



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

MONALICE MARIA SILVA DOS SANTOS

**CONHECIMENTOS SOBRE EVENTOS ISQUÊMICOS DO MIOCÁRDIO POR PACIENTES
COM FATORES DE RISCO**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

MONALICE MARIA SILVA DOS SANTOS

CONHECIMENTOS SOBRE EVENTOS ISQUÊMICOS DO MIOCÁRDIO POR PACIENTES
COM FATORES DE RISCO

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção da aprovação na disciplina de TCC II.

Orientador: Luiz Miguel Picelli Sanches
Coorientador: Vanessa Karla Santos de Souza

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

MONALICE MARIA SILVA DOS SANTOS

**CONHECIMENTOS SOBRE EVENTOS ISQUÊMICOS DO MIOCÁRDIO POR PACIENTES
COM FATORES DE RISCO**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção da aprovação na disciplina de TCC II.

Aprovado em: 22/11/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros (Examinador efetivo)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Zailde Carvalho dos Santos (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Maria Mariana Barros Melo da Silveira (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

RESUMO

Objetivo: Verificar o nível de informação de pacientes com fatores de risco como Hipertensão Arterial Sistêmica e /ou Diabetes mellitus sobre o infarto agudo do miocárdio. **Método:** Estudo transversal, realizado com 115 pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), cadastrados nas unidades básicas de saúde do município de Pombos - PE. A coleta e análise de dados foi realizada no período de Outubro de 2017. **Resultados:** A maioria eram do gênero feminino, com idade média de 58,19±13,08 anos. Dos que reconheceram a sintomatologia para alguma doença 64,9%, informaram ser IAM e 35,1% para outros sistemas. 70,2% associaram os fatores de risco ao IAM, e 52,4% não associaram. Quanto as condutas 41,7% diante de um IAM, ligariam (SAMU - 192). Nenhum dos indivíduos receberam capacitação sobre como agir diante da doença. **Conclusão:** Conclui-se que apesar do conhecimento sobre o IAM não ser totalmente escasso, não tem sido suficiente para capacitar os indivíduos quanto as doenças cardiovasculares, sus fatores de risco e suas complicações. Por isso ainda se faz necessário insistir no planejamento de ações preventivas, com o intuito de aumentar o nível de conhecimento da população sobre o IAM.

Descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica; *Diabetes mellitus*; Infarto Agudo do Miocárdio; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Riscos.

ABSTRACT

Objective: To verify the level of information of patients with risk factors such as Systemic Arterial Hypertension and / or Diabetes mellitus on acute myocardial infarction. **Method:** A cross - sectional study was carried out with 115 patients with systemic arterial hypertension (SAH) and / or Diabetes Mellitus (DM), enrolled in the basic health units of the city of Pombos - PE. Data collection and analysis was performed in the period of October 2017. **Results:** The majority were female, with a mean age of 58.19 ± 13.08 years. Of those who recognized the symptomatology for some disease 64.9%, reported being AMI and 35.1% for other systems. 70.2% associated the risk factors for AMI, and 52.4% did not. As for the ducts 41.7% before an AMI, they would connect (SAMU - 192). None of the individuals received training on how to deal with the disease. **Conclusion:** It is concluded that although the knowledge about AMI is not totally scarce, it has not been sufficient to enable individuals as cardiovascular disease, its risk factors and its complications. Therefore, it is still necessary to insist on the planning of preventive actions, in order to increase the level of knowledge of the population about AMI.

Descriptors: Systemic Arterial Hypertension; Diabetes mellitus; Acute myocardial infarction; Primary Health Care; Community Health Nursing; Scratches.

SUMÁRIO

| | |
|---|--|
| INTRODUÇÃO..... | 7 |
| MATERIAIS E MÉTODOS..... | Erro! Indicador não definido. |
| RESULTADOS..... | 10 |
| DISCUSSÃO..... | 15 |
| CONCLUSÃO..... | 1 Erro! Indicador não definido. |
| REFERÊNCIAS..... | 20 |
| ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA..... | 6 |
| ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA..... | 10 |

INTRODUÇÃO

Em um cenário mundial, as Doenças Cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte do que qualquer outra doença. Em 2012, cerca de 17,5 milhões de pessoas vieram a óbito devido às DCV, representando 31% das mortes globais. Dentre estas mortes, cerca de 7,4 milhões foram decorrentes de doença coronária e 6,7 milhões de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Mais de 75% de óbitos por DCV são em países de baixa e média renda.¹

De acordo com a base de dados DATASUS, no Brasil ocorrem mais de 100 mil mortes por ano decorrentes do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), o que gera um grande desafio para a saúde pública. Este índice elevado de óbitos no Brasil está diretamente ligado ao aumento do tempo decorrido do início do IAM até a procura de atendimento especializado.²

O IAM é caracterizado como uma afecção cardiovascular proveniente de uma isquemia, que ocasiona uma lesão no músculo cardíaco tornando-se uma doença tempo-dependente, onde o tempo é um elemento crucial para um bom prognóstico. Desta forma, o conhecimento sobre a doença pode ajudar os indivíduos a identificar o evento cardíaco e assim procurar atendimento especializado rapidamente.³

