

Acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia

Access of patients with myocardial infarction to cardiology reference hospitals

Andreia Santos Mendes¹

Virgínia Ramos dos Santos Souza Reis²

Tânia Maria de Oliva Menezes¹

Carlos Antonio de Souza Teles Santos³

Fernanda Carneiro Mussi¹

Descritores

Enfermagem em saúde pública; Educação em enfermagem; Infarto do miocárdio; Serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Necessidades e demandas dos serviços de saúde

Keywords

Public health nursing; Education, nursing; Myocardial infarction; Health services; Access to health services; Health services needs and demand

Submetido

18 de Agosto de 2014

Aceito

26 de Agosto de 2014

Autor correspondente

Fernanda Carneiro Mussi
Av. Doutor Augusto Viana Filho, SN,
Salvador, BA, Brasil. CEP: 40110-060
femussi@uol.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400083>

Resumo

Objetivo: Caracterizar o acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia.

Métodos: Estudo transversal, realizado em dois hospitais referência em cardiologia. A amostra de 100 usuários, com diagnóstico de infarto, foi entrevistada empregando-se instrumento específico. Na análise utilizou-se médias, desvio padrão e percentuais.

Resultados: Predominaram homens, raça negra; casados; baixo nível socioeconômico, idade média de 56,4 anos. Prevalceu início dos sintomas no domicílio, uso de meios de deslocamento inadequados, procura de serviço de emergência como primeiro local de atendimento, admissão nos hospitais referência em cardiologia até o terceiro atendimento. Dos 67 usuários com infarto com supradesnível do segmento ST, 12% receberam terapias de reperfusão miocárdica. A insuficiência de recursos foi a principal razão para a peregrinação na rede de saúde.

Conclusão: Constatou-se uso de meios de transporte inapropriados, baixa proporção de reperfusão miocárdica e falta de estrutura da rede para atendimento ao infarto.

Abstract

Objectives: Characterize the access of patients with myocardial infarction to cardiology reference hospitals.

Methods: Cross-sectional study conducted in two cardiology reference hospitals. A sample of 100 patients, with a diagnosis of myocardial infarction, was interviewed employing a specific instrument. Mean, standard deviation and percentage values were used in the analysis.

Results: Male subjects; black skin; married; low socioeconomic status and mean age of 56.4 years predominated. The onset of symptoms at home, use of inadequate means of transportation, emergency service as the first place sought for assistance; and admission to cardiology reference hospitals up to the third medical assistance prevailed. Of the 67 patients with myocardial infarction with ST segment elevation, 12% received reperfusion therapies. The lack of resources was the main reason for the pilgrimage within the healthcare system.

Conclusion: Use of inappropriate means of transportation, low proportion of myocardial reperfusion, and lack of structure of the healthcare network to deliver care related to the infarct was observed.

¹Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

³Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

As doenças cardiovasculares ainda lideram como as principais causas de morte e incapacidades no Brasil e no mundo. A cada ano, ocorrem 17,3 milhões de mortes por essas doenças, estimando-se que 40% dos óbitos estarão a elas relacionados em 2020.⁽¹⁾ No Brasil, no ano de 2010, ocorreram 326.345 mortes por doenças cardiovasculares, e desse total, 79.662 foram por infarto do miocárdio.⁽²⁾

O infarto do miocárdio representa mais de 80% dos casos de doença isquêmica do coração e é a mais letal,⁽³⁾ sendo considerado a mais significativa doença cardiovascular. Um dos fatores que contribuem para a diminuição da mortalidade por infarto é o rápido atendimento, visto que a maioria das mortes ocorre na primeira hora após o início dos sintomas.^(4,5)

O sucesso do tratamento está associado à instituição precoce das terapias de reperfusão coronária química ou mecânica.⁽⁵⁾ Comprovadamente, essas terapias modificam a evolução do quadro clínico, no entanto, a sua efetividade é tempo-dependente,⁽⁵⁾ isto é, quanto mais precoce a sua inicialização maior o benefício terapêutico.

Apesar do sistema de saúde brasileiro ser dito universal pode não garantir ao usuário com infarto acesso ao atendimento adequado. A dificuldade de acesso a serviços de saúde de maior nível de complexidade tem sido identificada como um dos fatores para fragmentação do cuidado à saúde.⁽⁶⁾ As deficiências na oferta e organização dos serviços do Sistema Único de Saúde expõem os indivíduos a difícil peregrinação em busca de atenção à saúde. Nessa busca, retrata-se a passagem de usuários com infarto por inúmeros serviços de saúde, implicando em maior tempo para obtenção de atendimento efetivo,⁽⁷⁾ maior risco de morbidade e mortalidade e elevação dos custos do tratamento para os indivíduos e a sociedade.

