

REVISÃO

SISTEMAS DE CUIDADOS À SAÚDE DE PESSOAS COM INFARTO DO MIOCÁRDIO: REVISÃO DA LITERATURA

Vanêssa Piccinin Paz¹, Maria de Fátima Mantovani², Nen Nalú Alves das Mercês³, Ângela Taís Mattei da Silva⁴, Pollyanna Bahls de Souza⁵

RESUMO

Objetivo: identificar na literatura de enfermagem os sistemas de cuidados à saúde utilizados pelas pessoas com infarto do miocárdio.

Método: revisão integrativa, realizada em cinco bases de dados, nacionais e internacionais, no período de 2007 a 2017. Identificou-se 398 estudos e 13 foram analisados segundo a categorização dos sistemas de cuidados à saúde (formal e informal).

Resultados: verificou-se que o cuidado à saúde sofre influência de valores, crenças e normas sociais, as quais são construídas ao longo da vida e direcionam a busca pelos diferentes sistemas de atendimento durante o episódio agudo do infarto, destacando-se o sistema informal, estruturado por meio da comunidade e da família.

Conclusão: a compreensão por parte dos profissionais de enfermagem em relação aos sistemas de cuidados à saúde auxilia na elaboração de ações de educação em saúde e no gerenciamento do cuidado as pessoas acometidas pelo infarto do miocárdio.

DESCRIPTORIOS: Infarto do Miocárdio; Sistemas de Saúde; Revisão; Doença Crônica; Saúde do Adulto.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Paz VP, Mantovani M de F, Mercês NNA das, Silva ATM da, Souza PB de. Sistemas de cuidados à saúde de pessoas com infarto do miocárdio: revisão da literatura. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61753>.





Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. 

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. 

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira Fiscal do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Londrina, PR, Brasil. 

⁵Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava, PR, Brasil. 

HEALTH CARE SYSTEMS FOR THE TREATMENT OF INDIVIDUALS WITH MYOCARDIAL INFARCTION: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Objective: To identify in the nursing literature the health care systems used by individuals going through myocardial infarction.

Method: Integrative review conducted in five national and international databases from 2007 to 2017. In the review, 398 studies were identified and 13 were analyzed according to the classification of the health care systems into formal and informal.

Results: Health care was impacted by values, beliefs and social norms constructed throughout the lives of the individuals, and which guide the search for different health care systems during the acute episode of infarction, with emphasis to the informal system structured by the individuals' families and community.

Conclusion: The understanding of health care systems by nursing professionals facilitates the elaboration of educational health actions and the management of care to patients going through myocardial infarction.

DESCRIPTORS: Myocardial Infarction; Health Systems; Review; Chronic disease; Adult Health.

SISTEMAS DE CUIDADOS DE SALUD EN PERSONAS CON INFARTO DE MIOCARDIO: REVISIÓN DE LA LITERATURA

RESUMEN

Objetivo: Identificar en la literatura de enfermería los sistemas de cuidados de salud utilizados por las personas con infarto de miocardio

Método: Revisión integrativa realizada en cinco bases de datos, nacionales e internacionales, en el período de 2007 a 2017. Se identificaron 398 estudios. Trece fueron analizados según la categorización de los sistemas de cuidados de salud (formal e informal).

Resultados: Se verificó que el cuidado de salud resulta influido por valores, creencias y normas sociales, construidas a lo largo de la vida, que orientan la búsqueda de los diferentes sistemas de atención durante el episodio agudo del infarto, destacándose el sistema informal, estructurado a través de la comunidad y la familia.

Conclusión: La comprensión de los profesionales de enfermería respecto de los sistemas de cuidados de salud ayuda a elaborar acciones de educación en salud y en la gestión del cuidado a las personas que padecieron infarto de miocardio.

DESCRIPTORES: Infarto del Miocardio; Sistemas de Salud; Revisión; Enfermedad Crónica; Salud del Adulto.

INTRODUÇÃO

O século XX foi marcado pela industrialização e urbanização da sociedade, o que inclui o avanço das tecnologias no setor industrial, na medicina e na comunicação, gerando importantes transformações na economia e na cultura mundial⁽¹⁾. Essas mudanças trouxeram maior renda, mecanização e industrialização, acesso a alimentos, urbanização e globalização de hábitos não saudáveis, resultando numa transição nutricional rápida que expôs a população a maior risco de doenças⁽²⁾.