Segundo Bastos (2012), o alto índice de morte no Brasil está ligado a outros fatores além do retardo na procura do atendimento e o não reconhecimento dos sintomas, que são a falha no transporte público e a falta de primeiros socorros especializados. Conhecer o tempo e dificuldades enfrentadas pelo paciente são elementos importantes para o profissional de saúde, pois contribui para uma efetiva orientação tanto para os familiares como para a comunidade. O estudo ainda afirma que é necessário um preparo dos serviços de emergência e

capacitação dos profissionais nesta área fazendo com que a assistência seja eficiente e o diagnóstico preciso.⁴

Os fatores de risco diretamente ligados ao IAM, estão associados ao ambiente, a elementos químicos, psicológicos, fisiológicos ou genéticos e que influenciam de maneira direta no aparecimento de uma doença coronariana. Apenas o conhecimento não é capaz de mudar a situação de saúde do paciente, mas pode trazer grandes melhorias no controle da doença prevenindo recidivas, permitindo que o indivíduo compreenda a importância da mudança nos fatores de risco modificáveis e na tomada de decisões que os leve a uma melhor qualidade de vida.⁵

Este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento e experiências de pacientes em UBS do município de Pombos - PE, os quais possuem fatores de risco para o IAM permitindo analisar se eles são capazes de correlacionar fatores de risco como *Diabetes mellitus* (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) elevada como fatores predisponentes para o infarto.

Contudo, se faz necessário avaliar estes pacientes em condições de risco para que possam ser implementadas ações preventivas na comunidade e que possam capacitá-los ao autocuidado e, desta forma, promover uma melhor qualidade de vida para estes pacientes.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado com 155 pacientes com idade superior a 18 anos, que estivessem cadastrados nas UBS do município de Pombos - PE, em acompanhamento por HAS e/ou DM. Foram inclusos na pesquisa os indivíduos que frequentassem e/ou estivessem cadastrados

nas UBS, em acompanhamento por HAS e/ou DM e excluído todos aqueles que possuíssem idade inferior a 18 anos, incapacidade de responder a entrevista por algum tipo de deficiência e pacientes que já viveram a experiência de eventos isquêmicos, pois subentendemos que uma vez que já estivessem sido vítima do IAM, foram orientados quanto a doença e desta forma já possuíssem um certo nível de conhecimento do que se trata o IAM. A coleta de dados foi realizada no período de Outubro de 2017.

A entrevista foi realizada de forma individual em um local reservado nas UBS. Foi apresentado pelo pesquisador aos comunitários uma história clínica, referente a uma situação de emergência envolvendo uma vítima de IAM, no qual apresentava alguns sintomas da doença. Após a leitura desta história, foi aplicado pelo pesquisador dois questionários onde o paciente respondeu verbalmente questões para o levantamento de informações sobre dados sociodemográficos, hábitos de vida, fatores de risco, experiências e condutas com a doença do caso clínico.

Este questionário forneceu subsídios para compreensão da interpretação destes pacientes sobre um evento isquêmico, quais os fatores que podem desencadear um IAM e quais condutas eles realizariam diante de um evento cardíaco. As entrevistas foram gravadas e transcritas simultaneamente durante a entrevista, para que não se perdesse nenhuma informação relevante para a pesquisa.

Os dados foram tabulados no Microsoft® Excel, sendo submetido a análise estatística descritiva e razão de prevalência, aplicando-se o teste de Qui-quadrado para tendência e teste exato de Fisher.

Em observância à Resolução CNS/MS, nº 466/12, o estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Humanos da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e aprovado com o Parecer N° (74844117.0.0000.5208).

RESULTADOS

De acordo com a análise do perfil sociodemográfico dos 115 entrevistados com fatores de risco para o IAM, foi identificado que a maioria dos pacientes hipertensos e diabéticos em acompanhamento nas UBS eram do sexo feminino (71,3%), com idade de 22 a 88 anos (média de 58,19 anos), católico (74,8%), aposentado (42,6%), com baixo nível de escolaridade, onde 60,0% tinham o ensino fundamental incompleto e 16,5% eram analfabetos. Foi possível observar ainda que a maioria eram civilmente solteiros (52,2%) porém, 55,7% residem em união estável com o companheiro (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas. Pombos, Pernambuco, Brasil. 2017.

| CARACTERÍSTICAS | N | % |
|---------------------|----|-------|
| Sexo | | |
| Feminino | 82 | 71,3% |
| Masculino | 33 | 28,7% |
| Religião | | |
| Católico | 86 | 74,8% |
| Protestante | 17 | 14,8% |
| Espirita | 1 | 0,9% |
| Outros | 11 | 9,6% |
| Ocupação | | |
| Trabalha | 36 | 31,3% |
| Não trabalha | 30 | 26,1% |
| Aposentado | 49 | 42,6% |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 19 | 16,5% |
| 1° incompleto | 69 | 60,0% |
| 1° completo | 16 | 13,9% |
| 2° incompleto | 2 | 1,7% |
| 2° completo | 7 | 6,1% |
| Superior incompleto | 2 | 1,7% |

| | | |
|---------------------|----|-------|
| Superior completo | | |
| Estado civil | | |
| Casado | 26 | 22,6% |
| Solteiro | 60 | 52,2% |
| Viúvo | 23 | 20,0% |
| Divorciado | 6 | 5,2% |
| Reside | | |
| Pais | 3 | 2,6% |
| Amigos | - | - |
| Companheiro | 64 | 55,7% |
| Sozinho | 16 | 13,9% |
| Outros | 32 | 27,8% |

