

ENTRAVES NO ACESSO À ATENÇÃO MÉDICA: VIVÊNCIAS DE PESSOAS COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

FERNANDA CARNEIRO MUSSI*, LUIZ CARLOS SANTANA PASSOS, ANGÉLICA ARAÚJO DE MENEZES, BRUNO CARAMELLI

Estudo desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EUFBA) – Hospital Universitário Professor Edgar Santos, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia / Ministério da Saúde / Decit / Secretaria do Estado da Bahia

RESUMO

OBJETIVO. Analisar o caminho percorrido por homens e mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio até conseguirem atenção médica. Conhecer essa trajetória pode permitir a tomada de decisões que resultem em atendimento precoce e eficiente nos primeiros minutos após o início dos sintomas, reduzindo a morbi-mortalidade.

MÉTODOS. Foram entrevistadas 43 mulheres e 54 homens que sofreram infarto com dor. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo e inferência estatística.

RESULTADOS. A mediana de idade para os homens foi 55,3 e para as mulheres 61,5 anos. Predominou para os sexos a baixa escolaridade, inatividade profissional e ocorrência do infarto no domicílio. Os homens tinham renda familiar maior ($p=0,005$) e viviam mais em companhia de alguém ($p=0,001$). Somente 7% das mulheres utilizaram ambulância. Dois terços da amostra procuraram o hospital como primeiro local de atendimento, mas apenas 33% conseguiram internação. Assim, 67% dos sujeitos perambularam por até cinco serviços até conseguirem a hospitalização. As principais razões para não admissão hospitalar foram falta de recursos, negação de atendimento e encaminhamento médico para casa. O local procurado para atendimento, número de atendimentos recebidos até a hospitalização e a ação médica não foram associados ao sexo ($p=NS$).

CONCLUSÃO. Homens e mulheres optaram por meios de transporte e locais de atendimento inadequados e o sistema de saúde não parece preparado para atendê-los. Estes achados convidam à reflexão sobre a importância e os alvos dos programas da educação para saúde e a qualidade da assistência ao infarto.

UNITERMOS: Infarto do miocárdio. Gestão de qualidade. Educação. Assistência médica. Cuidados de enfermagem.

*Correspondência

Rua Professor
Clementino Fraga, 220,
apto 1901
Ondina, Salvador/BA
Cep: 40170-050
Tel: (71) 3235-5071
femussi@uol.com.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, que incluem o infarto agudo do miocárdio (IAM), são a principal causa de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento¹. No Brasil, no ano 2000, a mortalidade por essa causa contribuiu para 27,4% da mortalidade total, e o número de mortos por IAM foi de 78.442².

Embora o IAM continue sendo uma causa líder de mortalidade no mundo ocidental, por conta de sua alta prevalência¹, houve expressiva redução da letalidade hospitalar decorrente da introdução de novas tecnologias, como o advento das unidades coronarianas, uso de agentes fibrinolíticos, da aspirina e betabloqueadores e, mais recentemente, da angioplastia coronária primária. Todavia, a questão da mortalidade pré-hospitalar permanece praticamente inalterada, com níveis semelhantes aos de 40 anos atrás, desafiando as autoridades de saúde pública e ceifando milhares de vidas em plena idade produtiva, o que acarreta inúmeros prejuízos à sociedade³.

Sabe-se que dois terços das mortes súbitas por doenças coronarianas ocorrem fora do hospital, e a maioria dentro de duas horas após o início dos sintomas, cuja causa mais freqüente é a fibrilação ventricular⁴. Muitas dessas fatalidades podem ser evitadas se o indivíduo receber atendimento rápido e apropriado. Sabe-se

que o diagnóstico e o tratamento precoces salvam vidas e melhoram a qualidade de vida pela redução da possibilidade de morte arritmica e pela melhora da função ventricular esquerda após o infarto. O tratamento fibrinolítico é capaz de reduzir a mortalidade aguda e manter esse benefício após dez anos¹, mas o benefício da reperfusão miocárdica é absolutamente tempo-dependente, ou seja, quanto mais precocemente o fluxo coronário for restabelecido, maior o benefício obtido pelo paciente⁵⁻⁸. Dessa maneira, o tempo e a qualidade da atenção médico-hospitalar são fatores críticos após os primeiros minutos da manifestação dos sintomas.

