

Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros*

FACTORS ASSOCIATED WITH THE DECISION TO SEEK HEALTH CARE IN MYOCARDIAL INFARCTION: GENDER DIFFERENCES

FACTORES ASOCIADOS A LA DECISIÓN DE BÚSQUEDA DE SERVICIO DE SALUD ANTE INFARTO DE MIOCARDIO: DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS

Carla Almeida Damasceno¹, Tassia Lacerda de Queiroz², Carlos Antonio de Souza Teles Santos³, Fernanda Carneiro Mussi⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar, entre gêneros, a influência de variáveis cognitivas e emocionais no tempo de decisão (TD) para procura de atendimento face ao infarto do miocárdio. Cem adultos foram entrevistados em dois hospitais de Salvador-BA. Na análise empregaram-se médias percentuais, teste Q-quadrado e modelo de regressão linear robusto. Houve a predominância de homens, com idade média de 58,78 anos e baixa condição socioeconômica. A média geométrica da amostra foi 1,1h – 0,9h para homens; 1,4h para mulheres. Constatou-se menor tempo de decisão para quem considerou grave os sintomas, e maior para quem esperou melhora e tomou algo para recuperar-se, tais associações são estatisticamente significativas. Houve interação entre gênero e variáveis: esperar a melhora dos sintomas ($p=0,014$), ocultá-los ($p=0,016$) e pedir ajuda ($p=0,050$), quando verificou-se a associação das variáveis de interesse e TD. Os tempos de decisão foram elevados e sofreram influência de variáveis cognitivas, emocionais e de gênero. Cuidados de enfermagem podem promover o atendimento precoce.

DESCRITORES

Infarto do miocárdio
Identidade de gênero
Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Analyze cognitive and emotional variables between genders in terms of the decision time (DT) to seek care when experiencing symptoms of myocardial infarction. One hundred adults were interviewed at two hospitals in Salvador-BA. The analysis used percentage means, the chi-square test, and a robust linear regression model. Most participants were male, with a mean age of 58.78 years and a low socioeconomic status. The geometrical mean of the sample was 1.1h (0.9h for men, and 1.4h for women). A shorter decision time was found for those who considered their symptoms to be severe, and a longer decision time for those who expected symptoms to improve and took something to feel better, with statistically significant associations. An interaction was observed between gender and the following variables: waiting for symptoms to improve ($p=0.014$), concealing symptoms ($p=0.016$) and asking for help ($p=0.050$), thus an association was observed between the variables of interest and DT. The decision times were long and were affected by cognitive, emotional and gender variables. Nursing care may promote early assistance.

DESCRIPTORS

Myocardial infarction
Gender identity
Nursing care

RESUMEN

Analizar, entre gêneros, la influencia de variables cognitivas y emocionales en Tiempo de Decisión (TD) para búsqueda de atención ante infarto de miocardio. Cien adultos fueron entrevistados en dos hospitales de Salvador-BA. Para análisis, se emplearon promedios porcentuales, test Chi-cuadrado y modelo de regresión lineal robusto. Predominaron hombres, edad promedio 58,78 años y baja condición socioeconómica. La media geométrica de la muestra fue 1,1h, para hombres 0,9h, para mujeres 1,4h. Se constató menor TD para quien consideró graves los síntomas y mayor para quien esperó evolución y tomó algo para mejorar, tales asociaciones estadísticamente significativas. Existió interacción entre género y variables: esperar la mejoría sintomática ($p=0,014$), ocultarlo ($p=0,016$) y pedir ayuda ($p=0,050$), cuando se verificó la asociación de variables de interés y TD. Los tiempos de decisión fueron elevados, e influidos por variables cognitivas, emocionales y de género. Los cuidados de enfermería pueden promover la atención precoz.

DESCRIPTORES

Infarto del miocardio
Identidad de género
Atención de enfermería

* Extraído do projeto de pesquisa "Retardo pré-hospitalar face ao infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros", Universidade Federal da Bahia, 2011.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Bolsista CNPq DT-II - Projeto Hipertensão Resistente. Salvador, BA, Brasil. carladamasceno@gmail.com

² Enfermeira. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/UFBA. Salvador, BA, Brasil. tassialq@hotmail.com ³ Estatístico. Professor Adjunto da Área de Estatística do Departamento de Ciências Exatas da Universidade Estadual de Feira de Santana. Pesquisador do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. carlosateles@yahoo.com.br ⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associado I da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Coordenadora do Projeto. Salvador, BA, Brasil. femussi@uol.com.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV), que incluem o infarto agudo do miocárdio (IAM), estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo⁽¹⁾. A mortalidade hospitalar e pré-hospitalar por infarto agudo do miocárdio ainda é expressiva, apesar da redução dessa na fase intra-hospitalar. No Brasil, em 2007, o número de óbitos por IAM foi de 71.997, o que correspondeu a 6,9% do total de mortes do referido ano. Dos 71.997 óbitos, 39.876 (55,4%) ocorreram no hospital, 24.054 (33,4%) no domicílio, 3.551 (4,9%) em outro estabelecimento de saúde, 2.490 (3,4%) em outros locais, 1.949 (2,7%) em via pública e para 167 óbitos (0,2%), o local foi ignorado⁽²⁾. A alta mortalidade pela doença, observada em metrópoles brasileiras, representa um impacto socioeconômico para o país.