De acordo com a Tabela 2, não foram observadas diferenças estatísticas significativas entre os indivíduos que reconheceram e aqueles que não foram capazes de reconhecer os principais sinais e sintomas do IAM apresentados no caso clínico, quando associados aos indicadores sociais, econômicos e demográficos como sexo, religião, escolaridade, ocupação, estado civil e residência. Através da análise dos dados verificou-se que 67,0% destes indivíduos reconheceram os sinais e sintomas para alguma doença, diferente de 33,0% que não foram capazes de reconhecer os sinais e sintomas para nenhuma doença.

Tabela 2. Reconhecimento dos sinais e sintomas referidos no caso clínico por pacientes com fatores de risco para o IAM, segundo as variáveis socioeconômicas. Pombos, Pernambuco, Brasil. 2017.

| | Sinais e sintomas do IAM | | RP | P [†] |
|-----------------|--|--|-----------------|--------------------|
| | Reconhece 77 (67,0%) n(%)IC _{95%} | Não reconhece 38 (33,0%) n(%)IC _{95%} | | |
| Sexo | | | 0,94(0,71-1,24) | 0,434* |
| Feminino | 54 (65,9%) | 28 (34,1%) | | |
| Masculino | 23 (69,7%) | 10 (30,3%) | | |
| Religião | | | | 0,367 [†] |
| Católico | 57 (66,3%) | 29 (33,7%) | 1 | |
| Protestante | 10 (58,8%) | 7 (41,2%) | 1,12(0,73-1,72) | |
| Espirita | 1 (100%) | - | 0,66(0,57-0,77) | |
| Outros | 9 (81,8%) | 2 (18,2%) | 0,81(0,59-1,11) | |

| | | | | |
|---------------------|------------|------------|-----------------|--------------------|
| Ocupação | | | | 0,693 [†] |
| Trabalha | 25 (69,4%) | 11 (30,6%) | 1 | |
| Não trabalha | 20 (66,7%) | 10 (33,3%) | 1,04(0,74-1,45) | |
| Aposentado | 32 (65,3%) | 17 (34,7%) | 1,06(0,78-1,43) | |
| Escolaridade | | | | 0,135 [†] |
| Analfabeto | 11 (57,9%) | 8 (42,1%) | 1 | |
| 1° incompleto | 47 (68,1%) | 22 (31,9%) | 0,84(0,56-1,28) | |
| 1° completo | 9 (56,2%) | 7 (43,8%) | 1,02(0,57-1,83) | |
| 2° incompleto | 2 (100%) | - | 0,57(0,39-0,84) | |
| 2° completo | 6 (85,7%) | 1 (14,3%) | 0,67(0,41-1,10) | |
| Superior incompleto | - | - | - | |
| Superior completo | 2 (100%) | - | 0,57(0,39-0,84) | |
| Estado civil | | | | 0,623 [†] |
| Casado | 17 (65,4%) | 9 (34,6%) | 1 | |
| Solteiro | 39 (65,0%) | 21 (35,0%) | 1,00(0,71-1,40) | |
| Viúvo | 17 (73,9%) | 6 (26,1) | 0,88(0,61-1,28) | |
| Divorciado | 4 (66,7%) | 2 (33,3%) | 0,98(0,52-1,84) | |
| Reside | | | | 0,927 [†] |
| Pais | 3 (100,0%) | - | 1 | |
| Amigos | - | - | - | |
| Companheiro | 40 (62,5%) | 24 (37,5%) | 1,60(1,32-1,93) | |
| Sozinho | 12 (75,2%) | 4 (25,0%) | 1,33(1,00-1,76) | |
| Outros | 22 (68,8%) | 10 (31,2%) | 1,45(1,15-1,83) | |

RP: Razão de prevalência. IC95%: Intervalo de confiança. AM: Infarto Agudo do Miocárdio. PA: Pressão arterial. [†] Qui-quadrado para tendência. * Teste exato de fisher

Analisando apenas os indivíduos que se disseram capazes de reconhecer os sintomas disponíveis no caso clínico para alguma doença (n=77), foi possível observar que 64,9% conseguiram de fato correlacionar os sintomas apresentado ao IAM, enquanto que 35,1% associaram os sintomas descritos a outras doenças. Não houve diferença estatística significativa entre os indivíduos que correlacionaram e os que não correlacionaram os sintomas ao IAM, quando comparadas aos dados sociodemográficos.

Quando analisado quantos destes pacientes associavam seus fatores de risco ao aparecimento do IAM, foi visto que houve diferença estatística significativa.