A questão do retardo da atenção médica está não apenas ligada ao paciente, que nem sempre reconhece e hesita em aceitar a gravidade de sua condição⁹⁻¹¹, mas, também, a fatores quanto à disponibilidade de transporte e possibilidade de acesso à rede hospitalar. Um sistema de atendimento médico-emergencial carente do ponto de vista de recursos materiais e humanos adequadamente capacitados pode ser altamente lesivo para os pacientes que sofrem infarto.

Assim, diversas ações que objetivem a diminuição do retardo pré-hospitalar por parte do paciente e o adequado atendimento pré-hospitalar por serviço médico de emergência são imprescindíveis

no sentido de diminuir a perda de vidas fora do hospital, como também a mortalidade hospitalar^{12,13}.

Um dos desafios no esforço de reduzir a mortalidade e o grau de incapacitação gerados pelo infarto é apontar as lacunas que podem ser melhoradas no atendimento inicial pré e intra-hospitalar. Entender o caminho que os pacientes que sofrem infarto percorrem até a chegada à instituição de saúde pode permitir que sejam tomadas decisões que resultem em atendimento mais rápido e eficiente, nos primeiros minutos após o início dos sintomas.

Neste contexto, este estudo teve como objetivos analisar o caminho percorrido por homens e mulheres que sofreram infarto agudo do miocárdio até conseguirem assistência médico-hospitalar; caracterizar o meio de transporte utilizado e o primeiro local procurado para atendimento médico por homens e mulheres com IAM; identificar o número de atendimentos recebidos por eles até a hospitalização; e verificar a relação entre o primeiro local de atendimento procurado e a ação médica referida por eles.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório que utiliza métodos de análise quantitativos e qualitativos.

Campo de estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital público, de ensino, que atende prioritariamente a clientela do SUS, situado em Salvador/BA. A escolha deste serviço relacionou-se ao fato de que nele são atendidos, em regime ambulatorial e hospitalar, pessoas na fase aguda do IAM e no pós-infarto.

Participantes

Quarenta e três mulheres e 54 homens adultos, conscientes, orientados no tempo e espaço, que sofreram IAM com dor que demandou atendimento médico foram os sujeitos do estudo.

Coleta de dados

O formulário de coleta de dados foi constituído de duas partes. A primeira continha dados de identificação dos participantes relativos a idade, escolaridade, renda familiar, procedência, estado civil, com quem mora, vida laborativa, número de infartos e local de sua ocorrência. A segunda parte foi composta por questões semi-estruturadas que visaram atender aos objetivos da investigação e podem ser exemplificadas como: "O você fez/viveu até chegar ao hospital?", "Como você chegou até o local procurado para atendimento?" A coleta de dados foi realizada durante todo o ano de 2004. Os participantes foram entrevistados antes ou após a consulta médica e junto ao leito, quando hospitalizados, e concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do consentimento livre e esclarecido. A eles foi assegurado o esclarecimento dos objetivos da investigação, o sigilo da identidade pessoal e o direito de abandonar o estudo quando julgassem necessário. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Médica do Hospital Universitário Professor Edgar Santos. As entrevistas foram gravadas e os dados das questões semi-estruturadas foram transcritos na íntegra.

