RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

ARTIGO ORIGINAL

# Análise do conhecimento sobre infarto agudo do miocárdio em indivíduos atendidos no ambulatório de uma faculdade de medicina de Belo Horizonte

*Analysis of knowledge about acute myocardial infarction in individuals treated at the outpatient clinic of a medical school in Belo Horizonte*

Lediany Schunck Ferrarini[1], Pedro Lucas Alvarez Rodrigues[1], Denner Paganotto Gobbo Pires[1], Adriana Marques Alcici Moreira[1]

## RESUMO

**Introdução:** Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das principais causas de morte no Brasil. O reconhecimento de seus sinais e sintomas é essencial para um atendimento rápido e eficaz. Nesse contexto, avaliar o conhecimento da população sobre IAM é crucial para identificar e suprir lacunas de informação. **Objetivo:** Avaliar o nível de conhecimento sobre IAM entre pessoas atendidas em um ambulatório de uma faculdade de medicina em Belo Horizonte. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal envolvendo 150 voluntários na sala de espera de um ambulatório. O conhecimento sobre IAM foi avaliado por meio de um questionário sobre sinais e sintomas. O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes. **Resultados:** O estudo incluiu 150 participantes, sendo 103 (68,7%) mulheres e 47 (31,3%) homens. Apenas cinco indivíduos (3,3%) identificaram corretamente todas as possíveis localizações da dor anginosa. Em relação aos locais de irradiação da dor, nenhum participante identificou todas as opções, e 18 (12%) identificaram corretamente metade ou mais das opções. Em relação aos sintomas associados, 36 (24%) obtiveram 100% de acerto, enquanto 30 (20%) não obtiveram respostas corretas. Além disso, 67 (44,7%) afirmaram não saber quais medidas poderiam prevenir o IAM e 68 (48%) não obtiveram respostas corretas. **Conclusões:** Observou-se uma lacuna no conhecimento sobre IAM entre os participantes. A baixa taxa de identificação correta de sinais e sintomas enfatiza a necessidade de programas educacionais para melhorar a compreensão dessa condição.

Palavras-chave: Infarto do miocárdio; Educação em saúde; Prevenção de doenças; Disseminação de informações.

[1] Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

**Editor Associado Responsável:**
Mário Benedito Costa Magalhães
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí.
Pouso Alegre/MG, Brasil.

**Autor Correspondente:**
Denner Paganotto Gobbo Pires
E-mail: falecomdenner@gmail.com

**Fontes apoiadoras:**
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

**Conflito de Interesse:**
Não há.

**Comitê de Ética:**
Número do Parecer - 72830823.8.0000.5134.

Recebido em: 21 Janeiro 2025
Aprovado em: 17 Agosto 2025
Data de Publicação: 9 Janeiro 2026.

DOI: 10.5935/2238-3182.2025e35121

## ABSTRACT

**Introduction:** Acute myocardial infarction (AMI) is one of the leading causes of death in Brazil. Recognizing its signs and symptoms is essential for prompt and effective care. In this context, evaluating the population's knowledge about AMI is crucial to identify and address information gaps. **Objective:** To assess the level of knowledge about AMI among people attending an outpatient clinic at a medical school in Belo Horizonte. **Methods:** This was a cross-sectional, observational study involving 150 volunteers in the waiting area of an outpatient clinic. Knowledge about AMI was evaluated through a questionnaire on signs and symptoms. The significance level was set at 5% for all tests. **Results:** The study included 150 participants, with 103 (68.7%) men and 47 (31.3%) women. Only five individuals (3.3%) correctly identified all possible locations of anginal pain. Regarding pain radiating sites, no participant identified all options, and 18 (12%) correctly identified half or more of the options. Concerning associated symptoms, 36 (24%) achieved 100% accuracy, while 30 (20%) had no correct answers. Additionally, 67 (44.7%) said they did not know what measures could prevent AMI, and 68 (48%) scored no correct answers. **Conclusions:** A gap in knowledge about AMI was observed among the participants. The low rate of correct identification of signs and symptoms emphasizes the need for educational programs to improve understanding of this condition.

Keywords: Myocardial infarction; Health education; Disease prevention; Information dissemination.

## Introdução

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, inclusive no Brasil[1,2]. A maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras horas após o início do quadro. Estima-se que 40% a 65% dos casos fatais ocorram na primeira hora e 80% nas primeiras 24 horas[3].

O diagnóstico precoce e a terapia de reperfusão são cruciais no infarto do miocárdio. A eficácia do tratamento e o aumento da sobrevida estão altamente correlacionados com tempos de recuperação mais curtos desde a apresentação ao serviço de saúde. No entanto, no Brasil, os pacientes procuram os serviços de emergência, em média, entre 3 e 4 horas após o início dos sinais e sintomas[4-6].

