



APRESENTAÇÃO DOS SINTOMAS PREDITORES DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA EM HOMENS E MULHERES

PRESENTATION OF PREDICTING SYMPTOMS OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN MEN AND WOMEN

LA PRESENTACIÓN DE LOS SÍNTOMAS PREDICTORES DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN HOMBRES Y MUJERES

Viviane de Araújo Gouveia¹, Danyelle Teodósio Tavares de Melo Travassos², Charles Christophe Du Barrière Mendes³, José Jairo Teixeira da Silva⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar as diferenças na apresentação dos sintomas preditores de síndrome coronariana aguda (SCA) correlacionando-os com os desfechos em homens e mulheres. **Método:** estudo descritivo com abordagem quantitativa do tipo série de casos, com 80 pacientes com diagnóstico de SCA. A coleta de dados foi realizada com um questionário e análise de prontuários. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 17477213.0.0000.5197. **Resultados:** a maioria dos pacientes que referiu sintomas específicos era do sexo masculino (61%) e jovem (51,6%). Os sintomas inespecíficos foram relatados por idosos (75%) e indivíduos com baixo grau de escolaridade (47,4%). **Conclusão:** pacientes jovens, do sexo masculino, apresentaram melhor resposta na interpretação dos sintomas relacionados à SCA, quando comparado às mulheres, idosos e indivíduos com baixo nível de escolaridade. **Descritores:** Síndrome Coronariana Aguda; Cardiologia; Sintomas; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the differences in presentation of predicting symptoms of acute coronary syndrome (SCA) and correlate them with outcomes in men and women. **Method:** this was a descriptive study with a quantitative approach and a case series type including 80 patients diagnosed with SCA. Data collection was performed with a questionnaire and analysis of medical records. The project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 17477213.0.0000.5197. **Results:** most patients who reported specific symptoms were males (61%) and young (51.6%). The nonspecific symptoms were reported by the elderly (75%) and individuals with low educational level (47.4%). **Conclusion:** young male patients presented better responses in the interpretation of symptoms related to SCA when compared women, the elderly, and individuals with low educational level. **Descriptors:** Acute Coronary Syndrome; Cardiology; Symptoms; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar las diferencias en la presentación de los síntomas predictores de síndrome coronario agudo (SCA) correlacionándolos con los resultados en hombres y mujeres. **Método:** estudio descriptivo con enfoque cuantitativo del tipo serie de casos, con 80 pacientes con diagnóstico de SCA. La recolección de datos fue realizada con un cuestionario y un análisis de archivos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE 17477213.0.0000.5197. **Resultados:** la mayoría de los pacientes que mostró síntomas específicos era del sexo masculino (61%) y jóvenes (51,6%). Los síntomas inespecíficos fueron relatados por ancianos (75%) e individuos con bajo grado de escolaridad (47,4%). **Conclusión:** pacientes jóvenes, del sexo masculino presentaron mejor respuesta en la interpretación de los síntomas relacionados a SCA, cuando comparado a las mujeres, ancianos e individuos con bajo nivel de escolaridad. **Descriptores:** Síndrome Coronario Agudo; Cardiología; Síntomas; Enfermería.

¹Enfermeira, Professora Doutora em Inovação Terapêutica, Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória. Recife (PE), Brasil. E-mail: Vivi_gouveia@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Obstetrícia. Recife (PE), Brasil. E-mail: danyteodosio@hotmail.com; ³Farmacêutico, Mestre, Doutorando em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: charlescblm@gmail.com; ⁴Enfermeiro, Mestrando em Bioquímica e Fisiologia, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: Josejairo09@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) se caracteriza pela isquemia do miocárdio de forma aguda, gerada pela oclusão das artérias coronarianas. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com e sem supradesnívelamento do segmento ST e a Angina Instável (AI) compõem o quadro de SCA. Trata-se de uma emergência cardiológica que resulta no alto índice de morbimortalidade, representando um problema relevante de saúde pública.¹