Com a mudança do padrão de adoecimento e com a preocupação na capacitação dos profissionais de saúde, foi criado, em 1924, a *American Heart Association*, que procurava o melhor tratamento, prevenção e cura das doenças cardiovasculares por meio da pesquisa científica⁽³⁾. Ao longo da história, a *American Heart Association* realizou discussões mundiais, campanhas públicas, divulgação de informações aos profissionais da saúde, além de desenvolvimento de pesquisas relacionadas à dieta, ao tabaco e à atividade física como fatores contribuintes das doenças cardiovasculares. Essa associação também publicou recomendações aos profissionais de saúde com a intenção de diagnosticar e tratar de forma precoce e reduzir de maneira significativa a mortalidade por infarto do miocárdio, e estabeleceu novos conjuntos de diretrizes para os profissionais de saúde, com o intuito de auxiliar os provedores dos serviços de saúde a tratarem os pacientes com padrões e procedimentos comprovados, utilizando medidas de melhoria da qualidade⁽³⁾.

No entanto, apesar da capacitação dos profissionais de saúde, ainda havia necessidade de mudança do padrão comportamental ou condutas de risco por parte da população. Assim, no início da década de 1970, em vários países, foram desenvolvidos programas com base comunitária, focados na prevenção de enfermidades e na educação em saúde⁽⁴⁾.

Atualmente, mesmo com todas as ações realizadas visando a prevenção e a diminuição dos fatores de risco, bem como o estabelecimento de metas para a redução das doenças crônicas não transmissíveis ocorridas no mundo, o impacto na saúde e no conhecimento das pessoas ainda é desigual e insuficiente, conforme apresentado pela Organização Mundial da Saúde, no relatório *Progresso (Progress Monitor)*⁽⁵⁾.

Essa desigualdade frente ao conhecimento sobre o adoecimento e morte já foi estudada pelo médico e antropólogo norte-americano Arthur Kleinman, quando ele verificou que fatores biopsicossociais poderiam interferir na adesão ao tratamento. Na década de 1980, foi proposto o conceito de "sistemas de cuidados à saúde"⁽⁶⁾. Este se divide em três categorias ou subsistemas: o profissional, composto pelas profissões da cura organizada; o popular, que compreende o conhecimento leigo incluindo o sujeito, a família, a rede social e os membros da comunidade; e o folclórico (*folk*), no qual a cura é caracterizada pelo "sagrado" e "secular". Os sistemas estão interconectados em todas as culturas, na doença, nas respostas a ela, nas experiências individuais, no tratamento e nas instituições sociais⁽⁶⁾. Utilizou-se o termo "sistema informal" para designar os subsistemas folclórico e popular e "sistema formal" para o subsistema profissional.

Considerando que, nas últimas décadas, houve mudanças no estilo de vida das pessoas acometidas pelo infarto do miocárdio, com adoção de medidas promotoras de saúde e preventivas das doenças⁽⁷⁾, que as equipes de saúde e os meios de comunicação em massa reforçam a busca pelo sistema formal de cuidados⁽⁸⁾, e que há demora na busca pelo tratamento do episódio agudo, o objetivo desta pesquisa foi identificar na literatura de enfermagem os sistemas de cuidados à saúde utilizados pelas pessoas com infarto do miocárdio.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que seguiu as recomendações do

The Preferred Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies (PRISMA)⁽⁹⁾. Esse tipo de pesquisa permite a sumarização de diferentes estudos com vistas a preencher as lacunas do conhecimento sobre determinado assunto.

Para a realização desta pesquisa, seguiram-se as seguintes etapas: 1) identificação do problema; 2) pesquisa em bases de dados; 3) avaliação das informações obtidas; 4) análise dos dados e 5) apresentação e interpretação da revisão⁽¹⁰⁾.

Na primeira etapa, formulou-se a questão de pesquisa, baseada no acrônimo PCC (população, conceito e contexto): "Quais os sistemas de cuidados à saúde são utilizados pelas pessoas com infarto do miocárdio?".

Na segunda etapa, em fevereiro de 2018, realizou-se a busca dos estudos primários nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre 2007 e 2017, nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de dados em enfermagem (BDENF), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE-Bireme).

A estratégia de busca foi o cruzamento dos descritores combinados entre si, sendo eles: enfermagem, infarto do miocárdio, dor precordial, doença crônica; e seus respectivos termos em inglês e espanhol. Identificaram-se 398 estudos nas quatro bases de dados pesquisadas.