Pessoas tratadas na primeira hora de evolução dos sintomas experimentam uma redução significativa da mortalidade hospitalar. O tratamento fibrinolítico pode reduzi-la na fase aguda e manter esse benefício após dez anos, mas o benefício da reperfusão miocárdica é tempo-dependente⁽⁴⁾. Portanto, a procura imediata por um serviço de saúde e a qualidade do atendimento são essenciais para aumentar a sobrevida e reduzir incapacidades⁽³⁾.

No Brasil, a literatura é escassa quanto à tomada de decisão para procura de um serviço de saúde por pessoas que sofreram IAM. Na literatura internacional os dados são conflitantes quanto à existência de diferenças de gênero no retardo para procura de atendimento face ao evento cardiovascular. Alguns estudos não constataram diferenças no tempo desse retardo entre homens e mulheres⁽⁴⁻⁵⁾, enquanto outros, verificaram que as mulheres demoraram mais que os homens⁽⁶⁻⁷⁾. Se a existência de diferença no tempo para procura de atendimento entre gêneros é considerada importante, ainda mais relevante é conhecer as diferenças nas razões do retardo na perspectiva de homens e mulheres⁽⁸⁾. Conhecer como as pessoas sentem, interpretam, julgam e respondem a experiência inicial do IAM pode orientar a atuação da(o) enfermeira(o) para a educação em saúde considerando às especificidades da clientela, ou seja, direcionadas ao plano simbólico dos gêneros, visando reduzir a demora para busca de atendimento⁽⁹⁾. É válido destacar que as construções sociais sobre o masculino e feminino podem estar implicadas nas atitudes das pessoas no que diz respeito à sua saúde, influenciando o curso e a mortalidade da doença, alterando a conduta face a mesma e o uso dos serviços de saúde e, portanto, o gênero pode ser um fator que diferencia o comportamento face à tomada de decisão para a procura de um serviço de saúde IAM⁽⁹⁾.

Entre os motivos pelos quais os indivíduos retardam em buscar um serviço de saúde, têm-se apontado a influência de variáveis cognitivas e emocionais no tempo de decisão (TD)⁽¹⁰⁻¹¹⁾. As variáveis cognitivas e emocionais re-

ferem-se à percepção dos indivíduos face aos sintomas e as mensagens sociais da doença, compreende a avaliação de suas causas, gravidade e consequências, assim como, os comportamentos e passos que devem ser galgados a fim de que a doença possa ser curada ou controlada⁽¹²⁾.

Sabe-se que pelo menos 60% das pessoas que sofrem IAM apresentam sinais e sintomas prodrômicos, no entanto nem todos reconhecem e/ou hesitam em aceitar a gravidade de sua condição, retardando, assim, a procura por socorro médico⁽¹³⁾, em média de 3 a 4 horas após o início do evento cardiovascular⁽³⁾. Ou seja, a maneira com que os indivíduos percebem a sintomatologia da doença repercute na decisão sobre o que fazer a respeito de sua saúde.

Com base no exposto, um dos desafios no esforço de reduzir a mortalidade por infarto IAM e minimizar seus danos físicos, psicológicos e sociais é reconhecer os fatores envolvidos na decisão de homens e de mulheres para procura de um serviço de saúde, face aos sintomas da doença para, então, promover a valorização da busca precoce por um serviço de emergência⁽¹³⁾.

Portanto, o estudo objetivou: estimar o tempo de decisão na procura de um serviço de saúde para homens e mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio; analisar a influência de variáveis cognitivas e emocionais no tempo de decisão; verificar a interação entre tempo de decisão e as variáveis segundo o gênero; verificar a interação entre gênero e as variáveis de interesse, com base na associação das variáveis de interesse e desfecho tempo de decisão.

MÉTODO

Trata-se de estudo de corte transversal, exploratório, realizado em dois hospitais de Salvador-BA, sendo um filantrópico que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e de convênios particulares e o outro público que admite pessoas pelo sistema de regulação do SUS do Estado da Bahia. Ambos são referências para atendimento de pessoas com síndromes coronarianas agudas.

Para o cálculo do tamanho da amostra (n), tomou-se como parâmetro a prevalência estimada para IAM de 99/100.000 adultos em Salvador/BA⁽¹⁴⁾. Considerou-se, também, os seguintes parâmetros:

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

P - número de total da população assumida durante o período de coleta de dados = 1.000⁽¹⁵⁾; P - proporção dentro da população estudada = 0,099; n - tamanho da amostra; α - 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%.

De acordo com o cálculo, o tamanho mínimo da amostra seria de 99, mas esta foi composta por 100 indivíduos, cujos critérios de inclusão foram: diagnóstico médico de IAM com ou sem supradesnivelamento de ST registrado em prontuário; indivíduos orientados no tempo e no espaço, sem restrições médicas para realizar a entrevista; internados há pelo menos 24h ou com tempo máximo de pós IAM de 30 dias; e que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi definido um tempo máximo de 30 dias pós IAM para minimizar o viés recordatório.