A apresentação da SCA abrange desde sintomas clássicos até os inespecíficos, o que pode interferir na escolha por condutas adequadas para o tratamento.² A identificação correta dos sintomas resulta em diminuição do tempo de chegada à emergência e início precoce da terapia de reperfusão.³ Entretanto, a falta de autonomia e a incapacidade progressiva gerada pela instalação e evolução dos sintomas podem colaborar para que o indivíduo torne-se cada vez mais passivo diante da situação, reduzindo as chances de sobrevivência.^{2,4}

Algumas características socioculturais, como religião, nível de escolaridade, número de pessoas por domicílio e gênero, podem influenciar na escolha das condutas.^{5,6} Em um estudo qualitativo realizado com ambos os sexos, foi observado que as mulheres com IAM podem apresentar menor frequência de dor torácica e sudorese, quando comparadas aos homens, e maior frequência de dispneia.⁷ É possível que os fatores relacionados aos condicionantes de gênero masculino e feminino possam influenciar no enfrentamento, resistência e frequência em que ocorrem os sintomas da SCA, bem como na mortalidade, podendo interferir na busca pelo serviço de saúde.⁸

OBJETIVO

- Avaliar as diferenças na apresentação dos sintomas preditores de SCA correlacionando-os com os desfechos entre homens e mulheres atendidos em uma emergência cardiológica.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, do tipo série de casos, realizado no período de fevereiro a maio de 2014, na Emergência Cardiológica do Hospital Agamenon Magalhães (HAM).

A amostra foi constituída por 80 indivíduos com diagnóstico confirmado de SCA. Foram excluídos os indivíduos que não se encontravam em condições de fornecer

informações por serem portadores de transtornos mentais ou estarem em uso de fármacos que interferiam na cognição ou, ainda, devido às condições clínicas desfavoráveis, como choque cardiogênico, edema agudo de pulmão, insuficiência respiratória, assistência ventilatória mecânica, dentre outras.

A apresentação dos sintomas referidos pelos pacientes foi classificada como sintomas específicos (dor precordial, dor torácica, normalmente prolongada maior que 20 minutos com irradiação para membros superiores, pescoço, paralelamente à presença de náuseas e vômitos, e hipotensão) e inespecíficos (dor com irradiação para abdome, ou membros inferiores, e dor tipo “facada”).

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário, acerca das condições socioeconômicas, apresentação dos sintomas de SCA relatados pelos homens e pelas mulheres, passado morbido e fatores de risco cardiovasculares. Os desfechos foram coletados através dos prontuários. Na intenção de reduzir o viés de memória, o tempo máximo para a aplicação do questionário foi 48 horas após a admissão à emergência cardiológica.

A análise comparativa das variáveis quantitativas foi realizada através do teste t-student ou Mann Whitney. Para a análise comparativa entre as variáveis qualitativas foi aplicado o teste de qui-quadrado ou exato de Fisher, quando necessário. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Os softwares utilizados foram o Excel 2000 e o R v2.10.0. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HAM, sob nº CAAE 17477213.0.0000.5197.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 80 pacientes. A maioria (51,2%) dos entrevistados era casada ou em união estável, residente da região metropolitana do município de Recife (RMR) (71,2%) e com renda mensal maior que 1 salário mínimo (SM) (63,7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes avaliados quanto às características socioeconômicas

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	44	55,0
Feminino	36	45,0
Idade		
< 60	35	43,8
≥ 60	45	56,2
Escolaridade		
Analfabeto	23	29,1
Ensino Fundamental	42	53,2
Ensino Médio	12	15,2
Ensino Superior	2	2,5
Renda	29	36,2
Até 1 Salário Mínimo		
>1 Salário Mínimo	51	63,7

A proporção de comorbidades e fatores de risco foram maiores entre os indivíduos que apresentaram histórico de IAM prévio, obesidade e hipertensão (HAS). Não houve associação estatística significativa entre os dados (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes quanto às comorbidades e fatores de risco

