



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANDREIA SANTOS MENDES

**ACESSO AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA: DIFERENÇAS
ENTRE HOMENS E MULHERES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO**

SALVADOR

2014

ANDREIA SANTOS MENDES

**ACESSO AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA: DIFERENÇAS
ENTRE HOMENS E MULHERES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestra, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", linha de pesquisa "O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano".

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda Carneiro Mussi

SALVADOR

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de
Saúde, SIBI - UFBA.

M538 Mendes, Andreia Santos

Acesso aos hospitais de referência em cardiologia:
diferenças entre homens e mulheres com infarto do miocárdio/
Andreia Santos Mendes. – Salvador, 2014.

93 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fernanda Carneiro Mussi.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2014.

1. Infarto do Miocárdio. 2. Cardiologia. 3. Enfermagem. I.
Mussi, Fernanda Carneiro. II. Universidade Federal da Bahia.
III. Título.

CDU 616.127

ANDREIA SANTOS MENDES

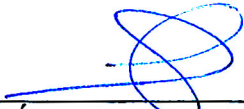
**ACESSO AOS HOSPITAIS DE REFERÊNCIA EM CARDIOLOGIA: DIFERENÇAS
ENTRE HOMENS E MULHERES COM INFARTO DO MIOCÁRDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestre, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", linha de pesquisa "O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano".

Aprovada em 25 de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Fernanda Carneiro Mussi *Fernanda carneiro mussi*
Doutora em enfermagem e Professora Associada II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Carlos Antonio de Souza Teles Santos 
Doutor em Saúde Pública e Professor Adjunto da Área de Estatística do Departamento de Ciências Exatas da Universidade Estadual de Feira de Santana

Maria Enoy Neves Gusmão *Maria Enoy Neves Gusmao*
Doutora em Saúde Pública e Professora Adjunta III da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Cláudia Geovana da Silva Pires *Cláudia Geovana da Silva Pires*
Doutora em enfermagem e Professora Adjunta I da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à:

José Mendes (*in memoriam*) e **Virgínia Mendes**, meus pais, por tanto amor e por me ensinarem valores repletos de sabedoria;

Raimundo Alves, meu esposo, companheiro no amor, na vida e nos sonhos;

Alex Henrique Mendes, meu irmão, por todo carinho e torcida constante.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** o meu agradecimento maior. Toda honra, toda glória e todo louvor seja dado a Ele. Obrigada Senhor por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar e força para não desistir.

À minha querida orientadora, **Prof^ª. Dr^ª. Fernanda Mussi**, por quem tenho imensa admiração. Obrigada pela aprendizagem que sempre proporcionou à minha vida profissional, desde o curso de graduação no processo de iniciação científica. Que bom ter a oportunidade de caminhar com a senhora mais uma vez! Agradeço pelos ensinamentos diários sobre os caminhos da pesquisa, pelo carinho, compreensão, confiança e amizade.

Aos meus amados pais, **José Mendes** (*in memoriam*) e **Virgínia Mendes**, pelos momentos de plenitude e apoio familiar incondicionais. A vocês, o meu amor eterno!

Ao meu amado esposo, **Raimundo Alves**, por todo amor e compreensão. Obrigada por entender minhas dificuldades e nas horas mais difíceis, me proporcionar força, paz e serenidade. Você é um lindo presente de Deus.

Ao meu irmão, **Alex Henrique Mendes**, que mesmo de longe sempre se alegrou e incentivou novas conquistas.

A todos os meus **familiares**, por vibrarem e se orgulharem a cada nova realização. Em especial, aos meus queridos tios **Catarina** e **Oswaldo**, por todo apoio desde a graduação e incentivos constantes.

Aos meus **amigo(a)s** pelo carinho, pelos momentos de descontração e amizade de sempre.

À **Virgínia Reis**, **Carla Damasceno**, **Mariana Gibaut** e **Tássia Lacerda** pelas valiosas contribuições iniciais que fizeram possível o avanço do Projeto Matriz "Retardo pré-hospitalar face ao IAM: diferenças entre gêneros" até aqui.

À **Carlos Teles** pelo excelente apoio na parte estatística deste trabalho.

À(o)s integrantes do Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular - GISVC, em especial, **Glícia Gama**, **Cláudia Pires**, **Mariana Gibaut**, **Tássia Teles** e **Pollyana Portela**, pelas palavras de incentivo, amizade e cumplicidade.

À(o)s amiga(o)s do mestrado, em especial, **Mariana Gibaut**, **Flávia Farias** e **Joise Magarão**, por compartilharem os momentos de aprendizado e a troca de experiências durante o curso.

À(o)s professora(e)s integrantes da banca de qualificação e defesa, Prof^ª. Dr^ª. **Maria Enoy Gusmão**, Prof. Dr. **Carlos Teles** e Prof^ª. Dr^ª. **Cláudia Pires**, por suas contribuições valiosas e enriquecedoras.

À(o)s professora(e)s do Programa de Pós-Graduação pelo compartilhamento de saberes. Parabéns pela seriedade e empenho na condução das atividades acadêmicas.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação** e aos seus funcionários, em especial, **Márcia Mendes** e **Samuel Real**, pela atenção e solicitude com que me atenderam durante a realização da pesquisa.

À **Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia** por ter colaborado para minha formação de graduação e pós-graduação.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão da bolsa de estudo e pela possibilidade de adquirir materiais indispensáveis para a produção deste trabalho.

Finalmente, agradeço a todo(a)s que, de alguma forma, foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Com vocês, querido(a)s, divido a alegria desta experiência!

“Apenas quando somos instruídos pela realidade é que podemos mudá-la.”

(Bertolt Brecht)

RESUMO

MENDES, Andreia Santos. **Acesso aos hospitais de referência em cardiologia: diferenças entre homens e mulheres com infarto do miocárdio**. 2014. 97f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

Introdução: O acesso precoce ao tratamento especializado do infarto agudo do miocárdio (IAM) pode diminuir a morbidade e mortalidade para homens e mulheres. **Objetivo geral:** Comparar o acesso aos serviços de saúde do SUS até a admissão em hospitais de referência em cardiologia (HRC) entre homens e mulheres com IAM. **Objetivos específicos:** 1. Caracterizar o acesso de homens e mulheres com IAM aos serviços de saúde até a admissão em HRC; 2. Estimar os tempos de decisão (TD), de transporte (TT), de chegada ao primeiro serviço de saúde (TCPSS), de permanência na rede de saúde (TPRS) e de chegada aos HRC (TCHRC); 3. Verificar as correlações do TD e TT com o TCPSS e do TD, TT e TPRS com o TCHRC; 4. Verificar a composição percentual do TD e do TT no TCPSS e do TD, TT e TPRS no TCHRC; 5. Verificar os fatores associados ao retardo no acesso aos serviços de saúde até a admissão nos HRC. **Metodologia:** Estudo exploratório, de corte transversal. Cem pessoas com IAM foram entrevistadas em dois HRC, em Salvador-BA. Na análise, empregou-se medidas descritivas, o teste Qui-quadrado de Pearson, o modelo de regressão linear robusto, o coeficiente de correlação de Pearson e o modelo bivariado e multivariado de regressão linear. A significância estatística adotada foi de 5%. **Resultados:** A média de idade para as mulheres foi de 59,0 anos (dp 12,10) e, para os homens, de 58,7 anos (dp 11,08). Predominaram homens; IAM com supradesnível do segmento ST (IAMCSST); idade <60 anos, procedência de Salvador/Região Metropolitana; raça/cor negra; casados/união estável; baixa escolaridade e baixa renda; pessoas com atividade laboral. A maioria teve início dos sintomas no domicílio; utilizou meios de deslocamento inadequados; não sabia aonde procurar atendimento; dirigiu-se a serviços de saúde com atendimento de urgência/emergência; recebeu a conduta atendimento, admissão e posterior transferência; foi admitida nos HRC no segundo e no terceiro atendimento e a insuficiência de recursos foi a principal razão referida para a peregrinação na rede de serviços de saúde. Dos indivíduos com IAMCSST a minoria recebeu terapias de reperfusão. OTD, TT e TCPSS foram semelhantes entre os sexos. As mulheres apresentaram TPRS e TCHRC superiores aos dos homens. Ter acionado o SAMU determinou menor TT e TPRS para as mulheres e, para os homens, menor TPRS com diferença estatística *boderline*. Houve apenas interação entre sexo e meio de deslocamento para o desfecho TT. O IAMCSST foi relacionado a menor TCPSS, TPRS e TCHRC em ambos os sexos, embora diferença estatisticamente significativa tenha sido constatada apenas entre TCPSS e tipo de IAM para os homens. A média do TPRS foi maior para aquele(a)s que procuraram por três ou mais serviços antes da admissão nos HRC. Para ambos os sexos, o TD em relação ao TT trouxe maior contribuição na composição TCPSS; e o TPRS em relação ao TD e TT trouxe maior contribuição na composição TCHRC. **Considerações finais:** Constatou-se tempos elevados para os sexos, sobretudo para as mulheres. Os sexos pouco influenciaram as associações de interesse. A espera por atenção especializada foi prolongada. Esses achados consubstanciam a necessidade de rediscussão das políticas públicas de saúde no Brasil para o atendimento de homens e mulheres com IAM.

Descritores: Infarto do miocárdio; Acesso aos serviços de saúde; Enfermagem

ABSTRACT

MENDES, Andreia Santos. **Access to hospitals of reference in cardiology: differences between men and women with myocardial infarction.** 2014. 97f. Dissertation (Masters in Nursing) - College of Nursing, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

Introduction: Early access to specialized treatment for acute myocardial infarction (AMI) can decrease morbidity and mortality for men and women. **General objective:** Compare access to SUS health services up until admission to reference hospitals in cardiology (RHC) among men and women with AMI. **Specific objectives:** 1. Characterize access of men and women with AMI to health services up until admission to RHC; 2. Estimate decision time (DT), transport time (TT), time of arrival to first health service (TAFHS), time of permanence in health network (TPHN) and time of arrival to RHC (TARHC); 3. Verify correlation of DT and TT with TAFHS and of DT, TT and TPHN with TARHC; 4. Verify percentage breakdown of DT and TT on TAFHS and of DT, TT and TPHN on TARHC; 5. Verify factors associated to delay in access to health services up until admission to RHC. **Methodology:** Cross sectional exploratory study. One hundred people with AMI were interviewed in two RHC, in Salvador-BA. Descriptive measures, Pearson's Chi-square test, robust linear regression model, Pearson's coefficients of correlation and bivariate and multivariate of linear regression were used for the analysis. Statistical significance of 5% was adopted. **Results:** The average age for women was of 59.0 years (sd 12.10) and, for men, 58.7 years (sd 11.08). Men predominated; AMI with supra-ST segment elevation (AMISST); age <60 years, from Salvador/Metropolitan Region; race/color black; married/common-law marriage; low schooling and low income; people with work activities. Most had the beginning of symptoms at home; used inadequate means of displacement; did not know where to look for attendance; went to health services with urgent/emergency attendance; received attention, admission and posterior transfer; admitted to RHC during the second or third attendance and the insufficiency of resources was the main reason referred to for the delay within the health service network. Out of the individuals with AMISST the minority received reperfusion therapies. DT, TT and TAFHS were similar between the genders. Women presented TPHN and TARHC superior to men. Having called the emergency medical service (SAMU) determined lower TT and TPHN for women and, for men, lower TPHN with borderline statistical difference. There was only interaction between gender and means of displacement for the TT outcome. The AMISST was related to lower TAFHS, TPHN and TARHC in both genders, although statistically significant difference was found only between TAFHS and the type of AMI for men. The average TPHN was higher for those that tried three or more health services before admission to a RHC. For both genders, DT in relation to TT had a greater contribution in the composition of the TAFHS; and the TPHN in relation to DT and TT brought a greater contribution in the composition of TARHC. **Final considerations:** An elevated amount of time was verified for both genders, overall for women. Gender little influenced the associations of interest. The wait for specialized attention was lengthy. These findings substantiate the necessity for reviewing public health policies in Brazil for the attention to men and women with AMI.

Descriptors: Myocardial infarction; Access to health services; Nursing

RESUMEN

MENDES, Andreia Santos. **Acceso a los hospitales de referencia en cardiología: diferencias entre hombres y mujeres con infarto del miocardio.** 2014. 97f. 2014. Disertación (Mestrado en enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

Introducción: El acceso precoz al tratamiento especializado del infarto agudo de miocardio (IAM) puede disminuir la morbilidad y mortalidad para hombres y mujeres. **Objetivo general:** Comparar el acceso a los servicios de salud del SUS hasta la admisión en hospitales de referencia en cardiología (HRC) entre hombres y mujeres con IAM. **Objetivos específicos:** 1. Caracterizar el acceso de hombres y mujeres con IAM a los servicios de salud hasta la admisión en HRC; 2. Estimar los tiempos de decisión (TD), de transporte (TT), de llegada al primer servicio de salud (TLPSS), de permanencia en la red de salud (TPRS) y de llegada al HRC (TLHRC); 3. Verificar las correlaciones de TD y TT con el TLPSS y de los TD, TT y TPRS con el TCHRC; 4. Verificar la composición porcentual del TD y del TT en el TLPSS y del TD, TT y TPRS en el TLHRC; 5. Verificar los factores asociados al retardo en el acceso a los servicios de salud hasta la admisión al HRC. **Metodología:** Estudio exploratorio, de corte transversal. Cien personas con IAM fueron entrevistadas en dos HRC, en Salvador-BA. En el análisis, se utilizó medidas descriptivas, el teste Chi-cuadrado de Pearson, el Modelo de Regresión Linear Robusto, coeficientes de correlación de Pearson y modelo bivariado y multivariado de regresión lineal. La significancia estadística adoptada fue de 5%. **Resultados:** El promedio de edad para las mujeres fue de 59,0 años (dp 12,10) y, para los hombres, de 58,7 años (dp 11,08). Predominaron hombres; IAM con supra desnivel del segmento ST (IAMCSST); edad <60 años, procedencia de Salvador/Región Metropolitana; raza/color negra; casados/unión estable, baja escolaridad y baja renta; personas con actividad laboral. La mayor parte tuvo inicio de los síntomas en domicilio; utilizó medios de desplazamiento inadecuados; no sabía dónde procurar atendimento; se dirigió a servicios de salud con atendimento de urgencia/emergencia; recibió la conducta atendimento, admisión y posterior transferencia; fue admitida en HRC en el segundo y en el tercer atendimento y la insuficiencia de recursos fue la principal razón referida para la peregrinación en la red de servicios de salud. De los individuos con IAMCSST la minoría recibió terapias de reperfusión. Los TD, TT y TLPSS fueron semejantes entre los sexos. Las mujeres presentaron TPRS y TLHRC superiores a los hombres. Haber accionado el SAMU determinó menor TT y TPRS para las mujeres y, para los hombres, menor TPRS con diferencia estadística *boderline*. Hubo apenas interacción entre sexo y medio de desplazamiento para el desfecho TT. El IAMCSST fue relacionado a menor TLPSS, TPRS y TLHRC en ambos los sexos, aunque diferencia estadísticamente significativa haya sido constatada apenas entre TLPSS y tipo de IAM para los hombres. El promedio del TPRS fue mayor para aquellos que procuraron por tres o más servicios antes de la admisión a los HRC. Para ambos los sexos, el TD en relación al TT trajo mayor contribución en la composición TLPSS; y el TPRS en relación al TD e TT trajo mayor contribución en la composición TLHRC. **Consideraciones finales:** Se constató tiempos elevados para los sexos, sobre todo para las mujeres. Los sexos poco influenciaron las asociaciones de interés. La espera por atención especializada fue prolongada. Estos hallazgos consubstancian la necesidad de rediscusión de las políticas públicas de salud en Brasil para el atendimento de hombres y mujeres con IAM.

Descriptores: Infarto del miocardio; Acceso a los servicios de salud; Enfermería

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Gráficos de dispersão entre TCHRC com TD, TCHRC com TT e TCHRC com TPRS dos homens. Salvador, Bahia - 2013.	58
Figura 2	Gráficos de dispersão entre TCPSS com TD e TCPSS com TT das mulheres. Salvador, Bahia - 2013.	58
Figura 3	Gráficos de dispersão entre TCHRC com TD, TCHRC com TT e TCHRC com TPRS dos homens. Salvador, Bahia - 2013.	61
Figura 4	Gráficos de dispersão entre TCHRC com TD, TCHRC com TT e TCHRC com TPRS das mulheres. Salvador, Bahia - 2013.	61
Quadro 1	Cronograma de visita às instituições para a coleta de dados	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica do(a)s participantes do estudo segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.	45
Tabela 2	Tipo e manifestações clínicas do IAM e reperfusão miocárdica segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.	47
Tabela 3	Caracterização do acesso do(a)s participantes ao primeiro serviço de saúde procurado após o início dos sintomas do IAM segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.	49
Tabela 4	Número de atendimento(s) recebidos antes da admissão nos HRC segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.	50
Tabela 5	Tipos de serviços de saúde procurados por homens e mulheres segundo a ordem de atendimentos recebidos até a admissão nos HRC. Salvador, Bahia – 2013.	51
Tabela 6	Médias dos tempos (TD, TT, TCPSS, TPRS e TCHRC) segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.	51
Tabela 7	Viabilidade de tempo para a terapia de reperfusão miocárdica segundo o TCPSS e o TCHRC de homens e mulheres com IAMCSST e o sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.	52
Tabela 8	Médias do TCPSS, TPRS e TCHRC segundo o tipo de IAM e o sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.	52
Tabela 9	Médias do TPRS segundo características sociodemográficas e o sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.	53
Tabela 10	Médias do TT segundo o meio de transporte utilizado para a chegada a um serviço de saúde e segundo a procura de serviço de saúde do Distrito Sanitário do bairro de residência/estadia em Salvador e sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.	54
Tabela 11	Médias do TPRS segundo a conduta dos profissionais de saúde do primeiro serviço de saúde procurado para atendimento e segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.	54

Tabela 12	Médias do TPRS segundo o tipo do primeiro serviço de saúde procurado para atendimento e o sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.	55
Tabela 13	Médias do TPRS segundo o número de atendimento(s) recebidos por homens e mulheres antes da admissão nos HRC e o sexo nessa relação Salvador, Bahia – 2013.	55
Tabela 14	Coefficientes de correlação linear e dos modelos bivariado e multivariado de regressão linear entre a variável desfecho TCPSS e as variáveis preditoras TD e TT segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.	57
Tabela 15	Coefficientes de correlação linear e dos modelos bivariado e multivariado de regressão linear entre a variável desfecho TCHRC e as variáveis preditoras TD, TT e TPRS segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.	60
Tabela 16	Composição percentual em média geométrica e mediana dos componentes do TCPSS e de TCHRC segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DP	Desvio Padrão
ECG	Eletrocardiograma
H	Homem
HRC	Hospital de Referência em Cardiologia
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMCSST	Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível de Segmento ST
IAMSSST	Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível de Segmento ST
IC	Intervalo de Confiança
M	Mulher
RPH	Retardo Pré hospitalar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TCHRC	Tempo de Chegada aos Hospitais de Referência em cardiologia
TCPSS	Tempo de Chegada ao Primeiro Serviço de Saúde
TD	Tempo de Decisão
TPRS	Tempo de Permanência na Rede de Saúde
TT	Tempo de Transporte
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DETERMINANTES DA OFERTA E DEMANDA	22
2.2 CENÁRIO DO ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVANÇOS E LIMITES	24
2.3 RETARDO NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE FACE AO IAM: FATORES RELACIONADOS E A DIFERENÇA ENTRE GÊNEROS	34
3 METODOLOGIA	37
3.1 TIPO DE ESTUDO	37
3.2 LÓCUS DE ESTUDO	37
3.3 AMOSTRA	37
3.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS	38
3.5 COLETA DE DADOS	38
3.5.1 Instrumento	38
3.5.2 Operacionalização	39
3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO	40
3.7 ANÁLISE DE DADOS	41
4 RESULTADOS	44
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO(A)S PARTICIPANTES	44
4.1.1 Caracterização sociodemográfica do(a)s participantes	44
4.1.2 Caracterização clínica do(a)s participantes	46
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO DO(A)S PARTICIPANTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ATÉ A ADMISSÃO EM HRC	48
4.2.1 Caracterização do acesso do(a)s participantes ao primeiro serviço de saúde	48
4.2.2 Caracterização do acesso do(a)s participantes aos HRC após a procura do primeiro serviço de saúde	50
4.3 TEMPOS DESPENDIDOS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS O INÍCIO DOS SINTOMAS DO IAM	51
4.4 FATORES ASSOCIADOS AO RETARDO DE HOMENS E MULHERES NO	51

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ATÉ A ADMISSÃO NOS HRC	
4.5 CORRELAÇÃO ENTRE TCPSS E TD E TT E CORRELAÇÃO ENTRE TCHRC E TD, TCPSS E TPRS.	55
5 DISCUSSÃO	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	78
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HRC1	90
ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HRC2	91
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	92
ANEXO D - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	94

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) ainda lideram como as principais causas de morte e incapacidades no Brasil e no mundo. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que a cada ano ocorrem 17,3 milhões de mortes por DCV (WHO, 2011). Para o ano de 2020, estima-se que 40% dos óbitos estarão relacionados com essas doenças (SOARES *et al.*, 2009), o que demonstra a relevância dessas afecções para a saúde pública. No Brasil, no ano de 2010, ocorreram 326.345 mortes por DCV, e desse total, 79.662 foram por infarto agudo do miocárdio (IAM)*, (BRASIL, 2010a).