De acordo com a *American Heart Association,* a cadeia de sobrevivência do IAM é uma estratégia fundamental para o tratamento de emergência de pacientes com doença cardiovascular (DCV), consistindo em quatro etapas principais: reconhecimento precoce e ativação do sistema de resposta médica de emergência; ressuscitação cardiopulmonar precoce; desfibrilação precoce e suporte avançado de vida; e cuidados pós-parada cardíaca. No entanto, a eficácia da cadeia de sobrevivência depende do conhecimento e treinamento adequado de toda a cadeia de cuidados, desde a população em geral até os profissionais de saúde envolvidos no manejo do paciente[5]. O conhecimento dos sintomas do IAM é crucial para garantir atenção médica precoce, destacando a importância de reconhecer sintomas além da dor no peito. Os sintomas clássicos da angina incluem dor ou desconforto em áreas como tórax, epigástrio, mandíbula, ombros, costas ou membros superiores. Ela é tipicamente desencadeada ou agravada por atividade física ou estresse emocional e é aliviada pelo repouso e/ou uso de nitroglicerina e seus derivados. Outros sintomas atípicos podem incluir mal-estar, fraqueza, dor nas costas, dor abdominal, suor, palidez, perda temporária de consciência, sensação de morte iminente, náuseas e vômitos[7-9].

Considerando que a cadeia inicial de cuidado para DCV depende da identificação precoce, é essencial avaliar o conhecimento da população sobre o IAM para identificar e preencher lacunas de informação. Este estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento sobre os sinais e sintomas de IAM em adultos atendidos no ambulatório de uma universidade privada de Belo Horizonte, que atende ao sistema público de saúde. O objetivo é fornecer dados que

subsidiem a criação de projetos de extensão que visem educar a comunidade em geral para o reconhecimento dos sinais de IAM, com foco específico nas principais questões levantadas durante os questionários.

## Métodos

### Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, observacional, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (CEPCM-MG), CAAE: 72830823.8.0000.5134, aprovado em 21 de agosto de 2023. A coleta de dados foi realizada na sala de espera do ambulatório de uma instituição de ensino privada, prestadora de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), localizada em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, no período de novembro de 2023 a janeiro de 2024.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário desenvolvido pelos pesquisadores, que incluiu questões dicotômicas, abertas e de múltipla escolha sobre os dados socioeconômicos e histórico médico dos participantes, bem como diversos sinais e sintomas de IAM. Para garantir clareza e relevância do conteúdo, o questionário foi desenvolvido seguindo etapas metodológicas que incluíram revisão de literatura especializada em síndrome coronariana aguda e análise de instrumentos semelhantes já utilizados em estudos anteriores com o mesmo objetivo da nossa pesquisa. No entanto, considerando que a população-alvo do nosso estudo vivencia realidades distintas daquelas previamente avaliadas, buscamos adaptar o conteúdo e a abordagem das questões para melhor refletir esse contexto específico. A validade de face e de conteúdo foi avaliada por consultores especialistas, que analisaram a relevância, clareza e adequação das questões propostas. As sugestões recebidas foram incorporadas à versão final do questionário, garantindo que os itens fossem compreensíveis e adequados aos objetivos do estudo e às particularidades da população estudada.

Antes do início da coleta de dados, os participantes foram informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitados a assiná-lo, conforme resolução 466/2012.

### Participantes

Para determinar o tamanho da amostra, foi realizado um cálculo amostral com base em estudos semelhantes, adotando-se um poder estatístico de 0,80, um nível de significância de 5% e um nível de confiança de 95%. Foi considerado um tamanho de efeito moderado (w=0,3), de acordo com a classificação de Cohen para o teste qui-quadrado. As proporções esperadas foram estimadas a partir da literatura, e o cálculo indicou que a amostra ideal seria de 150 participantes para garantir a robustez estatística das análises propostas.

O estudo incluiu indivíduos com 18 anos ou mais, usuários do ambulatório de uma instituição de ensino privada em Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram excluídos indivíduos com deficiência intelectual que comprometesse a capacidade de responder ao questionário e aqueles com diagnóstico prévio de infarto agudo do miocárdio, pois poderiam ter conhecimento prévio da doença. Profissionais de saúde também foram excluídos por motivos semelhantes.

Durante o estudo, 162 indivíduos foram abordados na sala de espera ambulatorial. Destes, 7 se recusaram a participar por indisponibilidade ou falta de tempo, 2 foram excluídos por infarto agudo do miocárdio prévio e 3 foram excluídos por serem profissionais de saúde.

### Instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado desenvolvido especificamente para esta pesquisa pelos autores, contendo uma combinação de questões dicotômicas, abertas e de múltipla escolha. O questionário consistia em perguntas relacionadas aos dados socioeconômicos dos participantes, histórico médico prévio, bem como perguntas sobre sinais e sintomas associados ao infarto agudo do miocárdio (IAM). Os participantes foram solicitados a avaliar se consideravam cada sinal ou sintoma associado ao IAM.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado pessoalmente pelos pesquisadores, garantindo uniformidade na administração do questionário e minimizando o viés da coleta de dados. A coleta de dados foi conduzida de forma padronizada, garantindo uniformidade nas abordagens e minimizando o potencial viés do entrevistador. Para tanto, todos os coletores de dados participaram de treinamento prévio, que abrangeu os objetivos do estudo, o conteúdo do questionário, as definições operacionais dos termos e a maneira correta de abordar os participantes. Durante o treinamento, foram realizadas entrevistas simuladas utilizando o questionário para padronizar a aplicação e esclarecer quaisquer dúvidas quanto à interpretação das questões. Além disso, a adesão ao protocolo foi monitorada periodicamente pelos supervisores do estudo durante a coleta de dados para garantir a consistência das abordagens e a qualidade dos dados obtidos.

O objetivo principal da coleta de dados foi obter informações precisas e detalhadas sobre o nível de conhecimento da população estudada sobre o IAM, com o objetivo de identificar possíveis lacunas na conscientização e no reconhecimento dos sinais e sintomas da doença. Essas informações são essenciais para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes, que possam ser direcionadas para suprir as lacunas identificadas no conhecimento da população sobre o IAM.

### Procedimentos

Antes do início da coleta de dados, o estudo foi devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (CEPCM-MG) e aprovado de acordo com os critérios éticos vigentes. Também foram obtidas as assinaturas dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo que todos estivessem plenamente esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos e potenciais riscos e benefícios do estudo.

Com a aprovação ética e o consentimento formalizados, os estudantes de pesquisa iniciaram o recrutamento de participantes no ambulatório. O recrutamento ocorreu presencialmente e seguiu os critérios de inclusão previamente estabelecidos. A coleta de dados foi conduzida de forma padronizada, garantindo uniformidade nas abordagens e minimizando possíveis vieses.

### Análise estatística

Após a coleta de dados por meio do questionário, todas as informações foram armazenadas em uma planilha de acesso restrito aos pesquisadores e orientadores responsáveis pelo projeto. A planilha, criada antes da análise, serviu para condensar os resultados obtidos, facilitando a identificação de potenciais lacunas de conhecimento sobre o IAM na população.

Variáveis qualitativas são apresentadas como frequências absolutas e relativas, e variáveis quantitativas são apresentadas como média ± desvio-padrão ou mediana ± intervalo interquartil. Variáveis quantitativas foram submetidas ao *teste de normalidade de Shapiro-Wilk ou Kolmogorov-Smirnov* e posteriormente avaliadas pelo *teste t de Student, teste U de Mann-Whitney, teste de soma de postos de Wilcoxon ou ANOVA*. Os testes qui-quadrado e exato de Fisher foram usados para determinar associações entre variáveis qualitativas. Modelos de regressão logística multivariada foram usados para análises bivariadas entre variáveis de exposição e desfecho. Correlações entre parâmetros clínicos e sociodemográficos foram avaliadas pelos *testes de correlação de Pearson ou Spearman*. A análise de dados foi realizada usando o programa estatístico R, versão 4.4.0, com um valor de $p<0,05$ considerado significativo.

## Resultados

A amostra foi composta por 150 indivíduos (Tabela 1), sendo 103 (68,7%) do sexo feminino e 47 (31,3%) do sexo masculino, com distribuição etária variada. A maioria possuía ensino médio completo (42,6%) e renda mensal de até 1 salário mínimo (36,7%). Em relação à presença de fatores de risco cardiovascular, a hipertensão arterial foi a mais prevalente (41,3%), seguida do sedentarismo (36,0%). Apenas 27,3% dos entrevistados não apresentavam comorbidades.

A Tabela 2 mostra que 68,0% dos participantes reconheceram a dor como um sintoma relevante em relação ao conhecimento dos sinais e sintomas do IAM. No entanto, apenas cinco indivíduos (3,3%) identificaram corretamente todos os locais possíveis de dor anginosa, enquanto 30 (20,0%) identificaram corretamente metade das opções. Em relação aos locais onde a dor é sentida além do ponto de origem, nenhum participante identificou todas as possibilidades, e 18 (12,0%) identificaram corretamente metade ou mais das opções. Em relação aos sintomas associados, 36 (24,0%) obtiveram 100% de acerto, enquanto 30 (20%) não tiveram acerto. Além disso, 103 pessoas (68,7%) nunca receberam orientação médica sobre os sinais e sintomas do IAM; apenas quatro (2,7%) entrevistados relataram ter recebido orientação médica prévia sobre prevenção de SCA, e 42 (28,0%) relataram saber o que fazer se suspeitassem de um IAM. Por fim, 67 (44,7%) afirmaram não saber quais medidas poderiam prevenir um IAM, e 68 (48,0%) não responderam corretamente. A atividade física regular foi a medida mais reconhecida na prevenção do IAM, indicada por 50,7% dos participantes.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra (n=150).