Tratamento dos dados

Para análise dos dados das questões semi-estruturadas, empregou-se procedimentos de codificação de dados qualitativos da abordagem metodológica da Teoria Fundamentada em Dados (*Grounded Theory*)¹⁴, desenvolvida por sociólogos norte-americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss, da Escola Sociológica de Chicago. O uso desta abordagem visou qualificar o caminho percorrido pelos pacientes até obterem atendimento médico. Assim, na primeira fase da análise dos dados, as respostas foram examinadas minuciosamente, linha por linha, para extrair os primeiros códigos (núcleos de sentido). Pelo processo de comparação, os códigos identificados foram agrupados por similaridades e diferenças, formando as categorias. Com o avanço da análise, as categorias foram construídas, recodificadas, combinadas e comparadas entre si¹³. Posteriormente, as categorias foram analisadas com base em números absolutos e índices percentuais. As variáveis quantitativas foram analisadas com base em números absolutos e índices percentuais e por meio de inferência estatística utilizando-se o Teste Exato de Fisher para estudar a dependência entre variáveis. O nível de significância estatística para decisão dos testes foi de 5% ($p \geq 0,05$). Os resultados foram apresentados descritivamente, em tabelas e figuras.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos participantes

Os 97 participantes do estudo foram predominantemente provenientes de Salvador e região metropolitana (59,8%) e de outras regiões da Bahia (38,1%), e apenas 10,3% declararam-se brancos; todos os demais consideravam-se negros, pardos e morenos.

Dos 54 homens e das 43 mulheres entrevistados, apenas 19,6% encontravam-se na faixa etária jovem para exposição ao IAM, ou seja, até 50 anos. Os demais estavam entre 50 e 65 anos (49,5%) ou acima de 65 anos (30,9%). A mediana de idade para os homens foi 55,3 e para as mulheres 61,5 anos; portanto, as mulheres infartaram mais tarde do que os homens e essa diferença foi estatisticamente significativa (p -valor=0,038), confirmando os achados na literatura sobre a incidência de infarto de acordo com o gênero.

Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes era casada (59,8%), seguida dos separados, viúvos e solteiros (40,2%). Todavia, foi mais freqüente homens casados do que mulheres com companheiro, e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,001$). Vale ressaltar que, nas faixas etárias acima de 50 anos, a maioria das mulheres já está sozinha, por morte dos companheiros ou separação, e com poucas possibilidades de refazerem a sua vida conjugal, o que justifica encontrarmos a maioria nesta situação.

A escolaridade baixa foi característica para homens e mulheres, pois 17% dos sujeitos da pesquisa eram analfabetos ou não possuíam o primeiro grau completo (57,7%), destacando-se que as variáveis gênero e escolaridade foram independentes (p -valor=0,809).

No que se refere à atividade profissional, mais da metade dos entrevistados eram inativos (53,3%) em razão de aposentadoria, afastamento ou pensões do INSS ou estavam em situação de desemprego, sendo as variáveis gênero e atividade profissional independentes (p-valor=0,776).

Quanto à renda familiar, 61,9% dos participantes recebiam até cinco salários mínimos e a renda dos homens era maior em relação à das mulheres (p-valor=0,005), prevalecendo especialmente para elas a baixa renda, isto é, até três salários mínimos.

Mais de dois terços dos participantes não tinham sofrido infarto prévio (83,5%) e o número de eventos não foi associado ao gênero (p-valor=0,249). A maioria dos eventos teve início no domicílio (72,2%), seguida daqueles que ocorreram em via pública (22,7%) e no ambiente de trabalho (5,2%), não havendo diferença estatisticamente significativa entre local de ocorrência do IAM e gênero.

Meio de transporte utilizado e local procurado para assistência médica

A maioria dos participantes fez uso de automóvel particular ou de amigos (96,9%) para chegar a um local de atendimento médico. Apenas três mulheres utilizaram ambulâncias (3,1%) e nenhum homem acionou esse meio de transporte. Mesmo assim, não foi possível identificar se as ambulâncias utilizadas possuíam recursos materiais e pessoal qualificado para realizar o traslado dessas pacientes. O meio de transporte foi associado ao gênero.