O principal grupo das DCV é a cardiopatia isquêmica (sobretudo angina de peito e IAM) (CANTUS; RUIZ, 2011). O IAM é considerado a doença mais significativa e a causa isolada de morte mais comum, tanto em homens como em mulheres (AVEZUM *et al.*, 2004). A prevalência da doença é maior para os homens em relação às mulheres, no entanto, as mulheres apresentam maior risco de morte (PIMENTA *et al.*, 2001; SCHERR; RIBEIRO, 2009). As previsões para o ano 2050 apontam que a mortalidade por IAM será aproximadamente 30% maior em mulheres do que em homens (LOCKYER, 2005).

Um dos fatores que contribuem para a diminuição da alta mortalidade por IAM é o rápido atendimento dos indivíduos após o início dos primeiros sintomas (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006). A maioria das mortes ocorre na primeira hora após o início da evolução dos sintomas (PIEGAS *et al.*, 2009), podendo acontecer na fase pré-hospitalar. Pessoas tratadas na primeira hora de evolução do evento coronário experimentam uma redução significativa da mortalidade pré e intra-hospitalar (MELO; CARVALHO; TRAVASSOS, 2006).

O tratamento do IAM depende do uso de terapias de reperfusão coronária química (através de agentes fibrinolíticos) ou mecânica (através da angioplastia primária com cateter-balão ou implante de *stents*) (PIEGAS *et al.*, 2009). Depende, também, do uso de outras medicações específicas e do acesso rápido a um serviço de emergência. As terapias de reperfusão coronária visam à restauração do fluxo sanguíneo, limitação do tamanho do infarto e redução do dano miocárdico, com conseqüente melhora da disfunção ventricular e da sobrevivência (AVEZUM *et al.*, 2004). Comprovadamente, essas terapias modificam a evolução

* Processo pelo qual áreas de células miocárdicas são destruídas de maneira permanente (necrose); ocorre isquemia cardíaca por falta de aporte adequado de nutrientes e oxigênio. É causado pela redução do fluxo sanguíneo coronariano de magnitude e duração suficiente para não ser compensado pelas reservas orgânicas. A oclusão se dá em geral pela formação de um coágulo sobre uma área previamente comprometida por aterosclerose (a placa se rompe) causando estreitamentos luminiais de dimensões variadas (CINTRA, 2003).

do quadro clínico, no entanto, a efetividade das mesmas é tempo-dependente (PIEGAS *et al.*, 2009), isto é, quanto mais precoce a sua inicialização maior o benefício terapêutico para o indivíduo.

Embora a maioria das abordagens indicadas ao tratamento do IAM esteja disponível na rede pública de saúde, a mortalidade intra-hospitalar pela doença continua elevada, o que exige uma ação integrada do Ministério da Saúde, sociedades científicas, gestores de saúde e instituições hospitalares (BRASIL, 2011a), visando assegurar o acesso aos serviços de saúde, ou seja, o processo de busca e obtenção do cuidado (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). Considerando a necessidade de rápida intervenção face ao IAM, é indispensável conhecer o conjunto de fatores que implicam no aumento do tempo de chegada aos serviços de saúde.

A literatura nacional e internacional aponta que a média de retardo pré-hospitalar (RPH) no atendimento a indivíduos com IAM - período decorrido entre o início dos sintomas até a admissão do indivíduo em um serviço de saúde - é alta, variando entre 3 a 6 horas (FRANCO *et al.*, 2008; MULLER *et al.*, 2008; PERKINS-PORRAS *et al.*, 2009), o que tem contribuído significativamente para morbidade e mortalidade por IAM. Nesse sentido, os fatores determinantes do RPH têm sido objeto de interesse de pesquisas, principalmente, internacionais (GARTNER *et al.*, 2008; PERKINS-PORRAS *et al.*, 2009; SONG *et al.* 2010). Conhecê-los poderá contribuir para novas abordagens no cuidado em saúde com vistas a reduzir o RPH.

Para Perkins-Porras *et al.* (2009), o RPH pode ser dividido em dois componentes. O primeiro componente é o tempo de decisão (TD), período decorrido entre o início dos sintomas e a decisão para a procura de um serviço de saúde. O segundo componente é o período compreendido entre o deslocamento do indivíduo para o serviço até sua admissão para tratamento específico. Portanto, verifica-se que fatores determinantes do RPH estão ligados tanto a tomada de decisão do indivíduo com IAM para a procura de um serviço de saúde, quanto à possibilidade de obter resposta da rede de atenção à saúde de urgência e emergência (MUSSI *et al.*, 2007).

Em relação aos fatores que influenciam no TD, encontra-se na literatura que as causas que levam os indivíduos a adiarem a procura por serviços de saúde são diversas e foram relacionadas a idade avançada (GOLDBERG *et al.*, 2002; GOUVEIA; VICTOR; LIMA, 2011), a baixa renda (GOUVEIA; VICTOR; LIMA, 2011; MOSER *et al.*, 2005; SAMPAIO, 2008), ao baixo nível educacional (PARK *et al.*, 2012; PITSAVOS *et al.*, 2006), a presença de diabetes *mellitus* tipo II (MARK *et al.*, 2006; PARK *et al.*, 2012; PITSAVOS *et al.*, 2006), e de hipertensão arterial (GOLDBERG *et al.*, 2002; PITSAVOS *et al.*, 2006), entre outras.

Vale destacar, ainda, que compromissos e papéis sociais são fatores que podem interferir na tomada de decisão para a procura imediata por atendimento, mesmo em situações de gravidade, como na vigência de um evento cardiovascular (MOSER *et al.* 2006). Assim, torna-se imprescindível destacar o enfoque de gênero aplicado às questões de saúde.

Os fatores determinantes do RPH ligados ao segundo componente estão relacionados à rede de disponibilidade e organização dos serviços de saúde. Sobre esses fatores, destaca-se que apesar do sistema de saúde brasileiro ser dito universal, parece não garantir ao usuário com IAM acesso ao atendimento adequado. Constatam-se dificuldades de acesso dos usuários a serviços de saúde de maior nível de complexidade, fato que tem sido identificado como um dos fatores importantes para segmentação e a fragmentação do cuidado à saúde (SILVA, 2011).

Alguns estados brasileiros apresentam alta mortalidade por doença isquêmica do coração, por conta da falta de oferta de leitos do SUS (ARAÚJO *et al.*, 2008). Segundo os últimos dados do DATASUS, o Estado do Rio Grande do Sul apresentou no ano de 2010 a maior taxa de mortalidade específica por doença isquêmica do coração no Brasil (73,1/100.000 habitantes), seguido dos estados do Rio de Janeiro (72,2/100.000 habitantes) e São Paulo (66,0/100.000 habitantes), (BRASIL, 2010b). Destaca-se que as taxas foram sempre superiores para o sexo masculino, em todos os estados do país.

Estudos realizados em Salvador/BA identificaram que, na tentativa de obter atendimento em um serviço de saúde, homens e mulheres acometidos por IAM depararam-se com diversas situações não esperadas, como transferências para outro serviço por falta de recursos materiais e humanos para o atendimento, negação do atendimento médico por falta de plano de saúde (MUSSI *et al.*, 2007), peregrinação por vários serviços até a admissão em um hospital de referência cardiológica (HRC) (MUSSI; CARAMELLI, 2008; SAMPAIO, 2008).

A necessidade de intervenção precoce para o IAM tem justificado iniciativas e investimentos do Ministério da Saúde visando estruturar, organizar, assegurar e qualificar a atenção voltada a esse problema. O número de indivíduos que morrem por IAM e a morbidade dos indivíduos infartados não reperfundidos, potencialmente evitáveis, foram motivações mais que suficientes para que o problema fosse enfrentado de uma forma sistêmica e não apenas focal (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido o Ministério da Saúde aprovou, através da portaria nº 2.994 em 13 de dezembro de 2011, a "Linha do Cuidado do IAM" (BRASIL, 2011b). Essa linha é prioritária na Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, a qual tem a finalidade de ampliar e

qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência aos serviços de saúde. No entanto, é necessária a integração de todas as unidades de saúde da Rede de Atenção às Urgências envolvidas com o atendimento deste perfil de paciente para o êxito de sua implantação (BRASIL, 2011a). Vale destacar que um dos componentes dessa rede é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Esse serviço é a forma pela qual o Ministério da Saúde implementa o atendimento pré-hospitalar no âmbito do SUS, prestada em um primeiro nível de atenção aos indivíduos com quadros agudos, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar (VIEIRA; MUSSI, 2008). No entanto, o nível de resposta pré-hospitalar às urgências e emergências tem sido insuficiente (BITTENCOURT; HORTALE, 2007), podendo-se destacar o insatisfatório tempo-resposta desse serviço.

Além das situações referentes às respostas inadequadas da rede de atenção à saúde na abordagem de indivíduos com IAM, há evidências que o tipo de conduta de alguns profissionais de saúde também pode contribuir para o atraso no tratamento. Mussi *et al.* (2007) apontam que um sistema de atendimento médico-emergencial, carente do ponto de vista de recursos humanos adequadamente capacitados, pode ser altamente prejudicial para pessoas acometidas por IAM, no sentido de que, a falta de qualidade no atendimento pode contribuir com erros diagnósticos, e conseqüentemente, para o atraso na inicialização do tratamento preconizado para a doença, podendo resultar em comprometimento terapêutico. Vale destacar, ainda, que os indivíduos com vulnerabilidade à apresentação atípica do IAM, como é o caso, por exemplo, das mulheres, dos idosos, hipertensos e diabéticos, podem estar mais propensos a uma avaliação e classificação errônea pelo profissional de saúde. Segundo Lockyer (2005), os profissionais da saúde têm dificuldades para diagnosticar corretamente IAM em mulheres, ou para identificar seus sintomas.

Somado a isso, há evidências, apesar de pouco esclarecidas, de que o gênero pode influenciar na conduta médica, sendo as mulheres as que recebem intervenção em um estágio mais avançado da doença coronária (AGUILAR *et al.*, 2002). O viés no tratamento de mulheres tem ganhado destaque nas discussões da literatura sobre análise das diferenças de taxas de mortalidade entre homens e mulheres, as quais são maiores para as mulheres (JNEID *et al.*, 2008).

Diante do contexto apresentado, apreende-se que mesmo que homens e mulheres com IAM tomem precocemente a decisão de procurar um serviço de saúde e cheguem em tempo hábil para a reperfusão coronária, o retardo pode resultar do tempo de permanência na rede de atenção, isto é, na espera por admissão e tratamento adequado em um HRC. Além disso, a falta de qualidade técnico-científica dos profissionais de saúde e as diferenças de gênero no

atendimento dos indivíduos podem retardar o tratamento preconizado para o evento coronário. Sendo assim, torna-se fundamental que as equipes de saúde estejam preparadas para o atendimento rápido e eficaz para o indivíduo com IAM, onde o tempo é determinante para a sua sobrevivência.

A carência de estudos sobre fatores determinantes do acesso de homens e mulheres com IAM à rede de atenção do SUS, em especial a HRC, evidencia a necessidade de investigá-los, principalmente devido às especificidades dessa rede em relação a outros países. No SUS, os níveis de complexidade de atenção à saúde são organizados de forma ascendente. Nesse sistema, o usuário com IAM é somente admitido em um hospital público/filantrópico de referência em cardiologia mediante regulação pela central estadual de regulação, após atendimento prévio em um serviço de emergência. Assim, é preciso que a rede esteja articulada visando garantir a continuidade e integralidade do cuidado (SOUZA *et al.*, 2009), o que será de grande importância para a diminuição do RPH.

Face às informações expostas e de minha aproximação com o tema por meio da participação no “Grupo Interdisciplinar sobre o Cuidado à Saúde Cardiovascular (GISC)”, há seis anos, em especial, com minha inserção na linha de pesquisa “Retardo Pré-Hospitalar face às Síndromes Coronarianas Agudas”, tenho valorizado a importância das investigações sobre os fatores associados ao retardo pré-hospitalar de homens e mulheres com IAM, inclusive os relacionados ao acesso à rede de atenção à saúde. Destaco minha participação como membro integrante do Projeto Matriz intitulado “Retardo pré-hospitalar face ao IAM: diferenças entre gêneros”, financiado pela FAPESB - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, sob a coordenação da Prof^a. Dr^a. Fernanda Carneiro Mussi, do qual a presente investigação se origina. Estudos com esse foco oferecem subsídios para a implementação de programas educacionais para redução, e até mesmo, prevenção do retardo pré-hospitalar face ao IAM e para a reflexão sobre o processo de cuidar relacionado ao retardo pré-hospitalar, bem como, podem contribuir para a capacitação de profissionais de saúde quanto a sua prevenção.

Nesse sentido, definiu-se como objeto de estudo “Diferenças entre homens e mulheres com IAM no acesso aos hospitais de referência em cardiologia”. E como questão de pesquisa “Quais as diferenças entre homens e mulheres com IAM no acesso aos serviços de saúde do SUS até a admissão em hospitais de referência em cardiologia?”.

Formulou-se como hipótese do estudo:

H1 – Existem diferenças no acesso aos HRC entre homens e mulheres com IAM.

Definiu-se, portanto, como objetivo geral do estudo:

Comparar o acesso aos serviços de saúde do SUS até a admissão em HRC entre homens e mulheres com IAM.

E os objetivos específicos constituíram-se em:

1. Caracterizar o acesso de homens e mulheres com IAM aos serviços de saúde até a admissão em HRC.
2. Estimar o TD¹, TT², TCPSS³, TPRS⁴ e o TCHRC⁵ para homens e mulheres com IAM.
3. Verificar as correlações dos TD e de TT com o TCPSS e dos TD, TT e TPRS com TCHRC para homens e mulheres com IAM.
4. Verificar a composição percentual de TD e de TT no TCPSS e de TD, TT e TPRS no TCHRC para homens e mulheres com IAM.
5. Verificar os fatores associados ao retardo no acesso aos serviços de saúde até a admissão nos HRC para homens e mulheres com IAM.

¹O tempo de decisão (TD) é definido como o tempo decorrido entre o início dos sintomas até o tomada de decisão para a procura de um serviço de saúde.

²O tempo de transporte (TT) é definido como o período decorrido da tomada de decisão para a procura de atendimento até a chegada ao primeiro serviço de saúde.

³O tempo de chegada ao primeiro serviço de saúde (TCPSS) é definido como o período decorrido do início dos sintomas do IAM até a chegada ao primeiro serviço de saúde.

⁴O tempo de permanência na rede de saúde (TPRS) é o período decorrido da chegada ao primeiro serviço de saúde até a admissão no HRC.

⁵O tempo de chegada ao HRC (TCHRC) é definido como o tempo decorrido da tomada de decisão para a procura de atendimento até a admissão no HRC.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DETERMINANTES DA OFERTA E DEMANDA

Acesso é um conceito complexo e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Refere-se à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; PENCHANSKI; THOMAS, 1981; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006), sendo essa condição um dos pré-requisitos fundamentais para um atendimento universal. Também pode ser compreendido como a porta de entrada, como local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade (JESUS; ASSIS, 2010).

O acesso aos serviços de saúde é uma garantia constitucional para a população brasileira, no entanto, existem fatores ligados tanto à tomada de decisão do indivíduo quanto à possibilidade de chegar e obter resposta da rede de atenção que podem dificultá-lo ou facilitá-lo (MUSSI *et al.*, 2007). Tais fatores, segundo Barata (2008), podem ser classificados como fatores determinantes da oferta e determinantes da demanda por serviços de saúde.

A relação oferta e demanda pode ser entendida como a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população (JESUS; ASSIS, 2010). A utilização dos serviços de saúde, pelo lado da demanda, resulta da interação entre a necessidade do indivíduo e a sua decisão de procurar cuidados em saúde (RIBEIRO, 2005).

Em relação àqueles com um quadro clínico emergencial, como na ocorrência do IAM, espera-se a busca imediata de um serviço de saúde. No entanto, fatores ligados ao indivíduo e a seu contexto social podem influenciar nessa decisão. Esses fatores podem ser classificados como sendo de natureza socioeconômica (idade, estado civil, gênero, local de residência, posse de convênio de saúde), clínica (hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo II e história prévia de angina *pectoris*), ambiental (contexto social no qual os sintomas se manifestaram e a influência de familiares e/ou amigos na ação dos indivíduos que sofreram IAM), cognitiva e emocional (percepção e comportamentos do indivíduo diante dos sinais e sintomas do evento cardiovascular), (FRANCO *et al.*, 2008; GÄRTNER *et al.*, 2008; PERKINS-PORRAS *et al.*, 2009) e podem estar inter-relacionados.

Sobre esses fatores, destaca-se que as mulheres com IAM, em relação aos homens, demoram mais para tomar a decisão de procurar um serviço de saúde após o início dos

sintomas (MOSER *et al.*, 2005; MUSSI; CARAMELLI, 2008). Nesse sentido, o gênero que compreende a rede de traços de personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades que, por meio do processo de construção social, diferencia homens e mulheres (GOMÉZ, 1993), pode influenciar o comportamento face à tomada de decisão para a procura de atendimento no IAM (MUSSI; PEREIRA, 2010).

Os fatores ligados ao indivíduo e a seu contexto social, que estão implicados na tomada de decisão de indivíduos com IAM para busca por serviço de saúde, já foram investigados em dissertação preliminar (DAMASCENO, 2010), a qual foi também um recorte do Projeto Matriz "Retardo pré-hospitalar face ao IAM: diferenças entre gêneros". Constatou-se, para homens e mulheres, tempos de decisão elevados para a procura de um serviço de saúde face ao IAM. Notou-se, também, diferenças no comportamento para a busca de atendimento por homens e mulheres, principalmente, para as variáveis de interesse como: esperar pela melhora, pedir ajuda a alguém e ocultar os sintomas. Portanto, o tempo de decisão é um importante componente do RPH face ao IAM. No intuito de melhor compreensão dos demais componentes desse retardo outro recorte do projeto matriz focou sobre as características da oferta de serviços de saúde que influenciavam o uso desses serviços e poderiam contribuir para o RPH, constatando-se limitação na rede de atendimento ao IAM em Salvador/BA (REIS, 2012). Todavia, a questão do acesso associada ao gênero merece ainda ser explorada e culmina com a finalização do projeto matriz.

Características da oferta podem influenciar o uso de serviços de saúde pela população (PINHEIRO *et al.*, 2002; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). O conjunto dessas características inclui aspectos como: disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços; disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos; e mecanismos de financiamento e modelo assistencial (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). A influência de cada uma dessas características no uso de serviços de saúde vai variar em função do tipo de serviço (ambulatório, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos ou de reabilitação) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Dentre os determinantes da oferta, a existência dos serviços de saúde é a pré-condição principal para o acesso e utilização desses serviços (BARATA, 2008). Entretanto, apesar dessa condição ser importante para a obtenção do acesso, a qualidade dos serviços não pode ser relegada a um plano inferior, visto que, a questão de acesso não se limita a quantidade de serviços disponíveis na rede de saúde, mas tem-se que levar em consideração sua capacidade de responder às necessidades de saúde da população.

Lima *et al.* (2007) definiram três subcategorias do acesso aos serviços de saúde:

acesso geográfico, acesso econômico e acesso funcional. O acesso geográfico inclui aspectos como localização (LIMA *et al.* 2007; TRAVASSOS; MARTINS, 2004), vias de acesso, transporte público, entre outros (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Sobre essa subcategoria, destaca-se que a distância entre a residência do indivíduo e o serviço de saúde procurado é um fator importante no contexto do acesso, principalmente em se tratando de usuários com IAM que necessitam de intervenção precoce. Entretanto, mesmo existindo serviços de saúde próximos ao seu domicílio, sua escolha pode ser influenciada pela forma como é recebido, pela percepção sobre a competência da equipe de saúde, pelo tipo de atendimento ofertado e sua resolutividade (LIMA *et al.*, 2007).

A subcategoria acesso econômico está relacionada à existência ou não de taxas moderadoras de uso (LIMA *et al.*, 2007; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006) e de obtenção de meios de deslocamento para chegar a um serviço de saúde (LIMA *et al.*, 2007). Sobre essa subcategoria cabe destacar que no cenário nacional convive-se com acessos seletivos, ou seja, com a desigualdade de acesso e de distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário. Além disso, os usuários ficam à mercê dos gestores que determinam o quanto e o que deve ser consumido, especialmente aqueles que dependem dos serviços públicos de saúde (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). Todavia, segundo Carvalho e Gianini (2008), os indivíduos com um mesmo problema de saúde devem ter a mesma oportunidade de utilizar os serviços e receber cuidados adequados, independentemente da condição social e econômica.

A subcategoria acesso funcional está relacionado ao acesso propriamente dito, incluindo os tipos de serviços oferecidos, horários previstos (LIMA *et al.*, 2007; TRAVASSOS; MARTINS, 2004), qualidade do atendimento (LIMA *et al.*, 2007), modo de funcionamento e densidade tecnológica do serviço ofertado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O tempo de espera, o acolhimento e a resolubilidade do atendimento são descritos como parâmetros importantes para avaliar a qualidade do mesmo (SOUZA *et al.*, 2009).

As dimensões apresentadas configuram-se como determinantes do padrão de consumo de serviços (TRAVASSOS *et al.*, 2000) e podem constituir-se como barreiras ao acesso, e por isso, merecem atenção nas investigações.

2.2 CENÁRIO DO ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVANÇOS E LIMITES

Sistemas de saúde constituem respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, as quais se expressam, principalmente, em situações demográficas e

epidemiológicas singulares (MENDES, 2011). A configuração dos sistemas de saúde é influenciada por seus objetivos e valores fundamentais (BISPO JÚNIOR; MESSIAS, 2005) e esses vão se conformar a depender dos papéis destinados ao Estado e à iniciativa privada.