| Variável | N | % |
|---|---|---|
| **Sexo** | | |
| Feminino | 103 | 68,70% |
| Masculino | 47 | 31,30% |
| **Idade** | | |
| Entre 18 e 29 anos | 23 | 15,30% |
| Entre 30 e 40 anos | 39 | 26,00% |
| Entre 41 e 50 anos | 49 | 32,70% |
| Entre 51 e 60 anos | 28 | 18,70% |
| Entre 61 e 70 anos | 9 | 6,00% |
| Mais de 71 anos | 2 | 1,30% |
| **Educação** | | |
| Ensino fundamental incompleto | 21 | 14,00% |
| Ensino fundamental completo | 19 | 12,70% |
| Ensino médio incompleto | 13 | 8,70% |
| Ensino médio concluído | 64 | 42,60% |
| Ensino superior incompleto | 18 | 12,00% |
| Ensino superior concluído | 9 | 6,00% |
| Estudos de pós-graduação incompletos | 3 | 2,00% |
| Concluir estudos de pós-graduação | 3 | 2,00% |
| **Renda mensal** | | |
| Prefiro não responder | 11 | 7,30% |
| Desempregado | 1 | 0,70% |
| Até 1 salário mínimo | 55 | 36,70% |
| Entre 1 e 2 salários | 50 | 33,30% |
| Entre 2 e 3 salários | 21 | 14,00% |
| Acima de 3 salários | 12 | 8% |

Dados apresentados como frequências absolutas e relativas.

A Tabela 3 mostra a relação entre a orientação prévia da população sobre a identificação e prevenção da síndrome coronariana aguda (SCA) e a porcentagem de respostas corretas quanto aos sinais, sintomas e tempo de tratamento para essa condição. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a orientação prévia e a porcentagem de respostas corretas quanto às áreas do corpo onde a dor pode ser sentida ($p<0,001$), sintomas associados ($p<0,001$) e tempo de tratamento após o início da condição ($p=0,036$).

Além disso, os resultados da pesquisa indicam associação entre as variáveis faixa etária e número de comorbidades

e os acertos relacionados à irradiação da dor ($p$<0,001 e $p$=0,025, respectivamente), bem como entre gênero e tipo de dor ($p$=0,007). As demais combinações avaliadas não apresentaram associação estatisticamente significativa.

Esses resultados sugerem que os pacientes que receberam informações prévias sobre IAM demonstram melhor compreensão e reconhecimento da localização da dor, sintomas associados e uma melhor estimativa do tempo necessário para o tratamento em casos de SCA. Os resultados destacam a importância da informação médica prévia. para o reconhecimento precoce e o tratamento eficaz da SCA, contribuindo potencialmente para melhores resultados clínicos e redução de complicações.

A Tabela 4 destaca a necessidade de estratégias de educação e conscientização sobre eventos cardiovasculares, visto que a maioria das características analisadas apresentou taxa de acurácia média abaixo de 50%, exceto os sintomas associados à dor torácica, que apresentaram taxa de acurácia média de 53,17% (IC 95%: 47,27-59,06). A avaliação da paresia no contexto de infarto foi o dado com menor taxa de acurácia, apresentando média de 10,77% (IC 95%: 8,62-12,92).

**Tabela 2.** Conhecimento sobre infarto agudo do miocárdio (IAM).

| Variável | N | % |
|---|---|---|
| **A dor é um sintoma relevante?** | | |
| Sim | 102 | 68,00% |
| Não | 12 | 8% |
| Não sei | 36 | 24% |
| **Onde está localizada a dor?** | | |
| No peito | 117 | 78% |
| Região epigástrica | 25 | 16,70% |
| Hipocôndrio direito | 5 | 3,30% |
| Hipocôndrio esquerdo | 23 | 15,30% |
| Não sei | 25 | 16,70% |
| **Você conhece a natureza da dor?** | | |
| Sim | 116 | 77,30% |
| Não sei | 34 | 22,70% |
| **Qual é a natureza da dor?** | | |
| Aperto | 74 | 49,30% |
| Apontar | 74 | 49,30% |
| Queimando | 30 | 20,30% |
| **A dor irradia para outras partes do corpo?** | | |
| Sim | 87 | 58% |
| Não | 11 | 7,30% |
| Não sei | 52 | 34,70% |
| **Para qual região do corpo a dor irradia?** | | |
| Membro superior esquerdo | 46 | 30,70% |
| Membro superior direito | 11 | 7,30% |
| Membros inferiores | 4 | 2,70% |
| Face | 15 | 10% |
| Cervical | 27 | 18% |
| Peito | 36 | 24% |
| **Alguma parte do seu corpo fica dormente?** | | |
| Sim | 90 | 60% |
| Não | 8 | 5,30% |
| Não sei | 52 | 34,70% |

continua...