Para a coleta de dados, elaborou-se um instrumento constituído de duas partes com perguntas objetivas, de múltipla escolha e semi-estruturadas. A Parte I foi composta por dados de caracterização sócio-demográfica como idade, sexo, raça/cor autodeclarada, escolaridade, estado civil, condição laboral, renda familiar, moradores do domicílio, número de dependentes, local de residência e de internamento e posse de convênio de saúde. A parte II foi constituída por questões referentes ao julgamento da gravidade e natureza dos sintomas, motivos para demora e decisão em procurar atendimento, além das ações dos indivíduos face ao evento cardiovascular.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista realizada no período de abril a novembro de 2009. Após a identificação dos indivíduos, através do livro de registro e do prontuário, foram selecionados, nas unidades de internação, àqueles que atendiam aos critérios de inclusão, e que estavam livres de exames e/ou possíveis procedimentos por uma hora. Cada participante foi entrevistado uma única vez.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética das instituições hospitalares, com número de protocolo 11/09, e respeitou os princípios éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados registrados e codificados nos formulários compuseram uma base de dados do programa SPSS, versão 17.0 for Windows, e foram analisados em percentuais e médias. Para analisar a associação entre as variáveis cognitivas e emocionais segundo o gênero empregou-se o teste Qui-quadrado ou o Teste Exato de Fisher na ocorrência de valores esperados abaixo de 5, em tabelas 2x2. Nas análises bivariadas e multivariadas, mediante o modelo de regressão linear robusto, verificou-se a associação entre tempo de decisão e as variáveis cognitivas e emocionais, bem como, testou-se o termo de interação entre a variável gênero e as variáveis de interesses. Para as análises realizou-se a transformação logarítmica na variável dependente tempo de decisão para dar conta da assimetria dos tempos. A significância adotada foi de 5% para todos os testes estatísticos.

RESULTADOS

Caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo

Verifica-se na Tabela 1, os dados referentes à caracterização sócio-demográfica dos participantes. A amostra foi

constituída por 100 indivíduos, predominando homens. A média, com o respectivo desvio-padrão (dp), de idade para os homens (H) foi de 58,70 (dp 11,08) anos e, para as mulheres (M), de 58,97 (dp 12,10).

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica segundo a amostra e os gêneros - Salvador, BA, 2010

Fatores sócio-demográficos	Amostra		Homens		Mulheres	
	n=100	%	n=71	%	n=29	%
Idade						
Menor que 60 anos	56	56,0	37	52,1	19	65,5
Maior igual a 60 anos	44	44,0	34	47,9	10	34,5
Raça/cor autodeclarada						
Branca	29	29,0	19	26,8	10	34,5
Negra	71	71,0	52	73,2	19	65,5
Estado civil						
Casado(a)	58	58,0	46	64,8	12	41,4
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	8,5	3	10,3
Viúvo(a)	7	7,0	3	4,2	4	13,8
Escolaridade						
Analfabeto (a)	6	6,0	5	7,0	1	3,4
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
Condição laboral						
Desempregado(a)	7	7,0	4	5,6	3	10,3
Empregado(a)	14	14,0	10	14,1	4	13,8
Autônomo(a)	34	34,0	22	31,0	12	41,4
Aposentado(a) c/ atividade	19	19,0	17	23,9	2	6,9
Aposentado(a) s/ atividade	26	26,0	18	23,3	8	27,6
Renda familiar						
Até 3 salários*	63	63,0	44	62,0	19	65,5
Acima de 3 salários*	37	37,0	27	38,0	10	34,5
Nº de dependentes						
0-3	58	58,0	37	52,1	21	72,4
3 a 6	37	37,0	31	43,7	6	20,7
> 6	5	5,0	3	4,2	2	6,9
Com quem mora						
Sozinho(a)	11	11,0	8	11,3	3	10,3
Com companheiro(a)	69	69,0	54	76,1	15	51,7
Filhos(as)	63	63,0	46	64,8	17	58,6
Neto(a)	23	23,0	13	18,3	10	34,5
Genro/nora	15	15,0	10	14,1	5	17,2
Irmão(a)	4	4,0	4	5,6	-	-
Outros familiares	3	3,0	2	2,8	1	3,4
Amigos(as)	2	2,0	2	2,8	-	-
Enteado(a)	2	2,0	2	2,8	-	-
Convênio de saúde						
Sim	1	1,0	-	-	1	3,4
Não	99	99,0	71	100	28	96,6
Local de residência						
Salvador	70	70,0	51	72,2	19	65,5
Região Metropolitana	2	2,0	1	1,4	1	3,4
Outras cidades da Bahia	28	28,0	18	25,4	10	31,1
Local de internamento						
Hospital I	80	80,0	57	80,2	23	32,3
Hospital II	20	20,0	14	19,8	6	67,6

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

Predominou, tanto para a amostra quanto para homens e mulheres, a procedência de Salvador, a raça/cor autodeclarada como negra, o estado civil casado(a) ou união estável, a baixa renda (até três salários mínimos), o número de até três dependentes, a baixa escolaridade (a maioria tinha até o primeiro grau completo) e indivíduos ativos profissionalmente, ou seja, empregados(as), autônomos(as) ou aposentados(as) com atividade. Com relação ao número de pessoas com quem dividiam a residência, 11,0% moravam sozinhos e, os demais (89,0%), residiam com outros familiares ou amigos, sobressaindo-se entre eles o(a) companheiro(a) e filhos(as).