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Co-morbidades				
IAM prévio	26	32,5	54	67,5
AVC	15	18,8	65	81,2
DAC	25	31,2	55	68,8
Doença Renal	24	30,0	56	70,0
Arritmias	4	5,0	76	95,0
ICC	5	6,2	75	93,8
Febre Reumática	3	3,8	77	96,2
Doença na Tireoide	2	2,5	78	97,5
Obesidade	26	32,5	54	67,5
Fatores de Risco	65	81,2	15	18,8
HAS				
História Familiar para SCA	49	61,3	31	38,8
Dislipidemia	32	40,0	48	60,0
Sedentarismo	59	73,8	21	26,2
Diabetes Melittus	26	32,5	54	67,5
Tabagismo	41	51,2	39	48,8
Etilismo	43	53,8	37	46,2

Quanto aos sintomas, a maioria dos pacientes referiu sintomas específicos para a SCA (38,8%), estava acompanhada de algum membro da família durante o episódio (57,5%) e não chegou em tempo hábil à emergência (51,2%). Quanto ao desfecho, 27,5% obtiveram alta hospitalar, 31,2% foram submetidos à angioplastia (ATC), 23,8% foram submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM) e 17,5% apresentaram recrudescência de Angina ou IAM. A média de tempo de deslocamento da população estudada foi de 31,5 horas.

A proporção de pacientes que referiu sintomas específicos foi maior entre os de sexo masculino (61,3%), com idade < 60 anos (51,6%), residentes da RMR (80,6%) e com

renda > 1 SM (71%). A proporção de entrevistados que referiu sintomas inespecíficos para a SCA foi maior entre os indivíduos casados ou em união estável (55%), com idade ≥ 60 anos (75%), baixo nível de escolaridade (ensino fundamental= 47,4%) e com renda mensal > 1 SM.

Embora sem associação estatística significativa, a maioria dos entrevistados que relataram sintomas inespecíficos apresentou recrudescência de Angina/ IAM, estava acompanhada dos familiares durante o episódio e chegou à emergência após 12 horas do início dos sintomas. A proporção de pacientes que relataram sintomas específicos para SCA foi maior entre os que se submeteram à ATC (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes quanto aos sintomas específicos e inespecíficos, segundo os desfechos, testemunhas e tempo de chegada à emergência

	Específicos		Inespecíficos		p-valor
	n	%	n	%	
Desfecho					
Alta	11	35,5	4	20,0	0,4058
CRM	5	16,1	5	25,0	
ATC	12	38,7	5	25,0	
Recrudescência de Angina/IAM	3	9,7	6	30,0	
Testemunhas					
Familiares	16	51,6	12	60,0	0,9365
Outros	6	19,4	3	15,0	
Ausência	9	29,0	5	25,0	
Tempo chegada à emergência					
Até 12 horas	16	51,6	9	45,0	0,8972
> 12 horas	15	48,4	11	55,0	

Como observado na Tabela 4, a maior proporção dos pacientes que referiram sintomas específicos para SCA foram aquelas com histórico familiar SCA e HAS. Ademais, os sintomas inespecíficos foram referidos por

pacientes sedentários, sem diagnóstico prévio de IAM, acidente vascular cerebral (AVC) e doença coronariana (DAC). Entretanto, não foi observada diferença estatística entre essas variáveis.

