



Acesso aos serviços públicos de saúde por pessoas acometidas por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil

Access to Public Health Services by People with Acute Myocardial Infarction in Brazil

Acceso a los servicios públicos de salud por parte de las personas afectadas por Infarto Agudo de Miocardio en Brasil

Lairton Batista de Oliveira¹, Mayara Kelle Rodrigues de Carvalho¹, Gisele Viana de Moura¹, Alline Arielle Pereira de Almeida¹, Naira Figueiredo Aguiar¹, Samara Maria Moura Teixeira Sousa¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar estudos que evidenciam facilidades e/ou dificuldades no acesso aos serviços públicos por pessoas com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). **Métodos:** Revisão integrativa, com abordagem exploratória, onde utilizou-se a estratégia PICO, sendo: P – Infarto Agudo do Miocárdio; I – Acesso aos serviços de saúde; Co – Sistema Único de Saúde. As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS e MEDLINE via Biblioteca Virtual em Saúde, e SCIELO. O levantamento bibliográfico foi realizado de abril a junho de 2022. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2017 e 2022, disponíveis na íntegra no idioma português, inglês ou espanhol. Excluiu-se literatura cinzenta, artigos duplicados e os que não respondiam à questão norteadora. **Resultados:** 08 artigos compuseram a amostra final, predominando publicações de 2019. As principais dificuldades visualizadas foram o tempo retardado para início de tratamento e a falta de qualificação profissional para identificação precoce do IAM, como facilitadores houve a implantação do SAMU e da rede SUPRA. **Considerações finais:** O acesso aos serviços públicos de saúde por pacientes acometidos por IAM ainda está aquém do que deveria, embora existam políticas voltadas para tal agravamento foi evidenciado a necessidade de mais investimento em políticas facilitadoras de acesso aos serviços.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio, Acesso aos Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze studies that show facilities and/or difficulties in access to public services by people with Acute Myocardial Infarction (AMI). **Methods:** Integrative review, with exploratory approach, where the PICO strategy was used, being: P - Acute Myocardial Infarction; I - Access to health services; Co - Unified Health System. The searches were carried out in the LILACS and MEDLINE databases via the Virtual Health Library and SCIELO. The literature search was carried out from April to June 2022. Inclusion criteria were articles published between 2017 and 2022, available in full in Portuguese, English or Spanish. Gray literature, duplicate articles, and those that did not answer the guiding question were excluded. **Results:** 08 articles comprised the final sample, predominantly publications from 2019. The main difficulties visualized

¹ Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU/UFPI), Teresina - PI.

were the delayed time to start treatment and the lack of professional qualification for early identification of AMI; as facilitators there was the implementation of SAMU and the SUPRA network. **Final considerations:** Access to public health services by patients with AMI is still below what it should be, although there are policies aimed at this grievance, it was shown the need for more investment in policies that facilitate access to services.

Keywords: Myocardial Infarction, Health Services Accessibility, Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: Analizar estudios que muestren facilidades y/o dificultades en el acceso a los servicios públicos por parte de personas con Infarto Agudo del Miocardio (IAM). **Métodos:** Revisión integrativa, con abordaje exploratorio, donde fue utilizada la estrategia PICO, siendo: P - Infarto Agudo del Miocardio; I - Acceso a servicios de salud; Co - Sistema Único de Salud. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos LILACS y MEDLINE a través de la Biblioteca Virtual de Salud y SCIELO. La encuesta bibliográfica se realizó de abril a junio de 2022. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados entre 2017 y 2022, disponibles en su totalidad en portugués, inglés o español. Se excluyeron la literatura gris, los artículos duplicados y los que no respondían a la pregunta guía. **Resultados:** 8 artículos conformaron la muestra final, predominando las publicaciones de 2019. Las principales dificultades visualizadas fueron el retraso en el inicio del tratamiento y la falta de cualificación profesional para la identificación precoz del IAM, como facilitadores de la implantación del SAMU y de la red SUPRA. **Consideraciones finales:** El acceso a los servicios sanitarios públicos por parte de los pacientes afectados por IAM sigue estando por debajo de lo que debería, aunque existen políticas dirigidas a este agravio se evidenció la necesidad de una mayor inversión en políticas que faciliten el acceso a los servicios.

Palabras clave: Infarto del Miocardio, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, sendo o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) responsável por grande parte das internações nos hospitais públicos do Brasil. O IAM trata-se de uma Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável (SIMI), caracterizada pela erosão de uma placa aterosclerótica, dificultando a passagem do sangue para órgãos, células e tecidos, podendo causar sintomas agudos como: dor torácica, formigamento em certas regiões do corpo e desconforto gastrointestinal. Outros sinais e sintomas que podem ser visualizados são dispneia, indigestão, náuseas, ansiedade, angústia, pele fria, pálida e úmida (CARDOSO MR, et al., 2018; PASSINHO RS, et al., 2018; SILVA MSP, et al., 2019).

Segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entre os anos 2010 e 2021, 1.066.194 de pessoas foram diagnosticadas com IAM no Brasil. Em se tratando das regiões do país, estudo de séries temporais realizado, revelou que entre os anos de 1996 e 2016, as regiões norte e nordeste apresentaram aumento na taxa de mortalidade por IAM, principalmente nas áreas mais interioranas (FREITAS RB e PADILHA JC, 2021; FERREIRA LCM, et al., 2020).

Diversas condições contribuem para o aumento do risco para a doença, podendo ser dividida em fatores de risco modificáveis e não modificáveis. O primeiro está relacionado a hábitos de vida inadequados como o sedentarismo, a má alimentação, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e certas condições clínicas, a exemplo da Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), hipercolesterolemia (LDL elevado) e obesidade. Os fatores de risco não modificáveis dizem respeito as condições inerentes ao indivíduo, como a idade (homem acima de 45 anos e mulheres acima de 55 anos), sexo, raça/etnia e história familiar (SILVA MSP, et al., 2019).

Quando não tratada adequadamente e de forma oportuna nos serviços de saúde, o IAM pode suprimir o oxigênio e os nutrientes no organismo, contribuindo com a piora no prognóstico do paciente e até mesmo levando a óbito. Daí a importância da contribuição dos profissionais enfermeiros e nutricionistas no manejo da doença. O acesso às ações de educação e assistência à saúde, como o incentivo a alimentação saudável e equilibrada, além do controle de doenças subjacentes, como a HAS e a DM, auxiliam significativamente no bem-estar e qualidade de vida desses indivíduos (FREITAS RB e PADILHA JC, 2021).

No contexto de busca pelo aperfeiçoamento dos processos de cuidado, surgem as Linhas de Cuidado (LC), como uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, visando à coordenação do cuidado ao longo do contínuo assistencial, por meio da conectividade entre os diferentes pontos de atenção e composto por equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Sua implementação, consolidada pela Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, caracteriza-se como a estratégia principal para a organização e a qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) buscando oferecer ao indivíduo a integralidade da atenção (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011).

A Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo das Síndromes Coronarianas Agudas foram aprovados em 2017, por meio das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº6. Estes propõem indicadores a serem utilizados por todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para o acompanhamento de sua implementação (BRASIL, 2021).

Neste sentido, é de fundamental importância que sejam ofertados serviços que assistam eventos cardiológicos, como o IAM, e que o acesso seja em tempo oportuno a fim de minimizar o risco de complicações e aumentar o índice de sobrevivência. Com isso, esta pesquisa possuiu como objetivo analisar na literatura estudos que evidenciam as facilidades e/ou as dificuldades no acesso aos serviços públicos de saúde por pessoas acometidas por IAM.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com abordagem exploratória. Esta realizada por meio de rigor metodológico que permite a síntese dos estudos sobre determinado assunto. As etapas executadas seguiram as orientações do processo de revisão integrativa proposto por Mendes KDS, et al. (2017), que consistem em seis (06) etapas: 1. Definição da questão norteadora; 2. Busca e seleção dos estudos primários; 3. Extração dos dados; 4. Avaliação crítica dos estudos primários; 5. Síntese dos resultados, e 6. Apresentação da revisão.

Para construção da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICO, sendo: P – Infarto Agudo do Miocárdio; I – Acesso aos serviços de saúde; Co – Sistema Único de Saúde. De acordo com as definições foi determinada a questão norteadora: “Como está o acesso aos serviços públicos de saúde por pessoas acometidas por IAM no Brasil?”.

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e *Scientific Electronic Library Online* (Scielo). Para a busca foram utilizados os descritores cadastrados no Descritores em Ciências de Saúde (DeCS).

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de abril a junho de 2022. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR, junto aos descritores, nas bases de dados para compor as buscas dos artigos, conforme descrito no **Quadro 1**. Utilizou-se como critérios de inclusão artigos na íntegra e gratuitos, publicados em português, inglês ou espanhol; publicados entre janeiro de 2017 e fevereiro de 2022. Foram excluídos teses, dissertações, reportagens, editoriais, capítulos de livros e artigos duplicados. Na base de dados *Scielo* foram utilizadas várias combinações de descritores para alcance de melhores resultados, visto que, na combinação usual dos mesmos, não foram encontrados resultados. Então, foram selecionados para análise a combinação que apresentou o maior número de resultados após aplicação do recorte temporal.

Quadro 1- Descritores controlados, não controlados e expressões de busca utilizadas nas bases de dados, segundo a estratégia PICO.