O recorte temporal de 2007 a 2017 foi escolhido devido ao fato de que, a partir de 2006, o Brasil ampliou sua atuação em relação às doenças crônicas não transmissíveis e aprovou políticas de promoção de saúde, que incluíam ações de educação em saúde, monitoramento dos fatores de risco, assim como cuidados de saúde centrados em uma dieta saudável, atividade física, redução do tabagismo e do uso nocivo do álcool⁽¹¹⁾. No ano de 2007, foi criada a política nacional de álcool, que inclui ações educativas, regulamentos de publicidade e venda. Além dessas políticas, no ano de 2009, o Ministério da Saúde aumentou em aproximadamente 56 milhões de reais os investimentos para os estados e municípios, um acréscimo de 51 milhões se comparado ao ano de 2005⁽²⁾.

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos publicados na íntegra, com amostra composta por adultos que sofreram infarto do miocárdio. Foram excluídos os editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, publicações duplicadas, dossiês, documentos oficiais, teses, dissertações, livros e artigos que não abordassem, em seu conteúdo, o sistema de cuidado utilizado pelos indivíduos.

Na terceira etapa, foi realizada a leitura dos títulos e resumos, para verificar a adequação desses em relação a temática, além de excluir os artigos duplicados. Após essa etapa, permaneceram 17 artigos, os quais foram lidos na íntegra e, destes, excluíram-se quatro estudos que não abordavam os sistemas de cuidados utilizados (Figura 1).