Oitenta por cento foram internados no Hospital I e 20% no Hospital II. Vale destacar que toda a amostra foi atendida pelo SUS, apesar de uma participante ter referido a posse de convênio de saúde.

Resposta cognitiva e emocional dos participantes face ao IAM

Com referência ao julgamento da natureza dos sintomas (Tabela 2), 41,0% dos participantes (H=36,6% X M=51,7%) não os associaram a problema cardíaco, atribuindo-os a problema de estômago (24,0%) e de coluna (9,0%), derrame cerebral ou hipertensão arterial (4,0%), estresse /aborrecimentos cotidianos (3,0%) e efeito da medicação (1,0%).

Tabela 2 - Julgamento da natureza e gravidade dos sintomas segundo a amostra e gêneros - Salvador, BA, 2010

Julgamento dos sintomas	Amostra		Homens		Mulheres		Valor de p
	n=100	%	n=71	%	n=29	%	
Quanto à natureza							
Associado a problema cardíaco	44	44,0	33	46,5	11	37,9	0,440
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
Quanto à gravidade							
Graves	64	64,0	45	63,3	19	65,5	0,840
Não graves	36	36,0	26	36,7	10	34,5	

Dos 44 participantes que consideraram os sintomas de origem cardiovascular, 22,0% julgaram estar sofrendo um IAM, 20,0% algum problema relacionado ao coração e 2,0% uma crise de angina do peito. Os homens viram-se mais como vítimas de IAM ou angina do peito. Não foi verificada associação entre gênero e julgamento da natureza dos sintomas.

Os sintomas foram considerados graves por 64,0% dos participantes e pela maioria dos homens (63,3%) e mu-

heres (65,5%). A gravidade atribuída a eles foi justificada pela dor de forte intensidade, intensificação dos sintomas e associação do quadro clínico a problema cardíaco. A não gravidade foi justificada pela localização dos sintomas no âmbito das fronteiras conhecidas e controláveis com recursos pessoais.

Dos 100 participantes do estudo, 15% informaram ter buscado atendimento logo após o início do evento cardiovascular, entre eles 13 homens e duas mulheres. Dois homens desmaiaram, sendo levados ao serviço de saúde por familiares. Entretanto, 83 participantes relataram hesitar pelo menos nos momentos iniciais do evento, em procurar atendimento. Estes 83 indivíduos emitiram 150 respostas para a lista de motivos que justificavam a demora para a decisão de procurar atendimento.

Na Tabela 3, observa-se que a justificativa mais frequente para a demora em decidir buscar atendimento foi pensar que os sintomas não eram sérios e iriam melhorar (87,9%). Embora não tenha ocorrido associação entre gênero e motivo para a demora de decidir procurar um serviço de saúde, as mulheres relataram em maior proporção que os homens os seguintes motivos: não querer preocupar ninguém, ter medo de afastar-se da família, ter medo de ficar internada, ter medo do que pudesse acontecer e ter medo que fosse algo grave. Os homens, em maior proporção que as mulheres, acreditavam que não era nada sério e iriam melhorar, bem como, que conseguiam suportar a dor. Apenas os homens apontaram como razão o medo de afastar-se do trabalho.

Os 83 participantes que hesitaram, no início dos sintomas, em procurar um serviço de saúde, a uma certa altura do curso do evento coronariano, não viram outra saída senão sucumbir ao atendimento médico.

Os 100 participantes apresentaram 138 respostas classificadas nos diferentes motivos que os levaram a tomar a decisão de buscar o serviço de saúde (Tabela 3), seja logo após o início dos sintomas ou a uma certa altura do curso do evento. As principais razões para a essa decisão foram: a intolerância a dor (66,0%), a sensação de morte iminente (33,0%) e o julgamento de estar sendo vítima do IAM (20,0%). Ainda 19,0% foram a um local de atendimento por influência de familiares e/ou amigos, incluindo os dois indivíduos que desmaiaram e foram socorridos pelas pessoas em seu entorno.

Embora não tenha ocorrido associação entre gênero e motivos que levaram a procura de atendimento, as mulheres relataram, em maior proporção, o medo de morrer e estar tendo um IAM e, os homens, a intolerância a dor.