Verificou-se que aqueles indivíduos que de fato associavam os sintomas apresentados no caso clínico, 70,2% também conseguiram associar ao DM e/ou HAS como sendo fatores de risco para o IAM, enquanto que 52,4% não associaram ao DM e/ou HAS como sendo fator de risco para a doença. Em relação aos indivíduos que não associaram os sintomas do caso clínico de forma correta para o IAM, 29,8% informaram ter fator de risco para a doença, enquanto 47,6% relataram não possuir nenhum fator de risco para o IAM (tabela 3).

Tabela 3. Reconhecimento dos sinais e sintomas referidos no caso clínico por pacientes com fatores de risco para o IAM, segundo as variáveis socioeconômicas. Pombos, Pernambuco, Brasil. 2017.

| | Reconhece sinais e sintomas do IAM | | RP | P† |
|---------------------|---|---|-----------------|--------|
| | Correto para IAM 50 (64,9%) n(%)IC _{95%} | Errado para IAM 27(35,1%) n(%)IC _{95%} | | |
| Sexo | | | 1,09(0,75-1,59) | 0,406* |
| Feminino | 36 (66,7%) | 18 (33,3%) | | |
| Masculino | 14 (60,9%) | 9 (39,1%) | | |
| Religião | | | | 0,751† |
| Católico | 38 (66,7%) | 19 (33,3%) | 1 | |
| Protestante | 6 (60,0%) | 4 (40,0%) | 1,11(0,64-1,90) | |
| Espirita | - | 1 (100,0%) | - | |
| Outros | 6 (66,7%) | 3 (33,3%) | 1,00(0,60-1,64) | |
| Ocupação | | | | 0,900† |
| Trabalha | 16 (64,0%) | 9 (36,0%) | 1 | |
| Não trabalha | 13 (65,0%) | 7 (35,0%) | 0,98(0,63-1,52) | |
| Aposentado | 21 (65,6%) | 11 (34,4%) | 0,97(0,66-1,43) | |
| Escolaridade | | | | 0,921† |
| Analfabeto | 6 (54,5%) | 5 (45,5%) | 1 | |
| 1° incompleto | 31 (66,0%) | 16 (34,0%) | 0,82(0,46-1,47) | |
| 1° completo | 7 (77,8%) | 2 (22,2%) | 0,70(0,36-1,33) | |
| 2° incompleto | 1 (50,0%) | 1 (50,0%) | 1,09(0,24-4,82) | |
| 2° completo | 4 (66,7%) | 2 (33,3%) | 0,81(0,37-1,78) | |
| Superior incompleto | - | - | - | |
| Superior completo | 1 (50,0%) | 1 (50,0%) | 1,09(0,24-4,82) | |
| Estado civil | | | | 0,811† |
| Casado | 11 (64,7%) | 6 (35,3%) | 1 | |

| | | | | |
|--|------------|------------|-----------------|--------------------|
| Solteiro | 25 (64,1%) | 14 (35,9%) | 1,00(0,66-1,54) | |
| Viúvo | 11 (64,7%) | 6 (35,3%) | 1,00(0,60-1,64) | |
| Divorciado | 3 (75,0%) | 1 (25,0%) | 0,86(0,44-1,67) | |
| Reside | | | | 0,901 [†] |
| Pais | 3 (100,0%) | - | 1 | |
| Amigos | - | - | - | |
| Companheiro | 24 (60,0%) | 16 (40,0%) | 1,66(1,29-2,14) | |
| Sozinho | 7 (58,3%) | 5 (41,7%) | 1,71(1,06-2,76) | |
| Outros | 16 (72,7%) | 6 (27,3%) | 1,37(1,06-1,77) | |
| Conhecimento sobre fatores de risco | | | | |
| Sim | 66 (70,2%) | 28 (29,8%) | 1,34(0,87-2,05) | 0,096 [*] |
| Não | 11 (52,4%) | 10 (47,6%) | | |

RP: Razão de prevalência. IC95%: Intervalo de confiança. AM: Infarto Agudo do Miocárdio. PA: Pressão arterial. [†] Qui-quadrado para tendência. * Teste exato de fisher

A Tabela 4 refere-se à principal conduta destes pacientes diante de um evento cardíaco. Os quais 28,7% relataram pedir ajuda enquanto que 38,3% não sabiam como agir diante de uma situação de IAM. Foram disponibilizados números de alguns serviços de utilidade pública e, quando indagados para qual serviço ligariam, 41,7% responderam que ligariam para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) e 34,8% não sabiam para qual serviço ligar e não reconheceram os números disponibilizados. Quanto à capacitação dos entrevistados para eventos como o IAM, 100% responderam que nunca tiveram nenhum tipo de capacitação de como agir diante de tal situação.

