação do CEP e da realização da pesquisa apenas após a aprovação do mesmo.

### 3. PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, aprova o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97.

### 4. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

**Período de vigência:** 30/06/09 até 30/02/2010

**Envio de relatório parcial:** 30/12/2009

**Relatório final:** 30/02/2010

*Mittermayer B. Santiago*

Prof. Dr. Mittermayer B. Santiago • CRM 6580  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figuerôa  
Hospital Santa Izabel

Praça Almeida Couto, 500 • CEP: 40.050.410 • Salvador/BA  
Tel.: 71 2203 8332 • e-mail: cephsi@scmba.com.br