Tabela 3 – Motivos referidos para a demora e para a decisão de buscar atendimento médico segundo a amostra e os gêneros - Salvador, BA, 2010

VARIÁVEIS	AMOSTRA		HOMENS		MULHERES		Valor de p
	n=83	%	n=56	%	n=27	%	
Motivos para a demora							
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 agüentar (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
Total de respostas*	150		99		51		
Motivos para a decisão							
	n=100	%	n=71	%	n=29	%	Valor de p
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
Total de respostas*	138		97		41		

*Cada participante emitiu mais de uma resposta.

Os 100 participantes emitiram 205 respostas relacionadas às suas ações no início dos sintomas do IAM. Apenas 15% tiveram como ação exclusiva a procura de um serviço de saúde. Todos os demais relataram outras ações expressas pelas categorias: esperar pela melhora dos sintomas (69,0%), tomar algo para melhorá-los (chás, água, leite, café e/ou medicamento) (54,0%), pedir ajuda a alguém (42,0%), ocultar os sintomas (13,0%) e continuar a realizar atividades (12,0%).

Embora não tenha ocorrido associação entre gênero e ação face aos sintomas, os homens, em maior proporção, esperaram para ver se iriam melhorar (70,4% X 65,5%) e procuraram imediatamente um serviço de saúde (18,3% X 6,9%) e as mulheres tomaram algo para melhorar (62,1% X 50,7%), pediram ajuda a alguém (44,8% X 40,8%), ocultaram os sintomas (13,8% X 12,7%) e continuaram a realizar atividades (20,7% X 8,5%).

Comparação dos tempos de decisão segundo fatores cognitivos, emocionais e o gênero

A média geométrica (MG) e a mediana do tempo de decisão para procura de um serviço de saúde da amostra foram, respectivamente, de 1,1h e 1,0 h. Para as mulheres, a média geométrica para tempo de decisão foi de 1,4h e a mediana de 1,5h e, para os homens, a foi de 0,9h e a mediana de 1,0h. As mulheres apresentaram tempos médios de decisão maiores do que os homens, no entanto não houve diferença estatisticamente significativa.

A Tabela 4 mostra o julgamento da natureza dos sintomas e de sua gravidade associados ao tempo de decisão e o gênero nessa relação. Não houve associação significativa entre tempo de decisão e associação dos sintomas a problema cardiovascular. Todavia, destaca-se que as pessoas que julgaram seus sintomas como cardíacos, comparadas as que

os interpretaram como de outra natureza, apresentaram menor tempo de decisão. Constatou-se associação significativa entre tempo de decisão e atribuição de gravidade aos sintomas ($p=0,007$), notando-se que aqueles que os consideraram graves apresentaram menor tempo de decisão. Não houve interação entre gênero e atribuição de gravidade aos sintomas, bem como entre gênero e interpretação da natureza dos sintomas para o desfecho tempo de decisão.

Tabela 4 – Julgamento da natureza dos sintomas do IAM e de sua gravidade associados ao tempo de decisão e o gênero nessa relação - Salvador, BA, 2010

Julgamento dos sintomas	MG TD* Amostra	Valor de p**	MG TD*		Valor de p†
			H n=71	M n=29	
Natureza – Associação a problema cardíaco					
Sim (44)	0,8	0,289	0,7	1,2	0,764
Não (56)	1,3		1,2	1,5	
Gravidade					
Graves (64)	0,8	0,007	0,6	1,1	0,470
Não graves (36)	2,0		1,9	2,1	

* MG - Média Geométrica, em horas, do TD; p** - mostra a diferença entre as categorias das variáveis específicas; p† - mostra a heterogeneidade entre homens e mulheres (a interação). Todos os valores de p foram obtidos pelo modelo de regressão linear robusto.

Na Tabela 5 observa-se as ações dos participantes no início e à piora dos sintomas associadas ao tempo de decisão e o gênero nessa relação. Houve associação significativa entre tempo de decisão e procurar imediatamente um serviço de saúde ($p=0,000$), esperar a melhora dos sintomas ($p=0,000$) e tomar algo para melhorar ($p=0,001$), observando-se menor tempo de decisão para a primeira ação e maior para as demais. Os homens apresentaram maior tempo de decisão ao esperarem pela melhora dos sintomas do que as mulheres ($p=0,014$), já as mulheres apresentaram maior tempo de decisão ao ocultarem os sintomas em relação aos homens ($p=0,016$).

Tabela 5 - Ações dos participantes face ao início e à piora dos sintomas associados ao tempo de decisão e ao gênero nessa relação - Salvador, BA, 2010

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

* MG - Média Geométrica, em horas, do TD; p** - mostra a diferença entre as categorias das variáveis específicas; p† - mostra a heterogeneidade entre homens e mulheres (a interação). Todos os valores de p foram obtidos pelo modelo de regressão linear robusto.

Houve associação significativa entre tempo de decisão e ações diante da piora dos sintomas como tomar algo para melhorar ($p=0,020$) e esperar a melhora dos sintomas ($p= 0,000$), observando-se maior tempo de decisão para participantes que as praticaram. Observou-se que os homens que pediram ajuda em relação às mulheres que também clamaram por socorro, apresentaram maior tempo de decisão ($p=0,050$).

DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi composta por 100 indivíduos, predominantemente casados, média de idade de 58,78 ($S=11,32$) anos, procedentes de Salvador-BA, acometidos por IAM e atendidos pelo SUS em dois hospitais de referência para tratamento de doenças cardiovasculares do Estado da Bahia. Com relação à idade, sabe-se que os homens são mais susceptíveis aos eventos cardiovasculares a partir dos 55 anos e, as mulheres a partir dos 65 anos⁽¹⁶⁾. Todavia, não houve praticamente diferença entre a média de idade entre gêneros, demonstrando que

as mulheres podem estar desenvolvendo o IAM em idade mais jovem. Os sujeitos do estudo declararam-se, em sua maioria, como da raça/cor negra e viviam em condição de desigualdade social evidenciada pelas condições socioeconômicas deficitárias. De acordo com a literatura, tais características vêm sendo associadas a elevado risco cardiovascular⁽¹⁷⁾.

Considerou-se alta a média geométrica do tempo de decisão para procura de um serviço de saúde da amostra e por gêneros, pois estima-se que cerca de 50% dos indivíduos que sofrem IAM, morrem na primeira hora de evolução do evento e a mortalidade pode atingir o percentual de 80% nas primeiras 24 horas⁽¹⁸⁾. Nesse sentido, os participantes do estudo estiveram expostos a este risco. Há de se considerar que, após a tomada de decisão, os indivíduos ainda despenderam tempo deslocando-se até conseguir a admissão hospitalar.

A maioria dos participantes não reconheceu os sintomas como de origem cardíaca ou não sabia do que se tratavam, atribuindo-os a outros problemas de saúde, tal como já vem sendo constatado em outros estudos^(11,19). Este fato pode estar aliado ao baixo nível socioeconômico, pois o reconhecimento dos mesmos requer habilidades críticas, que podem estar prejudicadas no grupo com menor estudo e a baixa renda pode dificultar o acesso aos serviços de saúde. Embora não tenha ocorrido associação significativa, os participantes que reconheceram o evento cardiovascular apresentaram menor tempo de decisão. Autores confirmaram que indivíduos com maior conhecimento sobre o IAM e que reconheceram os sintomas, procuram mais rapidamente o serviço de saúde⁽¹¹⁾. Decorre daí a importância de programas de educação à saúde em que a(o) enfermeira(o) aborde, com diversos grupos comunitários, pessoas com risco potencial para o IAM e aquelas em seu entorno, conteúdos sobre o reconhecimento dos sinais eminentes de um evento cardiovascular, bem como, as ações de socorro básico de vida.

Apesar de não ter sido constatado associação significativa entre gênero e julgamento da natureza dos sintomas, maior proporção de mulheres os interpretaram como de origem não cardíaca. O julgamento dos sintomas como de origem cardíaca pode ser mais freqüente para homens em razão da crença de que o IAM é um transtorno pertinente a este gênero, as mulheres podem subestimar seu risco de desenvolver doença cardíaca ou IAM⁽¹⁶⁾.

Destacou-se também, no presente estudo, que as mulheres, independente de terem ou não atribuído os sintomas a problema cardíaco, tiveram maior tempo de decisão que os homens. Corroborando com este achado, estudo realizado em Salvador-BA, com 43 mulheres com IAM, também evidenciou que a maioria não os associou a problema cardíaco e resistiu à procura de atendimento médico até se sentirem dominadas pela dor e impotentes no seu controle. De modo geral, enquanto eram capazes de suportá-la, ainda que associando-a a problema cardio-

vascular, fizeram tentativas para melhorar⁽¹³⁾. Aumentar o conhecimento das mulheres quanto ao risco pode reduzir seu tempo de resposta.

Considerando que 56% não julgaram os sintomas como de origem cardíaca ou não sabiam do que se tratava (Tabela 2) e 87,9 % apontaram como motivo para a demora para a decisão de procurar atendimento “pensar que não era nada sério e iria melhorar” (Tabela 3), é possível supor que o reconhecimento da gravidade potencial do quadro clínico por 64% dos participantes tenha ocorrido no curso do evento, ou seja, quando passaram a interagir com a intolerância e a impossibilidade da melhora dos sintomas com recursos pessoais. É também importante considerar que os participantes que os julgaram como graves tiveram menor tempo de decisão, constatando-se que a percepção de gravidade pode otimizar a procura precoce de um serviço de saúde, ainda que desconheçam a origem dos sintomas. A gravidade, nos relatos dos participantes, pode ter sido relacionada ao sentimento de estarem tomados pelos sintomas, crendo que a vida poderia ser arrebatada^(13,20).

Apesar de não ter ocorrido associação entre gênero e motivo para a demora em decidir procurar atendimento, os homens, em maior proporção, apontaram motivos como acreditar que não era nada sério e iria melhorar e conseguir suportar a dor e, as mulheres, não querer preocupar ninguém, ter medo de afastar-se da família e ficar internada. Apenas eles relataram o medo de afastar-se do trabalho. A possibilidade de afastamento pela doença pode provocar nas mulheres o medo da desorganização familiar e da dependência econômica ou física⁽¹³⁾. Face a tal situação de vulnerabilidade, pode emergir o medo do desamparo da família, deixando os familiares sem o cuidado que elas costumavam dispensar. E, o fato de apenas os homens referirem o medo de afastamento do trabalho parece refletir o discurso da paternidade como encargo social, que legitima o homem com a qualidade de provedor material da família⁽⁹⁾.