Tabela 4. Refere-se as condutas e a capacitação dos entrevistados quanto ao evento cardíaco, Pombos, Pernambuco, Brasil, 2017.

| Condutas e capacitação | N | % |
|---------------------------------|----|-------|
| Conduta diante de um IAM | | |
| Prestava socorro | 11 | 9,6% |
| Pedia ajuda | 33 | 28,7% |
| Ligava p/ SAMU | 19 | 16,5% |
| Socorria p/ hospital | 8 | 7,0% |
| Não sei | 44 | 38,3% |
| Serviço p/ qual | | |

| | | |
|------------------------------|-----|-------|
| ligaria | | |
| 192 | 48 | 41,7% |
| 193 | 11 | 9,6% |
| 190 | 16 | 13,9% |
| Outro | 40 | 34,8% |
| Capacitação sobre IAM | | |
| Sim | - | - |
| Não | 115 | 100% |

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo mostraram que as mulheres procuram mais as unidades básicas de saúde do que os homens, o que reforça estudos já realizados, onde os homens tem mais resistência ao cuidado a saúde. Justificando desta forma os indicadores de mortalidade no qual demonstram que homens morrem mais precocemente que as mulheres.⁶ Esta dificuldade no a própria saúde assim como também na prevenção está relacionado ao contexto sociocultural construído ao redor do gênero, onde o homem é criado para ser o provedor da família e por isso precisam passar a imagem de força e invulnerabilidade.⁷ Este pensamento construído culturalmente permite com que os homens vejam o cuidado com a sua própria saúde como uma vulnerabilidade, fraqueza e insegurança uma vez que relacionam o papel do cuidado exclusivamente para o gênero feminino, e por isso ao frequentarem as UBS estariam se aproximando no universo feminino, pondo em dúvida sua masculinidade instituída socialmente. ^{6,7,8}

De acordo com os motivos pelo quais os homens procuram as UBS estão dores agudas insuportáveis que os impeçam de trabalhar, o que vem a ser um problema para os mesmos pois temem as consequência da falta no ambiente de trabalho. A

demora na fila de espera na sala de atendimento também fazem parte desta baixa adesão. Outros estudos encontrados na literatura estão em consonância com esta pesquisa onde reforçam que homens com HAS e/ou DM que são resistentes à procura do serviço de saúde estão mais expostos aos agravos e principais complicações causada por estas doenças. Por este motivo observa-se que a maioria dos indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares são da população masculina.^{6,8,9}

A maior adesão nas UBS, são por indivíduos com baixa renda e conseqüentemente de baixa escolaridade, pois não possui assistência por planos de saúde mais ainda assim necessitam do cuidado a saúde, o que os faz recorrer ao serviço público. Por outro lado a maioria dos pacientes com maior nível de escolaridade e maior renda não frequentam de forma constante as UBS, o que os faz buscar os serviços privados quando acometidos por algum tipo de enfermidade. Outro problema a ser observado é a baixa adesão dos adolescentes nas UBS, visto que esta faixa etária possui prioridade principalmente nas ações educativas e preventivas, uma vez que se expõe frequentemente a riscos pois encontram-se constantemente em busca da sua identidade.¹⁰

O nível de conhecimentos dos indivíduos sobre os principais sinais e sintomas do IAM interferem de forma significativa no destino das pessoas acometidas pela doença, seja para um bom ou um mal prognóstico. A rápida identificação do evento cardíaco otimiza a procura por ajuda, importante em casos de IAM uma vez que a mesma caracteriza-se como uma doença tempo dependente, onde o menor tempo torna-se crucial para evitar conseqüências graves da isquemia miocárdica. Ressalta-se dessa forma a importância do conhecimento dos indivíduos sobre a doença, seus

fatores de risco e suas principais complicações. Estudos mostraram que cerca de 20% dos pacientes vítima de IAM, ultrapassam a “hora ouro” que correspondem as duas primeiras horas decorrentes desde início do aparecimento dos sinais e sintomas.^{11,12}

O retardo a procura de ajuda na maioria das vezes está associado ao não reconhecimento do sintomas apresentado, desvalorização ou até mesmo a interpretação errônea da sintomatologia apresentada, onde por vezes confundem dor precordial a dores epigástricas.¹²

Indivíduos que são capazes de reconhecer os sintomas apresentados para Doença Cardiovascular (DCV) procuram o serviço de emergência em um tempo menor que que 12 horas decorrente desde o início do IAM. Há um aumento deste tempo para aqueles que reconhecem os sintomas proveniente de outros sistemas. Os pacientes que identificam os sintomas de forma correta para o IAM também apresentam condutas mais rápidas e benéficas em uma situação de emergência cardiovascular no pré-hospitalar.¹³

Estudos paralelos reforçam estes achados, ao enfatizarem que dentre as principais causas que retardam o atendimento ao paciente vítima de IAM, consiste na negação dos mesmos em ser um evento cardíaco, por não reconhecerem os sintomas da doença, à espera da diminuição dos sintomas, impedindo que possam tomar as condutas corretas diante da situação de emergência cardiovascular.¹⁴ Vale ressaltar que outros fatores além da deficiência de conhecimento também estão envolvidos no retardo a procura do serviço de especializado como dificuldades no transporte e acesso as redes hospitalares.^{14,15}

É importante destacar o papel dos enfermeiros na atenção básica como educador em saúde realizando orientações tanto sobre a doença como forma preventiva para estes indivíduos quanto sobre os benefícios da rápida procura por ajuda profissional frente a uma situação de emergência.¹⁴ A educação da população quanto a sintomatologia do IAM, é indicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), onde a mesma ressalta a importância desta capacitação como meio de auxílio para o enfermeiro em identificar o tempo decorrente desde o início do evento cardíaco e assim possa atuar com medidas que minimizem as consequências do tempo sem assistência.¹²