Tabela 4. Distribuição das variáveis clínicas quanto à especificidade dos sintomas, segundo as comorbidades e fatores de risco

Variáveis Clínicas	Específicos		Inespecíficos		Ambos		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
IAM prévio							
Sim	7	22,6	7	35,0	12	41,4	0,2880
Não	24	77,4	13	65,0	17	58,6	
AVC							
Sim	4	12,9	4	20,0	7	24,1	0,5843
Não	27	87,1	16	80,0	22	75,9	
DAC							
Sim	5	16,1	8	40,0	12	41,4	0,0673
Não	26	83,9	12	60,0	17	58,6	
Doença Renal							
Sim	5	16,1	9	45,0	10	34,5	0,0721
Não	26	83,9	11	55,0	19	65,5	
Arritmias							
Sim	2	6,5	1	5,0	1	3,4	1,0000
Não	29	93,5	19	95,0	28	96,6	
ICC							
Sim	3	9,7	1	5,0	1	3,4	0,8430
Não	28	90,3	19	95,0	28	96,6	
HAS							
Sim	22	71,0	18	90,0	25	86,2	0,2067
Não	9	29,0	2	10,0	4	13,8	
Febre Reumática							
Sim	3	9,7	0	0,0	0	0,0	0,1131
Não	28	90,3	20	100,0	29	100,0	
Doença na Tireoide							
Sim	1	3,2	0	0,0	1	3,4	1,0000
Não	30	96,8	20	100,0	28	96,6	
Obesidade							
Sim	10	32,3	4	20,0	12	41,4	0,2912
Não	21	67,7	16	80,0	17	58,6	
História Familiar para SCA							
Sim	20	64,5	9	45,0	20	69,0	0,2131
Não	11	35,5	11	55,0	9	31,0	
Dislipidemia							
Sim	9	29,0	10	50,0	13	44,8	0,2633
Não	22	71,0	10	50,0	16	55,2	
Sedentarismo							
Sim	24	77,4	15	75,0	20	69,0	0,7503
Não	7	22,6	5	25,0	9	31,0	
Diabetes Mellitus							
Sim	10	32,3	9	45,0	7	24,1	0,3089
Não	21	67,7	11	55,0	22	75,9	

ICC: Insuficiência cardíaca congestiva

Quanto às características socioeconômicas relacionadas à média de tempo, a maior proporção de pacientes que apresentaram redução na média de tempo de deslocamento até o serviço de emergência correspondeu ao sexo masculino (30,1 horas), com idade < 60 anos (28,3 horas), residentes da RMR (30,72 horas) e com grau de escolaridade superior (14 horas). Paralelamente a estes resultados, a maior proporção de pacientes que apresentaram maior média de tempo desde o início dos sintomas até a admissão na emergência correspondeu aos de menor nível de escolaridade (ensino fundamental = 37,2 horas e analfabetos = 28,7 horas).

Quanto à distribuição dos pacientes entre os desfechos e as variáveis socioeconômicas, a proporção de indivíduos que apresentaram melhores desfechos foi significativamente maior entre os que se referiram como solteiros quanto à variável estado civil com p-valor 0,0280.

A proporção dos entrevistados que apresentaram o desfecho de alta hospitalar foi maior entre os indivíduos com faixa etária < 60 anos, residentes na RMR, com renda maior que 1 salário mínimo e que se declararam com cor da pele branca (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos pacientes quanto às associações entre os desfechos e as variáveis socioeconômicas

	Alta		CRM		ATC		Recrudescência de Angina/IAM		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Masculino	11	50,0	11	57,9	17	68,0	5	35,7	0,2511
Feminino	11	50,0	8	42,1	8	32,0	9	64,3	
Idade									
< 60	11	77,3	8	84,2	13	68,0	3	50,0	0,2729
≥ 60	11	22,7	11	15,8	12	32,0	11	50,0	
Onde Reside									
RMR	17	77,3	16	84,2	17	68,0	7	50,0	0,1765
Fora RMR	5	22,7	3	15,8	8	32,0	7	50,0	
Estado Civil									
Solteiro	9	40,9	7	36,8	4	16,0	0	0,0	0,0280
Casado ou união estável	9	40,9	11	57,9	14	56,0	7	50,0	
Viúvo	3	13,6	1	5,3	6	24,0	6	42,9	
Divorciado	1	4,5	0	0,0	1	4,0	1	7,1	
Escolaridade									
Analfabeto	5	23,8	7	36,8	6	24,0	5	35,7	0,7196
Ensino Fundamental	13	61,9	10	52,6	11	44,0	8	57,1	
Ensino Médio	3	14,3	2	10,5	6	24,0	1	7,1	
Ensino Superior	0	0,0	0	0,0	2	8,0	0	0,0	
Renda									
Até 1 S.M.	7	31,8	6	31,6	12	48,0	4	28,6	0,5286
> 1 S.M.	15	68,2	13	68,4	13	52,0	10	71,4	
Cor da Pele									
Branco	12	54,5	9	47,4	12	48,0	7	50,0	0,9648
Não Branco	10	45,5	10	52,6	13	52,0	7	50,0	