Tanto homens quanto mulheres, face à dor como sintoma prodromico do IAM, procuraram com maior frequência a instituição hospitalar como primeiro local de atendimento (68%). Todavia, chamou a atenção aproximadamente um terço dos participantes (27,8%) dirigir-se a consultórios médicos, postos de saúde, clínicas ou ainda foram atendidos pelo médico no domicílio. Esses locais de atendimento, em geral, são carentes de recursos tecnológicos e profissionais capacitados para o tratamento efetivo do IAM. Ainda 4,1% dos participantes não informaram o serviço de saúde procurado na primeira tentativa de atendimento. As variáveis local procurado para atendimento e gênero foram independentes (p-valor=0,368).

Ação médica face aos homens e mulheres com IAM

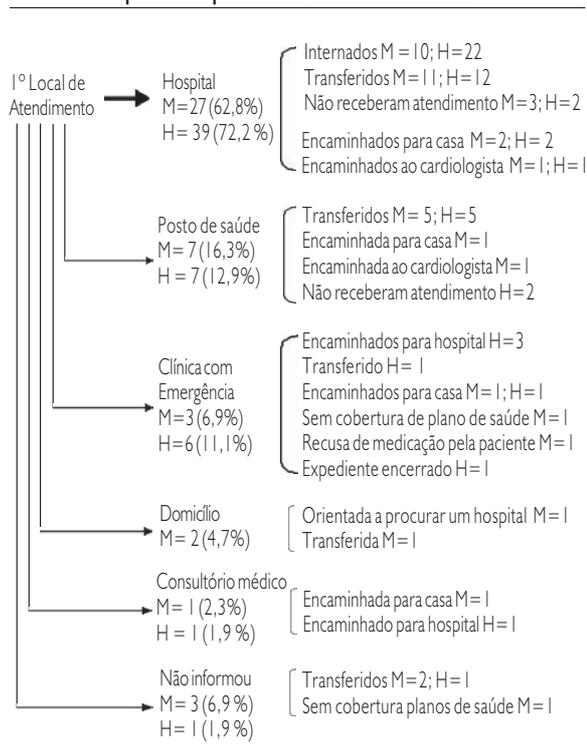
Apesar de 68% dos participantes terem procurado a instituição hospitalar como primeiro local de atendimento, menos da metade deles (33%) foram hospitalizados. Assim, 67% dos participantes perambularam por dois (35%) até cinco serviços de saúde (32%) para chegar à admissão hospitalar. O número de atendimentos recebidos até a hospitalização não foi associado ao gênero (p-valor=0,253).

A ação médica no primeiro atendimento de pessoas com sintomas prodromicos do IAM revela a baixa frequência de hospitalização de homens e mulheres (33%) e chama a atenção para elevada frequência de transferências (39,2%), principalmente quando o paciente procura a instituição hospitalar como primeiro local de atendimento. Também não se esperava ações como encaminhamento médico para casa ou a cardiologista, nem mesmo a falta de atendimento. Salienta-se que a ação médica não foi associada ao gênero.

Tabela I – Ação médica frente à dor no IAM

		Ação Médica * Sexo		
		Sexo		Total
Ação Médica		Masculino	Feminino	
Hospitalizados	n	22	10	32
	%	22,7%	10,3%	33,0%
Transferidos	n	19	19	38
	%	19,6%	19,6%	39,2%
Encaminhado para casa	n	3	5	8
	%	3,1%	5,2%	8,2%
Encaminhado a cardiologista	n	1	2	3
	%	10%	2,1%	3,1%
Encaminhado ao hospital	n	4	1	5
	%	4,1%	1,0%	5,2%
Não recebeu atendimento	n	5	6	11
	%	5,2%	6,2%	11,3%
Total	n	54	43	97
	%	55,7%	44,3%	100,0%

Diagrama I – Ação médica nos locais de primeiro atendimento procurado por homens e mulheres com IAM



O Diagrama I mostra a relação entre o primeiro local de atendimento procurado por homens e mulheres e a ação médica referida por eles frente ao desconforto produzido pelo IAM. A figura esquemática expressa que, apesar de aproximadamente dois ter-