No Brasil, a história da saúde teve grande influência de interesses políticos e econômicos, e sofreu muitas alterações até a criação do sistema de saúde vigente (PONTES *et al.*, 2010). O sistema de saúde brasileiro orienta-se pelos princípios doutrinados e preceitos constitucionais de universalidade (acesso da população a qualquer serviço de saúde); equidade (acesso em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e integralidade (ações integrais e não mais fragmentadas) (SOUSA, 2008), por meio da gradual consolidação do SUS, há mais de duas décadas.

A partir da Constituição Federal de 1988, que levou a criação do SUS, foi proposta a garantia do acesso aos serviços de saúde públicos e privados contratados pelo governo à todos os brasileiros (TRAVASSOS *et al.*, 2002). Com esse novo sistema, ampliou-se o acesso ao cuidado com a saúde em uma época em que o sistema de saúde vinha sendo progressivamente privatizado no país (PAIM *et al.*, 2011).

A partir do SUS se anuncia a necessidade de arranjos organizacionais em rede com potencialidade para garantir o acesso de qualidade aos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), visando à continuidade e integralidade do cuidado, uma vez que, nenhuma organização dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A hierarquização da rede é um conceito básico no SUS (BRASIL, 2006a). Nessa estratégia, o indivíduo classificado como de alta complexidade atendido em unidades de baixa ou média complexidade são referenciados para unidades de alta complexidade e, depois de ter sua necessidade atendida, pode ser contrarreferenciado para uma unidade de menor complexidade, dando continuidade aos cuidados em saúde. O modelo de hierarquização do sistema, bem como, de referência e contrarreferência do usuário, procura garantir o acesso aos serviços do sistema público de saúde do mais simples até o mais complexo, de acordo com as necessidades do usuário do serviço.

Segundo o decreto de nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei nº 8.080/90, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção básica (BRASIL, 2011c). Assim, a porta de entrada da rede de atenção à saúde deve ser preferencialmente a atenção básica e, a partir desse primeiro atendimento, o cidadão é encaminhado para outros serviços de maior complexidade, devendo haver centros de

referência para graus de diferentes complexidades (BRASIL, 2006a). No entanto, em se tratando de eventos clínicos, como o IAM, é desejado que a porta de entrada no sistema seja por um serviço de urgência e emergência (fixa ou móvel), o qual referenciará o usuário para um centro especializado. A partir das duas portas de entrada do SUS (Serviços de Atenção Básica e Serviços de Urgência e Emergência), o acesso aos demais níveis de atenção (Clínico/Ambulatorial, Centros de referência, Hospitais porta fechada, entre outros) ocorre via centrais de regulação, uma estratégia utilizada pelo SUS para a garantia do acesso universal. As centrais de regulação são organizadas por áreas assistenciais (obstétrica e neonatal, urgência e emergência, alta complexidade, transplantes, internações, etc) e fazem o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial, de forma equânime, de qualidade, e em tempo oportuno (EVANGELISTA, BARRETO; GUERRA, 2008). A Política Nacional de Regulação do SUS foi instituída pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008).

Diante da construção do SUS, a atenção básica propõe-se a reorganização do modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009), visto que, o modelo anterior ao SUS foi historicamente conformado de modo a favorecer a organização do atendimento de forma meramente tecnicista, curativista, hospitalocêntrica e de acesso segmentado. A principal estratégia de implementação e organização da atenção básica é a Saúde da Família, um modelo focado na unidade familiar e inserido na comunidade (STRALEN *et al.*, 2008). A proposta do Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), segue uma linha de elevada cobertura populacional, visando facilidade no acesso e atendimento integral dos indivíduos em seu contexto familiar (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009), na tentativa de superar as deficiências do modelo de atenção tradicional da rede básica de saúde. De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2015, em dezembro de 2010 a ESF estava presente em 95% dos municípios brasileiros, com uma cobertura estimada de 52% da população, priorizando as áreas onde as necessidades de saúde são maiores (BRASIL, 2011d).

O acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde envolve a ação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que por meio de visitas domiciliares fazem o cadastramento das famílias e o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias. Durante o acompanhamento dos usuários pela equipe básica de saúde, quando há necessidade de maior nível de atenção, o serviço realiza o agendamento das consultas especializadas, via central de marcação de consultas. O usuário que chega ao serviço por demanda espontânea também tem direito a atendimento. A inclusão dos ACS nas equipes ampliou a capacidade de atuação no

território (BRASIL, 2011d).

A utilização da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde apresentou-se como um mecanismo excelente de reorganização do sistema. Estudos brasileiros apontam que esse modelo facilita o acesso aos demais serviços de saúde e tem alguns efeitos positivos na situação de saúde (CLARES *et al.*, 2011; STRALEN *et al.*, 2008). Quando funcionam adequadamente, a população consegue resolver a maioria de seus problemas de saúde (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012), todavia, ainda são grandes os desafios em relação à atenção básica, visto que, aparecem limites claros no acesso a essa atenção no cotidiano dos usuários.

O acesso aos serviços básicos de saúde no âmbito do SUS, segundo um estudo sobre a implantação do PSF, realizado em 12 municípios brasileiros pioneiros (SOUSA, 2008), apresenta-se limitado em três aspectos principais: a baixa capacidade de integração entre as equipes tradicionais da atenção básica, entre as equipes do PSF, e entre estas; a desarticulação entre o PSF e aos demais pontos do sistema; a baixa capacidade das equipes da atenção básica/PSF em elaborarem planos, programas, projetos e/ou ações contínuas que potencializem suas relações e integrações com outros setores do governo e da sociedade.

Em estudo realizado em três capitais do Nordeste brasileiro, Souza *et al.* (2008) avaliaram o acesso na atenção básica a partir de percepções de usuários e profissionais de saúde de unidades básicas de saúde, constatando dificuldades de acesso a exames e a referência de consultas especializadas e urgências; demora no atendimento na unidade e número reduzido de profissionais para atender a população da área adscrita. O estudo realizado por Azevedo e Costa (2010) objetivou analisar a percepção dos usuários sobre o acesso à ESF em suas dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica. Identificou-se como principais problemas o deficiente sistema de referência e contrarreferência; a demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais; o excessivo número de famílias por equipe; as dificuldades para marcar consultas e as despesas com medicamentos. Bersusa *et al.* (2010) verificaram o acesso do usuário com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* à rede de assistência à saúde nos municípios da Baixada Santista, evidenciando déficit na atenção integral à saúde dos programas de atenção à pessoas com essas doenças. Cunha e Vieira-da-Silva (2010) também identificaram barreiras organizacionais na rede básica de um município da Bahia, como ausência de protocolos para o agendamento, acolhimento e cuidado ao usuário nos serviços. Além disso, Gomide, Pinto e Figueiredo (2012) identificaram que o horário de funcionamento dos serviços de atenção básica é apontado pelos usuários como dificultador para a utilização desses serviços, por

coincidir com a jornada de trabalho. Assim, a existência de serviços de atenção básica, bem como, sua expansão, ainda que muito importantes, não implicam em acesso efetivo. É preciso enfrentar os desafios contemporâneos que essa estratégia apresenta no cotidiano das práticas de suas equipes (SOUSA, 2008).

A progressiva expansão da rede básica trouxe a expectativa de que a atenção básica passaria a absorver e a resolver grande parte dos problemas de saúde da população, contribuindo para esvaziar, em consequência, os prontos-socorros, unidades de pronto atendimento e hospitais. No entanto, constatou-se que isso não ocorreu, como também, tem-se observado nos últimos anos uma crescente procura por unidades de urgência e emergência, até mesmo, para obtenção de assistência básica (OLIVEIRA; MATOS; SOUZA, 2009). A utilização de unidades de urgência e emergência por usuários com demanda de atenção básica tem persistido ao longo do tempo e se mantido resistente às tentativas de reorientação do modelo assistencial (OLIVEIRA; MATOS; SOUZA, 2009). Uma possível justificativa para esse comportamento é que as unidades de urgência e emergência reúnem um somatório de recursos como consultas, medicamentos, procedimentos médicos e de enfermagem, exames laboratoriais e internações que os tornam resolutivos, sob a visão do usuário (GARLET *et al*, 2009).

Assim, as unidades de urgência e emergência têm sido a porta de entrada preferencial do usuário na rede de atenção à saúde. A maior utilização desses serviços reflete, também, menor acesso à atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar, e deste modo, representa para o usuário a possibilidade de acesso à atenção de maior complexidade. Essas situações impactam o atendimento de urgência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009), dificultado a organização do trabalho no setor.

Considerada prioritária no âmbito do SUS, a Atenção às Urgências e Emergências em Saúde tem sido orientada, a partir de 2003, pela Política Nacional de Atenção às Urgências. Segundo essa política, a atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, desde a Atenção Básica (responsável pelo atendimento à pequena urgência) (BRASIL, 2003a). Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (BRASIL, 2011e).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, sendo constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância

à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU-192; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011e). O acesso aos serviços da rede ocorre por demanda espontânea ou demanda referenciada.

O SAMU é o principal componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS. Criado em 2003 pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1864/GM, esse serviço objetiva organizar o acesso na rede pública prestando atendimento precoce às pessoas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, traumática, entre outras. Pretende garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2003b). Ao ligar para o número 192, o cidadão tem acesso à central de regulação médica das urgências que é parte integrante do SAMU-192. Segundo os números apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), 2.538 municípios são cobertos pelo SAMU, atingindo 70,9% da população brasileira, com 181 Centrais de Regulação. Em todo o país, o Ministério da Saúde já habilitou 2.969 ambulâncias, sendo 2.215 Unidades de Suporte Básico, 557 Unidades de Suporte Avançado e 197 Motolâncias.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2015, com a implantação do SAMU o número de óbitos está sendo reduzido, assim como, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce (BRASIL, 2011d). Todavia, apesar de sua expansão e melhoria na racionalização da utilização da rede pública, estudos apontam problemas no tempo-resposta desse serviço em cidades brasileiras (MORAIS *et al.*, 2009; SEMENSATO, ZIMERMAN; ROHDE, 2011; SILVA; NOGUEIRA, 2012), atrasando o atendimento e, provavelmente, diminuindo as probabilidades de sobrevivência das pessoas. O tempo-resposta, definido como o tempo gasto desde a chegada da chamada na central de regulação até a chegada da equipe de atendimento no local do incidente (SILVA, 2010), é um dos principais indicadores da eficiência do sistema. Esse tempo, por ser às vezes mais longo que o ideal, é citado por muitos usuários como o ponto negativo do serviço (TANAKA *et al.* 2013). Vários fatores podem interferir e causar um aumento do tempo como é o caso da demora das anotações dos dados, a regulação médica (PITTERI, 2010), a falta ou indisponibilidade de ambulância, trânsito lento (PITTERI, 2010; SANTANA; BOERY; SANTOS, 2009), infraestrutura precária das vias públicas e deficiências das próprias ambulâncias (SANTANA; BOERY; SANTOS, 2009).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) trabalham de forma integrada com o SAMU-192, diferenciando-se dos tradicionais serviços de pronto atendimento. Lançadas

como parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, as UPAs funcionam como unidades intermediárias entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar (BRASIL, 2013). Tem como objetivo atender rapidamente os usuários e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da rede de saúde (SANT'ANNA *et al.*, 2010), de modo a possibilitar a continuidade do tratamento. Todavia, esses serviços também enfrentam desafios em seu processo de trabalho: sobrecarga de atendimentos da demanda espontânea desvinculada das unidades básicas de saúde, equipes de saúde desfalcadas, processo de trabalho desarticulado, sucateamento da estrutura física e dificuldades de referência e contrarreferência (VON RANDOW, 2012). Além disso, há expressiva lotação desses serviços, dificultando o acesso de usuários que necessitam de atendimento de urgência/emergência (CASAROTTO *et al.*, 2012).

Outro componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é a Atenção Hospitalar, instituído pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Um dos objetivos desse componente é organizar a atenção às urgências nos hospitais de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade (BRASIL, 2011f). Faz parte da constituição desse componente a organização das linhas de cuidado prioritárias, a exemplo da "Linha de Cuidado do IAM".

A Linha do Cuidado do IAM, prioritária na Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, foi aprovada pelo Ministério da Saúde a partir da Portaria GM nº 2.994, de 23 de dezembro de 2011, devido, principalmente, a necessidade de aprimorar os mecanismos de regulação, controle e avaliação da assistência aos portadores de DCV. Com a criação da Linha do Cuidado do IAM, a implantação de redes de cuidado ao IAMCSST em regiões metropolitanas brasileiras passou a ser uma recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b). As experiências de organização e implementação de redes de cuidado ao IAM em cidades brasileiras ainda são incipientes, como em São Paulo/SP (CALUZA *et al.*, 2012), Belo Horizonte/MG (BRANT *et al.*, 2012) e Salvador/BA (SOLLA *et al.*, 2013).

Caluza *et al.* (2012) mostraram resultados extremamente promissores da rede de cuidado ao IAM instituída em um segmento da cidade de São Paulo/SP. De janeiro de 2010 a junho 2011, 205 pessoas utilizaram a rede sendo constatada a transferência de 100% dessas para um centro de referência e reperfunção primária química ou mecânica superior a 90%. A mortalidade hospitalar foi inferior àquela observada nos pacientes com IAMCSST atendidos de forma convencional na rede pública da cidade.

Em Belo Horizonte/MG (BRANT *et al.*, 2012), na tentativa de possibilitar acesso aos usuários do SUS com IAM à melhor estratégia de reperfusão, foi criado em março de 2010, um fluxo de atendimento para indivíduos com IAMCSST que deram entrada em unidades de emergência do município. De março de 2010 a janeiro de 2011, 680 pessoas foram internadas no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte sendo constatado que 38% dessas receberam terapias de reperfusão. Apesar da baixa reperfusão identificada, a média da mortalidade hospitalar foi de 5,6%, em acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Em Salvador/BA, a organização da rede de cuidado ao IAM iniciou-se em julho de 2009. O estudo realizado por Solla *et al.* (2013) mostrou resultados preliminares da implantação dessa rede durante um período de 14 meses. Nesse período houve 433 indivíduos com suspeitas de IAMCSST referidos à Equipe de Alerta da rede, desses, 287 foram localizados pela equipe e o IAMCSST foi confirmado. Dos 287 indivíduos, 90 foram submetidos às terapias de reperfusão miocárdica.

A instituição dessas redes foi um avanço muito importante para o cuidado ao IAM no setor público das cidades envolvidas, todavia, a eficácia da sua continuidade, bem como, o seu aprimoramento devem ser garantidos pelo SUS. Os resultados preliminares em Belo Horizonte/MG e Salvador/BA refletem que, mesmo com a implementação das redes de cuidado, há desafios no acesso dos usuários às terapias de reperfusão miocárdica.

Algumas estratégias têm sido desenvolvidas nos serviços de urgência e emergência com vista a organizar e otimizar o acesso. O Acolhimento e a Classificação de Risco tem sido implementados nesses serviços, como recomendação do Ministério da Saúde, para evitar que aqueles que necessitam de condutas imediatas tenham seu atendimento prolongado devido às situações não urgentes (BRASIL, 2009). É uma ferramenta que, além de garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado, tem também outros objetivos importantes, como informar ao indivíduo que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2009).

Estudos constataram que houve melhorias no atendimento com a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco, porém há dificuldades para a sua realização nos serviços. Rocha *et al.* (2010) objetivaram descrever o funcionamento do programa de classificação de riscos oferecido numa unidade de emergência, constatando que a classificação de riscos na unidade não funcionava de forma adequada. Nascimento *et al.* (2011) analisaram como os profissionais de enfermagem de um serviço de emergência

hospitalar avaliaram o acolhimento com classificação de risco. Verificaram que a falta de espaço físico e a falta de materiais foram algumas das fragilidades mencionadas; entre as dificuldades sinalizaram a inexistência de referência e contrarreferência, com consequente acúmulo de usuários no serviço.

Uma proposta importante para as grandes emergências, fundamentada na Política Nacional de Atenção às Urgências, foi o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no SUS (Programa QualiSUS), criado pelo Ministério da Saúde em 2006 através da Portaria nº 3.125 (BRASIL, 2006b). Além de incluir critérios de acolhimento com classificação de risco, define outras diretrizes importantes com a finalidade de ampliar o acesso e de qualificar a Atenção Hospitalar de Urgência no SUS, como: implementação dos comitês gestores de urgência municipais e regionais como espaço de integração; pactuação e responsabilidades, articulados com os Complexos Reguladores e Centrais de Leitos Hospitalares; proporcionamento de ambiência que valorize os espaços acolhedores e que propiciem processo de trabalho estabelecido a partir de níveis de necessidades nos serviços de saúde; proporcionamento da ampliação e fortalecimento do controle social, por meio da implantação da gestão democrática e participativa nos serviços de saúde; garantia da educação permanente dos trabalhadores das urgências com a inclusão de saberes que subsidiem as práticas da atenção resolutiva e humanizada no pré-hospitalar fixo, móvel e nos serviços hospitalares integrando os serviços com os Núcleos de Educação em Urgências e Centros Formadores; oferecimento de condições tecnológicas aos estados e municípios para que desenvolvam uma efetiva regulação, controle e avaliação de seus sistemas de saúde; e diminuição de mortes evitáveis em situações de urgências.

A implementação do QualiSUS começou no Estado do Rio de Janeiro, pretendendo abranger todas as capitais dos estados brasileiros (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). Apesar de ser um programa verticalizado, a sua implantação tem impacto importante nas unidades de urgência/emergência, melhorando o acesso dos usuários aos serviços (SOUZA, 2010). Todavia, passados sete anos de sua criação ainda verifica-se baixa adesão dos serviços de saúde ao programa.

Estudo realizado no Estado da Bahia avaliou a prática do QualiSUS nas unidades de urgência e emergência de dois hospitais, constatando inconformidades com o que é preconizado na Portaria Ministerial que instituiu o Programa (SOUZA, 2010). Identificou-se inexistência de acolhimento e classificação de risco; ausência de instrumentos gerenciais de controle do tempo de permanência dos usuários na unidade; déficit quantitativo e qualitativo de profissionais de saúde, entre outros problemas. O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) avaliaram

as emergências de oito hospitais públicos de quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Pernambuco e Sergipe) incluídos no programa QualiSUS. Verificaram que a superlotação das emergências é constante; que a porta de entrada não é organizada e que apenas três hospitais faziam classificação de risco; a emergência era isolada em relação à rede e ao próprio hospital; havia dificuldades no encaminhamento de indivíduos com patologias crônicas, neurológicas e sociais para os demais níveis do sistema. Deste modo, concluíram que há pouca influência do QualiSUS nos hospitais.

Considerando o cenário exposto, depreende-se que a implantação do SUS foi de fundamental importância para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, todavia, a criação do seu marco legal não garantiu a plena e imediata operacionalização dos seus princípios doutrinários. Assim, é importante reconhecer que só a elaboração e sancionamento das leis não determinam o seu pleno cumprimento e operacionalização. O SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção (BRASIL, 2011g). Houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica, além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde (PAIM *et al.*, 2011), progressos em diversas áreas (MUNIZ *et al.*, 2006) e elevadas taxas de utilização dos serviços (PNAD, 2003). No entanto, apesar dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS, persistindo problemas relacionados aos diversos componentes da acessibilidade (ASSIS; JESUS, 2012; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). A universalização do acesso aos serviços de saúde não se concretizou plenamente, pois há problemas da oferta e organização dos serviços de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2006).

A persistência de deficiências na oferta e organização dos serviços em todos os níveis de atenção expõe os usuários a difícil peregrinação em busca de atenção à saúde. Nessa busca, retrata-se a passagem de usuários por IAM por inúmeros serviços de saúde implicando em maior gasto de tempo para obtenção de atendimento efetivo (MUSSI; CARAMELLI, 2008; SAMPAIO, 2008). Em consequência dos limites da oferta de serviços, os usuários ficam expostos ao agravamento da condição de saúde, ao reestabelecimento tardio e pode-se elevar os custos do tratamento tanto para o Estado quanto para os indivíduos e a sociedade.

2.3 RETARDO NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE FACE AO IAM: FATORES RELACIONADOS E A DIFERENÇA ENTRE GÊNEROS

No campo da saúde cardiovascular, os estudos retratam um pouco mais da realidade do acesso ao SUS e sinalizam a necessidade emergente de resolutividade do sistema, principalmente, quando se trata de eventos clínicos como o IAM. Na prática diária do sistema, evidencia-se a falta de oportunidade ao acesso ao cuidado em saúde quando se encontra maior taxa de óbito para indivíduos acometidos por IAM em hospitais públicos, e isso pode ser atribuído a fatores como dificuldades na oferta de cuidados e demora no acesso à internação (EVANGELISTA, BARRETO; GUERRA, 2008), que impedem o atendimento de qualidade à necessidade humana.

Em Belo Horizonte, a criação de fluxo de pessoas com IAMCSST na unidade coronariana do hospital das clínicas da cidade consistiu em uma medida importante para o cuidado (BRANT *et al.*, 2012). No entanto, apesar da criação desse fluxo, a maioria daquelas internadas no hospital não recebeu qualquer terapia de reperfusão miocárdica (BRANT *et al.*, 2012). Vários foram os motivos destacando-se o atraso no atendimento de indivíduos com sintomas sugestivos de síndrome coronariana aguda, na realização do eletrocardiograma (ECG) e na transferência deles das emergências para o hospital; o não reconhecimento do supradesnível do segmento ST ao ECG pelo médico e o desconhecimento da rede de cuidado implementada em razão da alta rotatividade da equipe de saúde.

Em estudos conduzidos em Salvador/BA, com homens e mulheres com IAM verificou-se que o aumentado número de atendimentos médicos até a admissão em um HRC determinou maior atraso no acesso a esses hospitais (MUSSI; CAMELLI, 2008; SAMPAIO, 2008). Em outro estudo realizado nessa capital, verificou-se que 37% das pessoas com IAM receberam ações médicas não esperadas, como transferências por falta de recursos para o atendimento, encaminhamento médico para casa ou para outro serviço e negação do atendimento por falta de plano de saúde (MUSSI *et al.*, 2007). A falta de atendimento é um dos parâmetros que avalia de forma negativa os serviços de saúde (SOUZA *et al.*, 2009).