É possível que o reduzido número da amostra possa ter influenciado na falta de associação estatisticamente significativa entre algumas variáveis do presente estudo.

DISCUSSÃO

As diferenças entre homens e mulheres quanto às interpretações dos sintomas preditores de SCA podem sofrer a interferência de fatores sociodemográficos e clínicos, como faixa etária, grau de escolaridade, renda, fatores de risco para a SCA, entre outros, o que pode aumentar o intervalo de tempo pela busca dos serviços de saúde e o início da trombólise, reduzindo, assim, o prognóstico e sobrevida dos indivíduos.⁹

À semelhança dos achados do presente estudo, os indivíduos do sexo masculino, com

baixa escolaridade e faixa etária maior ou igual a 60 anos, estão mais expostos às doenças cardiovasculares e, principalmente, à SCA. Estes dados podem ser confirmados a partir das diferenças hormonais entre ambos os sexos, em que os altos níveis de estrógenos promovem a proteção de eventos cardiovasculares em mulheres antes da menopausa contra as doenças arteriais coronarianas (DAC) quando comparadas aos homens^{9,10}. Paralelamente, o baixo nível de escolaridade é um fator limitante para o acesso à educação em saúde, influenciando na interpretação dos sintomas de SCA, concordando, portanto, com estudos anteriores publicados que citam que a educação e a renda familiar têm relação inversa com a doença, fazendo a associação,

portanto, da baixa escolaridade e risco para que seja desenvolvida a SCA.¹¹

A maioria dos pacientes que referiu sintomas específicos era do sexo masculino, jovens, moradores da RMR e com melhores condições financeiras; por outro lado, a maioria dos entrevistados que referiu sintomas inespecíficos para a SCA eram indivíduos idosos e com baixo nível de escolaridade. Estes achados se assemelham aos estudos que referem que os homens e indivíduos mais jovens apresentam menor dificuldade em interpretar os sintomas de SCA e chegam mais rápido ao serviço de emergência quando comparados às mulheres e idosos, que apresentam mais sintomas inespecíficos.¹²⁻¹³ Em outros estudos que avaliaram a diferença na percepção dos sintomas entre pessoas de diferentes condições financeiras, foram observados que indivíduos com melhores condições financeiras apresentaram mais acesso à educação em saúde, menor dificuldade em interpretar os sintomas preditores de SCA e chegaram em tempo hábil ao serviço de emergência.¹⁴⁻¹⁵

Mesmo sem associação estatisticamente significativa, a maioria dos entrevistados que relataram sintomas inespecíficos apresentou recrudescência de Angina/ IAM, estava acompanhada dos familiares durante o episódio e chegou à emergência após 12 horas do início dos sintomas. Por outro lado, autores que estudaram a influência da interpretação dos sintomas, no tempo de deslocamento até o hospital, verificaram que familiares sugerem mais frequentemente atitudes que prolongaram o tempo de chegada à emergência, quando comparados às pessoas sem relação de parentesco com a vítima,¹⁶ estes dados podem, em parte, justificar a demora para se instituir a trombólise nestes grupos de indivíduos, colaborando com os piores desfechos aos pacientes que não conseguiram interpretar corretamente os sintomas preditores de SCA.¹⁷ Segundo Franco et al., os fatores que podem estar relacionados com o retardo em procurar auxílio médico pode ser ou não reconhecimento por parte dos pacientes como sendo um evento cardíaco.¹⁸ Em contrapartida, o presente estudo mostra que a proporção de pacientes que relataram sintomas específicos para SCA foi maior entre os que se submeteram à ATC. É possível que os indivíduos que interpretaram os sintomas como específicos para SCA chegaram em tempo hábil ao serviço de emergência e puderam se beneficiar com a terapia trombolítica.¹⁷