As orientações prestada na atenção é um fator importante na vida dos indivíduos que frequentam as UBS, uma vez que o atendimento é realizado afim de identificar prováveis problemas relacionados ao processo de saúde e doença destes indivíduos e elaborar ações para assegurar o bem estar desses pacientes.^{16,17} Porém foi observado que estudos feitos em outros locais não corroborou com os resultados da presente pesquisa, na qual é possível observar que apesar de necessitar de aperfeiçoamento as informação sobre os fatores de risco está atingindo a população, permitindo que os mesmo se conscientizem que ao seguir de forma correta as orientações podem evitar diversas complicações.¹⁶

A conduta realizada frente a uma situação de isquemia miocárdica, está diretamente ligada a sobrevida do indivíduo. Outros estudos corroboram com este estudo ao afirmarem que os primeiros socorros prestados de forma adequada e eficiente a vítima do IAM, reduz bastante as possíveis sequelas ocasionada pela doença.¹⁸ O principal meio de prevenção ainda continua sendo a educação em saúde pelo profissional da área de saúde. Todavia isso não depende apenas das

orientações prestadas pelo profissional de saúde ou do pronto atendimento mas também da competência técnica e científica destes profissionais e de toda a equipe que atua na emergência ao IAM ao prestarem os primeiros socorros. Assim como também a disponibilidade dos recursos e materiais disponíveis no serviços. ¹⁹

A não capacitação das pessoas no reconhecimento uma situação de IAM aumenta as chances de morte deste paciente. Por isso estudos mostram que a interação e bom funcionamento de vários serviço de saúde como transporte de emergência, hospitais, ações realizadas nas UBS dentre outros setores contribui na criação de uma rede de planejamento de cuidado para vítimas deste diagnostico, afim de melhorar e aperfeiçoar o atendimento ao paciente e assim diminuir tempo sem assistência destes paciente e otimizar o tratamento desde o reconhecimento da doença até seu tratamento definitivo.²⁰

CONCLUSÃO

Apesar do conhecimento sobre o IAM não ser totalmente escasso, não tem sido suficiente para reduzir o número de óbito por doenças cardiovasculares. Por isso ainda se faz necessário insistir no planejamento de ações preventivas, com o intuito de aumentar o nível de conhecimento da população sobre o IAM, seus fatores de risco assim como também suas principais complicações e condutas, proporcionando a estes indivíduos certa autonomia no cuidado a sua saúde.

Desta forma destaca-se o papel do enfermeiro na atenção primaria, uma vez que é caracterizada como porta de entrada do serviço de saúde. Permitindo que o mesmo possam planejar meios que busquem atingir a comunidade como um todo, promovendo intervenções nas escolas, comunidade e UBS, que estimulem a

população de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias procurarem as unidades de saúde para fins preventivos e não apenas para emergências ou tratamento.

Além da educação em saúde é importante ressaltar a necessidade de uma maior interação entre a atenção primária e os serviços de alta complexidade por meio das referências e contra referências o que permite uma maior assistência ao paciente. Além da disponibilidade de recursos e ferramentas por meio da gestão vigente para que os profissionais da atenção primária possam implementar as intervenções planejadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Rio de Janeiro: WHO; 2017 [acesso em 9 de Ago 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
2. Datasus. Infarto agudo do miocárdio é a primeira causa de morte no país, revela dados do Datasus. 2014. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/559-infarto-agudo-do-miocardio-e-primeira-caoa-de-mortes-no-pais-revela-dados-do-datasus>. Acesso em: 10 de março de 2017.
3. Cascaldi BG; Lacerda FM; Rodrigues A; Arruda GV. Infarto Agudo do Miocárdio sob a Ótica da População Brasileira, Revista Brasileira de Cardiologia, 2014, nov/dez, 27 (6): 409-417.
4. Bastos AS; Beccaria LM; Contrim LM; Cesarino CB. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, São Paulo, 2012, jul, 27 (3): 411-418.**
5. Oliveira LB; Püschel VAA. Conhecimento sobre a doença e mudança de estilo de vida em pessoas pós-infarto. **Revista Eletrônica de Enfermagem, 2013, dez, 15(4): 1026-1033.**
6. Vieira KLD; Gomes VLO; Borba MG; Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica de saúde da família: motivos para a (não)