Outro aspecto que pode contribuir para o atraso no tratamento é a qualidade técnico científica da equipe de saúde e a influência do gênero na conduta dos profissionais de saúde. Sobre esse aspecto, Rocha *et al.* (2012) destacam que mesmo em centros de referência em cardiologia, 2 a 3 % dos indivíduos com IAM são indevidamente liberados da emergência, taxa que pode alcançar valores de até 10 a 20 % em alguns serviços, sendo que destes, 25% apresentam desfecho letal. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA)

evidenciou que metade das pessoas com IAM chegou ao hospital através das emergências, e quase 10% foram liberadas para casa por erro diagnóstico, o que ocorreu mais frequentemente com mulheres (POPE *et al.*, 2000), as quais, geralmente, apresentam sintomas atípicos da doença (MEDEIROS; PADIAL, 2007). Contudo, vale ressaltar que, mesmo quando os sintomas são típicos, a exemplo da dor precordial, é frequente os médicos atribuírem causas psicológicas aos sintomas manifestados por elas, subvalorizando o quadro clínico e retardando o tratamento adequado (SANTOS; PELLANDA; CASTRO, 2005). Além disso, alguns exames diagnósticos tradicionais para investigação de Doença Arterial Coronariana (DAC) não funcionam tão adequadamente no sexo feminino (SMANIO, 2009), e ainda, alterações inespecíficas eletrocardiográficas basais do segmento ST, decorrentes de ação hormonal estrogênica, podem gerar testes com resultados falsos (SANTOS *et al.*, 2013).

Em relação à influência do gênero, a forma como necessidades de saúde de homens e mulheres são tomadas pelos serviços de saúde podem influenciar o acesso desses indivíduos. Nesse sentido, Travassos e Martins (2004) afirmam que o acesso é resultante, também, da interação entre o indivíduo que procura cuidados e o profissional que o conduz dentro do sistema de saúde.

O estudo realizado por Evangelista, Barreto e Guerra (2008) no município de Belo Horizonte identificou que diferenças na letalidade intra-hospitalar por doenças isquêmicas do coração na população estudada eram sugestivas de possíveis disparidades no acesso ao cuidado de saúde. Neste estudo, maior risco foi observado em indivíduos internados por IAM e do sexo feminino nas internações pela Central de Internações e por IAM, além da idade avançada. As causas não foram esclarecidas no estudo.

Estudos, especialmente realizados nos Estados Unidos da América, Reino Unido e em vários países da Europa continental, evidenciaram que as mulheres com doença cardiovascular eram menos propensas a procedimentos cardíacos quando comparadas aos homens (NANTE *et al.* 2009). Outro estudo realizado no Reino Unido (PETTICREW; MCKEE; JONES, 1993) sugeriu que razões para a mulheres serem menos propensas a esses procedimentos podem estar associadas a falta de valorização dos sintomas expressados por elas pelos médicos e a atribuição de menor valor ao benefício do tratamento para as mesmas. No entanto, os autores destacaram que as razões para essa diferença ainda não foram bem esclarecidas.

No estudo conduzido na cidade de Nova York (PRESA; VEREADOR, 2006) a diferença foi associada com menor frequência de admissão de mulheres em HRC. No entanto, os autores salientam que mesmo quando as mulheres eram admitidas nos hospitais, as mesmas

eram submetidas a procedimentos de revascularização com uma frequência menor em relação aos homens, e os motivos também não foram elucidados na pesquisa.

Já um estudo realizado na Itália (NANTE *et al.*, 2009), mostrou que as diferenças no tratamento de homens e mulheres não foram explicadas pela gravidade da doença e pela idade. Na análise da literatura constataram como razões o fato de alguns médicos do sexo masculino acreditarem que os homens contribuem mais do que as mulheres para a sociedade e isso reflete a percepção do valor social dos sexos; o fato das mulheres terem mais complicações com a cirurgia cardíaca; e o fato dos critérios diagnósticos terem sido desenvolvidos e validados primeiramente em homens, e por isso, serem menos sensíveis em mulheres.

Nesse sentido, a depender do tipo de conduta médica, o tratamento adequado a indivíduos com IAM pode ser iniciado tardiamente, ou até mesmo não ocorrer, principalmente quando a vítima for mulher. Somado a isso, vale destacar ainda, que existe um debate constante na literatura sobre as razões determinantes das diferenças nas taxas de mortalidade entre homens e mulheres com IAM, as quais são maiores para mulheres (JNEID *et al.*, 2008).

Considerando o panorama exposto sobre os fatores que retardam o acesso aos serviços de indivíduo com IAM, os profissionais de saúde devem trabalhar no intuito de contribuir para reduzir o tempo de chegada dos mesmos a um serviço médico de emergência (MUSSI *et al.*, 2007) e garantir sua admissão e tratamento, dada a característica absolutamente tempo-dependente da terapia de reperfusão miocárdica.

Ainda, vale salientar que o indivíduo recebe atendimento inicial pela equipe de enfermagem (MULLER *et al.*, 2008). Os achados clínicos evidenciados no atendimento inicial realizado pela(o) enfermeira(o) são de grande importância para início da suspeita do IAM (PIEGAS *et al.*, 2009). A conduta inicial da(o) enfermeira(o) consiste na classificação de prioridade de atendimento, identificando os sinais e sintomas associados ao IAM, como também as contra-indicações absolutas e relativas no tratamento trombolítico por meio do interrogatório. Cabe, também, a(o) enfermeira(o) realizar o ECG inicial para o diagnóstico do IAM, providenciar acesso periférico, monitorar sinais vitais, bem como a preparação para a administração do trombolítico (GONZÁLEZ *et al.*, 2011). Desta forma, justifica-se a importância de um enfermeiro triador nos serviços de emergência, com vistas a promover agilidade, rapidez e contribuir na eficácia do atendimento (MULLER *et al.*, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e de corte transversal. A utilização de estudos exploratórios se justifica quando o conhecimento sobre a temática é limitado e deseja-se investigar as relações entre as variáveis descritoras de interesse e o desfecho (SANTANA *et al.*, 2011). Têm o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema (GIL, 2006). Os estudos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto do tempo (POLIT; BECK, HUNGLER, 2004).

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

O estudo foi realizado em dois HRC (HRC1 e HRC2), localizados no município de Salvador-BA. Uma instituição é filantrópica e admite pessoas para tratamento médico por meio de convênios particulares e pelo SUS, a outra instituição é pública e admite pessoas por meio do sistema de regulação do SUS do estado da Bahia. Ressalta-se que ambas não atendem usuários que se apresentem ao serviço por demanda espontânea.

A escolha dessas instituições deu-se ao fato das mesmas serem centros de referência em cardiologia. Oferecem serviços com diferentes níveis de complexidade, possuem unidades de internação, de terapia intensiva e semi-intensiva e realizam exames e procedimentos de alta complexidade em cardiologia, com intervenção coronária percutânea e cirurgias cardíacas.

3.3 AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra (n), tomou-se como parâmetro a prevalência estimada para o infarto agudo do miocárdio (IAM) de 99/100.000 adultos em Salvador/BA (LESSA, 1999). Foram também considerados no cálculo da amostra os seguintes parâmetros:

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

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; α - nível de

significância; $(1-\alpha)100$ - grau de confiança; B - erro máximo estimado desejado; $Z_{\alpha/2} = 1,96$; $1-\alpha = 0,95$, $B = 0,04$ ou 4% (KISH, 1965).

De acordo com o cálculo, o tamanho da amostra seria de 99, mas esta foi composta por 100 indivíduos, cujos critérios de inclusão foram: diagnóstico médico de IAM com supradesnível do segmento ST (IAMCSST) e sem supradesnível do segmento ST (IAMSSST) registrado em prontuário; indivíduos que estivessem com no mínimo 24 horas de internação e no máximo 20 dias de internação; indivíduos orientados no tempo e no espaço, sem restrições médicas para realizar a entrevista.

3.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Este estudo faz parte do Projeto Matriz “Retardo pré-hospitalar face ao IAM: diferenças entre gêneros”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética das instituições lócus de estudo, HRC1 (ANEXO A) e HRC2 (ANEXO B), em março e julho de 2009. Respeita os princípios éticos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e está em consonância com a Resolução vigente 466/12.

Aos participantes foram assegurados o sigilo pessoal, a privacidade e o direito a desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem gerar prejuízos de qualquer natureza. Eles foram também orientados sobre a finalidade da pesquisa e o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

3.5 COLETA DE DADOS

3.5.1 Instrumento

O instrumento (ANEXO D) que foi utilizado na coleta de dados foi elaborado para o levantamento de dados do projeto de pesquisa “Retardo pré-hospitalar face ao IAM: diferenças entre gêneros”. O instrumento foi pré-testado com cinco pessoas, no mês de março de 2009, a fim de garantir maior fidedignidade das informações, assegurar a sua validade e operatividade.

Constituiu-se de quatro partes com perguntas objetivas, de múltipla escolha e semi-estruturadas referentes ao objeto de estudo. Deste instrumento, utilizou-se para o estudo atual os dados de três partes descritas a seguir.

A parte I, denominada **Dados de caracterização sociodemográfica**, constou de questões que levantaram dados sobre o local de internamento: idade, sexo, raça/cor autodeclarada, escolaridade, estado civil, condição laboral, renda familiar mensal, moradores do domicílio, número de dependentes, local de residência e posse de convênio de saúde.

A parte II, intitulada **Dados de caracterização clínica**, incluiu o levantamento de informações sobre o tipo de IAM (IAMCSST ou IAMSSST), registro em prontuário de reperfusão miocárdica química ou mecânica, manifestações clínicas do IAM, tipo, frequência, intensidade e duração da dor torácica.

A parte III, denominada **Caracterização do acesso aos serviços de saúde**, levantou informações sobre o local, a data e o horário do início dos sintomas, o TD, o TT até o primeiro local de atendimento, a data e o horário de admissão nos HRC, o meio de transporte utilizado, o tipo e o número de serviços de saúde percorridos até a admissão nos HRC, 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,

3.5.2 Operacionalização

A coleta de dados foi realizada no período de abril a outubro de 2009, no turno vespertino. Estabeleceu-se o turno vespertino devido a concentração maior de procedimentos diagnósticos e terapêuticos no turno da manhã, situação que dificulta a disponibilidade dos participantes para a pesquisa.

Para garantir a identificação dos sujeitos e assegurar que todos os elegíveis fossem entrevistados nas duas instituições, foi utilizado um calendário de visita e coleta de dados (Quadro I).

Quadro 1 – Cronograma de visita às instituições para a coleta de dados

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
HRC1	HRC 2	HRC1	HRC2	HRC 1

A técnica de coleta de dados foi a entrevista, definida como um encontro de natureza profissional entre duas pessoas com a finalidade de se obter informações sobre determinado assunto. As entrevistas foram realizadas por uma enfermeira mestrande e por duas bolsistas do Programa de Iniciação Científica (PIBIC-UFBA 2009/2010), devidamente treinadas. A duração das entrevistas variou de 30 a 40 minutos.

Após a identificação dos indivíduos com IAM, através do livro de registro e do prontuário, nas unidades especificadas das instituições de estudo, foram selecionados àqueles

que atendiam aos critérios de inclusão, e que estavam livres de exames e/ou possíveis procedimentos por uma hora. Os participantes foram entrevistados após as primeiras 24 horas de internação e até o vigésimo dia da admissão hospitalar, com vistas a evitar o viés recordatório.

Os participantes foram abordados, com a apresentação da entrevistadora que explicava o motivo da aproximação, oferecia informações sobre a importância e os objetivos da pesquisa, solicitava a participação no estudo e orientava sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C). Foi informado para os sujeitos que a participação era voluntária e livre de quaisquer prejuízos em caso de recusa, a qual poderia acontecer a qualquer momento desde que desejada.

Algumas entrevistas foram realizadas na presença de familiares, que auxiliaram na reconstrução do cenário em que ocorreu o evento cardiovascular e a precisar o momento da decisão para ida a um serviço de saúde diante dos sintomas do IAM, o tempo de chegada ao primeiro serviço de saúde, além das condutas dos profissionais que atenderam os participantes no primeiro local de atendimento. Ao término da entrevista, o participante e seu familiar receberam agradecimentos pela colaboração com a pesquisa.

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.

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Variáveis dependentes

1. TCPSS - tempo decorrido entre o início dos sintomas até a chegada ao primeiro serviço de saúde
2. TPRS - tempo decorrido da chegada ao primeiro serviço até a admissão nos HRC
3. TCHRC - tempo decorrido do início dos sintomas até a admissão do usuário nos HRC

Variáveis independentes

4. TD – tempo decorrido entre o início dos sintomas e a decisão de procurar atendimento médico (variável independente para TCPSS e TCHRC)
5. TT – tempo decorrido entre a decisão de procurar atendimento até a chegada ao primeiro serviço de saúde (variável independente para TCPSS, TCHRC)
6. TPRS – tempo decorrido da chegada ao primeiro serviço até a admissão nos HRC (variável independente para TCHRC)

7. Tipo e número de serviços procurados até a admissão nos HRC (variáveis independentes para TPRS); tipo de IAM (variável independente para TCPSS, TPRS e TCHRC); características sociodemográficas (variáveis independentes para TPRS); meio de transporte (variável independente para TT); conduta dos profissionais de saúde no primeiro local de atendimento (variável independente para TPRS)
8. O sexo será considerado variável de interação entre os tempos de acesso (TCPSS, TPSS, TCHRC) e variáveis de interesse (variáveis independentes)

3.7 ANÁLISE DE DADOS

O TD, o TT, o TCPSS, o TPRS e o TCHRC foram analisados mediante as medidas de tendência central e medidas de variabilidade como intervalo de confiança (IC) a 95% e intervalos interquartílicos.

Os dados de caracterização sociodemográficas, clínica e do acesso foram analisados por meio de estatísticas descritivas e pelo teste do Qui-quadrado de Pearson. As estatísticas descritivas foram usadas para descrever e sintetizar os dados e o teste Qui-quadrado (X^2) é um procedimento não paramétrico usado para testar hipóteses sobre proporções de casos que se enquadram em várias categorias (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Considerando a distribuição assimétrica dos valores dos tempos estudados em razão da presença de valores extremos e a grande variabilidade de valores dos tempos em torno de suas médias, foi empregada a média geométrica na interpretação desta variável. Essa medida possibilita reduzir a variabilidade dos dados minimizando a assimetria dos tempos e permitindo a utilização de modelo de regressão linear robusto. A média geométrica é obtida pela expressão dos valores em escala logarítima na base 10 (SILVANY NETO, 2006).

Para verificar a existência de associação entre as variáveis de interesse (tipo de IAM, tipo de serviço de saúde procurado no primeiro atendimento, número de serviços percorridos até a admissão nos HRC, características socioeconômicas, meio de deslocamento e conduta dos profissionais do primeiro local de atendimento) e as variáveis dos tempos (TD, TT, TCPSS, TPRS TCHRC) implicados no acesso aos serviços de saúde até a admissão nos HRC foi utilizado o modelo de regressão linear robusto. A técnica de regressão robusta é um importante complemento às técnicas clássicas, pois fornece respostas similares à regressão por mínimos quadrados quando existe relação linear entre as variáveis, com erros

normalmente distribuídos, diferindo dos ajustes dos mínimos quadrados, quando os erros não são normalmente distribuídos ou quando os dados contêm valores extremos (SOUZA, 2006).

Para analisar as correlações dos TD e de TT com o TCPSS e dos TD, TT e TPRS com TCHRC foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, o modelo bivariado e multivariado de regressão linear, assim como foi feita a apresentação de gráficos de dispersão.

O coeficiente de correlação de Pearson (r) é tanto inferencial quanto descritivo. Como estatística inferencial é usado para testar hipóteses sobre as correlações da população e, como descritiva, resume o sentido e a magnitude da relação entre duas variáveis (POLIT, BECK, HUNGLER 2004). O coeficiente varia entre -1 e +1, inclusive, isto é, $-1 \leq r \leq +1$ (VIEIRA, 2008).

Com relação ao sentido, pode ser interpretado como:

- 1: correlação perfeita positiva
- $r = -1$: correlação perfeita negativa
- $r = 0$: correlação nula
- $0 < r < 1$: correlação positiva
- $-1 < r < 0$: correlação negativa

Com relação à intensidade, pode ser interpretado como:

- $0 < r < 0,25$ ou $-0,25 < r < 0$: correlação pequena ou nula
- $0,25 < r < 0,50$ ou $-0,50 < r < -0,25$: correlação fraca
- $0,50 < r < 0,75$ ou $-0,75 < r < -0,50$: correlação moderada
- $0,75 < r < 1$ ou $-1 < r < -0,75$: correlação forte ou perfeita (perfeita se $r = 1$ ou $r = -1$)

A utilização de modelos de regressão linear permite avaliar a magnitude de associação entre as variáveis (LEVIN; FOX, 2004). O coeficiente de determinação (R^2), que mede a qualidade do ajuste no modelo de regressão linear, varia entre zero e 1, inclusive. O modelo de regressão fará melhores previsões quando R^2 estiver próximo do valor 1 (VIEIRA, 2008).

Para estimar a composição percentual em média e mediana dos componentes dos tempos de TCPSS procedeu-se, para cada participante, a divisão do valor de TD pelo valor de TCPSS e do valor de TT pelo valor de TCPSS. Cada um desses valores foi multiplicado por 100 e, posteriormente, foram calculadas as médias e medianas. Da mesma maneira procedeu-se para estimar a composição percentual em média e medianas dos componentes dos tempos de TCHRC.

Os dados foram analisados pelo Stata versão 11.0, enquanto os gráficos de dispersão foram construídos utilizando o pacote estatístico R versão 2.15.0. A significância adotada foi de 5% (valor de $p \leq 0,05$) para todos os testes estatísticos aplicados.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada em cinco partes. Na primeira, apresenta-se a caracterização sociodemográfica e clínica do(a)s participantes e na segunda a caracterização do seu acesso aos serviços de saúde até a admissão em HRC. A terceira mostra os tempos despendidos no acesso aos serviços de saúde após o início dos sintomas do IAM; a quarta apresenta os fatores associados ao retardo no acesso aos serviços de saúde até a admissão nos HRC e a quinta expõe a correlação entre os tempos estudados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO(A)S PARTICIPANTES

4.1.1 Caracterização sociodemográfica do(a)s participantes

A amostra do estudo foi constituída por 100 indivíduos que sofreram IAM. Desses, 71 eram homens (H), com média de idade de 58,7 anos (dp 11,1) e extremos de idade entre 27 e 80 anos; e 29 eram mulheres (M), com média de idade de 59,0 anos (dp 12,1) e extremos de idade entre 41 e 87 anos. Houve predomínio da faixa etária menor que 60 anos para ambos os sexos (H=52,1% e M=65,5%), não sendo identificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre o sexo e a faixa etária (Tabela 1).

Tanto para os H como para as M constatou-se o predomínio da procedência de Salvador e Região Metropolitana (H=74,6% e M=65,5%), da raça/cor negra (H=73,2% e M=65,5%), da baixa escolaridade (H=70,4% e M=65,5%), da renda familiar mensal de até 3 salários mínimos (H=62,0% e M=65,5%), do número de até 3 dependentes dessa renda (H=52,1% e M=72,4%) e da condição laboral ativa (H=69% e M=62,1%). Não foram encontradas diferenças proporcionais significantes entre os sexos e essas variáveis.

O estado civil predominante foi estar casado ou viver com companheiro tanto para os H (81,7%) como para as M (58,6%). Todavia, maior proporção de M eram solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas em relação aos H ($p=0,016$).

Maior proporção de H (88,7%) e de M (89,7%) viviam na companhia de alguém, predominando companheiro(a), filho(a)/enteado(a), neto(a). Houve relação estatisticamente significativa entre viver com companheiro(a) e sexo ($p=0,017$), notando-se maior proporção de M sem companheiro em relação aos H. Os sexos mostraram-se proporcionalmente semelhantes quanto a viver com filho(a)/enteado(a), genro/nora e outros familiares/amigos.

Todos os participantes foram atendidos pelo SUS, apesar de um destes ter referido possuir convênio de saúde. Predominou como local de internamento (lôcus do estudo) o HRC1 tanto para H (80,3%) como para M (79,3%), constatando-se homogeneidade entre os sexos quanto ao local de hospitalização.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica do(a)s participantes do estudo segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.