... continuação Tabela 2

| Variável | N | % |
|---|---|---|
| **Qual região do corpo a dor irradia?** | | |
| Membro superior esquerdo | 47 | 31,30% |
| Membro superior direito | 6 | 4,00% |
| Membros inferiores | 7 | 4,70% |
| Face | 28 | 18,70% |
| Cervical | 11 | 7,30% |
| Peito | 4 | 2,70% |
| **Existe suor associado?** | | |
| Sim | 74 | 49,30% |
| Não | 8 | 5,30% |
| Não sei | 68 | 45,40% |
| **Há dispneia associada?** | | |
| Sim | 93 | 62% |
| Não | 14 | 9,30% |
| Não sei | 43 | 28,70% |
| **Há fraqueza ou fadiga associada?** | | |
| Sim | 94 | 62,70% |
| Não | 8 | 5,30% |
| Não sei | 48 | 32% |
| **Há náusea, indigestão ou dor abdominal associada?** | | |
| Sim | 58 | 38,70% |
| Não | 27 | 18% |
| Não sei | 65 | 43,30% |
| **Porcentagem de respostas corretas associadas aos sintomas** | | |
| 0% de precisão | 30 | 20% |
| 25% de precisão | 25 | 17% |
| 50% correto | 27 | 18% |
| 75% correto | 32 | 21% |
| 100% correto | 36 | 24% |
| **Você recebeu aconselhamento médico sobre os sinais e sintomas da SCA?** | | |
| Sim | 47 | 31,30% |
| Não | 103 | 68,70% |
| **Você sabe o que fazer se suspeitar de SCA?** | | |
| Sim, eu sei como agir | 42 | 28% |
| Não, não sei como agir. | 108 | 72% |
| **Você recebeu informações sobre como prevenir uma SCA?** | | |
| Não, nunca recebi nenhuma informação. | 83 | 55,30% |
| Sim, já recebi informações. | 67 | 44,70% |
| **Você já recebeu algum conselho não médico sobre prevenção?** | | |
| Sim | 63 | 42% |
| Não | 87 | 58% |

continua...

... continuação Tabela 2

| Variável | N | % |
|---|---|---|
| **Se sim, por quais meios?** | | |
| Televisões | 31 | 20,70% |
| Internet | 27 | 18% |
| Livros e revistas | 5 | 3,30% |
| Palestras | 20 | 13,30% |
| **Você já recebeu informações médicas sobre prevenção?** | | |
| Sim | 4 | 2,70% |
| Não | 146 | 97,30% |
| **Você acha que o momento de início do tratamento para SCA é importante?** | | |
| Sim | 143 | 95,40% |
| Não | 2 | 1,30% |
| Não sei | 5 | 3,30% |
| **Você sabe quanto tempo após o início dos sintomas da SCA você deve procurar ajuda médica?** | | |
| Não posso dizer | 41 | 27,30% |
| Imediatamente | 102 | 68% |
| Você deve esperar entre 1 e 3 horas | 6 | 4% |
| Você deve esperar entre 4 e 6 horas | 1 | 0,70% |
| Você deve esperar entre 6 e 10 horas | 0 | 0% |
| **Você sabe quais medidas podem prevenir a SCA?** | | |
| Não, eu não sei. | 67 | 44,70% |
| Sim eu sei | 83 | 55,30% |
| **Que medidas você considera para ajudar a prevenir a SCA?** | | |
| Prática regular de atividade física | 76 | 50,70% |
| Dieta saudável e equilibrada | 45 | 30% |
| Controle da pressão arterial, diabetes e dislipidemia | 38 | 25,30% |
| Proibido fumar | 32 | 21,30% |
| Consuma álcool com moderação | 34 | 22,70% |

Dados apresentados como frequências absolutas e relativas.
Abreviações: SCA - Síndrome coronariana.