- procura. Escola Anna Nery de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2013, mar, 17(1): 120-127.
7. Gomes R; Moreira MCN; Nascimento EF; Rebelo LEFS; Couto MT; Schraiber LB. Os homens não vêm! ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2011, mar, 16(1): 983-992.
 8. Brito RS; Santos DLA. Atitudes de cuidados desempenhado por homens hipertensos e diabéticos com relação a sua saúde. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental online*, Rio de Janeiro, 2012, mar, 4(1): 2676-2685.
 9. Araújo IFM; Santos ISC; Longuiniere ACFL; Neto PFV; Franklin TA. Perfil da população acometida por infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, Recife, 2016, jul, 10(7): 2302-2309.
 10. Oliveira MM; Andrade SSCA; Campos MO; Malta SC. Fatores associados à procura de serviços de saúde entre escolares brasileiros: uma análise da pesquisa nacional de saúde do escolar (Pense) 2012. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2015, ago, 31(8): 1603-1614.
 11. Mendes MM; Miranda IPC. Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST e a assistência de Enfermagem no intra-hospitalar. *Revista eletrônica de ciência humanas, saúde e tecnologia*. 2015, jul, 7(1):81-112.
 12. Figueiredo AE; Siebel AL; Luce SC; Schneider I. Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem da UFSM*. Abr, 2013; 3(1):93-10.
 13. Gouveia VA; Victor EG; Lima SG. Atitudes pré - hospitalares adotadas por pacientes frente aos sintomas do Infarto Agudo do Miocárdio. *Revista Latino Americana de Enfermagem Pernambuco*, 2011, out, 19(5): 8 telas.
 14. Sampaio ES; Mendes AS; Guimarães AC; Mussi FC. Percepção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. *Ciência, cuidado e saúde*. 2012, dez, 11(4): 687-696.
 15. Rocha APF; Chermant GR; Moreira JP; Barcelos SC. Atendimento inicial ao Infarto Agudo do Miocárdio. *Littera docente & discente em revista*. 2012, 2(2).
 16. Santos MF; Araújo LJ; Souza SS. Estudos dos fatores de risco ambientais para a hipertensão arterial em pacientes em um unidade básica de saúde (UBS) do interior do estado da Bahia. *Revista interScientia*, João Pessoa, 2013, ago, 1(2):59-71.
 17. Dourado CS; Costa KNFM; Oliveira JS; Leadebal ODCP; Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado Paraíba. *Revista Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, Brasil, 2011, 33(1):9-18.
 18. Santos RD; Dias CMCC; Infarto Agudo do Miocárdio: Assistência de Enfermagem na Emergência.

19. Teixeira AFJ; Franco A; Castanharo J. Atuação da equipe de Enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. Revista fafibe on-line. Bebedouros- SP, 2015, 8(1):300-309.
20. Marcolino MS et al. Implantação da linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no Município de Belo Horizonte. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Minas Gerais, Brasil, nov, 2013, 100(4):307-314.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Diretrizes para Autores

Estrutura dos artigos

FORMATO: Word.doc

TÍTULO (somente no idioma original)

AUTORES (1-8, explícitos no artigo e em METADADOS da submissão)

RESUMO (somente no idioma original)

DESCRITORES (Português/Inglês/Espanhol)

CREDENCIAIS DOS AUTORES (explícitas no artigo)

AUTOR RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA (endereço completo)

Em todos os artigos usem os termos das seções **INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, REFERÊNCIAS**. Os **AGRADECIMENTOS** e **FINANCIAMENTO** deverão constar antes das **REFERÊNCIAS**, se constarem no artigo.

Os requisitos mínimos para um manuscrito se qualificar para revisão são de que foi preparado seguindo rigorosamente as **NORMAS** de formatação, estrutura e estilo da Revista, em formato **WORD.doc**, escrito em um bom português e a coleta de dados não ter ocorrido há mais de 3 anos. Os manuscritos que não tenham cumprido estes requisitos são **RECUSADOS** e **ARQUIVADOS**.

Os seguintes documentos devem ser anexados na Reuol:

1. Artigos em uma das categorias **ORIGINAL, RELATO DE CASO CLÍNICO, RELATO DE EXPERIÊNCIA/ESTUDO DE CASO, NOTA PRÉVIA** - que envolvam **SERES HUMANOS**, anexar os documentos (a), exceto dados de domínio público, e (b); o de **REVISÃO SISTEMÁTICA (Metanálise)**, apenas o (b) e (c):

a) **CÓPIA DA APROVAÇÃO** do Projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos ().

b) **FORMULÁRIO** de _____ declaração _____ (download em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/authorship_responsibility.doc)

c) **Checklist e fluxograma PRISMA**: envio obrigatório para as revisões sistemáticas e metanálises. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis - PRISMA em MS Word ([checklist](#) e [fluxograma](#)); utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

◆ LAYOUT DA PÁGINA:

1) **PAPEL OFÍCIO** (21,59 x 35,56 cm)

2) **MARGENS DA PÁGINA**: de 2,0 cm em cada um dos lados

◆ **LETRA**: Trebuchet MS de 12-pontos

◆ **NÃO USAR**: rodapé, notas, espaçamento entre parágrafos, não separar nem numerar as seções e subseções do artigo

◆ **ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS** em todo o ARTIGO

♦ **IDIOMAS:** Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução* o artigo o ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO). *Com o parecer de APROVADO, a LISTA com os nomes dos REVISORES/TRADUTORES é enviada após finalizado o processo de avaliação por pares.

♦ **TEXTO:** sequencial e justificado sem separar as seções (página inicial e as que se seguem).

♦ **NÚMERO DE PÁGINAS:**

1) **30 PÁGINAS** (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências);

2) **PÁGINAS NUMERADAS** no ângulo superior direito a partir da primeira página;

3) **MARGENS LATERAIS DO TEXTO:** 0,5 cm.

♦ **TÍTULO:** somente no idioma do artigo, com 12 ou menos palavras; **NÃO EMPREGAR:** siglas e elementos institucional, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional. Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES DeCS: <http://decs.bvs.br>

♦ **AUTORES:** 1-8 no máximo, explícitos no artigo.