Nesse sentido, é necessário conhecer como se apresenta o acesso de usuários com infarto do miocárdio aos serviços de saúde pública visando subsidiar medidas que otimizem o tratamento especializado. O acesso a esses serviços pode se configurar de modo diferente, em razão das especificidades da rede de atenção à saúde em diferentes países ou re-

giões, e pouco se conhece sobre o mesmo na literatura nacional.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo caracterizar o acesso de usuários com infarto do miocárdio a hospitais referência em cardiologia.

Métodos

Trata-se de estudo de corte transversal, realizado em dois hospitais referência em cardiologia, no município de Salvador, estado da Bahia, região nordeste do Brasil. Uma instituição é filantrópica e admite pessoas para tratamento por meio de convênios particulares e pelo Sistema Único de Saúde e a outra é pública e admite pessoas por meio do Sistema de Regulação Público do estado da Bahia.

Para o cálculo do tamanho da amostra (n) de 100 indivíduos, tomou-se como parâmetro a prevalência estimada para o infarto do miocárdio de 99/100.000 adultos em Salvador/BA.⁽⁸⁾ Foram também considerados no cálculo da amostra os seguintes parâmetros:

$$n = \frac{NP(1-P)}{(N-1)D + P(1-P)} \quad \text{onde, } D = \frac{B^2}{Z_{\alpha/2}} \quad \text{e } B = 1 - aP$$

N - número total da população assumida durante o período da coleta de dados = 1.000; P - proporção dentro da população estudada = 0,099; n - tamanho da amostra; a - nível de significância; (1 - a) 100 - grau de confiança; B - erro máximo estimado desejado; $Z_{\alpha/2} = 1,96$; $1 - a = 0,95$, $B = 0,04$ ou 4%.

Os critérios de inclusão foram diagnóstico médico de Infarto do Miocárdio com ou sem supradesnível do segmento ST, indivíduos com no mínimo 24 horas e no máximo 20 dias de internação, orientados no tempo e no espaço e sem restrições médicas para a entrevista.

O instrumento de coleta de dados foi constituído por três partes com questões estruturadas. A parte I, Dados de caracterização sociodemográfica, visou levantar dados sobre o local de internamento, idade, sexo, raça/cor autodeclarada, escolaridade, estado civil, condição laboral, renda familiar mensal, mo-

radores do domicílio, número de dependentes, local de residência e posse de convênio de saúde. A parte II, Dados de caracterização clínica, visou levantar o tipo de infarto, a realização de reperfusão miocárdica e manifestações clínicas do infarto. A parte III, Caracterização do acesso aos serviços de saúde, levantou informações sobre o local, a data e o horário do início dos sintomas, o meio de transporte utilizado, o tipo e o número de serviços de saúde percorridos até a admissão nos hospitais referência em cardiologia, as condutas dos profissionais de saúde no primeiro local de atendimento e o conhecimento dos participantes sobre o serviço de saúde que deveria ser procurado.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista realizada em unidades de internação, unidade coronariana e unidade de cuidados semi-intensivos. Após a identificação dos indivíduos no livro de registro e prontuário, foram selecionados àqueles que atendiam aos critérios de inclusão e que estavam livres de exames e/ou possíveis procedimentos por uma hora. Todos os dados foram obtidos por meio da entrevista, exceto o diagnóstico médico que foi consultado no prontuário e confirmado com o médico assistente, assim como, a data e hora de internamento nos hospitais de estudo e o registro de reperfusão miocárdica.

Os dados foram processados no programa estatístico Stata versão 11.0. Na análise empregou-se médias, desvio padrão e percentuais. Os dados foram apresentados em tabelas.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

Dos 100 indivíduos que sofreram infarto, 71 eram homens, com média de idade de 58,7 anos (dp 11,1) e 29 eram mulheres, com média de idade de 59,0 anos (dp 12,1). A maioria estava na faixa etária <60 anos (56%). Predominaram procedência de Salvador e Região Metropolitana (73%), raça/cor negra (71%), casado(a)s/união estável (75%), baixa escolaridade (56% cursaram até 1º grau e 13% eram analfabetos), renda

familiar mensal de até 3 salários mínimos (63%), número de até 3 dependentes dessa renda (58%), condição laboral ativa (67% eram economicamente ativos, ou seja, empregado(a), autônomo(a)s ou aposentado(a)s com atividade). A maioria vivia na companhia de alguém, em maior proporção com companheiro(a) (69%) e filho(a)/enteado(a) (65%).