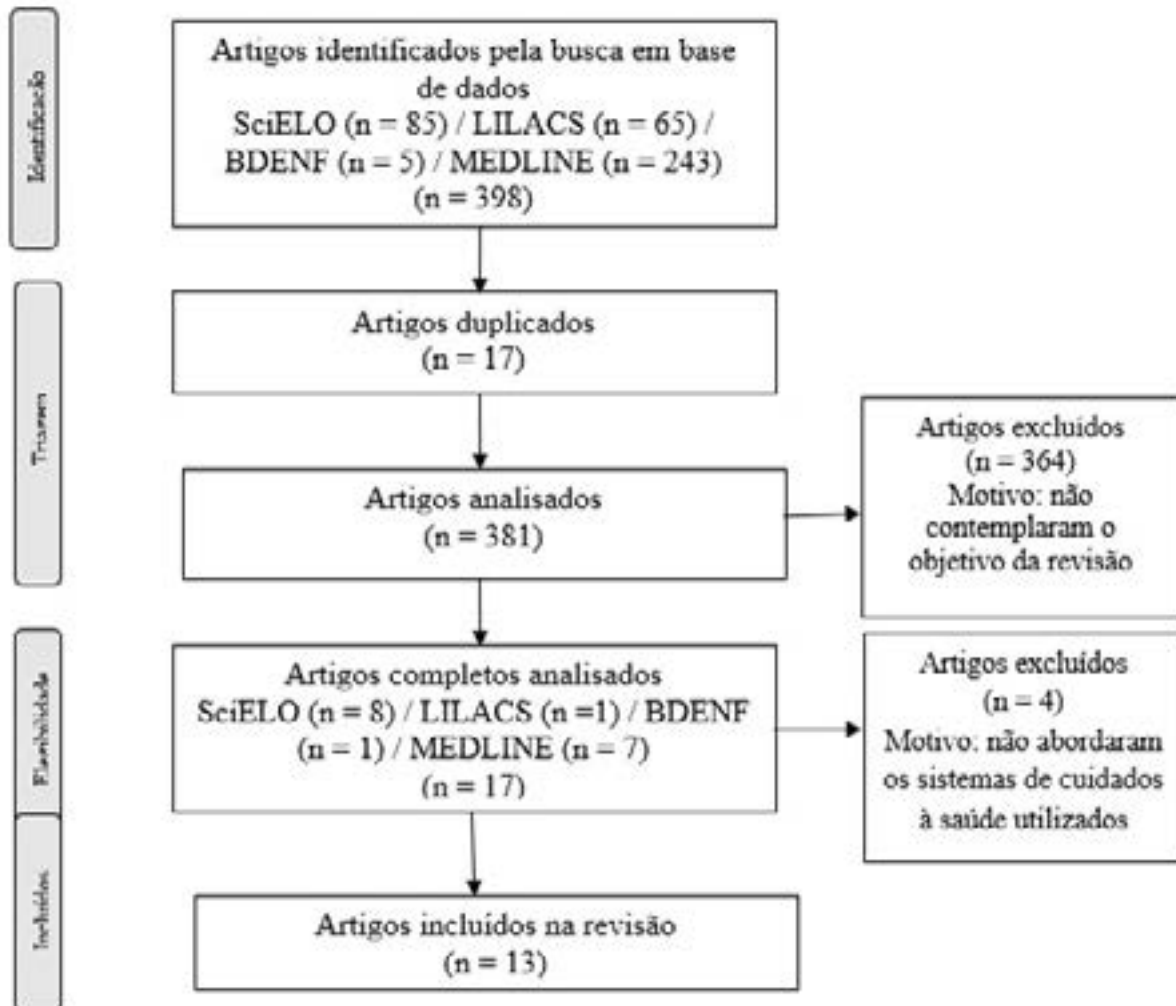


Figura 1 - Processo de identificação, triagem e inclusão das produções científicas disponíveis nas bases de dados investigadas. Curitiba, PR, Brasil, 2018

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento desenvolvido pelas autoras com os seguintes itens: título, objetivo, local de desenvolvimento do estudo, tipo de método, número de participantes e sistema de cuidado à saúde utilizado.

Na quarta etapa, os resultados foram analisados e agrupados em categorias de acordo com os subsistemas de cuidados à saúde, sendo eles: formal (cuidado profissional) e informal (popular, folclórico), propostos por Arthur Kleinman⁽⁶⁾. Os resultados foram apresentados de forma descritiva e por meio de um quadro para a caracterização dos artigos.

RESULTADOS

Dos 13 artigos selecionados para compor a revisão, sete (53,8%) foram desenvolvidos no Brasil; os demais (n=8, 61,5%) foram realizados, um (7,7%) em cada país a seguir: Jordânia, Turquia, Suécia, Inglaterra, Estados Unidos e China. Dos estudos brasileiros, cinco (71,4%) foram publicados na Bahia, um (14,3%) no Mato Grosso do Sul e um (14,3%) no Rio Grande do Sul. Em 2017, foram publicados quatro artigos (30,8%); e três (23,1%) em 2014. Nos anos de 2007, 2008, 2009, 2012, 2015 e 2016, foi publicado um estudo por ano.

Os sete estudos quantitativos (53,8%) apresentaram abordagem exploratória

transversal. Aqueles com método qualitativo (n=5, 38,5%) utilizaram grupo focal, fenomenologia, teoria fundamentada nos dados, história de vida focal e narrativa. Um artigo (7,7%) apresentou método misto.

Os estudos totalizaram 1.591 participantes que tiveram infarto do miocárdio. Na análise, foi possível constatar que o setor formal de cuidados à saúde ainda é procurado como segunda opção pelas pessoas. Já o setor informal, caracterizado pelo conhecimento leigo compreendendo a automedicação e o autotratamento, bem como a família, é o principal agente de cuidado⁽¹²⁾, conforme constatado em 12 dos 13 artigos analisados. A busca pelo setor formal como primeira escolha foi constatada em um artigo⁽¹³⁾ (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização dos artigos incluídos na pesquisa, classificados conforme os sistemas de cuidados à Saúde. Curitiba, PR, Brasil, 2018

Título do artigo	Sistemas de cuidados à saúde
A1) <i>Another Chance at Life: Jordanian Patients' Experience of Going Through a Myocardial Infarction</i> ⁽¹⁴⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A2) <i>Interpretation of symptoms as a cause of delays in patients with acute myocardial infarction, Istanbul, Turkey</i> ⁽¹⁵⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A3) <i>Predictors of pre-hospital delay in Hong Kong Chinese patients with acute myocardial infarction</i> ⁽¹⁶⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A4) <i>Delays in Treatment-Seeking Decisions Among Women With Myocardial Infarction</i> ⁽¹⁷⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A5) Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto do miocárdio ⁽¹⁸⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A6) <i>Women's help-seeking behavior during a first acute myocardial infarction</i> ⁽⁸⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A7) Acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais-referência em cardiologia ⁽¹³⁾	Primeira ação: sistema formal
A8) <i>Pre-hospital delay in acute myocardial infarction judgment of symptoms and resistance to pain</i> ⁽¹⁹⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A9) Fatores ambientais associados ao tempo de decisão para procura de atendimento no infarto do miocárdio ⁽²⁰⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A10) Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no Infarto do Miocárdio: diferenças entre gêneros ⁽²¹⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A11) A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto ⁽²²⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A12) Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde ⁽²³⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal
A13) <i>Women's interpretation of cardiac symptoms at the time of their cardiac event: the effect of co-occurring illness</i> ⁽²⁴⁾	Primeira ação: sistema informal Segunda ação: sistema formal