Nome completo de cada um, separados por vírgulas, numerados sobrescritos. *Ex: Ednaldo Cavalcante de Araújo¹, Maria Prado²

♦ **RESUMO:** somente no idioma original, NÃO MAIS que 200 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: **Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: **Descritores/Descriptors/Descriptorios** (apresentar 6 (seis) com as iniciais em letra maiúscula (exceto os termos conectivos), separados por ponto e vírgula (;); *Devem ser extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e/ou do *Medical Subject Headings (MESH)*: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>.

***MÉTODO** – qualitativo, quantitativo ou misto, tipo de estudo, população/amostra, instrumento de coleta/análise dos dados.

***MÉTODO – Revisão Sistemática de Literatura:** elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade das evidências; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados.

* **MÉTODO – Revisão Integrativa de Literatura:** tipo de estudo; delimitação temporal; fonte de busca (bases de dados, bancos de dados, repositórios, coleções de bibliotecas virtuais); os procedimentos adotados para a análise crítica dos estudos; apresentação da revisão.

DESCREVER AS CREDENCIAIS DOS AUTORES

1) Formação, maior titulação, principal instituição a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail.

*Ex: ¹Enfermeiro, Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/PPGENF/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: reuol.ufpe@gmail.com

*Autor responsável para troca de correspondência: nome completo, endereço completo (Rua; Av.; Bairro; Cidade; CEP, Estado (sigla); País

♦ **TEXTO:** manuscritos nas seções **Original, Relato de experiência/Estudo de caso, Estudo de caso clínico, Análise reflexiva, Informativo, Nota prévia, Revisões de literatura sistemática*** e **integrativa*** devem apresentar: INTRODUÇÃO, OBJETIVO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO, AGRADECIMENTOS (opcional); FINANCIAMENTO (se tiver), REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

*A categoria ABSTRACT terá estrutura igual ao texto extraído do estudo original, porém as **REFERÊNCIAS** são obrigatórias.

***Método** – qualitativo, quantitativo ou misto; tipo de estudo; população; amostra; critérios de inclusão/exclusão da amostra; o instrumento de coleta de dados; os procedimentos para a coleta e análise dos dados; citação da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e número do **CAAE** - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

***Método – Revisão Sistemática de Literatura** – elaboração da pergunta de pesquisa; busca na literatura; seleção dos artigos; extração dos dados; avaliação da qualidade metodológica; síntese dos dados (metanálise); avaliação da qualidade das evidências; e aprimoramento, redação e publicação dos resultados.

***Método – Revisão Integrativa de Literatura** – elaboração da pergunta de pesquisa, delimitação temporal, instrumento de coleta de dados, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (instrumento usado), avaliação dos estudos incluídos na revisão (instrumento usado para avaliar o RIGOR METODOLÓGICO e VIÉS DOS ESTUDOS), classificação dos níveis de evidências dos artigos a serem analisados (CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA), processo de análise dos estudos/interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

♦ **TABELAS** (conjunto **TABELAS + FIGURAS = 05**): devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, elaboradas em cores (use as várias tonalidades de tabelas em cores verde oferecidas automaticamente pelo Office), inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

♦ **ILUSTRAÇÕES** (conjunto **FIGURAS + TABELAS = 05**): fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados **FIGURAS**, que devem ser elaboradas em cores (use as várias tonalidades do verde). O título deve ser grafado com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior. A numeração é consecutiva, com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas nos Programas Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel quanto da submissão do artigo.

♦ **CITAÇÕES**: as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso dos parênteses e colocado após o ponto final, quando convier (vide exemplo)*. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios, por vírgula.

*Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese, sobrescrito e colocado após o ponto final. .¹

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 1 cm, letra tamanho 12 e espaçamento 2,0 entre linhas (sem aspas e em itálico), seguindo a indicação de autor e data.

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

♦ **REFERÊNCIAS**: de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

♦ **NÚMERO DE REFERÊNCIAS**: 30 (trinta, no máximo, exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise), sendo 60% de produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 30% nos últimos 3 anos, 10% sem limite temporal.

NÃO USAR o *EndNote*, o software de geração automática de citações e referências bibliográficas.

- Citar 3 (três) referências estrangeiras.
- Não citar teses, dissertações, TCC. Livros e capítulos só devem ser citados os que fundamentam o método de pesquisa (exceto para Revisões Integrativa e Sistemática/Metanálise).
- Para os artigos disponibilizados em Português e Inglês, citar a versão em Inglês)
- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.
- Referenciar o(s) autor(es) pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.
- Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros seguidos da expressão latina “et al”.
- Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec

EXEMPLOS:

1. Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de. Work conditions and ergonomic factors of health risks to the Nursing team of the mobile emergency care/SAMU in Recife City. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Apr [cited 2010 Oct 12];4(1):145-52. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/746>
2. Rozenfeld M, Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de, Loyola Filho AI, Uchoa E, et al. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>
3. Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); c1999 [updated 2001 Nov 20; cited 2002 Aug 12]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/archive//20061212/mesh/jablonski/syndrome_title.html

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA (opcional)