Maior proporção de indivíduos apresentou infarto com supradesnível do segmento ST (67,0%). Desses, 88% não tinham registro em prontuário de reperfusão miocárdica. A sintomatologia predominante foi a dor na região torácica (81%), seguida por sudorese (66%) e desconforto respiratório (47%). Predominou a descrição de dor torácica em aperto (45%), seguida de queimação (36%), com duração maior que 15 min (96%) e do tipo intensa (83%). Dos 89% dos indivíduos que informaram a frequência da dor, 74,2% a caracterizaram como constante/ininterrupta.

Caracterização do acesso dos participantes ao primeiro serviço de saúde

A maioria (76%) dos participantes estava no domicílio quando os sintomas do infarto começaram, seguidos daqueles em via pública (18%) (Tabela 1).

Predominou o uso de automóvel particular/de conhecidos ou o táxi (70%) para chegar ao serviço de saúde. Acionaram o serviço de ambulância 11% dos participantes, e destes 3% recorreram a ambulância comum e 8% acionaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Tabela 1).

Quanto ao tipo de serviço de saúde procurado para o primeiro atendimento, 89% procuraram um serviço de urgência e emergência. Apesar da maioria ter procurado um serviço adequado, 77% referiram não saber qual serviço é indicado para tratamento do infarto (Tabela 1).

No momento de ocorrência do evento cardiovascular, 76% estavam em Salvador e Região Metropolitana. Para esses, buscou-se identificar a existência de unidade de emergência no distrito sanitário do bairro de residência/estadia, não sendo possível obter essa informação para três homens. Desse modo, observou-se que 84,9% dos 73 participantes estavam em bairros de Salvador que ofereciam cobertura de atendimento. Sabendo-se que 73 participantes dispunham de uma unidade de emergência no

Tabela 1. Caracterização do acesso dos participantes ao primeiro serviço de saúde procurado após o início dos sintomas do infarto

Características relacionadas ao acesso dos participantes	n(%)
Local do início dos sintomas (n=99)*	
Casa	76(76,8)
Via pública	18(18,2)
Trabalho	5(5,1)
Meio de deslocamento (n=99)*	
Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel/ Ambulância comum	11(11,1)
Automóvel/Táxi/Motocicleta	72(72,7)
Ônibus/Caminhando	16(16,2)
Tipo de serviço de saúde procurado como primeiro local de atendimento	
Serviço com atendimento de urgência e emergência**	89(89,0)
Serviço sem atendimento de urgência e emergência***	11(11,0)
Referiu saber onde procurar atendimento	
Sim	23(23,0)
Não	77(77,0)
Existência de unidade de pronto atendimento ou emergência no distrito sanitário do bairro de residência/estadia em Salvador (n=73)****	
Sim	62(84,9)
Não	11(15,1)
Procura de serviço de saúde do distrito sanitário do bairro de residência/estadia em Salvador (n=50)*****	
Sim	39(78,0)
Não	11(22,0)
Conduta dos profissionais de saúde no primeiro local procurado para atendimento	
Condutas esperadas	82(82,0)
Condutas não esperadas	18(18,0)

*Uma mulher estava em um serviço de saúde realizando exames quando os sintomas do infarto iniciaram. **Hospital porta aberta/ Hospital referência em cardiologia/ Unidade de Pronto Atendimento/ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/***Serviço Ambulatorial/ Unidade Básica de Saúde. ****Para usuários que estavam em Salvador e Região Metropolitana no momento do início dos sintomas; *****Para usuários que estavam em Salvador, Região Metropolitana e no domicílio no momento do início dos sintomas

seu distrito sanitário, buscou-se identificar aqueles que estavam no domicílio quando os sintomas iniciaram. Dos 50 participantes no domicílio, 78,0% procuraram algum serviço de saúde pertencente ao seu distrito (Tabela 1).