**Tabela 3 - Variáveis associadas à questão "informações prévias sobre sintomas de IAM"**

| Informações prévias | Não | Sim | valor-p |
|---|---|---|---|
| **Recurso** | **n=103** | **n=47** | |
| Localização da dor | 0,24 ± 0,16 (0,25) | 0,36 ± 0,18 (0,25) | **0,001** |
| Tipo de dor | 0,37 ± 0,39 (0,33) | 0,47 ± 0,38 (0,67) | 0,271 |
| Irradiação da dor | 0,13 ± 0,18 (0,00) | 0,19 ± 0,20 (0,17) | 0,358 |
| Sintomas associados | 0,44 ± 0,35 (0,50) | 0,73 ± 0,31 (0,75) | **<0,001** |
| Medidas de prevenção | 0,27 ± 0,31 (0,00) | 0,37 ± 0,28 (0,40) | 0,113 |
| Tempo de serviço | 64 (62,14%) | 38 (80,85%) | **0,036** |

Dados apresentados como número médio de respostas corretas + desvio padrão (mediana) ou como frequências absolutas e relativas.

**Tabela 4.** Média de acertos sobre IAM.

| Características analisadas | Número médio de respostas corretas (IC 95%) – em porcentagem |
|---|---|
| Onde está localizada a dor? | 27,50 (IC95%: 24,67 – 30,33) |
| Qual é a natureza da dor? | 40,31 (IC95%: 34,03 – 46,60) |
| Em qual região do corpo a dor irradia? | 15,05 (IC95%: 12,02 – 18,08) |
| Qual região do corpo adormece? | 10,77 (IC 95%: 8,62 – 12,92) |
| Você reconhece os sintomas associados? | 53,17 (IC95%: 47,27 – 59,06) |
| Que medidas você considera para ajudar a prevenir uma SCA? | 30,00 (IC95%: 25,10 – 34,90) |

Dados apresentados como número médio de respostas corretas + desvio padrão (mediana) ou como frequências absolutas e relativas.

## Discussão

Esta é uma amostra diversa em termos de idade, nível educacional e renda, pesquisada sobre o reconhecimento dos principais sinais e sintomas da SCA. A análise dos dados revelou conhecimento limitado sobre sintomas específicos de IAM, como dor anginosa e possíveis áreas do corpo onde a dor pode ser sentida além do ponto de origem. Apenas 3,3% identificaram corretamente todos os locais de dor, e nenhum participante identificou corretamente todas as radiações da dor, sugerindo a necessidade de melhorar a conscientização sobre esses aspectos para garantir atenção médica rápida e início do tratamento adequado. Além disso, os resultados revelaram que indivíduos sem conhecimento prévio sobre os sintomas de IAM apresentaram menor taxa de precisão no manejo da SCA. Isso destaca a necessidade de campanhas educacionais contínuas e abrangentes para mitigar essa lacuna de conhecimento. Em relação à prevenção, a maioria dos participantes tem uma compreensão limitada das medidas preventivas, embora muitos (50,7%) reconheçam a atividade física regular como eficaz. A análise não mostrou diferenças significativas entre o número de comorbidades em relação ao conhecimento dos sintomas e das medidas preventivas, sugerindo que estratégias educacionais amplas e inclusivas são necessárias para todos os grupos.

A análise de estudos semelhantes revelou que a dor no peito foi o sintoma mais reconhecido entre a população, seguido pela dispneia, com mais de 65% dos entrevistados identificando esses sintomas. Dor no braço e/ou ombros também foi mencionada, embora as taxas de reconhecimento variem consideravelmente entre os estudos[10-13]. Neste estudo, embora os resultados tenham sido semelhantes, com dor reconhecida como o principal sintoma por 68% dos entrevistados, observou-se que apenas a dor no peito foi frequentemente identificada, sendo mencionada por 78% dos participantes. Em contraste, a maioria dos entrevistados não reconheceu manifestações atípicas, como dor em outras localizações, por exemplo, nas regiões epigástrica, hipocôndrio direito e hipocôndrio esquerdo, com taxas de reconhecimento de 16,7%, 3,3% e 15,3%, respectivamente.

Em relação ao conjunto de sinais e sintomas, um estudo realizado na Coreia do Sul por Kim et al. (2016)[10] mostrou que 88,7% dos participantes reconheceram pelo menos um dos sintomas de IAM, enquanto apenas 10,9% conseguiram associar os cinco sintomas destacados na entrevista com a doença. Em contraste com os achados de Fang et al. (2019)[14] nos Estados Unidos, aproximadamente 50,2% dos entrevistados reconheceram os cinco sintomas de IAM listados. Comparado aos resultados encontrados neste estudo, a porcentagem de respostas corretas foi significativamente menor, com 42% dos entrevistados não reconhecendo a radiação e 38% dos participantes não reconhecendo a dispneia como sintomas de IAM.