Embora sem associação estatisticamente significativa, a maior proporção de pacientes que relataram sintomas inespecíficos para SCA correspondeu aos pacientes sedentários e os que não apresentaram diagnóstico prévio de IAM, AVC e DAC antes do evento de SCA. Em contrapartida, a proporção de entrevistados que relataram sintomas específicos para a SCA foi maior entre os indivíduos com diagnóstico prévio de HAS, história familiar para SCA e os que não eram portadores de diabetes Mellitus (DM). Estes dados podem ser justificados através dos resultados de dois estudos quantitativos realizados nos Estados Unidos, nos quais se considera que a especificidade na interpretação dos sintomas de SCA e o tempo de chegada ao serviço de emergência podem ser influenciados pelo tipo de SCA, comorbidades e fatores de riscos identificados previamente (HAS, DM, tabagismo e dislipidemia).^{13,19}

A maioria dos pacientes que apresentaram redução na média de tempo de deslocamento até o serviço de emergência e os melhores desfechos correspondeu ao sexo masculino, com idade < 60 anos, residentes da RMR, com grau de escolaridade superior e cor da pele branca. Por outro lado, a maior proporção de pacientes que apresentaram maior média de tempo desde o início dos sintomas até a admissão na emergência correspondeu aos de menor nível de escolaridade e menor renda. Estes resultados mostram coerência com outros estudos que apresentam como fatores de risco para retardo à chegada ao serviço de emergência o aumento da faixa etária, a experiência negativa com tratamentos hospitalares anteriores, a deficiência na autonomia para cuidar da própria saúde, os fatores socioculturais/crenças populares, as dificuldades no acesso à educação e aos serviços de saúde devido à desfavorável localização geográfica e/ou limitações financeiras e baixo nível de escolaridade.^{17,20} É possível que os indivíduos que chegaram em tempo hábil à emergência tenham interpretado os sintomas como específicos para SCA, contribuindo com os melhores desfechos destes pacientes. Além disso, no presente estudo, a proporção de indivíduos solteiros que apresentaram melhores desfechos foi estatisticamente significativa. Outros autores que estudaram a influência da interpretação dos sintomas, no tempo de deslocamento até o hospital, verificaram que familiares sugerem mais frequentemente atitudes que prolongaram o tempo de chegada à emergência quando comparados às pessoas sem relação de parentesco com a vítima.^{16,18} Em contrapartida, o fato de indivíduos com

condições sociais desfavoráveis levarem mais tempo para acessar os serviços de emergência pode ser justificado pelo acesso limitado à educação em saúde que pode ter contribuído com o reconhecimento deficiente dos sintomas de SCA, retardando o tempo para o início da trombólise.²¹

Estudos como o de Candiota contribuem para corroborar a importância de um cuidado sistematizado, individualizado e holístico ao indivíduo acometido pela SCA. Ademais, protocolos de cuidado de Enfermagem devem ser formulados com base nos graus de complexidade do cliente a fim de contribuir para uma melhor assistência ofertada.²²⁻³