Características sociodemográficas	H		M		p***	Total		
	n	%	n	%		n	%	
Idade								
< 60 anos	37	52,1	19	65,5	0,220	56	56,0	
≥ 60 anos	34	47,9	10	34,5		44	44,0	
Raça/cor autodeclarada								
Negra	52	73,2	19	65,5	0,440	71	71,0	
Branca	19	26,8	10	34,5		29	29,0	
Estado civil								
Com companheiro (Casado/Com companheiro)	58	81,7	17	58,6	0,016	75	75,0	
Sem companheiro (Solteiro/Separado/Divorciado/Viúvo)	13	18,3	12	41,4		25	25	
Escolaridade								
Analfabeto(a)/Assina apenas o nome	10	14,1	3	10,3	0,478	13	13,0	
Até o 1º grau	40	56,3	16	55,2		56	56,0	
Até o 2º grau	14	19,7	4	13,8		18	18,0	
Até o 3º grau	7	9,9	6	20,7		13	13,0	
Condição laboral								
Com atividade laboral (Empregado/Autônomo/ Aposentado com atividade)	49	69,0	18	62,1	0,503	67	67,0	
Sem atividade laboral (Aposentado sem atividade/ Desempregado)	22	31,0	11	37,9		33	33,0	
Renda familiar mensal								
Até 3 salários mínimos*	44	62,0	19	65,5	0,739	63	63,0	
Acima de 3 salários mínimos*	27	38,0	10	34,5		37	37,0	
Nº de dependentes								
0 a 3	37	52,1	21	72,4	0,062	58	58,0	
4 ou mais	34	47,9	8	27,6		42	42,0	
Com quem mora**								
Com companheiro(a)	Sim	54	76,1	15	51,7	0,017	69	69,0
	Não	17	23,9	14	48,3		31	31,0
Filho(a)/Enteado(a)	Sim	47	66,2	17	58,6	0,474	64	64,0
	Não	24	33,8	12	41,4		36	36,0
Neto(a)	Sim	13	18,3	10	34,5	0,081	23	23,0
	Não	58	81,7	19	65,5		77	77,0
Genro/Nora	Sim	10	14,1	5	17,2	0,688	15	15,0
	Não	61	85,9	24	82,8		85	85,0
Sozinho(a)	Sim	8	11,3	3	10,3	0,894	11	11,0
	Não	63	88,7	26	89,7		89	89,0
Irmão(ã)	Sim	4	5,6	0	0	0,192	4	4,0
	Não	67	94,4	29	100		96	96,0
Outros familiares/amigos	Sim	4	5,6	1	3,4	0,649	5	5,0
	Não	67	94,4	28	96,6		95	95,0
Convênio								
Sim	-	-	1	3,4	0,099	1	1,0	
Não	71	100	28	96,6		99	99,0	
Local de residência								
Salvador e Região Metropolitana	53	74,6	19	65,5	0,356	72	72,0	
Outras cidades da Bahia.	18	25,3	10	34,5		28	28,0	
Hospitais de Referência em Cardiologia								
HRC1	57	80,3	23	79,3	0,912	80	80,0	
HRC2	14	19,7	6	20,7		20	20,0	

Fonte: Elaboração própria.

*Salário mínimo no período de coleta de dados: R\$465,00; **O(a)s participantes informaram residir com mais de uma pessoa; ***p valor obtido pelo teste Qui-quadrado de Pearson.

4.1.2 Caracterização clínica do(a)s participantes

Na Tabela 2 são apresentados os resultados referentes às manifestações clínicas e o tipo de IAM segundo o sexo.

Em relação ao tipo de IAM, predominaram indivíduos com diagnóstico médico de IAMCSST (67,0%). Entretanto, houve inversão nesta proporção entre H e M, pois maior percentual de H (74,7%) tiveram IAMCSST e maior percentual de M (51,7%) tiveram IAMSSST, com diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os sexos em relação ao tipo de IAM.

Para os 67 participantes que foram acometidos por IAMCSST (H=53 e M=14), verificou-se que a maioria dos H e das M não apresentou registro de reperfusão miocárdica no prontuário (H=88,7% e M=85,7%). Os sexos mostraram-se proporcionalmente semelhantes com relação a essa variável.

Quanto às manifestações clínicas, a sintomatologia predominante tanto para os H como para as M foi a dor na região torácica (H=80,3% e M=82,8%), seguida por sudorese (H=71,8% e M=51,7%) e desconforto respiratório (H=45,1% e M=51,7%). Ressalta-se que as diferenças proporcionais entre H e M em relação à sudorese foram estatisticamente significantes. Apesar do sintoma dor no mento ou na mandíbula ter apresentado baixo percentual (H=2,8% e M=17,2%), houve diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os sexos.

Como tipo de dor torácica, prevaleceu a descrição de dor em aperto (H=46,5% e M=41,4%), seguida de queimação (H=40,8% e M=24,1%). Maior proporção de M (13,8%) apresentaram a dor torácica do tipo sensação de peso em relação aos H (2,8%), e essa diferença proporcional foi estatisticamente significativa.

Oitenta e nove indivíduos informaram a frequência da dor (H=64 e M=25), prevalecendo para os H e para as M a dor constante/ininterrupta (H=76,6% e M=68,0%). Proporcionalmente, os sexos mostraram-se homogêneos com relação à frequência da dor.

Predominaram dor com duração maior que 15min (H=95,8% e M=96,5%) e do tipo intensa ao decidirem procurar por atendimento (H=87,3% e M=79,3%). Os sexos mostraram-se proporcionalmente semelhantes em relação à duração e intensidade da dor.

Tabela 2 – Tipo e manifestações clínicas do IAM e reperfusão miocárdica segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.

Tipo e manifestações clínicas do IAM e realização de reperfusão miocárdica			H		M		p****	Total	
			n	%	n	%		n	%
Tipo de IAM									
			53	74,7	14	48,3	0,011	67	67,0
			18	25,4	15	51,7		33	33,0
Registro de reperfusão miocárdica (n=67)*									
			47	88,7	12	85,7	0,761	59	88,0
			6	11,3	2	14,3		8	12,0
Manifestações clínicas do IAM**									
Dor na região torácica	Sim		57	80,3	24	82,8	0,774	81	81,0
	Não		14	19,7	5	17,2		19	19,0
Sudorese	Sim		51	71,8	15	51,7	0,054	66	66,0
	Não		20	28,2	14	48,3		34	34,0
Desconforto respiratório	Sim		32	45,1	15	51,7	0,545	47	47,0
	Não		39	54,9	14	48,3		53	53,0
Dor nos membros superiores	Sim		31	43,7	12	41,4	0,834	43	43,0
	Não		40	56,3	17	58,6		57	57,0
Dor na região dorsal	Sim		23	32,4	12	41,4	0,393	35	35,0
	Não		48	67,6	17	58,6		65	65,0
Náuseas	Sim		23	32,4	9	31,0	0,895	32	32,0
	Não		48	67,6	20	69		68	68,0
Vômitos	Sim		20	28,2	11	37,9	0,338	31	31,0
	Não		51	71,8	18	62,1		69	69,0
Tonturas	Sim		17	23,9	3	10,3	0,123	20	20,0
	Não		54	76,1	26	89,7		80	80,0
Dor epigástrica	Sim		11	15,5	7	24,1	0,307	18	18,0
	Não		60	84,5	22	75,9		82	82,0
Dor na região cervical	Sim		13	18,31	4	13,8	0,585	17	17,0
	Não		58	81,7	25	86,2		83	83,0
Palpitações/Arritmias/Taquicardia	Sim		10	14,1	4	13,8	0,970	14	14,0
	Não		61	85,9	25	86,2		86	86,0
Síncope	Sim		7	9,9	3	10,3	0,941	10	10,0
	Não		64	90,1	26	89,7		90	90,0
Dor no mento ou mandíbula	Sim		2	2,8	5	17,2	0,010	7	7,0
	Não		69	97,2	24	82,8		93	93,0
Cefaléia	Sim		3	4,2	3	10,3	0,242	6	6,0
	Não		68	95,8	26	89,7		94	94,0
Tremores	Sim		2	2,8	-	-	0,361	2	2,0
	Não		69	97,2	29	100		98	98,0
Tipo da dor torácica									
Em aperto	Sim		33	46,5	12	41,4	0,642	45	45,0
	Não		38	53,5	17	58,6		55	55,0
Em queimação	Sim		29	40,8	7	24,1	0,114	36	36,0
	Não		42	59,2	22	75,9		64	64,0
Sensação de “rasgo”	Sim		9	12,7	5	17,2	0,550	14	14,0
	Não		62	87,3	24	82,8		86	86,0
Em pontada	Sim		7	9,9	6	20,7	0,144	13	13,0
	Não		64	90,1	23	79,3		87	87,0
Sensação de peso	Sim		2	2,8	4	13,8	0,036	6	6,0
	Não		69	97,2	25	86,2		94	94,0
Frequência da dor (n=89)***									
			49	76,6	17	68,0	0,407	66	74,2
			15	23,4	8	32,0		23	25,8
Duração da dor									
			68	95,8	28	96,5	0,857	96	96,0
			3	4,2	1	3,4		4	4,0
Intensidade da dor ao decidir procurar atendimento****									
			9	12,7	6	20,7	0,309	15	15,0
			62	87,3	23	79,3		85	85,0

Fonte: Elaboração própria.

*Para participantes que foram acometidos por IAMCSST; **O(a)s participantes informaram mais de uma manifestação clínica e característica da dor;*** Apenas oitenta e nove indivíduos responderam sobre a frequência da dor; **** Escala visual analógica: dor leve (0 a 2), dor moderada (3 a 7) e dor intensa (8 a 10); ***** p valor obtido pelo teste Qui-quadrado de Pearson.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO DO(A)S PARTICIPANTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ATÉ A ADMISSÃO EM HRC

4.2.1 Caracterização do acesso do(a)s participantes ao primeiro serviço de saúde

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados referentes ao acesso dos H e das M aos serviços de saúde.

Observa-se que a maioria dos H (73,2%) e das M (85,7%) estava no domicílio quando os sintomas do IAM começaram, seguido de via pública (H=21,1% e M=10,7%) e local de trabalho (H=5,6% e M=3,6%). Destaca-se que uma pessoa já estava no serviço de saúde quando os sintomas iniciaram. Não se identificaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os sexos em relação ao local do início dos sintomas.

O(a)s participantes utilizaram diversos tipos de meios de deslocamento para chegar no primeiro serviço de saúde procurado, predominando, para os dois grupos (H=76,0% e M=64,3%), o uso de automóvel particular ou de conhecidos, táxi e motocicleta. O SAMU ou a ambulância comum foram acionados em maior proporção por M (17,9%) do que por H (8,5%). Não se identificaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os sexos em relação ao meio de deslocamento.

Quanto ao tipo de serviço de saúde procurado como primeiro local para atendimento 90,1% dos H e 86,2% das M procuraram um local com atendimento de urgência e emergência, incluindo hospitais, UPA e SAMU. Apesar da maioria ter procurado um serviço adequado, 77% (H=74,6% e M=82,8%) referiram não saber aonde procurar atendimento no momento do evento cardiovascular. Não se identificaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os sexos em relação a essas variáveis.

Setenta e seis participantes (H=55 e M=21) estavam em Salvador ou Região Metropolitana no momento de ocorrência do evento cardiovascular. Para esses, buscou-se identificar a existência de unidade de emergência no distrito sanitário do bairro de residência/estadia, não sendo possível identificar essa informação para três participantes. Desse modo, para os 73 participantes, observou-se que 82,7% dos H e 90,5% das M estavam em bairros de Salvador ou da Região metropolitana que ofereciam cobertura de atendimento.

Sabendo-se que 73 participantes dispunham de uma unidade de emergência no 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 distrito sanitário. Maior proporção de M (93,3%) em relação a de H (71,4%)

procuraram um serviço do seu distrito, não sendo identificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os sexos e essa variável.

Em relação às condutas dos profissionais de saúde no primeiro local procurado para atendimento pelo(a)s participantes, verificou-se que para 84,5% dos H e 75,9% das M as condutas recebidas foram esperadas uma vez que foram atendidos e admitidos ou atendidos, admitidos e transferidos. Destaca-se que 15,5% dos H e 24,1% das M foram vítimas de condutas não esperadas como negação de atendimento (H=5,6% e M=6,9%), atendimento e orientação para procura de outro serviço (H=5,6% e M=6,9%), atendimento e posterior alta do serviço (H=2,8% e M=6,9%), atendimento e orientação para procura de um cardiologista (H=1,4% e M=3,4%), (dados não apresentados em Tabela). Não se identificaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os sexos em relação ao tipo de conduta.

Tabela 3 – Caracterização do acesso do(a)s participantes ao primeiro serviço de saúde procurado após o início dos sintomas do IAM segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.

Características relacionadas ao acesso dos participantes	H		M		p*****	Total	
	n	%	n	%		n	%
Local do início dos sintomas(n=99)*							
Casa	52	73,2	24	85,7	0,412	76	76,8
Via pública	15	21,1	3	10,7		18	18,2
Trabalho	4	5,6	1	3,6		5	5,1
Meio de deslocamento (n=99)*							
Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel/ Ambulância comum	6	8,5	5	17,9	0,359	11	11,1
Automóvel/Táxi/Motocicleta	54	76,0	18	64,3		72	72,7
Ônibus/Caminhando	11	15,5	5	17,9		16	16,2
Tipo de serviço de saúde procurado como primeiro local de atendimento							
Serviço com atendimento de urgência e emergência**	64	90,1	25	86,2	0,568	89	89,0
Serviço sem atendimento de urgência e emergência***	7	9,9	4	13,8		11	11,0
Referiu saber onde procurar atendimento							
Sim	18	25,3	5	17,2	0,382	23	23,0
Não	53	74,6	24	82,8		77	77,0
Existência de unidade de pronto atendimento ou emergência no distrito sanitário do bairro de residência/estadia em Salvador (n=73)****							
Sim	43	82,7	19	90,5	0,400	62	84,9
Não	9	17,3	2	9,5		11	15,1
Procura de serviço de saúde do distrito sanitário do bairro de residência/estadia em Salvador (n=50)*****							
Sim	25	71,4	14	93,3	0,087	39	78,0
Não	10	28,6	1	6,7		11	22,0
Conduta dos profissionais de saúde no primeiro local procurado para atendimento							
Condutas esperadas	60	84,5	22	75,9	0,307	82	82,0
Condutas não esperadas	11	15,5	7	24,1		18	18,0

Fonte: Elaboração própria.

*Uma mulher estava em um serviço de saúde realizando exames quando os sintomas do IAM iniciaram. **Hospital porta aberta/ HRC/ UPA/ SAMU. ***Serviço Ambulatorial/ UBS. ****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; *****p valor obtido pelo teste Qui-quadrado de Pearson.

4.2.2 Caracterização do acesso do(a)s participantes aos HRC após a procura do primeiro serviço de saúde

Na rede de saúde pública em Salvador-BA e Região Metropolitana, o acesso dos usuários aos serviços especializados não se faz de modo direto. Em relação aos HRC, o acesso se faz por central de regulação, logo, o(a)s participantes do estudo passaram obrigatoriamente por pelo menos um serviço de saúde antes de serem admitidos nos HRC1 e HRC2 (lôcus de estudo), com exceção de um participante do sexo masculino que foi admitido no HRC 2 por influência de amigos.

Verificou-se que o(a)s participantes passaram, em média, por 1,6 (dp 0,9) serviços de saúde até a admissão nos HRC. Na Tabela 4, observa-se que a admissão nos HRC ocorreu para a maioria dos H e das M no segundo atendimento (H=61,4% e M=58,6%) e no terceiro atendimento (H=28,6% e M=31,0%). Não se identificaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os sexos em relação ao número de atendimentos recebidos.

Tabela 4 – Número de atendimento(s) recebidos antes da admissão nos HRC segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.

Número de atendimentos recebidos antes da admissão nos HRC	H		M		p*	Total	
	n	%	n	%		N	%
Um	43	61,4	17	58,6	0,965	60	60,6
Dois	20	28,6	9	31,0		29	29,3
Três ou mais	7	10,0	3	10,3		10	10,1

Fonte: Elaboração própria.

*p valor obtido pelo teste Qui-quadrado de Pearson

Na Tabela 5 estão apresentados os vários tipos de serviços de saúde procurados pelo(a)s participantes até admissão nos HRC.

Com exceção de um participante do sexo masculino que foi admitido no primeiro atendimento, o(a)s demais participantes tiveram que recorrer a outros atendimentos, como hospitais, UPAs, SAMU, Serviço ambulatorial e UBS, até a admissão nos HRC, visto que, esses não possuem emergência porta aberta. A maioria dos H e das M procurou serviços de saúde com emergência como primeiro atendimento, mas 7 H e 4 M dirigiram-se a ambulatórios ou unidades básicas de saúde. Destaca-se ainda, que 1 H e 3 M tiveram o segundo atendimento em ambulatórios.

Entre os motivos referidos pelo(a)s participantes para a ida a mais de um serviço de saúde predominaram para H (88,9%) e M (88,0%) a insuficiência de recursos materiais e humanos (dados não mostrados em tabelas).

Tabela 5 – Tipos de serviços de saúde procurados por homens e mulheres segundo a ordem de atendimentos recebidos até a admissão nos HRC. Salvador, Bahia – 2013.

Tipo de serviço de saúde procurado	Primeiro n(100)		Segundo n(99)		Terceiro n(39)		Quarto n(10)		Quinto n(5)		Sexto n(2)		Sétimo n(1)	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Hospital	29	12	17	5	6	3	3	1	1	1	1	-	-	-
UPA	29	10	8	4	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
SAMU	5	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serviço Ambulatorial	4	3	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UBS	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Admissão no HRC*	1	-	43	17	20	9	3	2	3	-	-	1	1	-
Total	71	29	70	29	27	12	7	3	4	1	1	1	1	0

Fonte: Elaboração própria.

*Número e percentual de participantes admitidos no HRC pelo número de serviços de saúde visitados.

4.3 TEMPOS DESPENDIDOS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS O INÍCIO DOS SINTOMAS DO IAM

Na Tabela 6 estão apresentadas as médias geométricas dos tempos investigados no estudo de H e M. Não se constatou diferença estatisticamente significativa entre os sexos com relação aos tempos. Todavia, observou-se que todos os tempos foram maiores para as M em relação aos H.

Tabela 06 – Médias dos tempos (TD, TT, TCPSS, TPRS e TCHRC) segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.

Tempos em horas	MG*		p**
	H (IC 95%)	M (IC 95%)	
TD ¹	1,0 (0,69 - 1,63)	1,4 (0,76 - 2,7)	0,416
TT ²	0,4 (0,32 - 0,53)	0,5 (0,36 - 0,64)	0,385
TCPSS ³	2,0 (1,43 - 2,77)	2,3 (1,37 - 3,77)	0,650
TPRS ⁴	31,2 (23,56 - 41,30)	48,2 (31,07-74,69)	0,087
TCHRC ⁵	36,5 (27,95-47,70)	52,7 (34,44 - 80,67)	0,134

Fonte: Elaboração própria.

* Média Geométrica (MG) em horas; **p valor obtido através de regressão robusta; ¹Tempo de decisão (TD): tempo decorrido do início dos sintomas até a decisão para a procura de um serviço de saúde; ² Tempo de transporte (TT): tempo decorrido da decisão até a chegada ao primeiro serviço de saúde, ou seja, tempo despendido no deslocamento até o primeiro serviço de saúde procurado; ³ Tempo de chegada ao primeiro serviço de saúde (TCPSS): tempo decorrido do início dos sintomas até a chegada ao primeiro serviço de saúde; ⁴ Tempo de permanência na rede de saúde (TPRS): tempo despendido da chegada ao primeiro serviço de saúde até a admissão nos HRC; ⁵ Tempo de chegada aos HRC (TCHRC): tempo decorrido do início dos sintomas até a admissão nos HRC.

4.4 FATORES ASSOCIADOS AO RETARDO DE HOMENS E MULHERES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE ATÉ A ADMISSÃO NOS HRC

Na Tabela 7, apresenta-se a viabilidade para a instituição da terapia de reperfusão miocárdica segundo o TCPSS e o TCHRC de H e M com IAMCSST. Salienta-se que 50,0% das M e 45,3% dos H com este tipo de IAM chegaram ao primeiro serviço de saúde até uma hora após o início dos sintomas (dados não apresentados em Tabela). Observou-se que maior percentual de H e de M chegaram ao primeiro serviço de saúde procurado em tempo hábil

para a instituição das terapias de reperfusão miocárdica (H=90,6% e M=92,9%), pois se apresentaram até 12h do início de evolução do IAM. No HRC, um quarto dos H e das M, aproximadamente, chegou em tempo hábil para as terapias de reperfusão. Não houve interação entre sexo e TCPSS e, sexo e TCHRC para o desfecho viabilidade de tempo para a terapia de reperfusão miocárdica.

Tabela 7 – Viabilidade de tempo para a terapia de reperfusão miocárdica segundo o TCPSS e o TCHRC de homens e mulheres com IAMCSST e o sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.

Viabilidade de tempo para a terapia de reperfusão miocárdica	TCPSS			TCHRC		
	H n(%)	M n(%)	p*	H n(%)	M n(%)	p*
≤ 12 horas	48(90,6%)	13(92,9%)	0,789	13(24,5%)	3(21,4%)	0,809
>12 horas	5(9,4%)	1(7,1%)		40(75,5%)	11(78,6%)	
Total	53(100%)	14(100%)		53(100%)	14(100%)	

Fonte: Elaboração própria.

*p valor obtido através de regressão robusta.

Na Tabela 8, estão apresentadas as médias geométricas do TCPSS, TPRS e TCHRC de H e M segundo o tipo de IAM e o sexo nessa relação. Identificou-se que tanto os H como as M com IAMSSST apresentaram tempos maiores em relação àquele(a)s com IAMCSST. Para os H, constatou-se diferença estatisticamente significativa entre TCPSS e tipo de IAM, e *boderline* para os demais tempos e o tipo de IAM. Para as M, não se constatou diferença estatisticamente significativa entre TPRS e TCHRC e tipo de IAM, mas uma diferença *boderline* entre TCPSS e tipo de IAM. Não houve interação entre sexo e tipo de IAM para os desfechos TCPSS, TPRS e TCHRC.

Tabela 8 – Médias do TCPSS, TPRS e TCHRC segundo o tipo de IAM e o sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.

Tempos	H			M			p**
	Tipo de IAM		p*	Tipo de IAM		p*	
	IAMCSST MG (IC 95%)	IAMSSST MG (IC 95%)		IAMCSST MG (IC 95%)	IAMSSST MG (IC 95%)		
TCPSS	1,6(1,12-2,44)	3,4(1,90-6,25)	0,029	1,45(0,68-3,08)	3,5 (1,74-6,91)	0,061	0,811
TPRS	27,6(19,48-39,02)	44,5(28,74-69,00)	0,072	36,1(18,40-70,72)	63,1(34,10-116,78)	0,179	0,870
TCHRC	32,6(23,46-45,44)	50,7(33,49-76,91)	0,082	38,7(20,04-74,88)	70,3(39,20-125,94)	0,138	0,743

Fonte: Elaboração própria.