Em relação às condutas dos profissionais de saúde no primeiro serviço de saúde procurado, verificou-se que para 82% dos participantes as condutas foram esperadas (atendidos e admitidos ou atendidos, admitidos e transferidos). Destaca-se que 18% foram vítimas de condutas não esperadas como negação de atendimento (6%), atendimento e orientação para procura de outro serviço (6%), atendimento e posterior alta do serviço (4%), atendimento e orientação para procura de um cardiologista (2%), (Tabela 1).

Caracterização do acesso dos participantes aos hospitais referência em cardiologia após a procura do primeiro serviço de saúde

Na rede de saúde pública em Salvador/BA e Região Metropolitana, o acesso dos usuários aos hospitais referência em cardiologia não se dá de modo direto, mas mediante a central de regulação. Desse modo,

os participantes passaram obrigatoriamente por pelo menos um serviço de saúde antes da admissão nesses hospitais.

Verificou-se que passaram, em média, por 1,6 (dp 0,9) serviços até a admissão nos hospitais referência em cardiologia, a qual ocorreu para a maioria no segundo atendimento (60,6%) e no terceiro atendimento (29,3%).

Na tabela 2 estão apresentados os vários tipos de serviços de saúde procurados pelos participantes até admissão nos hospitais referência em cardiologia. Com exceção de um participante admitido no primeiro atendimento, os demais tiveram que recorrer a outros atendimentos até a admissão nos lócus de estudo. A maioria procurou serviços de emergência para o primeiro atendimento, mas 11 dirigiram-se a ambulatorios ou unidades básicas de saúde.

A tabela 3 mostra as condutas dos profissionais de saúde para os 99 participantes que tiveram pelo menos um atendimento antes da admissão nos hospitais referência em cardiologia. Nos 156 atendimentos recebidos, identificou-se que em 80,1% a conduta foi “atendimento, admissão e posterior transferência”, sobretudo em hospitais

Tabela 2. Tipos de serviços de saúde procurados segundo a ordem de atendimentos recebidos até a admissão nos hospitais referência em cardiologia

Tipo de serviço de saúde	Número de serviços de saúde procurados						
	Primeiro n=100)	Segundo n=99	Terceiro n=39	Quarto n=10	Quinto n=5	Sexto n=2	Sétimo n=1
Hospital	41	22	9	4	2	1	-
Unidade de Pronto Atendimento	39	12	1	1	-	-	-
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	8	1	-	-	-	-	-
Serviço Ambulatorial	7	4	-	-	-	-	-
Unidade Básica de Saúde	4	-	-	-	-	-	-
Admissão nos hospitais referência em cardiologia*	1	60	29	5	3	1	1
Total	100	99	39	10	5	2	1

*Número de participantes admitidos nos hospitais de referência em cardiologia de acordo com o número de serviços de saúde visitados.

Tabela 3. Condutas dos profissionais de saúde distribuídas pelo tipo de serviço de saúde procurado

Condutas dos profissionais de saúde	Hospital	Unidade de Pronto Atendimento	SAMU*	Unidade Básica de Saúde	Serviço ambulatorial	Hospital Referência em Cardiologia	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Atendimento, admissão e posterior transferência	61(78,2)	51(96,2)	9(100,0)	2(50,0)	2(18,2)	-	125(80,1)
Atendimento e orientação para procura de outro serviço	5(6,4)	-	-	1(25,0)	7(63,6)	-	13(8,3)
Negação de atendimento	7(9,0)	1(1,9)	-	1(25,0)	1(9,1)	1(100,0)	11(7,1)
Atendimento e posterior alta do serviço	4(5,1)	1(1,9)	-	-	-	-	5(3,2)
Atendimento e orientação para procura de cardiologista	1(1,3)	-	-	-	1(9,1)	-	2(1,3)
Total	78(100,0)	53(100,0)	9(100,0)	4(100,0)	11(100,0)	1(100,0)	156(100,0)

*Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

e unidades de pronto atendimento. No entanto, constatou-se condutas não esperadas em 19,9%, tanto em serviços de menor como de maior complexidade. Tais condutas foram descritas pelos participantes como atendimento com orientação para procura de outro serviço, negação do atendimento, atendimento seguido de alta ou de orientação para procura de cardiologista.