A educação popular é um dos pilares fundamentais da promoção à saúde. O conhecimento sobre os sintomas de uma doença pode interferir na interpretação desses e, conseqüentemente, na conduta adotada pelo paciente que, na maioria das vezes, será coerente com a interpretação que o mesmo atribui aos sintomas.²⁴ É necessário orientar a população, através de campanhas educativas, de maneira racional e respaldada em dados científicos, para divulgação dos sintomas de SCA, particularmente entre os idosos, mulheres e os indivíduos de baixa renda, uma vez que esses grupos apresentaram maior dificuldade em interpretar os sintomas e retardo no tempo de busca pelo atendimento de saúde. Os fatores que interferem na procura ou não do serviço especializado estão em primeiro lugar vinculados à educação da sociedade brasileira, em reconhecer esses sintomas como evento cardíaco para, em seguida, procurar os serviços de emergência.

Ao realizar as ações de educação em saúde, é importante que os profissionais adotem estratégias que possam encorajar e respeitar a noção de que o paciente é responsável pela própria saúde e que o mesmo possa iniciar o processo que o leve a ficar bem, reconhecendo a necessidade de mudança de atitude perante os sintomas preditores da doença.²⁰ Nesta perspectiva, as ações de educação em saúde podem contribuir com a promoção da autonomia e potencializar a capacidade do autocuidado nos pacientes, reduzindo a morbimortalidade por SCA.¹⁸

CONCLUSÃO

Os pacientes mais jovens, do sexo masculino, com fatores de risco e comorbidades previamente diagnosticados para SCA interpretaram corretamente os sintomas e chegaram mais cedo à emergência. Em contrapartida, as mulheres, os idosos e os indivíduos com baixo nível de escolaridade

interpretaram os sintomas como inespecíficos para SCA, apresentaram maior intervalo de tempo até a chegada à emergência e obtiveram os piores desfechos.

REFERÊNCIAS

1. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2006 [cited 2015 July 10];(87):597-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n5/07.pdf>
2. Ottesen MM, Diken U, Torp-Pedersen C, Kober L. Prehospital delay in acute coronary syndrome - an analysis of the components of delay. *Int J Cardiol.* 2004 [cited 2015 June 1];96(1):97-103. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527303004807>
3. Brasileiro ALS. SAMU/192 e a abordagem pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio no Brasil: esperança para o paciente ou mais uma oportunidade perdida? *Arq Bras Cardiol.* 2007 [cited 2015 July 12]; 88(2): 44-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n2/a23v88n2.pdf>
4. Mensah GA, Hand MM, Antman EM, Ryan TJ Jr, Schriever R, Smith SC Jr. Development of system of care for st-elevation myocardial infarction patients: the patient and public perspective. *Circulation.* 2007 [cited 2015 July 7]; 116(2):33-8. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/116/2/e33.full.pdf+html>
5. Antman EM, Hand M, Armstrong W, Bates ER, Green LA, Halasyamani LK, et al. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with st-elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2008 [cited 2015 July 12];117(2):1-34. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/117/2/296.full.pdf+html>
6. Masoudi FA, Bonow RO, Brindis RG, Cannon CP, DeBuhr J, Fitzgerald S, et al. ACC/AHA 2008 Statement on performance measurement and reperfusion therapy. *J Am Coll Cardiol.* [internet] 2008 [cited 2015 June 30];52(24):2100-12. Available from: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1188060>
7. MacInnes JD. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006 [cited 2015 July 14]; 5(4):280-8. Available from: <http://cnu.sagepub.com/content/5/4/280.full.pdf+html>