ços das mulheres (62,8%) e dos homens (72,2%) procurarem atenção hospitalar com sintomas prodrômicos do IAM, apenas 10 delas (23,3%) e 22 deles (40,7%) conseguiram ser hospitalizados de imediato. As demais 17 mulheres atendidas no hospital foram transferidas por falta de recursos para atendimento (11), encaminhadas para casa (duas) ou a um cardiologista (uma), e não chegaram a receber atendimento por falta de vaga ou cobertura do plano de saúde, ou ainda por não se sujeitarem a aguardar a ordem de atendimento (três). Quanto aos 17 outros homens, 12 foram transferidos seja por falta de recursos ou de vaga, dois foram encaminhados para casa e um ao cardiologista, e dois não receberam atendimento pelas mesmas razões das mulheres.

Das 16 mulheres que procuraram como primeiro local de atendimento uma clínica com emergência (três), um posto de saúde (sete), um consultório médico (uma), que receberam atendimento no domicílio (duas) ou ainda que não informaram o local procurado para atendimento (três), apenas a metade (oito) foi transferida para o hospital como era de se esperar. As demais foram encaminhadas para casa (três) ou a cardiologista (uma), não receberam atendimento por falta de cobertura de plano de saúde (três) e uma foi orientada a procurar o hospital. Quanto aos 15 homens que procuraram como primeiro local de atendimento posto de saúde (sete), clínica com emergência (seis), consultório médico (um) ou que não especificou o local procurado (um), apenas sete foram transferidos para o hospital. Os demais foram orientados a procurar o hospital (quatro), encaminhados para casa (um), não receberam atendimento por expediente encerrado do serviço, falta de recursos ou de cobertura de plano de saúde (três).

Portanto, 33 mulheres (76,7%) não hospitalizadas no primeiro atendimento foram obrigadas a buscar, por conta própria, um segundo (18 mulheres), terceiro (oito mulheres), quarto (duas mulheres) e quinto atendimento (cinco mulheres); e 32 homens foram obrigados a buscar dois (17), três (11), quatro (dois), cinco (um) ou mais (dois) atendimentos.

Vale ainda ilustrar que, entre as 60 razões para não admissão hospitalar relatadas pelas mulheres, e entre as 45 pelos homens, nas diversas tentativas de atendimento, as três preponderantes foram igualmente associadas a: transferência por falta de recursos no local procurado (M=45%; H=60%), não atendimento no local procurado (M=23,3%; H=17,8%) e encaminhamento médico para casa (M=16,7%; H=11,1%).

Discussão

No presente estudo, um grupo de homens e mulheres admitidos por IAM em um hospital público, geral e de ensino foi entrevistado com o objetivo de identificar as suas vivências na procura de atendimento frente aos sintomas iniciais do infarto. Esses homens e essas mulheres representaram um grupo de pessoas, predominantemente, com idade superior a 50 anos, baixo nível de escolaridade, baixa renda mensal e inatividade profissional. Em relação às mulheres, os homens tinham renda familiar maior ($p=0,005$) e viviam mais em companhia de alguém ($p=0,001$). Predominou para ambos os sexos a procedência de Salvador e

municípios vizinhos e a ocorrência do infarto no domicílio. A grande maioria experimentava o primeiro evento coronariano.

A falta de conhecimento por parte dos homens e das mulheres sobre a gravidade do que estava ocorrendo ou a absoluta falta de recursos disponíveis pode ser vista de forma clara nos meios de transporte utilizados (somente 7% das mulheres utilizaram ambulâncias e nenhum homem fez uso desse recurso) e no local de busca da atenção médica (30,2 % das mulheres e 25,9% dos homens procuraram a rede não hospitalar). O fato de as mulheres e homens não acionarem o transporte de uma ambulância equipada e com equipe especializada para prestação do suporte básico e/ou avançado de vida pode indicar, além de falta de informação ou valorização da importância desse recurso, a sua inexistência ou deficiência no sistema de atendimento de emergência pré-hospitalar em Salvador. No Estado da Bahia, na época da realização do estudo, o número 192 acionava ambulâncias que atendiam basicamente pessoas vítimas de acidentes automobilísticos ou que necessitavam de socorro nas vias públicas, não atendendo o paciente no domicílio. Considerando a baixa condição socioeconômica das mulheres e dos homens, parece também evidente a falta de recursos para chamar uma ambulância privada em sua residência, restando-lhes deslocarem-se por meios próprios para um local de atendimento.