DeCS	Descritor controlado	Descritor não-controlado
P	Infarto do miocárdio	Ataque cardíaco, ataque cardiovascular, ataque do coração, enfarte agudo do miocárdio, enfarte do coração, infarto agudo do miocárdio.
I	Acesso aos serviços de saúde	Acesso ao tratamento; acesso aos cuidados de saúde, disponibilidade de serviços de saúde.
Co	Sistema Único de Saúde	Sistema Único de Saúde (SUS), SUS.
Expressão de busca BVS	(infarto do miocárdio) OR (Ataque cardíaco) OR (Ataque cardiovascular) OR (Ataque do coração) OR (Enfarte do coração) OR (Infarto agudo do miocárdio) AND (Acesso aos serviços de saúde) OR (Acesso ao tratamento) OR (Acesso aos cuidados de saúde) OR (disponibilidade de serviços de saúde) AND (Sistema único de saúde) OR (Sistema único de saúde (SUS)) OR (sus)	
Expressões de busca SciELO	(infarto do miocárdio) OR (Ataque cardíaco) OR (Ataque cardiovascular) OR (Ataque do coração) OR (Enfarte do coração) OR (Infarto agudo do miocárdio) AND (Acesso aos serviços de saúde) OR (Acesso ao tratamento) OR (Acesso aos cuidados de saúde) OR (disponibilidade de serviços de saúde)	

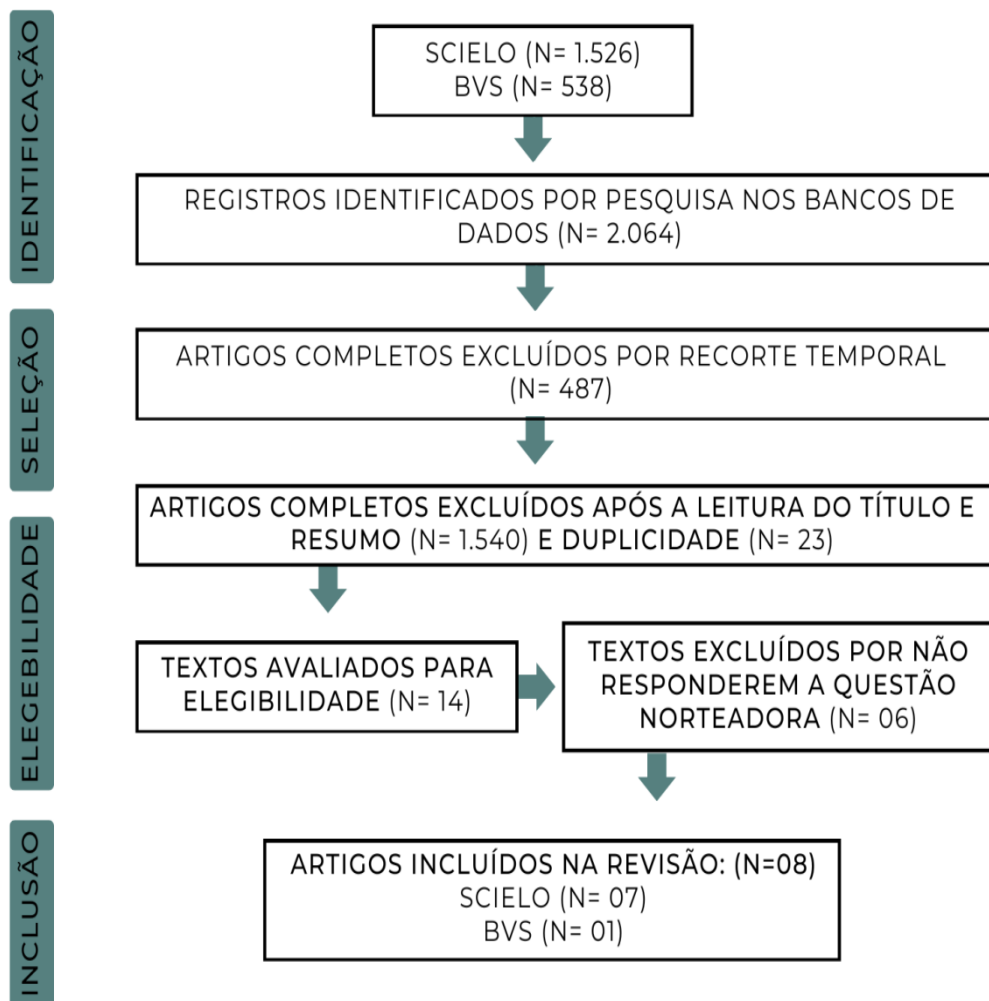
Fonte: Oliveira LB, et al., 2023.