Os 99 participantes que passaram por mais de um atendimento referiram 156 motivos para a ida a outro serviço de saúde, como insuficiência de recursos (141 - 90,4%), seguido de negação de atendimento (7 - 4,5%), alta após atendimento (5 - 3,2%) e orientação para procura de outro serviço (3 - 1,9%). Salienta-se que das 141 vezes em que a insuficiência de recursos foi mencionada, na maioria das vezes, os participantes não souberam informar o tipo de recurso indisponível (107 - 75,9%). Quando mencionados predominaram a impossibilidade de realização de cateterismo e angioplastia transluminal percutânea (23 - 16,3%), de atendimento de emergência (2,8%) e de realização de eletrocardiograma (2 - 1,4%). Destacaram, ainda, a superlotação

do serviço (3 - 2,1%) e a ausência de médico/cardiologista (2 - 1,4%).

Discussão

Os limites dos resultados deste estudo estão relacionados ao método transversal que não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito. O estudo contribuiu para maior conhecimento do acesso de usuários com infarto do miocárdio aos serviços públicos de saúde, na amostra estudada. Os resultados obtidos são relevantes para nortear as ações dos gestores e profissionais de saúde, visto que evidenciam lacunas existentes para o atendimento do usuário com infarto na rede de atenção à saúde.

Constatou-se predomínio do sexo masculino, conforme observado também em outras pesquisas nacionais^(1,9) e da faixa etária menor que 60 anos, notando-se que as mulheres desenvolveram infarto com idade precoce, ao considerar-se a presença de doença arterial coronária precoce em mulheres com idade ≤ 65 anos e em homens ≤ 55 anos.⁽¹⁰⁾ O estado civil predominante foi casado/com companheiro(a), como constatado em outros estudos.^(9,11)

Os participantes apresentaram características socioeconômicas semelhantes, expressas pela dependência do Sistema Único de Saúde e pelo baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar. Ainda, um terço era inativo profissionalmente, em razão de desemprego ou aposentadoria. Tais achados evidenciam condições socioeconômicas deficitárias, as quais estão associadas a um risco aumentado de morte por doenças cardiovasculares.⁽¹²⁾

Os participantes declararam-se majoritariamente de cor negra, quesito determinante para elevado risco de evento cardiovascular.⁽¹³⁾

A maioria dos participantes apresentaram um quadro clínico típico de infarto em razão da natureza e das características da dor torácica⁽⁵⁾ e estavam no domicílio quando os sintomas começaram. No espaço do lar, pessoas circundantes como familiares e amigos tem papel fundamental na otimização da chegada do indivíduo a um serviço de saúde, seja pelo reconhecimento da gravidade da situação ou quando acionados pelas vítimas. Para tal, a comunidade em geral precisa estar capacitada, sobretudo, para o reconhecimento do evento cardiovascular e para o acionamento de um serviço médico de emergência.

A maioria dos participantes utilizou transportes inadequados para ir ao serviço de saúde. Baixo percentual acionou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, embora seja recomendado por ser equipado com recursos humanos e materiais para o primeiro atendimento.⁽¹⁴⁾ Outros estudos nacionais^(9,15) também constataram baixo acionamento desse serviço, demonstrando que essa situação ainda persiste na população. O seu baixo acionamento pode refletir a falta de conhecimento ou valorização da sua importância pelos participantes ou indicar experiências negativas da sua atuação no município em estudo. Sobre isso, estudos apontam problemas no tempo-resposta desse serviço em cidades brasileiras.^(16,17)

Para o primeiro atendimento, a maioria dos participantes dirigiu-se a um serviço de urgência e emergência. Todavia, a maioria referiu não saber aonde procurar atendimento no momento do evento cardiovascular. O desconforto provocado pelos sintomas do infarto e a possível gravidade associada

aos mesmos pode ter contribuído para busca desse tipo de serviço.

Os participantes que dispunham de uma unidade de emergência no distrito sanitário de residência/estadia e estavam no domicílio quando os sintomas iniciaram, procuraram um serviço do seu distrito, o que é esperado na rede de atendimento ao infarto em Salvador/BA, quando o serviço dispõe de atendimento de emergência. É importante que os usuários sejam orientados sobre o serviço adequado para atender a sua condição clínica e sobre a sua localização visando o atendimento precoce. Assim, a divulgação para a comunidade dos serviços de emergência próximos à região de moradia e local de trabalho, faz-se necessária. Tais informações podem ser oferecidas pela(o) enfermeira(o) em diversos cenários de atuação, como na atenção básica em programas de acompanhamento como o HIPERDIA, considerando que a diabetes e a hipertensão são fatores de risco cardiovasculares,⁽¹⁵⁾ e nas atividades de educação em saúde no domicílio e na comunidade. Devem também ser oferecidas às pessoas, com doença cardiovascular ou com risco potencial para evento cardiovascular, hospitalizadas ou em acompanhamento ambulatorial, bem como, aos seus familiares.