Em comparação com países emergentes, um estudo realizado na Malásia mostrou que apenas 5% da população reconhecia os cinco sintomas de um infarto, enquanto 22% desconheciam completamente a doença[12]. Da mesma forma, um estudo na Índia revelou que 67% dos entrevistados tinham pouco conhecimento sobre os sinais e sintomas do IAM. Esses dados reforçam os achados, sugerindo que os resultados estão diretamente relacionados a variáveis socioeconômicas, visto que a maioria dos nossos entrevistados não possuía ensino superior (90%) e/ou ganhava menos que um salário mínimo (36,7%).

Em um estudo conduzido por Alsaab et al (2023)[11] na Arábia Saudita, a cessação do tabagismo foi identificada como a medida mais relevante para a prevenção do IAM. No entanto, nosso estudo constatou que a atividade física regular foi a medida mais frequentemente reconhecida (50,7%), seguida por uma dieta saudável (30%). Práticas como parar de fumar e consumo moderado de álcool foram menos conhecidas, com taxas de reconhecimento de 21,3% e 22,7%, respectivamente. Considerando que o tabagismo e o consumo de álcool são fatores de risco modificáveis muito importantes, esse achado destaca a importância de aumentar a conscientização sobre o impacto da interrupção desses hábitos na prevenção do IAM.

Além disso, dado que o IAM é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, com aproximadamente 65% das mortes ocorrendo na primeira hora, o reconhecimento precoce da SCA e a busca por atendimento médico imediato são cruciais[3,15-17]. Nesse sentido, um estudo de Fukuoka et al. (2010)[18] realizado nos Estados Unidos e no Japão constatou que o tempo médio para busca de atendimento foi de 4,4 horas na amostra americana e de 8,3 horas na amostra japonesa. Nesse contexto, o tempo para busca por

serviços de saúde deve ser o mais curto possível para reduzir complicações e aumentar a sobrevida. Nessa população estudada, um resultado significativo foi observado, pois 32% dos entrevistados não relataram busca por ajuda médica imediatamente. Isso corrobora um pior prognóstico do paciente e a necessidade de intervenções e procedimentos mais complexos pelos profissionais de saúde.

Por fim, embora a literatura sugira que variáveis sociodemográficas, como escolaridade e renda, influenciem diretamente o conhecimento da população sobre os sinais e sintomas do infarto agudo do miocárdio[10,12,14], este estudo não observou associação estatisticamente significativa entre essas variáveis e o conhecimento apresentado pelos entrevistados. Esse resultado pode estar relacionado a fatores como o tamanho da amostra, a distribuição das categorias sociodemográficas avaliadas ou mesmo uma possível homogeneidade entre os participantes do ambulatório analisado. Vale considerar que, se um estudo fosse realizado com uma amostra maior e mais heterogênea, os resultados poderiam ter apresentado diferenças estatisticamente significativas; no entanto, isso permanece apenas uma hipótese, não sendo possível inferir essa relação com base nos dados obtidos.

### Limitações

Este estudo apresenta limitações por ser um estudo transversal e representar o perfil de conhecimento de um estudo unicêntrico, com tamanho amostral limitado. No entanto, as deficiências na compreensão do IAM são consistentes com estudos realizados em outras instituições ao redor do mundo. Portanto, o investimento contínuo em educação e conscientização é essencial para preencher essa lacuna de conhecimento na comunidade, melhorando assim os desfechos clínicos e a qualidade de vida dos pacientes.

## Conclusão

Em conclusão, este estudo revelou conhecimento limitado entre os participantes sobre os sinais, sintomas e medidas preventivas do IAM. Embora reconhecessem a dor torácica como um sintoma relevante, não houve nenhuma deficiência na identificação dos locais de dor anginosa, sua irradiação e sintomas associados.

A associação significativa entre informações prévias sobre os sintomas do IAM e uma maior compreensão dessas características reforça a necessidade de campanhas educativas contínuas e abrangentes. Portanto, este estudo incentiva projetos de extensão voltados para a população leiga, a fim de educá-la sobre a apresentação da SCA. A orientação profissional destaca-se como ferramenta para o reconhecimento precoce e o manejo eficaz da SCA, contribuindo potencialmente para melhores desfechos clínicos e redução de complicações.

## Contribuições dos autores

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo:

*Conceitualização, Investigação, Metodologia, Visualização e Redação – Análise e Edição*: LS Ferrarini. *Administração do Projeto, Supervisão e Redação – Rascunho Original*: PLA Rodrigues. *Validação, Software*: DPG Pires. *Aquisição de Recursos e Financiamento, Curadoria de Dados e Análise Formal*: AMA Moreira.

## Copyright

Copyright© 2021 Ferrarini et al. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Internacional *Creative Commons* Atribuição 4.0, que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o artigo original seja devidamente citado.