Seguindo-se à seleção dos artigos, foram realizadas buscas independentes pelos autores e, posterior confronto para buscar consenso. Inicialmente, foram avaliados os títulos e resumos, caso os mesmos se relacionassem com a temática, liam-se os artigos na íntegra, sendo incluídos os artigos primários que responderam à questão norteadora. E como critérios de exclusão, adotou-se: artigos que não se enquadraram no recorte temporal, duplicidades e que não abordassem a temática.

RESULTADOS

Após busca nas bases de dados, foram localizados 2.064 artigos. Destes, apenas 487 artigos foram selecionados por se mostrarem completos e estarem dentro do recorte temporal. Posteriormente foram excluídos 473 artigos após a leitura do título e resumo, e 06 artigos após leitura na íntegra devido não responder a questão norteadora deste estudo. A amostra final contou com 08 artigos, esquematizados no fluxograma da **Figura 1**.

Figura 1 - Processo de seleção dos artigos na base de dados *Scielo* e na BVS.



Fonte: Oliveira LB, et al., 2023.

Após análise dos oito (08) artigos incluídos no estudo, observou-se que sete (07) destes foram encontrados e estão disponíveis na base de dados *Scielo* (87,5%) e um (01) na BVS (12,5%), houve predomínio de estudos publicados no ano de 2019 (50%), com destaque para o periódico *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* (50%). Para melhor análise e visualização, os mesmos foram agrupados em forma de tabela exibida a seguir (**Quadro 2**), composto por informações acerca do título, autores, ano, periódico, objetivo, delineamento e desfechos.

Quadro 2- Sumarização das características descritivas dos artigos incluídos (n=08).

AUTORES, ANO – PERIÓDICO	OBJETIVO	DELINEAMENTO	DESFECHOS
OLIVEIRA, J. C. <i>et al.</i> , 2019 – Journal of the American Heart Association.	Investigar disparidades relacionadas ao tempo de acesso a um hospital habilitado para intervenção coronária durante a internação e mortalidade no SUS em comparação à rede privada.	Análise do banco de dados do registro VICTIM em pacientes com IAM que passaram por hospitais públicos e privados para Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) no estado de Sergipe.	Observou-se demora para chegar a um hospital ICP (quase 3 vezes maior para os pacientes do SUS). Estes também se mostraram mais propensos a morrerem 30 dias após ICP. Notou-se ainda a subutilização da ICP primária em ambos os grupos, principalmente nos pacientes do SUS.
PAZ, V. P. <i>et al.</i> , 2019 – Rev Bras Enferm.	Descrever as percepções do cuidado à saúde de adultos após IAM.	Estudo qualitativo, descritivo, analítico, realizado com 12 adultos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 65 anos, acometidos por IAM no oeste do Paraná.	Há barreiras durante a busca pelos serviços de saúde no período de agudização do IAM, como a demora no atendimento, a dificuldade de identificação precoce, a falta de acolhimento e de resolutividade por parte dos profissionais.
TEIXEIRA, A. B. <i>et al.</i> , 2022 – Arq Bras Cardiol.	Avaliar se a implantação de uma rede de telemedicina para envio de ECG, utilizando-se de uma plataforma simples de comunicação digital (Whatsapp®).	Estudo transversal, realizado em 25 municípios de Ribeirão Preto, que comparou o percentual de pacientes com IAM que receberam terapia de reperfusão, antes e após a implantação da Rede Supra, rede de envio e análise de ECG via Whatsapp®.	Após a implantação da rede observou-se aumento significativo dos pacientes que receberam terapia de reperfusão para o tratamento do IAM, passando de 60% para 92%, além da redução na taxa de mortalidade intra-hospitalar, e redução entre o tempo de início da dor torácica e o tempo de início da terapia de reperfusão.
OLIVEIRA, J. C. <i>et al.</i> , 2021 – Arq Bras Cardiol.	Avaliar a prevalência do uso terapias de reperfusão entre mulheres e homens com IAMCSST nos hospitais com capacidade para realizar ICP no estado de Sergipe.	Estudo transversal, que utilizou os dados do Registro VICTIM de pacientes admitidos de dezembro de 2014 a junho de 2018. No estudo, três hospitais são da rede privada e um do serviço público.	Tempo mais longo para realização de ICP para usuários do SUS. O tempo gasto entre a chegada ao primeiro serviço até a chegada ao hospital com ICP em usuários do SUS, foi maior para mulheres (mediana de 535 horas).
OLIVEIRA, J. C. <i>et al.</i> , 2019 – Arq Bras Cardiol.	Avaliar a taxa de uso de <i>stent</i> farmacológico (SF) em pacientes com IAM e no subgrupo dos diabéticos assistidos na rede pública versus na rede privada de saúde em Sergipe.	Estudo populacional, transversal, com abordagem quantitativa, utilizando de dados do Registro VICTIM dos hospitais públicos e privados que realizam Angioplastia Primária (AP) com <i>stent</i> em Sergipe.	Há disparidades no resultado obtido no que tange ao uso da AP, sendo a taxa de reperfusão dos pacientes atendidos pelo SUS de 45,3%.