* valor de p obtido através do modelo de regressão robusta; **p valor obtido através de regressão robusta para a interação entre sexo e tipo de IAM para os desfechos tempos.

Na Tabela 9, estão apresentadas, as médias geométricas do TPRS de H e M segundo as variáveis sociodemográficas e o sexo nessa relação. Identificou-se maior TPRS para H com renda de até três salários mínimos, oriundos de outras cidades da Bahia, com baixa escolaridade, da raça/cor branca e idosos, havendo diferença estatisticamente significativa entre esse tempo e as variáveis procedência e raça/cor. Constatou-se, também, maior TPRS para as M com menor renda e escolaridade, procedentes de outras cidades da Bahia e da raça/cor branca. Diferentemente do grupo de H, as M mais jovens tiveram maior TPRS. Para

as M não houve diferença estatisticamente significativa entre TPRS e as variáveis estudadas. Destaca-se também que não houve interação entre sexo e variáveis sociodemográficas para o desfecho TPRS.

Tabela 9 – Médias do TPRS segundo características sociodemográficas e o sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.

Características sociodemográficas	H (n=70)			M (n=29)			p**
	n	MG TPRS (IC)	p*	n	MG TPRS (IC)	p*	
Renda							
Até 3 salários	44	32,0(22,59-45,35)	0,814	19	49,2(27,76-87,37)	0,884	0,992
Acima de 3 salários	26	29,9(18,02-49,46)		10	46,2(20,40-104,57)		
Procedência							
Salvador e Região Metropolitana	53	26,0(18,63-36,21)	0,005	19	43,4(25,91-72,79)	0,526	0,400
Outras cidades da Bahia	17	55,2(34,95-87,23)		10	58,7(22,61-152,14)		
Escolaridade							
Até primeiro grau completo	49	35,3(25,35-49,02)	0,187	19	47,4(26,77-83,90)	0,915	0,395
A partir do segundo grau	21	23,4(13,43-40,91)		10	49,7(21,79-113,28)		
Raça/Cor							
Brancos	18	50,4(28,04-90,58)	0,040	10	48,6(23,26-101,38)	0,977	0,225
Negros	52	26,4(19,23-36,29)		19	48,0(26,38-87,22)		
Idade							
< 60 anos	37	25,7(17,69-37,30)	0,140	19	48,5(28,0-83,93)	0,971	0,420
≥ 60 anos	33	38,8(25,17-59,75)		10	47,6(19,62-115,68)		

Fonte: Elaboração própria.

* Valor de p obtido por regressão robusta; ** valor de p obtido através de regressão robusta para a interação entre sexo e variáveis sociodemográficas para os desfecho TPRS.

Na Tabela 10 apresenta-se as médias geométricas do TT de H e M segundo o meio de deslocamento utilizado para chegar ao primeiro serviço de saúde e a procura de um serviço do distrito sanitário de moradia/estadia em Salvador, bem como, o sexo nessa relação.

Na comparação das médias do TT dos H e das M que utilizaram a ambulância comum/SAMU com as médias daquele(a)s que utilizaram outros meios de deslocamento, verificou-se diferença estatisticamente significativa apenas para as M que utilizaram ônibus ou foram caminhando, as quais tiveram TT maior. Houve interação entre sexo e meio de deslocamento para o desfecho TT, notando-se que as M demoraram mais no deslocamento ao utilizarem tanto o ônibus quanto o automóvel em relação as que utilizaram ambulância, já os H demoraram mais tempo deslocando-se por ambulância.

Notou-se que os H e as M que procuraram um serviço de saúde do distrito sanitário apresentaram TT menores em relação àquele(a)s que não procuraram, no entanto, sem diferenças estatisticamente significantes. Do mesmo modo, não houve diferenças estatisticamente significantes entre sexo e essa variável, contudo, destaca-se que as M apresentaram TT maiores em relação aos H.

Tabela 10 – Médias do TT segundo o meio de transporte utilizado para a chegada a um serviço de saúde e segundo a procura de serviço de saúde do Distrito Sanitário do bairro de residência/estadia em Salvador e sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.

Variáveis	H			M			p*****
	n(71)	MG TT (IC)	p***	n(28)	MG TT (IC)	p***	
Meio de deslocamento*							
Ambulância comum/SAMU	6	0,52(0,25-1,11)	0,419	5	0,37(0,16-0,87)	0,395	0,001
Táxi/ Automóvel/ Motocicleta	54	0,41(0,31-0,54)		18	0,49(0,35-0,67)		
Outros (Ônibus/Caminhando)	11	0,36(0,14-0,97)		5	0,89(0,48-1,65)		
Procura de serviço de saúde do Distrito Sanitário do bairro de residência/estadia em Salvador**	n=35	MG TT (IC)	p****	n(15)	MG TT (IC)	p****	p*****
Sim	25	0,38(0,27-0,54)	0,325	14	0,54(0,36-0,80)	0,237	0,551
Não	10	0,52(0,29-0,95)		1	1,25		

Fonte: Elaboração própria.

*Uma participante não utilizou meio de transporte, pois estava no serviço de saúde no momento do início dos sintomas. **Número de participantes que estavam em Salvador e em casa no momento do início dos sintomas e que foi possível identificar o local de moradia/estadia. ***Valor de p obtido através de regressão robusta, comparando participantes que utilizaram ônibus com os demais. ****Valor de p obtido através de regressão robusta, comparando participantes que procuraram serviços do distrito sanitário com os demais. *****Valor de p obtido através do modelo de regressão robusta, comparando homens e mulheres.

Na Tabela 11 estão apresentadas, para os H e as M, as médias geométricas do TPRS segundo as condutas dos profissionais de saúde no primeiro serviço procurado para atendimento e o sexo nessa relação. Tanto os H como as M que receberam condutas esperadas (atendimento, admissão e/ou transferência) tiveram menor TPRS em relação aos que foram submetidos às não esperadas (atendimento e orientação para procura de outro serviço/ negação de atendimento/ atendimento e posterior alta do serviço/ atendimento e orientação para procura de cardiologista), apesar de ausência de significância estatística. Não houve interação entre sexo e conduta do profissional de saúde para o desfecho TPRS.

Tabela 11 – Médias do TPRS segundo a conduta dos profissionais de saúde do primeiro serviço de saúde procurado para atendimento e segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.

Condutas dos profissionais de saúde	H			M			P**
	n	MG TPRS (IC)	p*	n	MG TPRS (IC)	p*	
Condutas esperadas	59	30,6(22,72-41,14)	0,770	22	39,2(24,43-62,81)	0,088	0,347
Condutas não esperadas	11	34,7(13,37-90,23)		7	92,2(28,77- 295,87)		

Fonte: Elaboração própria.

*Valor de p obtido através do modelo de regressão robusta; **Valor de p obtido através do modelo de regressão robusta, comparando homens e mulheres.

Na Tabela 12, estão apresentadas as médias geométricas do TPRS de H e M segundo o tipo do primeiro serviço de saúde procurado para atendimento e o sexo nessa relação. Maior TPRS foi constatado para H que procuraram unidades de pronto atendimento e para M que procuraram um serviço ambulatorial. Menor TPRS foi identificado tanto para H como para M que procuraram o SAMU.

Ao comparar a média do TPRS dos indivíduos que procuraram o hospital com as médias dos que procuraram outros serviços, identificou-se que houve diferença

estatisticamente significativa para as M que procuraram o SAMU. Apesar da ausência de significância estatística para os H, o TPRS foi menor para aqueles que recorreram ao SAMU no primeiro atendimento. Não houve interação entre sexo e tipo de serviço de saúde para o desfecho TPRS.

Tabela 12 – Médias do TPRS segundo o tipo do primeiro serviço de saúde procurado para atendimento e o sexo nessa relação. Salvador, Bahia – 2013.

Tipo do Serviço	H			M			p***
	n	MG TPRS (IC)	p**	n	MG TPRS (IC)	p**	
Hospital	29	34,2 (22,95 - 50,97)		12	54,1(26,37-111,20)		0,523
UPA	29	35,1(22,08 - 55,77)	0,931	10	52,7(26,19 -106,00)	0,950	
Serviço Ambulatorial	4	20,1(1,35 - 298,65)	0,486	3	78,1(0,64 - 9461,33)	0,708	
UBS	3	20,6(0,18 -2332,75)	0,585	1	-	0,916	
SAMU	5	16,8(5,23 - 54,03)	0,095	3	13,1(2,21-77,72)	0,002	

Fonte: Elaboração própria.

* Hospital comum ou HRC; **Valor de p obtido através do modelo de regressão robusta, comparando o hospital com as demais categorias; *** Valor de p obtido através do modelo de regressão robusta, comparando homens e mulheres.

Na Tabela 13 estão apresentadas, para os H e as M, as médias geométricas do TPRS segundo o número de serviços procurados para atendimento até admissão nos HRC e o sexo nessa relação. Observou-se que a média do TPRS foi maior tanto para os H como para as M que procuraram três ou mais serviços. Ao comparar a média de TPRS daquele(a)s que passaram por um atendimento com as médias daquele(a)s que tiveram mais de um atendimento, verificou-se maior TPRS tanto para os H como para as M que tiveram três ou mais atendimentos, com diferença estatisticamente significativa para o grupo das M e *boderline* para o grupo dos H. Não houve interação entre sexo e número de atendimentos para o desfecho TPRS.

Tabela 13 – Médias do TPRS segundo o número de atendimento(s) recebidos por homens e mulheres antes da admissão nos HRC e o sexo nessa relação Salvador, Bahia – 2013.

Nº de atendimentos	H			M			p***
	n	MG* TPRS (IC)	p**	n	MG* TPRS (IC)	p**	
Um	43	30,1(21,13-42,93)		17	51,1 (30,92-84,52)		0,735
Dois	20	26,3 (14,63-47,4)	0,681	9	31,9 (10,45-97,34)	0,364	
Três ou mais	7	62,7 (25,0,2-157,03)	0,061	3	118,5 (19,58-717,73)	0,045	

Fonte: Elaboração própria.

*Média Geométrica (MG) em horas; **Valor de p obtido através do modelo de regressão robusta, comparando a categoria um atendimento com as demais; ***Valor de p obtido através do modelo de regressão robusta, comparando homens e mulheres.

4.5 CORRELAÇÃO ENTRE TCPSS E TD E TT E CORRELAÇÃO ENTRE TCHRC E TD, TCPSS E TPRS.

Na Tabela 14, estão apresentados, para os H e as M, os coeficientes de correlação e dos modelos bivariado e multivariado de regressão linear entre a variável desfecho TCPSS e as variáveis preditoras TD e TT. As Figuras 1 e 2 apresentam para H e M, respectivamente, as correlações entre essas variáveis.

Observou-se pelo coeficiente de correlação linear que, no grupo dos H, houve forte correlação entre TD e TCPSS e fraca correlação entre TT e TCPSS. No grupo das M, houve forte correlação entre TD e TCPSS e moderada correlação entre TT e TCPSS. As correlações entre as variáveis preditoras e a variável resposta foram estatisticamente significantes em ambos os sexos.

O modelo de regressão linear bivariado, considerando separadamente as variáveis TD e TT na composição do TCPSS, mostrou que houve maior contribuição do TD em relação ao TT na composição do TCPSS, tanto para os H como para as M. Para os H identificou-se que a cada uma hora de aumento do TD significa um aumento de 0,72h (43min) do TCPSS, enquanto que a cada uma hora de aumento do TT há um aumento do TCPSS de 0,49h (29min). As correlações entre as variáveis preditoras e a variável resposta foram estatisticamente significantes. O coeficiente de explicação do modelo ajustado do TD ($R^2=0,89$) também foi o que melhor explicou a variação do TCPSS, pois sua magnitude foi superior a do coeficiente do TT ($R^2=0,14$). Para as M, a cada uma hora de aumento do TD significa um aumento de 0,79h (47,4min) do TCPSS, enquanto que a cada uma hora de aumento do TT há um aumento do TCPSS de 0,12h (7,2min). As correlações entre as variáveis preditoras e a variável resposta foram estatisticamente significantes. O coeficiente de explicação do modelo ajustado do TD ($R^2=0,97$) também foi o que melhor explicou a variação do TCPSS, pois sua magnitude foi superior a do coeficiente do TT ($R^2=0,40$).

O modelo de regressão linear multivariado, considerando simultaneamente as variáveis TD e TT na composição do TCPSS, mostrou também que houve maior contribuição do TD na composição do TCPSS tanto para os H como para as M. Para os H, identificou-se que a cada uma hora de aumento do TD significa um aumento de 0,69h (41min) do TCPSS *versus* 0,28h (16,8 min) do TT. Para as M, a cada uma hora de aumento do TD significa um aumento de 0,72h (43min) do TCPSS *versus* 0,28h (16,8 min) do TT. As correlações entre as variáveis preditoras e a variável resposta foram estatisticamente significantes em ambos os sexos. O coeficiente de explicação do modelo ajustado (R^2) explicou em 94% a composição do TCPSS no grupo dos H e, em 98%, no grupo das M.

Tabela 14 – Coeficientes de correlação linear e dos modelos bivariado e multivariado de regressão linear entre a variável desfecho TCPSS e as variáveis predictoras TD e TT segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.

Componentes do TCPSS	Correlação linear r (p)	H				0,94	M			
		Regressão linear bivariada*		Regressão linear multivariada**			Regressão linear bivariada*		Regressão linear multivariada**	
		COEF (SE) (p)	R ²	COEF (SE) (p)	R ²		COEF (SE) (p)	R ²	COEF (SE) (p)	R ²
TD	0,94(0,00)	0,72(0,03)(0,00)	0,89	0,69(0,03)(0,00)		0,98(0,00)	0,79(0,03)(0,00)	0,97	0,72(0,03)(0,00)	0,98
TT	0,38(0,00)	0,49(0,21)(0,02)	0,14	0,28(0,06)(0,00)		0,63(0,00)	0,12(0,25)(0,00)	0,40	0,28(0,05)(0,00)	

Fonte: Elaboração própria

r: Coeficiente de Correlação de Pearson; COEF: Coeficiente do Modelo de Regressão Linear Bivariada ou Multivariada; SE: erro padrão; R²: Coeficiente de Determinação ou Explicação do Modelo Ajustado.

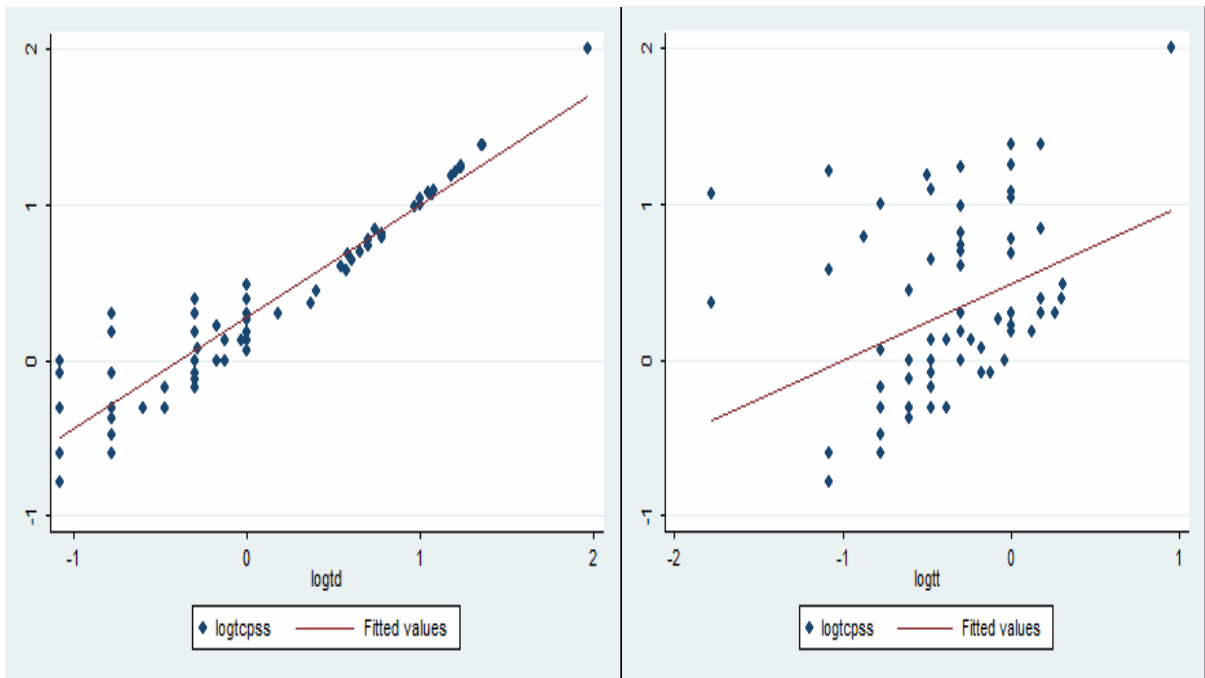


Figura 1 - Gráficos de dispersão entre TD e TCPSS e TT e TCPSS dos homens. Salvador, Bahia - 2013.

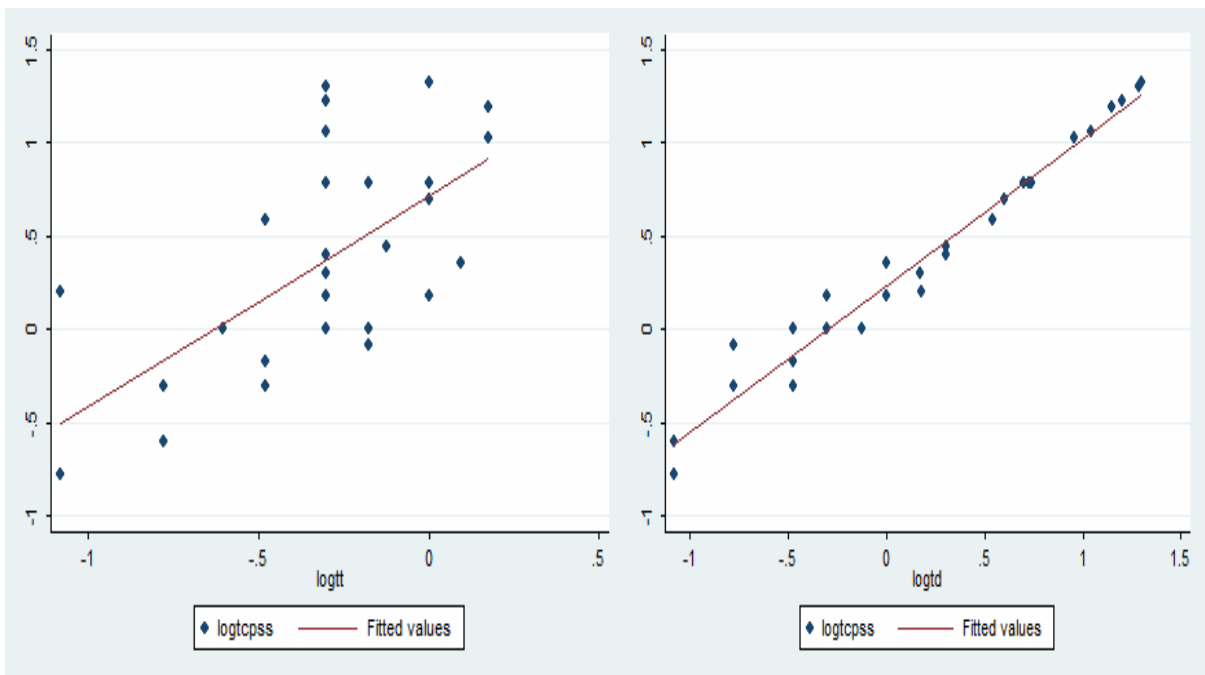


Figura 2 - Gráficos de dispersão entre TCPSS com TD e TCPSS com TT das mulheres. Salvador, Bahia - 2013.

Na Tabela 15, estão apresentados, para os H e as M, os coeficientes de correlação linear e dos modelos bivariado e multivariado de regressão linear entre a variável desfecho

TCHRC e as variáveis preditoras TD, TT, TPRS. As Figuras 3 e 4 apresentam para H e M, respectivamente, as correlações entre essas variáveis.

Identificou-se pelo coeficiente de correlação linear que, no grupo dos H, o TD, o TT e o TPRS tiveram, respectivamente, correlação fraca, pequena e forte na composição do TCHRC. No grupo das M, o TD e o TT tiveram correlação fraca na composição do TCHRC e o TPRS correlação forte. As correlações foram estatisticamente significantes em ambos os sexos.

O modelo de regressão linear bivariado, considerando separadamente as variáveis TD, TT e TPRS na composição do TCHRC, mostrou que houve maior contribuição do TPRS na composição do TCHRC, tanto para os H como para as M. Para os H, identificou-se que a cada uma hora de aumento do TPRS significa um aumento de 0,94h (56min) do TCHRC, enquanto que para cada aumento de uma hora do TD o TCHRC seria aumentado em 0,18h (10,8min) e, do TT em -0,01h (-0,6min). Para as M, verificou-se que a cada uma hora de aumento do TPRS significa um aumento de 0,97h (58min) do TCHRC, enquanto que para cada aumento de uma hora do TD o TCHRC seria aumentado em 0,30h (18min) e, do TT, em 0,48h (28,8min). O coeficiente de explicação do modelo ajustado para o TPRS foi também o que melhor explicou a variação do TCHRC, apresentando valor acima de 0,90 e sendo ainda superior ao R^2 do TD e TT, em ambos os sexos. Destaca-se que para os H o tempo que menos contribuiu na composição do TCHRC foi o TT e para as M o TD.