DISCUSSÃO

Embora tenham ocorrido modificações e investimentos nos treinamentos para o atendimento ao infarto do miocárdio, na tentativa de alcançar o tempo recomendado para

o tratamento, não houve mudanças nos padrões de busca aos cuidados de saúde ao longo do tempo, pois se constatou que o setor informal ainda é escolhido como prioritário pelas pessoas acometidas por infarto do miocárdio^(8,14-24).

As escolhas feitas pelas pessoas na busca pela cura da doença são permeadas por valores, crenças e normas sociais que direcionam a tomada de decisão entre os sistemas de cuidados à saúde, formal ou informal⁽⁶⁾.

O sistema informal foi representado pelo subsistema “popular” em oito artigos^(8,15,19-24). Esse sistema é alicerçado na representação cultural de várias gerações familiares e compartilhado nos grupos sociais em que convivem (sociedade), a utilização de ervas medicinais como infusões aromáticas e chás são práticas milenares utilizadas no tratamento das doenças⁽²⁵⁾.

A família e a rede de apoio formada pela comunidade, líderes religiosos e amigos, auxiliam na tomada de decisão e busca pelo cuidado à saúde⁽⁶⁾. Alguns artigos incluídos nesta revisão mostraram que a rede de apoio social e familiar pode influenciar de forma positiva^(14-15,17,20-23) ou negativa⁽¹⁹⁾ na busca pelo atendimento à saúde, tratamento e recuperação da pessoa acometida pelo infarto do miocárdio.

Os familiares e amigos podem representar papel fundamental na otimização da chegada dos participantes ao atendimento nos serviços de saúde, por meio do reconhecimento precoce da gravidade da situação, quando solicitados para ajudar em relação ao transporte^(14-15,17,20-23).

Por outro lado, quando a rede de apoio não valoriza as informações repassadas ou minimiza a importância da sintomatologia da pessoa acometida pelo infarto do miocárdio, pode contribuir para o agravamento do quadro clínico e gerar complicações na terapêutica devido ao atraso na identificação dos sintomas e no encaminhamento ao setor formal de saúde⁽¹⁹⁾.

Em dois artigos, o sistema informal foi representado pelo subsistema folclórico, por meio da religião⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Os rituais religiosos foram considerados uma forma de aproximação com Deus, os quais possibilitam as pessoas compreenderem a possibilidade de morte diante do episódio de infarto do miocárdio. A fé foi relatada como forma de alívio da dor, auxílio na recuperação após o infarto e na redução da ansiedade, além de proporcionar segurança, sendo recurso importante para o enfrentamento da doença.

Quando o sistema informal de saúde deixou de responder às necessidades dos participantes e persistiram os sinais e sintomas, bem como a agudização do quadro clínico, caracterizado principalmente pelo aumento da dor, ocorreu a migração destes para o setor formal de saúde^(8,13-24).

A escolha secundária dos participantes pelo sistema formal de cuidados à saúde, composto pelo subsistema profissional, demonstra que a população ainda carece de conhecimentos para reconhecer os sinais e sintomas do infarto do miocárdio, e isso faz com que ela retarde a busca pelos serviços de saúde.

E, quando houve a busca pelo sistema formal de saúde, os participantes encontraram barreiras como superlotação, sucateamento da estrutura física, atendimento precário e ineficaz, falta de reconhecimento precoce do infarto do miocárdio pelos profissionais, dificuldades de acolhimento e negação de atendimento^(8,14-24).

Outros fatores que interferem na busca pelo sistema formal como primeira opção de cuidado é a negação do evento cardíaco e sua gravidade, tais atitudes decorrem do medo de perder a sua independência, não gerar preocupação em seus familiares e pela priorização das obrigações profissionais e pessoais. Além disso, alguns estudos relataram a dificuldade dos participantes entenderem que os sinais e sintomas correspondiam a um infarto do miocárdio, pois as pessoas os atribuíam, por exemplo, as sensações de desconforto ou indigestão, sentimentos de raiva, fatores relacionados ao estresse, cansaço

ou execução de um trabalho físico árduo^(8,14-18,20-24).