AUTORES, ANO – PERIÓDICO	OBJETIVO	DELINEAMENTO	DESFECHOS
OLIVEIRA, C. C. M. et al., 2019 – Rev Saúde Pública.	Avaliar o desempenho do serviço móvel de urgência (SAMU) na Região do Grande ABC, utilizando como condição traçadora o IAM.	Estudo ecológico com análise de séries temporais da taxa de mortalidade por IAM na população com 40 anos ou mais, no período de 2000 a 2011. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade.	Redução da mortalidade hospitalar por IAM após a implantação do SAMU com redução de 0,04 mortes por 100.000 habitantes na taxa de mortalidade em relação à tendência subjacente e uma redução no nível de 2,89 mortes por 100.000 habitantes.
OLIVEIRA, J. C. et al., 2021 – Arq Bras Cardiol.	Avaliar as possíveis diferenças no tocante ao acesso às terapias de reperfusão e mortalidade em pacientes com IAM atendidos pelo SUS.	Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com 844 pacientes com IAM, atendidos pelo SUS em hospital de Sergipe com disponibilidade de ICP primária no período de 2014 a 2018.	Grandes atrasos entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital, com tempo médio de 21h55 min e mediana de 10h22min. A maioria dos usuários passaram por pelo menos uma instituição de saúde antes de chegar ao hospital com ICP (81,2%).
SOUSA, A. R. et al., 2021 – Acta Paul Enferm.	Analisar as vivências de homens idosos em relação ao IAM, antes, durante e depois do diagnóstico clínico.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em dois hospitais em Feira de Santana (BA), participaram 13 homens idosos acometidos por IAM.	Mesmo com sintomas de IAM, não houve procura dos serviços de saúde pelos participantes. A busca somente se deu após intensificação da dor precordial, na interrupção das atividades laborais. Relataram ainda passar por um atendimento rápido considerando a gravidade do caso.

Fonte: Oliveira LB, et al., 2023.

DISCUSSÃO

A partir das análises dos artigos incluídos no estudo, foi possível visualizar que o cuidado com o IAM na rede pública passa por uma série de dificuldades para garantir uma assistência efetiva ao paciente, desde o conhecimento dos sinais pelos indivíduos, dificuldades no acesso a unidade hospitalar e até mesmo a falta de continuidade assistencial. Com base nisso, Teixeira AFJ, *et al.* (2015) propôs que a implementação do cuidado aos acometidos por IAM deve ser ofertada em todos os níveis de atenção, de modo a garantir a prevenção, a hospitalização e a reabilitação, além disso, conhecer as características sociais dos pacientes que sofreram IAM é o caminho essencial para o sucesso no tratamento.

Lima AEF, *et al.* (2018) evidencia que a população com maior incidência de mortalidade por eventos cardíacos são as pessoas com idade avançada devido a exposição por período prolongado aos fatores de risco, ocasionando complicações como o IAM. Com isso, não somente o suporte a atenção secundária e terciária, mas as ações estratégicas de educação em saúde que visam a prevenção e o controle dos fatores de risco também são fundamentais para diminuir a incidência, possíveis sequelas e a mortalidade por IAM. A implantação e o fortalecimento da Política Nacional de Promoção à Saúde e o Programa de Prevenção e Controle da HAS e da DM são essenciais para a redução e manutenção dos fatores de risco para o desenvolvimento do IAM (LEITE DHB, *et al.*, 2021).

Segundo o estudo realizado por Paz VP, *et al.* (2020) onde analisaram a percepção dos adultos após sofrerem IAM, perceberam que houve dificuldades dos próprios pacientes em reconhecer os sinais e sintomas de eventos cardíacos, o que contribuiu para que 33,3% dos pacientes no estudo supracitado subestimasse os sintomas iniciais, e que um total de 45,2% não chegaram a cogitar a relação entre os sintomas apresentados às causas cardíacas, devido a isto postergaram a procura por ajuda especializada nas unidades de saúde e elevaram suas taxas de complicações e mortalidade.

Enfatiza-se também a necessária disseminação de conhecimentos à população através da educação em saúde, uma vez que a prevalência e incidência de doenças cardiovasculares é bastante elevada, uma pessoa leiga, mas com conhecimento acerca de IAM, pode reconhecer o agravo rapidamente, reduzir o tempo de decisão e buscar imediatamente o serviço de saúde, o que pode melhorar o prognóstico da pessoa infartada (BASSETI KS, *et al.*, 2018).