Não foi constatado também associação entre gênero e motivos que levaram a decisão para a procura de um serviço de saúde, mas as mulheres relataram, em menor proporção que os homens, a intolerância a dor, o que pode estar relacionado ao ideal de feminilidade, construído a partir de estereótipos que as conformavam como dóceis, frágeis e sensíveis, mas com infinita capacidade para serem pacientes e suportarem as dores provocadas pelos processos de adoecimento e perdas⁽¹³⁾.

Além da vigência de situações limites como a intolerância a dor e a sensação de morte iminente, apontados como motivos para decisão em procurar o serviço de saúde, ainda cerca de um quinto da amostra (19%) foi a um local de atendimento por influência de familiares e/ou outras pessoas. O fato de maior tempo de decisão ter sido constatado para os homens que pediram ajuda ($p=0,050$) remete a reflexão de que as pessoas em seu entorno não devem reforçar comportamentos de virilidade e força nos homens.

Na literatura, a presença de membros da família, ora acarretou maior⁽¹²⁾ retardo ora menor⁽¹⁰⁾ para a decisão pelo atendimento. Portanto, pessoas presentes no contexto ambiental podem influenciar o processo decisório dos indivíduos para busca por atendimento, estimulando ações de procura precoce ou resistência. Nesse sentido, a rede de suporte social de indivíduos com potencial para IAM deve ser incluída nas estratégias de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiras(os). As pessoas no entorno precisam estar mobilizadas a reconhecer os sintomas, valorizar e estimular a busca imediata por atendimento diante nos primeiros minutos após a manifestação clínica do evento cardiovascular.

Apesar de não ter ocorrido associação significativa entre gênero e tipo da ação no início dos sintomas, os comportamentos tanto dos homens quanto das mulheres evidenciaram que agiram de modo a evitar de imediato a procura de atendimento. Tal fato parece expressar a tentativa de manterem as atividades cotidianas, fazendo o possível para não permitir que algo os retirem do dia-a-dia^(13,20).

A resistência à procura imediata de um serviço de saúde identificada para 83 participantes determinou maior tempo de decisão ($p=0,000$). A espera pela melhora dos sintomas e a ingestão de líquidos e/ou medicamentos ocorreram tanto ao início quanto a piora dos mesmos aumentando significativamente o tempo de decisão, demonstrando o desconhecimento do risco causado pelo evento cardiovascular e a dificuldade de admitir que algo extraordinário estava acontecendo. Outros autores também constataram a automedicação e a espera pela melhora dos sintomas determinando maior tempo de decisão⁽¹¹⁾. Assim sendo, a consequência de tentativas para aliviar os sintomas é o aumento no tempo de decisão já que os indivíduos ficam aguardando o resultado da ação.

No que se refere ao gênero, os homens apresentaram maior tempo de decisão ao esperarem pela melhora dos sintomas ($p=0,014$), já as mulheres ao ocultá-los ($p=0,016$). Esses dois comportamentos, que expressam resistência à dor, podem ser explicados por construções sociais de gênero. Compromissos e papéis sociais são fatores que podem superar o impulso de decidir procurar imediatamente atendimento, mesmo em situações de gravidade⁽²¹⁾. Muitas vezes, as mulheres não querem incomodar outras pessoas com seus problemas de saúde e, assim assumem comportamentos de tolerância a dor e demoram a procurar atendimento⁽¹³⁾. Para os homens, observam-se noções de invulnerabilidade e comportamento de risco. Atrelado a isso, encontram-se fortalecidas as dificuldades de verbalizar suas necessidades de saúde, pois fazê-lo pode significar demonstração de fraqueza ou feminilização⁽²²⁾.

Depreende-se com os resultados da presente investigação que a diminuição do tempo de decisão para procura de um serviço de saúde face ao IAM perpassa por esforços e ações planejadas de promoção à saúde da(o)

enfermeira(o) junto à equipe interdisciplinar e da comunidade em geral. Dentre as funções da enfermagem, a prática educativa desponta como principal estratégia de promoção à saúde, na qual o foco deve estar voltado para o cliente e família⁽¹¹⁾. A (o) enfermeira(o) deve ampliar sua práxis para além do simples repasse de informações e considerar os sentidos atribuídos pelo indivíduo às situações que vivencia, despertando nele a potencialidade para ação em prol da preservação da própria vida.

A (o) enfermeira(o) pode atuar no plano simbólico dos indivíduos, com abordagem de gênero, considerando os comportamentos como esperar a melhora dos sintomas, ocultá-los, fazer tentativas para melhorar, não querer preocupar ninguém, entre os demais identificados no estudo, visando desenvolver a percepção de que resistir aos sintomas para evitar o afastamento da vida cotidiana pode significar o risco de perder a vida ou limitá-la permanentemente⁽⁹⁾.