8. Mussi FC, Álvaro Pereira A. Tolerância à dor no infarto do miocárdio: análise na perspectiva de gênero. *Acta Paul Enferm.* 2010 [cited 2015 July 10];23(1):80-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/13.pdf>
9. Grodstein F, Stampfer MJ, Colditz GA, Willet WC, Manson JE, Joffe M, et al. Postmenopausal Hormone Therapy and Mortality. *N Engl J Med.* 1997 [cited 2015 July 10]; 25:1769-75. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199706193362501>
10. Walsh BW, Schiff I, Rosner B, Greenberg L, Ravnkar V, Sacks FM. Effects of postmenopausal replacement on the concentration and metabolism of plasma lipoproteins. *N Engl J Med.* 1991 [cited 2015 July 23];325:1196-204. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199110243251702>
11. Mussi FC, Passos LCS, Menezes AA, Caramelli Bruno. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. *Rev Assoc Med Bras.* 2007 [cited 2015 June 25];53(3):234-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n3/a21v53n3.pdf>
12. Arnetz JE, Arnetz BB. Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2008 [cited 2015 June 25];17(3):393-405. Available from: <http://cnu.sagepub.com/content/8/3/174.full.pdf+html>
13. Jneid H, Fonarow GC, Cannon CP, Hernandez AF, Palacios IF, Maree AO, et al. Sex differences in medical care and early death after acute myocardial infarction. *Circulation.* 2008 [cited 2015 June 20];118(25):2803-10. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/118/25/2803.full.pdf>
14. Goldberg RJ, Gabriel P, Sadiq I, Granger CB, Jackson EA, Budaj A, et al. Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (The GRACE registry). *Am J Cardiol.* [internet] 2002 [cited 2015 July 30]; 89(7):791-6. Available from: [http://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(02\)02186-0/pdf](http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(02)02186-0/pdf)
15. Goldberg RJ, Spencer FA, Fox KAA, Brieger D, Steg G, Gurfinkel E, et al. Prehospital delay in patients with acute coronary syndromes - from the global registry of acute coronary events [GRACE]. *Am J Cardiol.* [internet] 2009 [cited 2015 July 30];103(5):598-603. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002914908019851>
16. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2009 [cited 2015 July 30];8(1):26-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652658/?report=printable>
17. Gouveia VA, Victor EG, Lima SG. Pre-hospital attitudes adopted by patients faced with the symptoms of acute myocardial infarction. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011 [cited 2015 July 28]; 19 (5):1080-1087. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_04.pdf
18. Franco B, Rabelo ER, Goldemeyer S, Souza ENS. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008 [cited 2015 May 30];16(3):414-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_13.pdf
19. Pinto DS, Kirtane AJ, Nallamothu BK, Murphy SA, Cohen DJ, Laham RJ, et al. Hospital delays in reperfusion for ST-elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2006 [cited 2015 July 30];114(19):2019-25. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/114/19/2019.full.pdf+html>
20. Mussi FC. Acute Myocardial infarction and break with everyday life: possibility and preventive nursing action. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2004 [cited 2015 July 29];12(5):751-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a08.pdf>
21. McGinn AP, Rosamond WD, Goff DC, Taylor HA, Miles JS, Chambless L, et al. Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: experience in 4 US communities from 1987-2000. *Am Heart J.* 2005 [cited 2015 July 20];150(3):392-400. Available from: [http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703\(05\)00510-7/pdf](http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703(05)00510-7/pdf)
22. Candiota CSS, Queluci GC, Cavalcanti ACD. Protocolo de cuidados de enfermagem baseado em graus de complexidade para clientes com síndrome coronariana aguda: estudo através de situações-problema. *J Nurs UFPE on line [Internet].* 2014 [cited 2015 July 30]; Recife, 8(3): 791-3. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage>

m/index.php/revista/article/view/5617/pdf_4814

23. Candiota CSS, Queluci GC. A complexidade das situações-problema em clientes acometidos de síndrome coronariana aguda: revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 July 30];8(supl. 1):2463-71. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/m/index.php/revista/article/view/6093/pdf_5728

24. Sampaio ES, Mussi FC. Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 [cited 2015 July 30];17(3):442-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a25.pdf>

Submissão: 01/08/2015

Aceito: 10/11/2015

Publicado: 01/12/2015

Correspondência

Viviane de Araújo Gouveia
Rua Sigismundo Gonçalves, 157
Bairro Cordeiro
CEP 50731-030 – Recife (PE), Brasil