Chamou a atenção o fato de apenas 33% dos participantes terem sido hospitalizados imediatamente após o primeiro atendimento. Aqueles que precisaram perambular por outros serviços de saúde foram submetidos a retardo para início da terapêutica apropriada ao IAM e, conseqüentemente, a maiores riscos de morbimortalidade pela doença. Além disso, não se pode desconsiderar que chegar a um local de atendimento também não significa atenção imediata, porque é preciso considerar o tempo que o médico leva para atender o paciente a partir do momento em que este adentra a sala de emergência e o tempo que se leva para administrar a terapêutica de reperfusão coronarínica (tempo porta-agulha). Portanto, tempo de chegada alargado (Dt) somado ao tempo porta-agulha determinam retardo no tratamento do IAM.

Neste estudo, a possibilidade de obter atenção foi muito remota. É muito relevante o que ocorre após as mulheres e os homens conseguirem chegar a um serviço de saúde, independentemente da estrutura de atendimento pré-hospitalar. Primeiro, 67% foram obrigados a buscar atenção médica em até cinco instituições de saúde para conseguirem a internação hospitalar. Segundo, desses 67%, apenas 33% foram hospitalizados inicialmente. A dificuldade para o julgamento clínico face aos sinais e sintomas prodrômicos do infarto e a falta de estrutura das instituições para receber esses pacientes expressou-se ainda nos encaminhamentos para casa (8,2%) e a cardiologista (3,1%), e na transferência (39,2%) por falta de recursos para diagnóstico e tratamento ilustrada com a ausência de cardiologista no hospital, falta de Unidade de Terapia Intensiva, eletrocardiógrafo quebrado, etc. Terceiro, independentemente do tipo de serviço de saúde procurado na primeira tentativa de atendimento, 11,3% dos participantes não receberam nenhum tipo de cuidado por falta de cobertura de plano de saúde, ausência de vaga ou expediente encerrado. Esses dados revelam que a possível demora para a adequada avaliação

inicial do paciente e admissão hospitalar pode ter determinado maior risco de morte e morbidade considerando que 50% dos óbitos no IAM ocorrem na primeira hora de evolução, chegando esse percentual a 80% nas primeiras 24 horas¹. Vale ressaltar que diversos estudos multicêntricos sobre o tratamento do IAM demonstraram que o benefício da reperfusão miocárdica é absolutamente tempo-dependente, ou seja, quanto mais precocemente o fluxo coronário for restabelecido, maior o benefício obtido pelo paciente¹.

Mesmo reconhecendo a natureza complexa do IAM, que requer pessoal treinado, unidades de terapia intensiva, material e medicamentos de custos elevados, a categoria transferência por falta de recursos, responsável por 44,2% das remoções das mulheres e 35,2% dos homens, causa perplexidade especialmente quando o indivíduo procura o hospital como local de atendimento. Essa questão deve ser considerada, pois a instituição de saúde que recebe o paciente e não possui recursos deve responsabilizar-se de alguma forma pelo apoio ao paciente até que se possa conseguir atenção adequada.

Outro ponto que precisa de registro é que pessoas com suspeita de IAM não podem ter seu atendimento negado em virtude de não possuírem plano de saúde. Em Salvador, cerca 30% da população dispõem de planos de saúde, enquanto no Estado da Bahia estima-se que esse percentual é inferior a 10%. Dessa forma, numa realidade como a citada, a discriminação quanto ao atendimento relacionada à posse de plano de saúde não pode ser considerada aceitável.