A negação da gravidade da doença está relacionada à forma com que a pessoa percebe ou compreende os sinais e sintomas corporais e os conhecimentos prévios dela em relação à sintomatologia⁽²⁶⁾, fato que interfere na busca imediata pelo sistema de saúde e conseqüentemente agrava a situação clínica relacionada ao infarto do miocárdio.

Ao comparar o tempo para a busca de atendimento entre homens e mulheres no sistema formal de saúde, observou-se que as mulheres demoraram mais para deslocar-se à assistência profissional^(8,17-22,24). Esse achado está relacionado ao fato de as mulheres não quererem preocupar a família, ao medo de se ausentarem em uma possível internação e deixarem os familiares à mercê das atividades e afazeres domésticos, os quais acreditam ser de sua responsabilidade^(17,21). Em pesquisa realizada na Suécia, verificou-se que as mulheres subestimam o risco da doença cardíaca e, por possuírem uma visão estereotipada do infarto do miocárdio, o relacionam à figura masculina. Isso pode estar relacionado à apresentação de imagens, nas mídias sociais, utilizando a figura masculina para conscientização e orientação da população sobre as doenças cardiovasculares⁽⁸⁾.

Em relação ao acesso das pessoas ao sistema formal de saúde como primeira escolha, denota-se que somente foi observado em um artigo, no qual a abordagem não teve como foco os outros sistemas de cuidados à saúde; na verdade, limitou-se exclusivamente ao atendimento realizado nos serviços de saúde⁽¹³⁾.

Porém, considera-se que a prática clínica, quando aborda as experiências vivenciadas e construídas por meio das suas representações sociais ou dentro do seu contexto cultural, pode melhorar a qualidade da assistência, assim como a prestação do cuidado realizado⁽²⁷⁾.

A limitação desta pesquisa refere-se à utilização de categorias pré-estabelecidas para a análise, conforme os sistemas de cuidado à saúde, fato que pode ter influenciado nos resultados obtidos.

CONCLUSÃO

Verificou-se que, embora tenham ocorrido mudanças ao longo do tempo sobre as recomendações para o atendimento do infarto do miocárdio, bem como investimentos para a capacitação e treinamento dos profissionais de saúde para esse fim, a busca pelo cuidado à saúde por parte da população ainda é realizada de forma imediata no sistema informal e posteriormente nas instituições de saúde (sistema formal).

Assim, é importante que os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na atenção primária, realizem a escuta ativa e possam compreender os aspectos subjetivos da busca por atendimento de seus pacientes.

O resultado desta pesquisa pode auxiliar os profissionais de saúde na compreensão dos sistemas de cuidado utilizados pelas pessoas acometidas pelo infarto do miocárdio e dessa forma fornecer subsídios para a elaboração de ações de educação em saúde, para o gerenciamento do cuidado e o atendimento oportuno, minimizando o agravamento do quadro clínico.

REFERÊNCIAS

1. Almeida PR de. Transformações da ordem econômica mundial do final do século 19 à Segunda Guerra Mundial. Rev. bras. polít. int. [Internet]. 2015 [acesso em 02 abr 2018]; 58(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7329201500107>.

2. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA e, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em 02 out 2018]; 377(9781). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9).
3. American Heart Association (AHA). History of the American Heart Association. [Internet]. Dallas (Texas); 2018. [acesso em 29 ago 2018]. Disponível em: <https://www.heart.org/en/about-us/history-of-the-american-heart-association>.
4. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Cienc. saude colet.* [Internet]. 2012 [acesso em 10 jun 2017]; 17(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100002>.
5. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases progress monitor. Geneva: WHO; 2017.
6. Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. California: Regents; 1980.
7. Marques MCM, Mendes, FRP, Serra ICC. Estilo de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares. *Rev. Gaúch. Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 04 jan 2018]; 38(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62593>.
8. Gyberg A, Björck L, Nielsen S, Määttä S, Falk K. Women's help-seeking behavior during, a first acute myocardial infarction. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2016 [acesso em 10 ago 2018]; 30(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12286>.
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA group preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 [acesso em 04 set 2017]; 6(7). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
10. Whitemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* [Internet]. 2005 [acesso em 04 jun 2017]; 52(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
11. Freire AKS, Alves NCC, Santiago EJP, Tavares AS, Teixeira DS, Carvalho IA, et al. Panorama no Brasil das doenças cardiovasculares dos últimos quatorze anos na perspectiva da promoção à saúde. *Rev Saúde Desenv* [Internet]. 2017 [acesso em 24 jun 2018]; 11(9). Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/776.pdf>.
12. Lopes CV. O cuidado no sistema informal de saúde: um enfoque cultural no urbano e rural em Pelotas/RS [tese]. Pelotas (RS): Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas; 2016.
13. Mendes AS, Reis VRSS, Menezes TMO, Santos CAST, Mussi FC. Acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2014 [acesso em 06 nov 2017]; 27(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400083>.
14. Ammouri AA, Kamanyire JK, Abu-Raddaha AH, Achora S, Obeidat AA. Another chance at life: Jordanian patients' experience of going through a myocardial infarction. *Rev Theory Nurs Pract.* [Internet]. 2017 [acesso em 12 out 2018]; 31(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.31.4.334>.
15. Koc S, Durna Z, Akin S. Interpretation of symptoms as a cause of delays in patients with acute myocardial infarction, Istanbul, Turkey. *East Mediterr Health J.* [Internet]. 2017 [acesso em 04 out 2018]; 23(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26719/2017.23.4.287>.
16. Li PW, Yu DS. Predictors of pre-hospital delay in Hong Kong Chinese patients with acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs.* [Internet]. 2017 [acesso em 12 nov 2018]; 17(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515117718914>.
17. Arslanian-Engoren C, Scott LD. Delays in treatment-seeking decisions among women with myocardial infarction. *Dimens Crit Care Nurs.* [Internet]. 2017 [acesso em 12 out 2018]; 36(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.000000000000260>.
18. Mendes AS, Reis VRSS, Santos CAST, Mussi FC. Tempos de acesso a serviços de saúde face ao infarto

- do miocárdio. Acta Paul. Enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 15 out 2018]; 29(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600061>.
19. Mussi FC, Mendes AS, Queiroz TL de, Costa AL, Pereira A, Caramelli B. Pre-hospital delay in acute myocardial infarction judgment of symptoms and resistance to pain. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2014 [acesso em 10 out 2017]; 60(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.014>.
20. Mussi FC, Mendes AS, Damasceno CA, Gibaut MAM, Guimarães AC, Teles CAS. Fatores ambientais associados ao tempo de decisão para procura de atendimento no infarto do miocárdio. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2014 [acesso em 20 nov 2017]; 67(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670508>.
21. Damasceno CA, Queiroz TL de, Santos CAST, Mussi FC. Fatores associados à decisão para procura de serviço de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2012 [acesso em 25 set 2017]; 46(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600012>.
22. Nabão FRZ, Maruyama SAT. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [acesso em 04 jul 2018]; 11(1). Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a13.htm>.
23. Franco B, Rabelo ER, Goldemeyer S, Souza EM de. Pacientes com infarto agudo do miocárdio e os fatores que interferem na procura por serviço de emergência: implicações para a educação em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 [acesso em 12 nov 2017]; 16(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300013>.
24. Ruston A, Clayton J. Women's interpretation of cardiac symptoms at the time of their cardiac event: the effect of co-occurring illness. Eur J Cardiovasc Nurs. [Internet]. 2007 [acesso em 25 ago 2017]; 6(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.04.002>.
25. Veliz-Rojas L, Saavedra AB. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermaría en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. Enferm. Actual Costa Rica [Internet]. 2017 [acesso em 5 out 2018]; 32(1). Disponível em: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i32.26989>.
26. Brustolin A, Ferretti F. Itinerário terapêutico de idosos sobreviventes ao câncer. Acta Paul. Enferm. [Internet]. 2017 [acesso em 14 mar 2018]; 30(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700008>.
27. Kleinman A. From illness as culture to caregiving as moral experience. N Engl J Med [Internet]. 2013 [acesso em 19 nov 2017]; 368(15). Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1300678>.

Recebido: 24/09/2018

Finalizado: 13/05/2019

Autor Correspondente:

Vanêssa Piccinin Paz

Universidade Federal do Paraná

Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - 80210-170 – Curitiba, PR, Brasil

E-mail: vanessa.piccinin7@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - VPP, ATMS, PBS

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - VPP, ATMS, PBS

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - VPP, MFM, NNAM

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - VPP, MFM NNAM