O reconhecimento dos sinais precocemente está associado a um elevado prognóstico. Os sintomas mais reconhecidos pela população é a dor no peito, falta de ar e cansaço excessivo a pequenos esforços, vale destacar também que suor frio, dores no braço e ombro, ansiedade, tosse e fadiga foram listados como sintomas secundários, tendo uma probabilidade maior de aumentar com o envelhecimento, dessa forma, a idade dos participantes das pesquisas tiveram uma grande significância com o reconhecimento dos sinais e sintomas (AHMED *et al.*, 2020).

Quando o desfecho dor é considerado, a dor torácica, também conhecida como precordialgia ou dor precordial, caracterizada pelo sinal de Levine, é a clínica mais característica do IAM. Um estudo realizado por Passinho RS, *et al.* (2018) demonstrou a importância do controle da dor ainda na admissão desses pacientes nas unidades de saúde. Ao analisar as apresentações das dores torácicas, pode-se visualizá-las em forma de aperto, queimação, opressão, com irradiação para pescoço, membros superiores, costas e/ou abdômen. Lembrando que o sinal de Levine é um importante achado para a triagem adequada e maior agilidade no atendimento. Além da dor torácica, pode haver também a presença de dispnéia, náusea, taquicardia e confusão mental, ainda acrescido por síncope.

É importante pontuar que existe diferença entre a precordialgia causada por síndromes coronarianas agudas, que oferecem risco de morte, das dores torácicas associadas às outras causas. No caso de procura dos estabelecimentos de pronto atendimento por pacientes que apresentam dor torácica, exigem dos profissionais da saúde preparo para um diagnóstico preciso e um plano de conduta imediato. Dessa forma, torna-se inevitável a capacidade de diferenciar a precordialgia de etiologia cardíacas das demais, e assim poder planejar e implementar um plano terapêutico adequado (MONTEIRO MOP, *et al.*, 2019).

Ao assistir uma pessoa com IAM, pode-se dividir o tempo decorrido até o início do tratamento em dois tempos. O primeiro compreende o período entre o aparecimento dos sintomas e a busca pelos serviços de saúde, este intervalo de tempo é o que mais está associado a educação em saúde e compartilhamento de informações à comunidade a fim de informá-los e prepará-los, aqui também é onde o paciente acometido apresenta maior probabilidade de morte. O segundo tempo transcorre a procura pelo sistema de saúde até a transferência para uma unidade especializada, na qual o paciente possa ser assistido com a terapêutica adequada, conforme as suas necessidades clínicas. Este está diretamente ligado à capacidade de reconhecimento dos profissionais e do sistema de saúde em identificar precocemente, monitorizar e transportar com segurança o paciente com IAM (MONTEIRO MOP, et al., 2019).

Tanto nas unidades de urgência e emergência, assim como em vários outros âmbitos da saúde, o profissional com o primeiro contato com o paciente é o enfermeiro. Este, frente à pessoa com suspeita de IAM é o responsável por realizar uma triagem inicial detalhada e prestar o primeiro atendimento, se necessário. Sendo de extrema importância a capacitação dessa categoria profissional para reconhecer os sinais e sintomas do IAM a fim de prestar cuidado de maneira rápida e precoce a esse paciente. Para isso, é fundamental a educação continuada e o incentivo à formação desse profissional, para poder relacionar a prática com a teoria e proporcionar melhorias na assistência aos pacientes (FERREIRA S, PASSA J, LYSAKOWSKY S, 2019).

No tocante ao acesso às terapêuticas cardíacas, Oliveira JC *et al.* (2018) verificou que a acessibilidade, de forma rápida aos serviços de saúde e a métodos atualizados, por pacientes que necessitam de terapias de reperfusão aumentam suas chances de sobrevivência consideravelmente. Dessarte, há estudos que evidenciam uma grande variabilidade e subutilização em relação às modalidades terapêuticas farmacológicas ou processuais, essenciais no tratamento de portadores de IAM. De forma que, Oliveira JC *et al.* (2019) pesquisou a taxa de reperfusão no SUS com o uso de *stent* farmacológico, como resultado foi discutido que nos serviços públicos 89,5% da terapêutica de reperfusão foi por *stents* convencionais.

Sabe-se que atualmente existem inúmeras intervenções público-hospitalar para melhorar o desfecho do tratamento do IAM, Cesar LAM, *et al.* (2021) concluiu no seu estudo que, programas simplificados de treinamento de pessoal da emergência podem reduzir e muito as taxas de morte por IAM ao facilitar o atendimento e otimizar o tempo, mesmo que ainda não seja o tempo ideal. Desta maneira, para analisar o desempenho de políticas e programas, Oliveira CCM, et al. (2019) pesquisou o desempenho do SAMU no IAM, onde mostrou redução de 0,04 mortes por 100.000 habitantes.