## Referências

1. Krittanawong C, Khawaja M, Tamis-Holland JE, Girotra S, Rao SV. Acute Myocardial Infarction: Etiologies and Mimickers in Young Patients. J Am Heart Assoc. 2023 Set 19;12(18):e029971.
2. Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RH de M, Précoma DB, Lemke W, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST – 2021. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2021Jul; [citado 2025 Dez 02]; 117(1):181-264. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/QvqxLFycJhLvNGFzPhsbZPF/?lang=pt.
3. Góes LG, Nakandakari MT, Ramos RC, Guimarães HP. Infarto Agudo do Miocárdio: Análise do Conhecimento dos Estudantes de Medicina. JBMEDE. 2021 Out 6;1(2):e21013.
4. Mitsis A, Gragnano F. Infarto do miocárdio com e sem supradesnivelamento do segmento ST: uma reavaliação contemporânea de semelhanças e diferenças. Curr Cardiol Rev [Internet]. 2022; [citado 2025 Dez 02]; 17(4):e230421189013. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8762150/.
5. Vieira RCP, Marcolino MS, Silva LGS e, Pereira DN, Nascimento BR, Jorge A de O, et al. Avaliação do Impacto da Implementação de um Sistema de Ambulância Pré-Hospitalar na Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em um País em Desenvolvimento. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2022; [citado 2025 Dez 02]; 119(5):756-63. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/Mnx7MjJqnVFLn4dMTLqbZz/?lang=pt.
6. Viana T, Bezerra MLBG, Melo RMV de, Bezerra CG, Mamédio V, Dourado GP, et al. Infarto Agudo do Miocárdio com Trombose Coronária em Paciente com Covid-19 sem Fatores de Risco para Doença Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2021 Mar;116(3):511-5.
7. Paulo J, Luiz, Isabela Aurora Rodrigues. A importância do atendimento oportuno ao paciente com infarto agudo do miocárdio. Rev Bras Ciênc Vida. 2018;6(3). Disponível em: http://jornalold.faculdadecienciasdavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/725.
8. Reeder GS, Kennedy HL. Overview of the acute management of ST-elevation myocardial infarction. UpToDate. 2023.

9. Barstow C, Rice M, McDivitt JD. Acute Coronary Syndrome: Diagnostic Evaluation. Am Family Physician [Internet]. 2017; [citado 2025 Dez 02]; 95(3):170-7. Disponível em: https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0201/p170.pdf.

10. Kim HS, Lee H, Kim K, Park HK, Park KS, Kang GW, et al. The general public's awareness of early symptoms of and emergency responses to acute myocardial infarction and related factors in South Korea: a national public telephone survey. Rev Epidemiol. 2016;26(5):233-41.

11. Alsaab SM, Almutairi AM, Alsaadi GK, Altokhais ZA, Alabdulqader SH, Alnofal WY, et al. Perceived myths and misconceptions about myocardial infarction among adults in Saudi Arabia. *Cureus* [Internet]. 2023 Dec; [citado 2025 Dez 02]; 12(1):24–31. Disponível em: https://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/13469.

12. Abdo Ahmed AA, Mohammed Al-Shami A, Jamshed S, Fata Nahas AR, Mohamed Ibrahim MI. Public Awareness of and Action towards Heart Attack Symptoms: An Exploratory Study. 2020;17(23). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33276636/.

13. Luan S, Yang Y, Huang Y, McDowell M. Public knowledge of stroke and heart attack symptoms in China: A cross-sectional survey. BMJOpen. 2021 Jan;11(1):e043220.

14. Fang J, Luncheon C, Ayala C, Odom E, Loustalot F. Awareness of Heart Attack Symptoms and Response Among Adults - United States, 2008, 2014, and 2017. Relatório semanal de morbidade e mortalidade do MMWR [Internet]. 2019; [citado 2025 Dez 02]; 68(5):101-6.

15. Patnaik L, Pattanaik S, Sahu T, Panda BK. Awareness of symptoms and risk factors of Myocardial Infarction among adults seeking health care from a rural hospital of India. J Cardiovasc Dis Res 2016;7(2):83-5.

16. Alhmadi AF, ALSaedi MF, Alahmadi AE, Alharbi MG, Alharbi IH, Radman Al-Dubai SA. Pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction in Saudi Arabia. Agosto de 2020;41(8):819–27. Disponível em: https://smj.org.sa/content/41/8/819.

17. Sampaio ES, Mendes AS, Guimarães AC, Mussi FC. Percepção de clientes com infarto agudo do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. Ciênc Cuidado Saúde. 2013;11(4):687-96.

18. Fukuoka Y, Takeshima M, Ishii N, Chikako M, Makaya M, Groah L, et al. An initial analysis: working hours and delay in seeking care during acute coronary events. Am J Emerg Med [Internet]. 2010; [citado 2025 Dez 02]; 28(6):734-40. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S073567570900312X?via%3Dihub.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.