O modelo de regressão linear multivariado, considerando simultaneamente as variáveis TD, TT e TPRS na composição do TCHRC, mostrou também que houve maior contribuição do TPRS na composição do TCHRC, tanto para os H como para as M. Para os H, identificou-se que a cada uma hora do TPRS significa um aumento de 0,93h (56min) do TCHRC, enquanto que a cada uma hora do TD e do TT significa, respectivamente, um aumento de 0,06h (3,6min) do TCHRC e 0,04h (2,4min) do TCHRC. Para os M, identificou-se que a cada uma hora do TPRS significa um aumento de 0,94h (56,4min) do TCHRC, enquanto que a cada uma hora do TD significa um aumento de 0,05h (3min) do TCHRC. O TT não contribuiu para o TCHRC. O coeficiente de explicação do modelo ajustado explicou em 99% a composição da variável TCHRC no grupo dos H e 100% no das M.

Tabela 15 – Coeficientes de correlação linear e dos modelos bivariado e multivariado de regressão linear entre a variável desfecho TCHRC e as variáveis predictoras TD, TT e TPRS segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.

Componentes do TCHRC	H					M				
	Correlação linear r (p)	Regressão linear bivariada*		Regressão linear multivariada**		Correlação linear r (p)	Regressão linear bivariada*		Regressão linear multivariada**	
		COEF (SE) (p)	R ²	COEF (SE) (p)	R ²		COEF (SE) (p)	R ²	COEF (SE) (p)	R ²
TD	0,30(0,01)	0,18(0,07)(0,00)	0,09	0,06(0,00)(0,00)		0,45(0,01)	0,30(0,11)(0,00)	0,20	0,05(0,01)(0,00)	
TT	- 0,00 ^a (0,93)	-0,01(0,14)(0,94)	0,00	0,04(0,01)(0,00)	0,99	0,32(0,09)	0,48(0,21)(0,02)	0,10	0,00 ^b (0,02)(0,73)	1,00
TPRS	0,99(0,00)	0,94(0,00)(0,01)	0,98	0,93(0,00)(0,01)		0,99(0,00)	0,97(0,00)(0,01)	0,99	0,94(0,00)(0,01)	

Fonte: Elaboração própria.

r: Coeficiente de Correlação de Pearson; COEF: Coeficiente do Modelo de Regressão, considerando simultaneamente todas as variáveis de explicação do modelo; SE: erro padrão; R²: Coeficiente de Determinação ou Explicação do Modelo; *Modelo considerando separadamente as variáveis; **Modelo considerando simultaneamente as variáveis; ^aO valor corresponde a $-0,98 \cdot 10^{-2}$ em notação científica; ^bO valor corresponde a $0,53 \cdot 10^{-2}$ em notação científica.

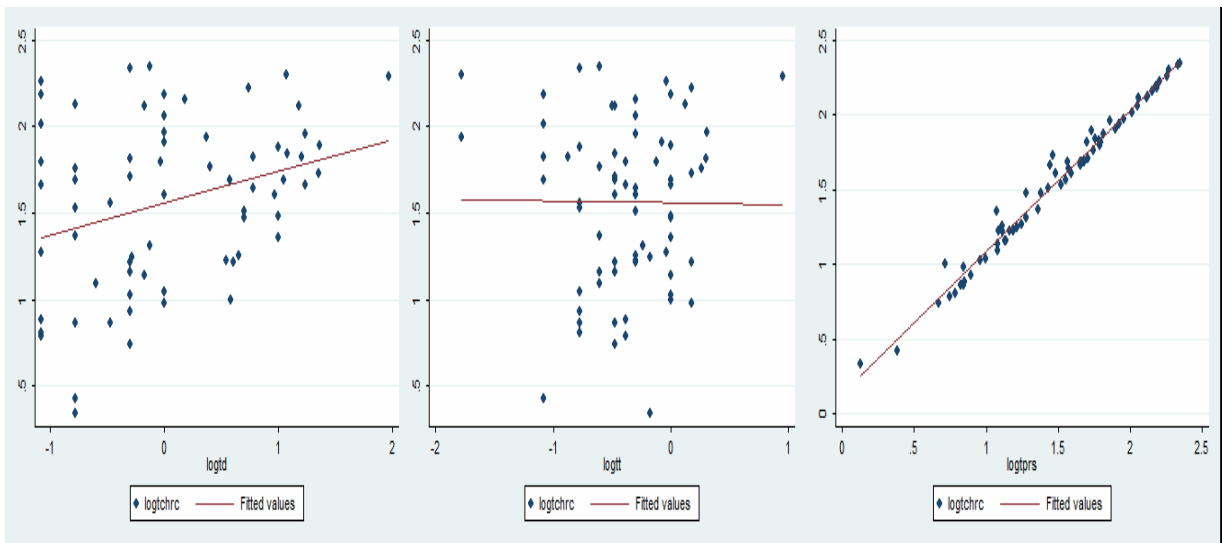


Figura 3 - Gráficos de dispersão entre TCHRC com TD, TCHRC com TT e TCHRC com TPRS dos homens. Salvador, Bahia - 2013.

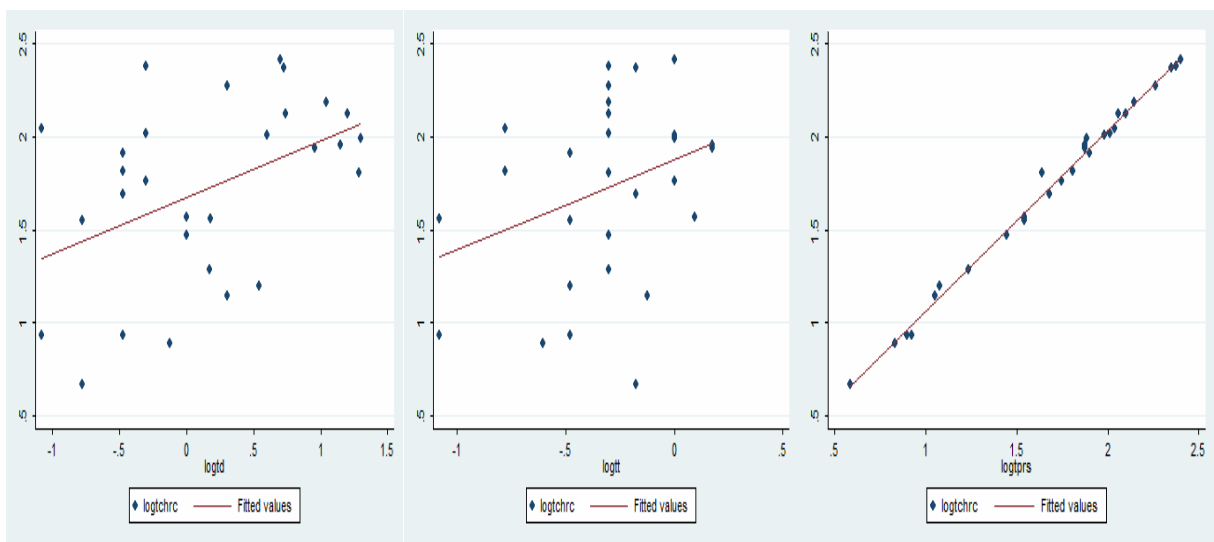


Figura 4 - Gráficos de dispersão entre TCHRC com TD, TCHRC com TT e TCHRC com TPRS das mulheres. Salvador, Bahia - 2013.

Na Tabela 16 apresenta-se a composição percentual em média geométrica e mediana dos componentes dos tempos do TCPSS e do TCHRC, por H e M. Observou-se, a partir da mediana e da média geométrica, maior contribuição do TD na composição do TCPSS quando comparado ao TT, tanto para os H como para as M. Com relação ao TCHRC, identificou-se maior contribuição do TPRS na composição do TCHRC quando comparado ao TD e TT, tanto para os H como para as M.

Tabela 16 – Composição percentual em média geométrica e mediana dos componentes do TCPSS e de TCHRC, segundo o sexo. Salvador, Bahia – 2013.

Medidas de tendência central	H					M				
	Composição percentual dos componentes do TCPSS		Composição percentual dos componentes do TCHRC			Composição percentual dos componentes do TCPSS		Composição percentual dos componentes do TCHRC		
	TD	TT	TD	TT	TPRS	TD	TT	TD	TT	TPRS
Mediana	66,7%	33,3%	3,4%	1,5%	93,4%	74,8%	25,2%	3,6%	1,0%	95,0%
Média Geométrica	53,2%	20,7%	2,9%	1,1%	86,7%	63,0%	21,3%	2,7%	0,9%	91,4%

Fonte: elaboração própria.

5 DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi constituída por 100 indivíduos, admitidos por IAM em dois hospitais de referência em cardiologia do município de Salvador/BA e, majoritariamente, procedentes desse município e Região Metropolitana.

Constatou-se predomínio do sexo masculino (Tabela 1), conforme observado também em outras pesquisas nacionais (CAETANO; SOARES, 2007; COELHO; RESENDE, 2010; FERREIRA *et al.*, 2009; FRANCO *et al.*, 2008; GOUVEIA; VICTOR; LIMA, 2011; PRETTO *et al.*, 2008; SAMPAIO *et al.*, 2012). A maior prevalência de homens com IAM quando comparada a de mulheres vem sendo atribuída, em parte, ao menor risco cardiovascular da mulher durante o período reprodutivo devido à proteção natural dos hormônios femininos (CAETANO; SOARES, 2007; TEDOLDI, 2010). A proteção estrogênica durante a idade fértil feminina explica, possivelmente, o fato das manifestações clínicas da DAC apresentarem-se nas mulheres em média cerca de 10 a 15 anos mais tardiamente que nos homens (FERNANDES *et al.*, 2008; SANTOS *et al.*, 2013). Segundo Medeiros e Padial (2007), o risco de uma mulher morrer de DAC equivale, em média, ao mesmo risco de um homem 10 anos mais novo. Contudo, identificou-se, para ambos os sexos, o predomínio da faixa etária menor que 60 anos (H=58,7 anos e M=59,0 anos), (Tabela 1), notando-se que as mulheres desenvolveram IAM com idade precoce e semelhante a dos homens, ao considerar-se a presença de DAC precoce em mulheres com idade ≤ 65 anos e em homens ≤ 55 anos (SBC/SBH, 2010).

Nas mulheres, o início da doença é tipicamente mais tardio (ISAKSSON *et al.*, 2008; MEDEIROS; PADIAL, 2007), mas com as mudanças ocorridas nas últimas décadas relacionadas aos hábitos alimentares e de vida, as mulheres estão cada vez mais expostas a riscos cardiovasculares (ALMEIDA; ALMEIDA; ARAÚJO, 2009) o que pode está contribuindo para o aparecimento precoce da doença. Outros estudos realizados em Salvador/BA (MUSSI *et al.*, 2007; SAMPAIO *et al.*, 2012) também constataram o aparecimento precoce de DCV em mulheres.

Homens e mulheres apresentaram características socioeconômicas semelhantes (Tabela 1), uma vez que, predominantemente, eram dependentes de atendimento pelo SUS e viviam em condições de desigualdade social, evidenciada pelo baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar. Ainda, um terço do(a)s participantes era inativo profissionalmente em razão de desemprego ou aposentadoria sem atividade laboral e quase metade dele(a)s possuía mais que três dependentes. Tais achados evidenciam que homens e mulheres apresentaram

condições socioeconômicas deficitárias, as quais são potencializadoras de risco de DCV e estão associadas a um risco aumentado de morte por essas doenças (GIROTTI *et al.*, 2009). Cerca de 80% das mortes e anos de vida perdidos por incapacidades devido as DCV ocorrem em países de renda baixa e média (SOLLA *et al.*, 2013), sendo que o Brasil apresenta uma das piores distribuições de renda do mundo (POLANCZYK; RIBEIRO, 2009).

A pesquisa ecológica realizada por Ishitani *et al.* (2006), que objetivou analisar a associação entre mortalidade de adultos por DCV e indicadores socioeconômicos em municípios brasileiros, evidenciou associação inversa entre condições socioeconômicas e mortalidade por DCV, ou seja, a mortalidade foi maior quando eram piores a escolaridade e a renda, e maiores a taxa de pobreza e a proporção de pessoas vivendo em condições precárias de moradia. Dentre as variáveis socioeconômicas analisadas a escolaridade foi um indicador importante associado à mortalidade por DCV. É provável que melhor escolaridade possibilite melhores condições de vida e, conseqüentemente, impacto positivo na mortalidade precoce por DCV (ISHITANI *et al.*, 2006). Gouveia, Victor e Lima (2011) avaliaram as condutas adotadas pelos indivíduos durante a fase pré-hospitalar do IAM constatando que os indivíduos em condições socioeconômicas desfavoráveis chegaram mais tardiamente à emergência e apresentaram piores desfechos intra-hospitalares.

A baixa condição socioeconômica dos homens e das mulheres implicou em maior TPRS (Tabela 9). Indivíduos com piores condições socioeconômicas tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2006) e nem sempre encontram serviços públicos de qualidade para prevenção e tratamento da doença. As unidades assistenciais de saúde pública muitas vezes não contam com pessoal especializado para atendimentos de urgência/emergência cardiovascular, bem como, ocorre “falta” de determinados medicamentos e número insuficiente de leitos de UTI para atender à demanda local, condições que têm importante influência sobre o prognóstico da doença (FERREIRA *et al.*, 2009). Esse cenário é observado, por exemplo, no estado da Bahia, onde a rede pública de atendimento cardiovascular de alta complexidade apresenta sérias restrições (FERREIRA *et al.*, 2009).

Homens e mulheres declararam-se majoritariamente de raça/cor negra (Tabela 1) o que pode ser justificado pelo estado da Bahia concentrar uma das maiores proporções de pessoas negras do país (17,1%), principalmente na capital Salvador (BRASIL, 2010c). A raça/cor negra é um determinante para elevado risco de evento cardiovascular (LESSA *et al.*, 2004) e pessoas negras apresentam maior prevalência e pior prognóstico de DCV quando comparadas as brancas (LATADO *et al.*, 2009). A proporção de mortes por DAC em

mulheres negras é 34% maior que nas brancas, enquanto para os homens negros é 5% maior que nos brancos (MEDEIROS, PADIAL, 2007). Uma possível explicação para essa diferença é que no Brasil a maioria dos negros ocupa as posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho, apresenta níveis mais baixos de instrução e residem em áreas que ofertam menos serviços de infraestrutura básica (CUNHA, 2008). Destaca-se, ainda, que as diferenças raciais em eventos cardiovasculares são mediadas também por fatores genéticos que determinam a gravidade da doença (LATADO *et al.*, 2009). A hipertensão arterial sistêmica, que é um importante fator de risco cardiovascular, é quase duas vezes mais prevalente e mais grave nos negros e miscigenados do que nos brancos (LIMA *et al.*, 2010). Maior prevalência de diabetes, obesidade e dislipidemias são também observadas em mulheres negras (MEDEIROS; PADIAL, 2007). Apesar dessas constatações chamou a atenção o TPRS maior para homens da raça/cor branca (Tabela 9), indicando que esses foram mais expostos à morbidade e mortalidade cardiovascular por ficarem maior tempo na rede a espera de admissão em hospitais de referência em cardiologia.

O estado civil predominante foi estar casado(a) ou viver com companheiro(a) para ambos os sexos (Tabela 1), assim como constatado em outros estudos (BASTOS *et al.*, 2012; FRANCO *et al.*, 2008; PERKINS-PORRAS *et al.*, 2009; SAMPAIO *et al.*, 2012). Todavia, maior proporção de mulheres não tinha companheiro em relação aos homens. Nas faixas etárias acima de 50 anos, a maioria das mulheres já está sozinha, por morte dos companheiros ou separação, e com pouca possibilidade de refazer a sua vida conjugal (MUSSI; FERREIRA; MENEZES, 2006). Avezum, Piegas e Pereira (2005), que objetivaram identificar os fatores de risco associados com IAM, não constataram associação independente com IAM de acordo com o estado civil avaliado, no caso solteiros comparados com não-solteiros.

Quanto ao quadro clínico de apresentação do IAM, a sintomatologia predominante para ambos os sexos foi a dor na região torácica, seguida de sudorese e desconforto respiratório (Tabela 2). Cerca de 75% a 85% dos indivíduos apresentam dor torácica como sintoma predominante desse evento cardiovascular (PIEGAS *et al.*, 2009). No momento da decisão para procura por um serviço de saúde a dor torácica foi predominantemente caracterizada, em ambos os sexos, como sendo do tipo aperto, intensa, constante e com duração maior que 15 min, remetendo a interpretação de um quadro clínico inicial típico de IAM (PIEGAS *et al.*, 2009). Apesar de ambos os sexos apresentarem manifestações clínicas típicas, a média do TD foi alta (H=1,0h e M=1,4h), (Tabela 6), uma vez que, a primeira hora é considerada "tempo ouro" para instituição das terapêuticas para o IAM (GÄRTNER *et al.*, 2008), pois já se sabe, há mais de duas décadas, através do estudo multicêntrico internacional

GISSI (Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell' Infarto Miocardico), que atrasos superiores a 1 hora entre o início dos sintomas e o tratamento definitivo não são desejáveis por diminuir a eficácia da terapia de reperfusão.

A alta média de TD identificada para ambos os sexos, mesmo diante de um quadro de sintomatologia típica, é preocupante e reforça a importância de se compreender como homens e mulheres percebem e agem diante dos sintomas. Segundo Goldberg *et al.* (2002), essa compreensão pode oferecer explicações para a demora em chegar ao hospital e possibilitar a criação de estratégias capazes de diminuir esse retardo. Mussi e Pereira (2010) afirmam que a(o) enfermeira(o) pode atuar no plano simbólico dos indivíduos, com abordagem de gênero, visando desenvolver a percepção de que resistir aos sintomas pode significar o risco de perder a vida ou limitá-la permanentemente.

Ressalta-se, ainda, que maior proporção de mulheres em relação a de homens apresentou dor no mento ou na mandíbula e maior proporção de homens apresentou sudorese em relação a de mulheres. Tais achados reforçam o fato de que os sintomas atípicos ainda são mais frequentes nas mulheres quando comparadas aos homens, como constataram também outros estudos (PINTO; LUNET; AZEVEDO, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2010), e por essa razão, as mesmas podem retardar mais para decidir procurar atendimento.

A apresentação do IAM abrange desde sintomas clássicos até os inespecíficos (OTTESEN *et al.*, 2004) e ainda, podem ocorrer diferenças na apresentação entre os sexos (CANTUS; RUIZ, 2011). O reconhecimento da sintomatologia do IAM pelo indivíduo é fator determinante para a procura por atendimento médico (FRANCO *et al.*, 2008; OTTESEN *et al.*, 2004). Assim é necessário orientar homens e mulheres por meio de atividades educativas sobre os sinais e sintomas típicos e atípicos da doença e os fatores que podem provocá-la, com vistas a contribuir para o reconhecimento do IAM.

A maioria dos homens e das mulheres estava no domicílio quando os sintomas do IAM começaram (Tabela 3). Semelhantemente, estudos nacionais (MUSSI *et al.*, 2007; SAMPAIO, 2008) e internacionais (MOSER *et al.*, 2005; PERKINS-PORRAS *et al.*, 2009) constataram o domicílio como local prevalente do início dos sintomas do IAM. No espaço do lar, pessoas circundantes como familiares, amigos e conhecidos podem ser acionadas pelas vítimas com a finalidade de obterem socorro. Para que essas possam otimizar a chegada a um serviço de saúde é necessário que estejam orientadas com relação ao reconhecimento do evento cardiovascular, a gravidade da doença e a importância da rápida condução das vítimas do IAM a um serviço médico de emergência. Apesar de não ter ocorrido associação entre sexo e local de início dos sintomas observou-se maior percentual de mulheres no domicílio

em relação aos homens e, ainda maior percentual de homens no trabalho em relação às mulheres. Os achados deste estudo parecem refletir ainda os papéis sociais dos homens como provedores da família e das mulheres como organizadoras do espaço doméstico e familiar. Vale destacar que homens e mulheres inserem-se na vida familiar segundo referenciais de gênero, apreendidos ao longo da vida e que determinam funções socialmente legitimadas (FREITAS *et al.*, 2009). Segundo Staudt e Wagner (2008), atualmente coexistem na sociedade elementos que reforçam a manutenção de uma estrutura tradicional nas relações, sendo a mulher a principal responsável pela família, e outros que atendem a uma demanda de maior inclusão e participação do homem na vida doméstica.

A maioria dos homens e das mulheres utilizou meios de deslocamento inadequados para chegar a um serviço de saúde, por demandarem maior tempo de chegada e esforço físico, a exemplo de pegar um ônibus ou ir caminhando, e por não oferecerem recursos terapêuticos para atendimento inicial às vítimas com IAM. Baixo percentual de homens e mulheres acionaram o SAMU para o primeiro atendimento, embora esse serviço venha sendo recomendado em razão de ser equipado com recursos humanos e materiais para o primeiro atendimento ao IAM e por contribuir para redução do RPH (PERKINS-PORRAS *et al.*, 2009). De fato, verificou-se que o uso do SAMU implicou em menor TT (Tabela 10) e em menor TPRS (Tabela 12) no grupo das mulheres. No grupo dos homens, embora não tenha implicado em menor TT, o atendimento inicial por esse serviço determinou menor TPRS, confirmando que o seu uso pode contribuir para reduzir o tempo de início do tratamento especializado. Os achados desta investigação estão em consonância com o estudo de Bastos *et al.* 2012, realizado em São José do Rio Preto/SP, que mostrou que o tempo de chegada ao serviço de emergência dos indivíduos transportados de ambulância foi relativamente menor em relação aos que não acionaram.