O SAMU e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são ferramentas e avanços do SUS, que inseridas na RAS facilitam o acesso aos serviços de saúde, por serem fundamentadas nos princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) buscam não apenas ofertar serviços de saúde de qualidade, mas que também ocorra em tempo hábil e de forma igualitária a toda a população em território nacional, no entanto, inúmeros desafios precisam ser superados para que se alcançar os objetivos propostos (SANTOS J, et al., 2018).

O SAMU representa o principal serviço de atenção pré-hospitalar móvel ofertado no Brasil. Sua importância relaciona-se com a melhor regulação dos fluxos de atenção e com os benefícios da atenção pré-hospitalar de urgência sobre o prognóstico de agravos, como é o caso do IAM, no qual o tempo de início do tratamento é fundamental para aumentar a chance de sobrevivência dos pacientes. Seu funcionamento depende da demanda do usuário, seja por ligação telefônica ou por envio de equipes de suporte básico ou avançado de vida para os casos mais graves (MACHADO CV, et al., 2011; GEUE C, et al., 2016). O SAMU contribui para o diagnóstico precoce e para a melhor regulação dos fluxos de atenção, garantindo a referência dos pacientes, constituindo-se um dos fundamentais mecanismos para redução dos óbitos advindos dessa enfermidade (PIEGAS LS, et al., 2015).

Os serviços de saúde não só devem participar das tomadas de decisões envolvendo a transmissão de informações e o cuidado prestado, como também os usuários devem participar ativamente quanto às questões referentes a sua saúde, de modo que a prevenção e o tratamento do IAM sejam efetivamente

garantidos. A tomada de decisão compartilhada contribui para uma maior autonomia do paciente sobre o conhecimento da doença e maiores chances de eficácia no tratamento do IAM (FRAZÃO TSC e DEININGER LSC, 2021).

Além da dificuldade de identificação dos sintomas e da acessibilidade às terapêuticas cardíacas, o atraso no atendimento pré-hospitalar pode impactar no prognóstico e mortalidade dos pacientes. Em estudo comparativo entre o atendimento do usuário na rede pública e privada, Oliveira JC, et al. (2018) observou maior mortalidade nos pacientes do SUS. Dentre os achados, verificou-se que os usuários percorriam longas distâncias desde o início dos sintomas até o hospital com angioplastia, retardando o atendimento.

Entre os pacientes do SUS, 21,7% visitaram dois ou três hospitais, ocasionando uma demora superior aos pacientes do serviço privado em aproximadamente 3 vezes maior. Ademais, constatou-se que os pacientes do SUS eram menos propensos a receber reperfusão. Esses resultados evidenciam que o serviço público ainda não consegue prestar um serviço com equidade, mesmo a maior parte da população brasileira sendo dependente do SUS para o acesso a cuidados de saúde cardiovascular responsivos.

Recentemente, somou-se a problemática à pandemia da Covid-19, é sabido que pacientes acometidos por IAM e infectados pelo SARS-CoV-2 apresentam pior prognóstico e altos índices de mortalidade hospitalar, o que pode estar relacionado à maior frequência de complicações cardíacas, como eventos tromboembólicos e atraso no diagnóstico do IAM (SOLANO-LÓPEZ J, et al., 2020; ZHAI Z, et al., 2020).

Diante disso, destaca-se a importância deste estudo para que as autoridades possam refletir sobre a necessidade do planejamento, implantação e implementação de políticas de saúde eficazes na qual contribuam para a redução das iniquidades em saúde, de maneira a possibilitar a redução da incidência de agravos em saúde, principalmente associadas aos agravos cardiovasculares, como o IAM, e consequentemente evitar suas complicações, colaborando com a manutenção da saúde, prevenção de doenças e permitir melhor qualidade de vida à população (CAVALCANTE ES, et al., 2021).

Ademais, enfatizamos que este estudo apresentou como limitação o baixo quantitativo de publicações encontradas acerca da temática, evidenciando a escassez de pesquisas que analisam a qualidade do acesso das pessoas infartadas aos serviços públicos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, essa revisão integrativa possibilitou observar que o acesso aos serviços públicos de saúde por pacientes acometidos com IAM ainda está muito aquém do que deveria, mesmo existindo políticas voltadas para tal agravo. Considerando o problema, foi possível observar que o país ainda apresenta altos índices de morbimortalidade devido às dificuldades encontradas no sistema. As principais dificuldades elencadas estão relacionadas à demora para a chegada ao serviço, bem como o tempo despendido para o primeiro atendimento. Associado a isso, são encontradas dificuldades relacionadas ao despreparo dos profissionais, tanto para identificação precoce, como em relação ao acolhimento e resolutividade. Portanto, enfatizamos a necessidade de mais investimento em políticas que possibilitem aos usuários do SUS acesso a um atendimento mais eficiente e em tempo hábil. Além da necessidade de novos estudos que identifiquem as dificuldades no acesso e tragam embasamento para que novas estratégias possam ser implementadas.