Embora se tenha constatado maior proporção de indivíduos que referiram recebimento de condutas profissionais esperadas no primeiro local procurado para atendimento, uma parcela foi vítima de condutas inapropriadas, as quais expressaram a falta de estrutura das instituições e a dificuldade do manejo clínico dos profissionais de saúde face ao infarto.

A maioria dos participantes sofreu o infarto com supradesnivelamento do segmento ST similar a proporção registrada por Ferreira et al. (2009).⁽¹⁸⁾ Entre aqueles com este tipo de infarto, apenas 12% foram reperfundidos. Embora alguns possam não ter atendido aos critérios para a reperfusão miocárdica, esses achados evidenciaram a exposição a maior risco de morte e complicações e reiteraram a necessidade de otimização e qualificação do atendimento ao infarto. Na literatura há registros de baixa prevalência de reperfusão miocárdica em cidades brasileiras.^(1,19) Em Salvador/BA, apesar da criação da rede para o cuidado ao infarto, Solla et al. (2013)⁽²⁰⁾ constataram que dos 287 indivíduos

com infarto com supradesnivelamento do segmento ST, apenas 90 foram submetidos à terapias de reperfusão miocárdica.

Assim, apesar dos avanços sobre o conhecimento do tratamento da doença, ainda é necessário qualificar e preparar profissionais de saúde para diagnosticá-la e tratá-la⁽¹⁹⁾ e melhorar as estruturas dos serviços de saúde pública para implementação precoce das terapêuticas de reperfusão.

Os participantes passaram, em média, por 1,6 serviços de saúde até a admissão nos hospitais referência em cardiologia, sendo admitidos, em sua maioria, no segundo atendimento. Já era de se esperar que a admissão não ocorresse no primeiro atendimento, pois esses hospitais só recebem pessoas referenciadas. Todavia, a passagem por dois ou mais atendimentos antes da admissão não era esperado. Os resultados de pesquisa mostraram que o número de atendimentos prévios ao internamento se associou a retardos significativos para o atendimento especializado. A necessidade de peregrinação dos participantes por vários serviços de saúde e a constatação de condutas inapropriadas os expôs a riscos de morbidade e mortalidade e evidenciou a deficiência na rede de saúde municipal.⁽²¹⁾

A falta de estrutura dos serviços de saúde no município ficou explícita pela insuficiência de recursos nas primeiras instituições procuradas. Ressaltamos que a falta de estrutura já foi constatada no período de dezembro de 2003 a junho de 2004, evidenciando que as condições para o atendimento precoce às síndromes coronarianas agudas parecem não ter sofrido alterações significativas.⁽²¹⁾

Pessoas com infarto precisam contar com uma rede de serviços de saúde preparada para atendê-las.⁽²²⁾ Reside aí a importância de políticas públicas voltadas para a organização da rede de atendimento de saúde com recursos materiais, equipamentos e recursos humanos capacitados. Contudo, é válido destacar que o sucesso do atendimento não depende exclusivamente da criação de redes de cuidados ao infarto, mas também, do comprometimento e da qualidade técnico científica dos profissionais de saúde e da conscientização dos próprios indivíduos e das pessoas circundantes em procurar precocemente por um serviço de emergência.

Conclusão

Constatou-se para os indivíduos com infarto predominio do uso de meios de deslocamento inadequados, da procura de serviços de saúde de urgência e emergência, do recebimento da conduta atendimento, admissão e posterior transferência. Baixa proporção de indivíduos com infarto com supradesnivelamento do segmento ST foram submetidos à reperfusão miocárdica. A admissão nos hospitais referência em cardiologia ocorreu, sobretudo, no segundo atendimento conforme era esperado, todavia, uma parcela significativa precisou recorrer ao terceiro atendimento em razão, principalmente, da insuficiência de recursos nos primeiros serviços procurados.

Agradecimentos

O presente trabalho é integrante do projeto matriz intitulado “Retardo pré-hospitalar face ao infarto do miocárdio: diferenças de gênero” financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) - processo nº APP 121/2009 e coordenado pela Profa. Fernanda Carneiro Mussi.