O campo de análise com base na categoria gênero é ainda incipiente, necessita de aprofundamento através de pesquisas que poderão trazer benefícios para a prevenção da morbidade e mortalidade pela doença⁽⁹⁾. Intervenções educacionais em campanhas públicas ou individualizadas que focalizem as diferenças específicas de gênero, identificadas no presente estudo, precisam ser testadas em comunida-

des e pessoas com maior risco para IAM. Futuras pesquisas são necessárias para replicar estes resultados e determinar o efeito de intervenções educativas e aconselhamento para reduzir a demora para busca de serviço de saúde.

Cabe também ser considerado que o presente trabalho deteve-se a verificar a interação entre tempo de decisão e as variáveis cognitivas e emocionais segundo o gênero. Outras variáveis, a exemplo das socioeconômicas e culturais, precisam ser avaliadas em outras pesquisas.

CONCLUSÃO

Observou-se, para homens e mulheres, tempo de decisão elevados para a procura de um serviço de saúde face ao infarto agudo do miocárdio (IAM), bem como que variáveis cognitivas e emocionais influenciaram esse tempo. Notou-se, também, diferenças no comportamento para a busca de atendimento por homens e mulheres, principalmente, para as variáveis de interesse: como esperar pela melhora, pedir ajuda a alguém e ocultar os sintomas. Tal conhecimento oferece subsídios para práticas de cuidar em enfermagem que promovam a ação correta e a valorização da busca precoce de um serviço de emergência por indivíduos que sofrem esse evento cardiovascular.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Equity, social determinants and public health programmes [Internet]. Geneva; 2010 [cited 2011 Jan 20]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de Saúde [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 jan. 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtbr.def>
3. Timerman S, Marques FBR, Pispico A, Ramires JAF. Tratamento pré-hospitalar da síndrome isquêmica aguda com supradesnivelamento do segmento ST: já temos suficiente evidência para implantar rotina? Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2004;14(6):868-83.
4. Goldberg RJ, Yarzebski J, Lessard D, Gore JM. Decade-long trends and factors associated with time to hospital presentation in patients with acute myocardial infarction: the Worcester Heart Attack Study. Arch Intern Med. 2000;160(21):3217-23.
5. Goff DC, Feldman HA, McGovern PG, Goldberg RJ, Simons-Morton DG, Cornell CE, et al. Prehospital delay in patients hospitalized with heart attack symptoms in the United States: the REACT trial. Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) Study Group. Am Heart J. 1999;138(6 Pt 1):1046-57.
6. Meischke H, Larsen MP, Eisenberg MS. Gender differences in reported symptoms for acute myocardial infarction: impact on prehospital delay time interval. Am J Emerg Med. 1998;16(4):363-6.
7. Sheifer SE, Rathore SS, Gersh BJ, Weinfurt KP, Oetgen WJ, Breall JA, et al. Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly: associations with race, sex, and socioeconomic characteristics. Circulation. 2000;102(14):1651-6.
8. Moser DK, Mckinley S, Dracup K, Chung ML. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. Patient Educ Couns. 2005;56(1):45-54.
9. Mussi FC, Pereira A. Pain tolerance during myocardium infarction. Acta Paul Enferm. 2010;23(1):80-7.
10. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. Eur J Cardiovasc Nurs. 2009;8(1):26-33.
11. Franco B, Rabelo ER, Goldemeyer S, Souza EN. Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. Rev Latino Am Enferm. 2008;16(3):414-8.
12. Waller CG. Understanding prehospital delay behavior in acute myocardial infarction in women. Crit Path Cardiol. 2006;5(4):228-34.
13. Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. Experiences of women in face of pain from acute myocardial infarction. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(2):170-8.

14. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 1999;9(4):509-18.
15. Kish L. *Survey sampling*. New York: Witley; 1965.
16. Conti RASC, Solimene MC, Luz PL, Benjó AM, Lemos PAN, Ramires JAR. Comparison between young males and females with acute myocardial infarction. *Arq Bras Cardiol*. 2002;79(5):510-7.
17. Kaiser SE. Aspects epidemiologics in diseases coronary and brainvascular. *Rev SOCERJ*. 2004;17(1):11-8.
18. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(6 Supl 2):e179-264.
19. Santos FLMM, Araújo TL. Having an infarction: the meanings of the disease from the patient's perspective. *Rev Latino Am Enferm*. 2003;11(6):742-8.
20. Mussi FC, Koizumi MS, Angelo M, Lima MS. Undergoing loss of spontaneous action: the discomfort experienced by men having suffered acute myocardial infarction. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(2):115-24.
21. Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ, Alonzo A, Croft JB, Dracup K, et al. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council. *Circulation*. 2006;114(2):168-82.
22. Figueiredo W. Assistance to the men health: a challenge for the services of primary attention. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9.

Apoio financeiro da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e do PIBIC-CNPq-Universidade Federal da Bahia (UFBA)