REFERÊNCIAS

1. AHMED AA, et al. (2020). Public Awareness of and Action towards Heart Attack Symptoms: An Exploratory Study. *Int J. Environ. Res. Public Health*, 2020; 17(23): 8982
2. BASSETTI KS, et al. Abordagem de pacientes com infarto agudo do miocárdio em serviço de emergência. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, 2018; 4(2): 224-235.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULO1. Acessado em: 21 de maio de 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº2.994/2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html. Acessado em: 30 de maio de 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº3.438/2021. Dispõe acerca de ações estratégicas no âmbito da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e inclui, exclui e altera atributos de procedimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Prótese e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3438_09_12_2021.html. Acessado em: 30 de maio de 2022.
6. CARDOSO MR, et al. Correlação entre a Complexidade das Lesões Coronarianas e os Níveis de Troponina Ultrassensível em Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 2018; 31(3): 218-225.
7. CAVALCANTE ES, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária decorrentes das doenças cardiovasculares. *Revista Científica de Enfermagem*, 2021; 11(33): 222-232.
8. CESAR LAM, et al. Treinamento de Não-Cardiologistas pode Melhorar os Resultados do Tratamento de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST. *Arq Bras Cardiol.*, 2021; 117(6): 1073-1078.
9. FRAZÃO TSC e DEININGER LSC. Prevenção de infarto agudo na atenção básica à saúde: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(9): 90985-91004.
10. FREITAS RB e PADILHA JC. Perfil epidemiológico do paciente com infarto agudo do miocárdio no Brasil. *Revista de Saúde Faculdade Dom Alberto*, 2021; 8(1): 100-127.
11. FERREIRA LCM, et al. Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil de 1996 a 2016: 21 Anos de Contrastes nas Regiões Brasileiras. *Arq Bras Cardiol.*, 2020; 115(5): 849-859.
12. FERREIRA S, et al. Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. *Revista Espaço Ciência & Saúde*. 2019; 7(2): 35-41.
13. GEUE C, et al. Scottish Keep Well health check programme: an interrupted time series analysis. *Journal of Epidemiology Community Health*, 2016; 70(9): 924-9.
14. LEITE DHB, et al. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio evidenciados em pacientes hospitalizados em unidade coronariana. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 2021; 13: 1032-1036.
15. LIMA AEF, et al. Perfil na mortalidade por IAM por idade e sexo no município de Paulo Afonso no estado da Bahia. *Revista Rios Saúde*, 2018; 1(2): 26-37.
16. MACHADO CV, et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 2011; 45(3): 519-28.
17. MENDES KDS, et al. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2019; 28: e20170204.
18. MONTEIRO MOP, et al. Atendimento a Pacientes Infartados: revisão de literatura. *Rev enferm UFPE on line*, 2019; 13: e241103.
19. OLIVEIRA CCM, et al. Efetividade do serviço móvel de urgência (Samu): uso de séries temporais interrompidas. *Rev Saude Publica*. 2019; 53: 99.
20. OLIVEIRA JC, et al. Disparidades no Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio entre Usuários dos Sistemas de Saúde Público e Privado em Sergipe. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2018; 31(4): 339-358.

21. OLIVEIRA JC, et al. Disparidades no Uso de Stents Farmacológicos para Pacientes Diabéticos com Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST Assistidos na Rede Pública versus Privada - Registro VICTIM. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 112(5): 564-570.
22. PASSINHO RS, et al. Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 2018; 12(1): 247-264.
23. PAZ VP, et al. Percepção do cuidado à saúde de adultos após o infarto do miocárdio. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(5): e20190074.
24. PIEGAS LS, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol.*, 2015; 105(2): 1-105.
25. SANTOS, J. et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(5): 1621-1634.
26. SILVA MSP, et al. Fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 2019; 6(1): 29-43.
27. SOLANO-LÓPEZ J, et al. Risk factors for in-hospital mortality in patients with acute myocardial infarction during the COVID-19 outbreak. *Revista Española de Cardiología.* 2020; 73(12): 985-993.
28. TEIXEIRA AFJ, et al. Atuação da equipe de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. *Revista Fafibe On-Line*, 2015; 8(1): 300-309.
29. ZHAI Z, et al. Prevention and treatment of venous thromboembolism associated with coronavirus disease 2019 infection: a consensus statement before guidelines. *Journal of Thrombosis and Haemostasis.* 2020; 120(6): 937-48.