Apesar destes relatos serem por si só impressionantes, são ainda mais significativos se lembrarmos que os achados aqui apresentados foram vivenciados por sobreviventes do IAM, haja visto que os homens e as mulheres foram entrevistados em fase de convalescência. Enfim, nossos achados nada revelam sobre a experiência daqueles que faleceram buscando atenção nas primeiras horas ou nos primeiros dias de hospitalização do infarto.

Os dados desta pesquisa sugerem que os alvos de programas de educação para saúde devem ser, além de pacientes e familiares, também os profissionais da área de saúde, estejam estes ligados diretamente ao cuidado de pacientes ou não. Isso provavelmente pode evitar que pessoas com eventos cardíacos sejam mandadas para casa, ou deixadas à sua própria sorte na busca de assistência de um hospital para outro. A educação da população sobre o reconhecimento da síndrome isquêmica aguda e ação frente a ela deve ser associada à melhora da qualidade de resposta de nossos serviços médicos de emergência pré e intra-hospitalar¹.

Os meios de transporte utilizados pelos homens e pelas mulheres foram completamente inadequados, e esse diagnóstico deve ser considerado relevante como estratégia de sensibilização para um sério problema de saúde pública que precisa ser corrigido. Os resultados desta pesquisa mostraram que a maioria do infartos ocorreu no domicílio, seguida das vias públicas, e que a maioria dos participantes vivia em companhia de alguém. Portanto, vários grupos comunitários (indivíduos que trabalham em empresas, escolas, familiares de pessoas sob maior risco, etc.) devem receber cobertura especial dos programas educativos, focalizando o cuidado precoce ao "ataque cardíaco", bem como as ações pedagógicas

devem ser compatíveis com suas possibilidades de aprendizagem. Os programas de capacitação devem incluir, além de conhecimentos para o manejo dos pacientes nos primeiros minutos do IAM, a elaboração conjunta de um plano de ação emergencial em casa e no trabalho. Esse plano deve enfatizar desde o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas até o conhecimento do número de telefone correto do serviço de emergência médica na cidade, da localização do hospital mais próximo com serviço de emergência 24 horas, com recursos para atender o doente¹⁵. Mas, se é necessário planejar, implementar e avaliar estratégias de educação à saúde nesse sentido, também é verdade que a população precisa contar com um sistema de atendimento pré-hospitalar eficaz e eficiente. Em nosso país, um serviço médico de emergência com infraestrutura capaz de responder com eficácia e eficiência às necessidades de atendimento da população deve ser de responsabilidade pública e seus processos de trabalho e protocolos de atendimento submetidos a constantes avaliações por órgãos de natureza técnica e científica, como as Sociedades de Especialidades Médicas e comitês de avaliação da qualidade e acreditação. Profissionais de saúde, além de estarem capacitados para o suporte básico e avançado de vida diante dos sinais e sintomas prodromáticos do IAM, devem trabalhar juntos para ajudar a reduzir o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a iniciativa de procurar socorro.

CONCLUSÃO

Os achados desse estudo revelam os entraves de acesso de homens e mulheres que sofreram IAM aos serviços hospitalares relacionados à falta de estrutura dos serviços de atendimento e a dificuldades para o diagnóstico do IAM. O sistema de saúde não parece preparado para atendê-los. Outras dificuldades foram associadas a escolha de meios de transportes e locais de atendimento inadequados pelos participantes. Estes achados convidam à reflexão sobre a importância e os alvos dos programas de educação para saúde e a qualidade da assistência ao infarto. São imprescindíveis investimentos por parte das autoridades públicas visando estruturar adequadamente o serviço médico de emergência pré e intra-hospitalar. A capacitação profissional e comunitária constante frente aos fatores envolvidos é também essencial para que possamos atingir o desafio de reduzir a mortalidade e morbidade por IAM.

Conflito de interesse: não há

SUMMARY

IMPEDIMENTS IN THE ACCESS TO MEDICAL CARE: EXPERIENCES OF PEOPLE WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

OBJECTIVE. To analyze the course followed by men and women who suffered an acute myocardial infarction until they received medical care. Knowledge of this course may be useful for making decisions that will lead to early and efficient care in the first minutes following the onset of symptoms, thereby reducing morbidity and mortality.