Colaborações

Mendes AS; Reis VRSS e Mussi FC contribuíram na concepção e desenvolvimento das etapas do estudo, redação do artigo, adequação às normas da revista e aprovação da versão final a ser publicada. Menezes TMO contribuiu na análise dos dados e aprovação da versão final a ser publicada. Santos CAST colaborou na concepção, análise e interpretação dos dados.

Referências

1. Soares JS, Souza NR, Nogueira FJ, Cunha CC, Ribeiro GS, Peixoto RS, et al. [Treatment of a cohort of patients with acute myocardial infarction and ST-segment elevation]. *Arq Bras Cardiol.* 2009; 92(6):464-71.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores de Saúde. [Internet]. [citado 2013 Fev 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
3. Acosta González M, Hernandez Valdés E, Nadal Tur B, Castellano Almeida, Herrera Giró ML. Evaluación de las acciones de enfermería en el tiempo puerta aguja en pacientes con tratamiento trombolítico. *Rev Cubana Enferm.* 2011; 27(1):79-87.

4. Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. [Experiences of women in face of pain from acute myocardial infarction]. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(2):170-8. Portuguese.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6 Supl 2): e179 - e264.
6. Silva SF. [The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health System]. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6):2753-62. Portuguese.
7. Mussi FC, Mendes AS, Queiroz TL de, Costa AL, Pereira A, Caramelli B. [Pre-hospital delay in acute myocardial infarction: judgement of symptoms and resistance to pain]. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(1):63-9. Portuguese.
8. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Rev Soc Cardiol. Estado de São Paulo*. 1999; 9(4):509-18.
9. Sampaio ES, Mendes AS, Guimarães AC, Mussi FC. Percepção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. *Cienc Cuid Saúde*. 2012; 11(4):687-96.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95 (1 Supl 1):1-5.
11. Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM. [Time of arrival of patients with acute myocardial infarction to the emergency department]. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2012; 27(3):411-8. Portuguese.
12. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MA, Ridão EG. [Prevalence of risk factors for cardiovascular diseases among people with hypertension enrolled in a family health unit]. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2009; 31(1):7-82. Portuguese.
13. Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Filho NA, Aquino E, Costa MC. [Clustering of modifiable cardiovascular risk factors in adults living in Salvador (BA), Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16(2):131-7. Portuguese.
14. Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009; 8(1):26-33.
15. Figueiredo AE, Siebel AL, Luce DC, Schneider I. Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Rev Enferm UFSM*. 2013; 3(1): 93-101.
16. Moraes DA, Carvalho DV, Timerman S, Gonzalez MM. [Out-of-hospital cardiac arrest: cases assisted by the mobile emergency service of Belo Horizonte]. *Rev Bras Clin Med*. 2009; 7(4):211-8. Portuguese.
17. Silva NC, Nogueira LT. [Evaluation of operational indicators in a mobile emergency care service]. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(3):471-7. Portuguese.
18. Ferreira GM, Correia LC, Reis H, Filho CB, Freitas F, Ferreira GM, et al. Maior letalidade e morbidade por infarto agudo do miocárdio em Hospital Público, em Feira de Santana - Bahia. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(2):97-104.
19. Coelho LM, Resende ES. [Profile of patients with myocardial infarction in a university hospital]. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(3):323-8. Portuguese.
20. Solla DJ, Paiva Filho I de M, Delisie JE, Braga AA, Moura JB, Moraes Xd Jr, et al. [Integrated regional networks for ST-segment-elevation myocardial infarction care in developing countries: the experience of Salvador, Bahia, Brazil]. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013; 6(1): 9-17. Portuguese.
21. Mussi FC, Passos LCS, Menezes AA de, Caramelli B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(2):184-9.
22. Kushner FG, Hand M, Smith SC Jr, King SB 3rd, Anderson JL, Antman EM, Bailey SR, Bates ER, Blankenship JC, Casey DE Jr, Green LA, Hochman JS, Jacobs AK, Krumholz HM, Morrison DA, Ornato JP, Pearle DL, Peterson ED, Sloan MA, Whitlow PL, Williams DO. 2009 focused updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update) a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2009 ;54(23):2205-41. Review. Erratum in: *J Am Coll Cardiol*. 2009 Dec 15;54(25):2464. *J Am Coll Cardiol*. 2010 Feb 9;55(6):612. Dosage error in article text.