METHODS. Forty-three women and 54 men who suffered a painful infarction were interviewed. Data were submitted to content analysis and statistical inference.

RESULTS. The median age of men was 55.3 years and, for women of 61.5. Low education, professional inactivity and infarction taking place at home prevailed for both genders. Men had a higher family income ($p=0.005$) and were less likely to be living alone ($p=0.001$). Only 7.0% of the women made use of an ambulance. Two-thirds of the sample went directly to a hospital, but only 33% were admitted. Thus, 67.0% of the subjects wandered from place to place for up to 5 different locations before they were hospitalized. Lack of resources, denied care and being sent home by a physician were the main reasons for not being hospitalized. The place chosen for care, number of visits before hospitalization and medical attention were not gender-associated ($p=NS$).

CONCLUSION. Men and women requiring immediate care were faced with inadequate transportation and health care establishments. The health system does not appear to be equipped to provide proper care. These findings focus on the importance and the targets of health education programs and the quality of care given to infarction patients. [Rev Assoc Med Bras 2007; 53(3): 234-9]

KEY WORDS: Myocardial infarction. Quality management. Education. Medical assistance. Nursing care.

REFERÊNCIAS

1. Timmerman 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.
2. Ministério da Saúde. Indicadores de Saúde. Datasus. 2002. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm#IndicSaude>.
3. Potsch AA, Bassan R. O atendimento e o tratamento pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio. In: Timmerman A, Feitosa GS, editores. Síndromes coronárias agudas. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003. p.231-42.
4. American Heart Association (AHA). Suporte básico de vida para profissionais de saúde. Buenos Aires: Waverly Hispanica; 2002.
5. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomized Trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17, 187 cases of suspect acute myocardial infarction: ISIS-2. Lancet. 1988;2:349-60.
6. Gibson CM, Murphy SA, Rizzo MJ, Ryan KA, Marble SJ, McCabe CH, et al. Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) Study Group. Relationship between TIMI frame count and clinical outcomes after thrombolytic administration. Circulation. 1999; 99:1945-50.
7. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell' Infarto Miocardico (GISSI). Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. Lancet. 1986;1:397-402.
8. Brouer Ma, Martin JS, Maynard C, Wirkus M, Litwig PE, Verheugt FW, et al. MITI project investigators. Influence of early prehospital thrombolysis on mortality and event-free survival (the Myocardial Infarction triage and Intervention {MITI} Randomized Trial. Am J Cardiol. 1996;78:497-502.
9. Bahr RD. Access to early cardiac care: chest pain as a risk factor for heart attacks, and the emergence of early cardiac care centers. Maryland Med J. 1992;42:133-8.
10. Bahr RD. Reawakening awareness of the importance of prodromal symptoms in the shifting paradigm to early heart attack care. Clinician. 1996;14:7-9.
11. Mussi FC, Passos LCS, Menezes AA, Caramelli B. Poor recognition of symptoms and Access to medical care in women with myocardial infarction. Int J Cardiol. 2006.doi:10.1016/j.ijcard.2006.03.042.
12. Keireiakos DJ, Gilber WB, Martin LH, Pieper KS, Anderson LC. Relative importance of emergency medical system transport and the pre-hospital electrocardiogram on reducing hospital time delay to therapy for acute myocardial infarction: a preliminary report from Cincinnati Heart Project. Am Heart J. 1992;123:835-40.
13. Pre hospital thrombolytic therapy in patients with suspected acute myocardial infarction. (The Emip Group) N Engl J Med. 1993;329:383-9.
14. Glaser BG. Theoretical sensitivity. California: Sociology Press; 1978.
15. Mussi, FC. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. Rev Latinoam Enfermagem. 2004;12:751-59.

Artigo recebido: 07/08/06
 Aceito para publicação: 02/01/07