Outros estudos nacionais (FIGUEIREDO *et al.*, 2013; FRANCO *et al.*, 2008; MULLER *et al.*, 2008; MUSSI *et al.*, 2007; SAMPAIO *et al.*, 2012) e internacionais (ALIDOOSTI, 2004; BANKS; DRACUP, 2006; HWANG; RYAN; ZERWIC, 2006; MOSER *et al.*, 2005), também constataram baixo acionamento de um serviço médico emergencial móvel, demonstrando que essa situação ainda persiste na população em geral e, por isso, é preocupante. Chama atenção que, mesmo com a instituição da rede regionalizada integrada para IAMCSST, constatou-se baixa demanda de acionamento do SAMU-192 por usuários dos serviços públicos em Salvador/BA, pois das 433 pessoas com suspeita de IAM que compareceram às unidades de emergência do município apenas três fizeram uso desse serviço (SOLLA *et al.*, 2013).

Alguns motivos sobre o baixo acionamento de um serviço médico emergencial móvel foram apontados em estudos internacionais, como: não acreditar na gravidade dos sintomas (ALIDOOSTI, 2004; MCGINN; ROSAMOND; GOFF, 2005); não lembrar de utilizar a ambulância; ter acesso a veículo particular e achar que a chegada é mais rápida utilizando transporte próprio (ALIDOOSTI, 2004).

O baixo acionamento do SAMU constado nessa pesquisa pode refletir a falta de conhecimento ou valorização de homens e mulheres sobre a importância desse serviço. Nesse sentido, a população precisa ser capacitada para reconhecer rapidamente as situações clínicas que requerem ativação e obtenção rápida do SAMU (VIEIRA; MUSSI, 2008) e conhecer a importância de acionar um telefone de emergência (SAMU-192) à menor suspeita e agir prontamente nesse sentido (SAMPAIO, 2008). Se a população não estiver preparada para o uso adequado desse serviço as chamadas poderão deixar de ser feitas ou serem indevidas ocasionando demanda excessiva ao sistema de atendimento e impedindo que a população se beneficie da sua melhor resposta (VIEIRA; MUSSI, 2008).

O baixo acionamento pode indicar ainda experiências negativas da atuação do SAMU no município de Salvador/BA. Sobre isso, estudos apontam problemas no tempo-resposta desse serviço em cidades brasileiras (MORAIS *et al.*, 2009; SEMENSATO; ZIMERMAN; ROHDE, 2011; SILVA; NOGUEIRA, 2012). Chama atenção a investigação realizada por Franco *et al.* (2008), em um hospital especializado em cardiologia em Porto Alegre/RS, que constatou que o uso da ambulância implicou em maior retardo em relação ao uso de automóveis. Os autores apontaram como possíveis causas do maior atraso o fato do tempo-resposta de uma ambulância depender de fatores como disponibilidade para realizar o transporte e da distância a ser percorrida até o local. Informaram, ainda, que muitas vezes a ambulância primeiramente transfere o paciente até o serviço mais próximo, que necessariamente não é o especializado e com recursos preconizados para o atendimento de indivíduos com IAM. Desta forma, o sucesso do atendimento depende também da eficiência do SAMU em prestar o socorro inicial, de modo rápido e seguro, em condições de acolhimento com recursos humanos, materiais e equipamentos (SAMPAIO, 2008).

Quanto ao tipo de serviço de saúde procurado como primeiro local para atendimento maior percentual de mulheres e, sobretudo, de homens dirigiu-se a um local com atendimento de urgência e emergência (Tabela 3). Apesar de predominar a procura por um serviço adequado, a maioria do(a)s participantes referiu não saber aonde procurar atendimento no momento do evento cardiovascular. O desconforto provocado pelos sintomas do IAM e a

possível gravidade associada aos mesmos pode ter contribuído para busca prevalente por serviços de emergência.

Homens e mulheres que dispunham de uma unidade de emergência no distrito sanitário e estavam no domicílio quando os sintomas iniciaram procuraram um serviço do seu distrito (Tabela 3) e apresentaram TT menores em relação àquele(a)s que não procuraram (Tabela 10), contudo, vale destacar que 9,9% dos homens e 13,8% das mulheres procuraram por serviços inadequados.

É importante que homens e mulheres sejam orientados tanto em relação ao tipo de serviço adequado para atender a sua condição clínica quanto a sua localização visando o atendimento precoce. Assim sendo, a divulgação para a comunidade sobre os serviços de emergência próximos à região de moradia e dos locais de trabalho, faz-se necessária. A realidade de baixo acionamento do SAMU identificada reforça mais ainda a importância dessas ações. Tais informações podem ser oferecidas pela(o) enfermeira(o) em seus diversos cenários de atuação, como na atenção básica em programas de acompanhamento como o HIPERDIA, considerando que a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial são fatores de risco para DCV (FIGUEIREDO *et al.*, 2013), e nas atividades de educação em saúde no domicílio e na comunidade. Devem também ser oferecidas às pessoas com DCV ou com risco potencial para evento cardiovascular que estejam hospitalizadas ou em acompanhamento ambulatorial, bem como, aos seus familiares.

Embora se tenha constatado maior percentual de homens e mulheres que referiram recebimento de condutas profissionais esperadas no primeiro local procurado para atendimento, uma parcela foi vítima de condutas inapropriadas. As condutas inapropriadas expressaram a falta de estrutura das instituições procuradas e a dificuldade do manejo clínico dos profissionais de saúde para atendimento do IAM. Constatou-se que o tipo de conduta não foi associada ao sexo e que as condutas não esperadas implicaram em maior TPRS para o(a)s participantes, sobretudo para as mulheres (Tabelas 3 e 15), embora sem significância estatística. Evidências na literatura indicam que as mulheres com IAM são as maiores vítimas de condutas inadequadas, a exemplo de receberem tardiamente e com menor frequência tratamentos iniciais e terapias de reperfusão química e/ou mecânica (JNEID *et al.* 2008); de terem seus sintomas subestimados devido a idade jovem (CONTI *et al.*, 2002) e, por vezes, apresentarem sintomas atípicos e relacionados a questões emocionais (MEDEIROS; PADIAL, 2007).

Dados estatísticos mostraram que as DCV vêm crescendo entre as mulheres, mas a importância dessas doenças, no sexo feminino, continua sendo subestimada (MEDEIROS;

PADIAL, 2007). Por muitos anos as DCV foram relacionadas principalmente ao sexo masculino e, por isso, as mulheres foram excluídas de pesquisas científicas iniciais (SCHEIFER *et al.*, 2000). Assim, alguns dos testes diagnósticos tradicionais para investigação das DCV apresentam-se menos sensíveis em mulheres, por terem sido desenvolvidos e validados primeiramente em homens (NANTE *et al.*, 2009; SMANIO, 2009).

A maior proporção de homens com IAMCSST e a maior proporção de mulheres com IAMSSST (Tabela 2) também foi constatada por JNEID *et al.* (2008). O IAMCSST foi relacionado a menor TCPSS, TPRS e TCHRC em ambos os sexos (Tabela 8), embora a diferença estatisticamente significativa tenha sido constatada apenas entre TCPSS e tipo de IAM para os homens (Tabela 8).

Além do(a)s participantes com IAMCSST apresentarem TCPSS, TPRS e TCHRC menores, mais de 90% destes chegaram ao primeiro serviço de saúde em tempo hábil para realização das terapias de reperfusão (≤ 12 horas) de acordo com as diretrizes vigentes (PIEGAS *et al.*, 2009), (Tabela 7). Todavia, constatou-se que apenas 11,4% dos homens e 14,3% das mulheres foram reperfundido(a)s (Tabela 2). Destaca-se, também, a ausência de registro de angioplastia de resgate, apesar de mais de 20% dos homens e das mulheres com IAMCSST, terem chegado aos HRC em tempo hábil para esse procedimento (Tabela 7). Embora alguns participantes com IAMCSST possam não ter atendido aos critérios para a reperfusão miocárdica, esses achados evidenciaram a exposição a maior risco de morte e complicações por IAM e reiteram a necessidade de otimização e qualificação do atendimento ao IAM.

Na literatura há registros de baixa prevalência de reperfusão miocárdica em cidades brasileiras. O estudo realizado por Coelho e Resende (2010), em um hospital universitário de Uberlândia/MG, constatou que dentre os indivíduos que chegaram ao serviço com menos de 12 horas, apenas 7,9% receberam o tratamento trombolítico. O estudo de Soares *et al.* (2009) em 10 hospitais no município de Campos dos Goytacazes/RJ, constatou que cerca de 35% dos indivíduos que deveriam ser trombolizados não receberam esse benefício. Apesar da instituição de um fluxo de atendimento para indivíduos com IAMCSST, criado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, das 680 pessoas que foram internadas no Hospital das Clínicas da UFMG, de março de 2010 a janeiro de 2011, 38% dessas receberam terapias de reperfusão (88 trombolizadas e 170 submetidas à angioplastia primária). Apesar da baixa reperfusão identificada, a média da mortalidade hospitalar foi de 5,6%, em acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (BRANT *et al.*, 2012). Em Salvador/BA, apesar da criação da rede regionalizada integrada para o cuidado ao IAMCSST, Solla *et al.* (2013)

constatarem que dos 287 indivíduos com IAM localizados pela equipe de alerta da rede e com diagnóstico de IAMCSST confirmado, apenas 90 foram submetidos à terapias de reperfusão miocárdica em razão de 107 terem sido admitidos no serviço com início da dor há mais de 12 h; 22 apresentarem tempo decorrido entre o início da dor e a realização do ECG superior a 12 h; em 22 a hora do início dos sintomas não pode ser identificada e em 46 a reperfusão não ocorreu por outras causas não citadas.

Assim, apesar dos avanços sobre o conhecimento do tratamento do IAM, ainda é necessário melhor qualificar e preparar os profissionais de saúde para diagnosticar e tratar o IAM (COELHO, RESENDE, 2010), bem como, melhorar as estruturas dos serviços de saúde pública para implementação precoce das terapêuticas de reperfusão. Um estudo realizado em Feira de Santana/BA constatou maior letalidade e morbidade em pessoas com IAM atendidas em serviços públicos quando comparadas as dos serviços privados. Aquelas que procuraram atendimento público apresentaram-se mais tardiamente, em condição mais grave e receberam tratamento de pior qualidade (FERREIRA *et al.*, 2009), incluindo menor percentual de trombólise. Contudo, cabe destacar experiências exitosas a partir da implementação da rede de atendimento ao IAMCSST em São Paulo/SP, sendo constatada a transferência de 100% das pessoas que utilizaram a rede para um centro de referência. Mais de 90% dessas foram submetidas à reperfusão primária química ou mecânica. A mortalidade hospitalar foi inferior àquela observada nos indivíduos com IAMCSST atendidos de forma convencional na rede pública da cidade.

Maior percentual de mulheres com IAMCSST receberam a terapia de reperfusão em relação ao de homens. Esse achado, apesar de pouco expressivo, pode indicar alguma mudança no cenário da assistência direcionada ao sexo feminino, visto que, estudos evidenciaram que as mulheres comumente são menos propensas a serem submetidas a procedimentos cardíacos quando comparadas aos homens (JNEID *et al.*, 2008; NANTE *et al.*, 2009; PRESA; VEREADOR, 2006).

O(a)s participantes passaram, em média, por 1,6 serviços de saúde até a admissão nos HRC, sendo admitidos, em sua maioria, no segundo e no terceiro atendimento (Tabela 5). Já era de se esperar que a admissão não ocorresse no primeiro atendimento, visto que, os HRC só recebem pessoas referenciadas, isto é, não recebem demanda espontânea devido a forma de organização do sistema de referência e contrarreferência do SUS em Salvador-BA. Em se tratando de eventos cardiovasculares como o IAM é desejado que a porta de entrada no sistema seja por um serviço de urgência/emergência (fixa ou móvel), o qual após realizar o atendimento inicial, referenciará a vítima para um HRC para os cuidados subsequentes.

Todavia, a passagem de 39,4% do(a)s participantes por 2 e até 6 serviços de saúde antes da admissão não era de se esperar. Somado a isso, chama atenção o fato dos indivíduos que receberam atendimento inicial pelo SAMU não terem sido admitidos diretamente em um dos HRC (Tabela 5). Para os homens e as mulheres que procuraram por três ou mais atendimentos a média do TPRS foi maior em relação aos que procuraram por um atendimento antes da admissão, com diferença estatisticamente significativa para elas e *boderline* para eles (Tabela 13). Semelhantemente, Sampaio (2008) e Mussi *et al.* (2007) constataram que o número de atendimentos prévios ao internamento se associou a retardos significativos para o atendimento médico definitivo.

Apreende-se que mesmo que homens e mulheres com IAM tomem precocemente a decisão de procurar um serviço de saúde o retardo pode resultar do tempo de permanência na rede de atenção, isto é, na espera por admissão e tratamento adequado em um serviço especializado. A necessidade de peregrinação do(a)s participantes por vários serviços de saúde até admissão para tratamento especializado e a constatação de condutas inapropriadas por parte dos profissionais de saúde expôs os indivíduos a risco de morbidade e mortalidade cardiovascular e evidencia a deficiência na rede de saúde em Salvador/BA. A falta de estrutura dos serviços de saúde no município foi também evidenciada pelos motivos apontados pelo(a)s participantes para procura de outros serviços de saúde até a admissão. Predominou, para ambos os sexos, o motivo insuficiência de recursos humanos e/ou materiais nas instituições. É relevante destacar que a falta de estrutura dos serviços de saúde no município de Salvador/BA, para receber homens e mulheres com IAM, já foi constatada por Mussi *et al.* (2007), no período de dezembro de 2003 a junho de 2004, e por Sampaio (2008), entre maio e novembro de 2007, evidenciando que as condições para o atendimento precoce às síndromes coronarianas agudas parecem não ter sofrido alterações significativas.

O(a)s participantes procedentes de outras cidades da Bahia permaneceram maior tempo na rede em relação àquele(a)s oriundos de Salvador ou Região Metropolitana (Tabela 9). Semelhantemente, estudos constataram que os indivíduos com IAM que residiam fora da capital de Recife (GOUVEIA; VICTOR; LIMA, 2011) e da capital de Porto Alegre (FRANCO *et al.*, 2008) se apresentaram tardiamente à emergência da capital, no entanto, os motivos não foram esclarecidos nas pesquisas. Na Bahia, a concentração dos serviços de cardiologia na capital obriga os indivíduos das cidades do interior do estado a percorrerem longas distâncias em busca de tratamento. A cidade de Feira de Santana, por exemplo, maior cidade do interior do estado da Bahia, dispõe de apenas um hospital público com estrutura

para cuidados intensivos (FERREIRA *et al.* 2009), e por isso, único reconhecido para atender a casos de IAM.

A média geométrica encontrada para os tempos investigados (Tabela 6) revelou que homens e mulheres apresentaram importante RPH, destacando-se que as médias foram sempre superiores para o sexo feminino, em todos os tempos estudados. A literatura tem demonstrado que o RPH permanece longo (FRANCO *et al.* 2008; MULLER *et al.* 2008; PERKINS-PORRAS *et al.*, 2009), contribuindo para os altos índices de morbidade e mortalidade por IAM.

Dos componentes do RPH o TD tem sido apontado como o causador de maior incremento (ALIDOOSTI, 2004; PERKINS-PORRAS *et al.* 2009). Confirmando os achados da literatura, o TD correlacionou-se fortemente com TCPSS e trouxe maior contribuição na composição percentual desse tempo, tanto para os homens como para as mulheres (Tabela 14), reforçando a importância de estratégias de programas de educação em saúde que ajudem homens e mulheres a valorizar a busca precoce por atendimento. Constatou-se pouca contribuição do TT no TCPSS (Tabela 14), contudo, é importante que esse tempo seja valorizado, e para isso, recomenda-se o acionamento de um serviço de emergência a suspeita, como forma de contribuir para diminuição do RPH. As médias de TT identificadas neste estudo foram admissíveis e podem estar associadas ao fato da maioria da amostra ter procurado um serviço de saúde do distrito sanitário de sua moradia. Com relação ao TPRS, verificou-se que o mesmo correlacionou-se fortemente com TCHRC e trouxe maior contribuição na composição percentual desse tempo, para ambos os sexos (Tabela 15), reforçando a importância de uma rede estruturada que facilite o acesso das pessoas aos pontos específicos do sistema de saúde (COELHO; RESENDE, 2010).

Diante do atraso para inicialização do tratamento especializado e das difíceis situações enfrentadas por aqueles que sofrem IAM em cidades brasileiras, como descritas em Salvador/BA, o Ministério da Saúde do Brasil, em dezembro de 2011, reconheceu a importância da organização de redes de atendimento ao IAM em regiões metropolitanas brasileiras com o objetivo de reduzir a mortalidade em todo o país. A eficácia dessas redes foi atestada em estudos internacionais (FAXON, 2007; MANARI *et al.*, 2008).

Nos países da América do Norte e Europa há experiências positivas com essas redes há uma década, contudo a literatura é escassa sobre a formação de redes semelhantes em países em desenvolvimento (SOLLA *et al.*, 2013). As experiências de organização e implementação de redes de cuidado ao IAM em cidades brasileiras são recentes, como em São Paulo/SP (CALUZA *et al.*, 2012), Belo Horizonte/MG (BRANT *et al.*, 2012) e Salvador/BA

(SOLLA *et al.*, 2013), sobressaindo os resultados benéficos evidenciados, sobretudo, com a instituição da rede de atendimento ao IAMCSST em São Paulo/SP. Cabe, a partir do panorama de atendimento das redes brasileiras, novas investigações para verificar a eficácia da sua continuidade e assegurar o seu aprimoramento.

A criação de redes de atenção ao IAM identifica a viabilidade de implementação de uma medida importante para o cuidado em saúde, sendo considerada recomendação classe I pela Diretriz Norte-americana sobre IAMCSST (KUSHNER *et al.*, 2009), todavia, seu desenvolvimento é complexo e requer o trabalho conjunto da comunidade e dos serviços de saúde, sob a orientação e apoio das instituições governamentais responsáveis (BRANT *et al.*, 2012). Além disso, deve-se considerar os contextos locais, pois cada região impõe dificuldades diferentes para o sucesso da rede, como, por exemplo, relacionadas a estrutura dos serviços de saúde, ao nível educacional da população e as condições de trafegabilidade da região. Somado a isso, o tipo de sistema de saúde, o seu custo e sua viabilidade também são fatores importantes nessa organização (FAXON, 2007).

Pessoas com IAM precisam contar com uma rede de serviços de saúde preparada para atendê-lo(a)s. Contudo, é válido destacar que o sucesso do atendimento ao IAM não depende exclusivamente da criação de redes de cuidados, mas também, do comprometimento e da qualidade técnico científica dos profissionais de saúde e da conscientização de homens e mulheres em procurar precocemente por um serviço de emergência.

Homens e mulheres com IAM exigem cuidados intensivos e recursos humanos capacitados para seu atendimento. A(o) enfermeira(o) têm a responsabilidade de atuar com competência técnico científica, ético e humanística no cuidado e no tratamento dispensado ao indivíduo (SAMPAIO; MUSSI, 2009), além de supervisionar a equipe de enfermagem e de proporcionar capacitação para que a mesma ofereça um atendimento eficaz. Os achados clínicos do IAM quando identificados no atendimento inicial realizado pela(o) enfermeira(o) são de grande importância para o diagnóstico e tratamento precoces (PIEGAS *et al.*, 2009) A adequação das condutas dessa(s) profissionais nos serviços de saúde pode contribuir para que homens e mulheres com IAM não sejam obrigado(a)s a buscar por diversos serviços.

Além da importância da qualidade da atenção direta ao indivíduo, a(o) enfermeira(o) deve trabalhar no intuito de contribuir para reduzir o tempo de chegada do mesmo a um serviço de saúde (MUSSI *et al.*, 2007). Programas de educação em saúde voltados para população são indispensáveis, visto que, uma das causas que levam as pessoas a adiar a procura por atendimento reside no desconhecimento dos sintomas do IAM e das ações imediatas face a doença (MUSSI, FERREIRA; MENEZES, 2006). Também é essencial

instruir os indivíduos sobre a importância do SAMU-192, visto que o baixo acionamento desse serviço, como foi constatado no presente estudo, ainda é frequente na população.

Por fim, ressalta-se, ainda, que a(o) enfermeira(o) pode atuar no treinamento de agentes multiplicadores de ações pedagógicas preventivas, como na formação de trabalhadores de enfermagem e participação no processo de educação de recursos humanos de outras áreas (SAMPAIO, MUSSI, 2009; MUSSI, 2004).

Diante do exposto, o sucesso do cuidado e tratamento de homens e mulheres com IAM dependem de esforços integrados, dos próprios indivíduos e das pessoas circundantes, dos profissionais e gestores de saúde, bem como, de políticas públicas governamentais voltadas para a organização da rede de atendimento pública de saúde com recursos materiais, equipamentos e recursos humanos capacitados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou o acesso de homens e mulheres com IAM aos hospitais de referência em cardiologia, no município de Salvador/BA, constatando-se que:

O TD, o TT e o TCPSS foram semelhantes entre homens e mulheres, destacando-se elevado TCPSS. Apesar da ausência de significância estatística, as mulheres apresentaram TPRS e TCHRC superiores aos dos homens. O RPH foi relevante para ambos os sexos, considerando o tempo decorrido do início dos sintomas até a admissão em HRC.

Homens e mulheres recorreram, predominantemente, a meios de transporte inadequados para chegar aos serviços de saúde. A maioria dos homens e das mulheres dirigiu-se a serviços de saúde com atendimento de urgência e emergência. O deslocamento de ônibus ou caminhando determinou maior TT para as mulheres. Baixo percentual de homens e mulheres acionaram o SAMU e ter acionado esse serviço determinou menor TT e TPRS para as mulheres e, para os homens, menor TPRS com diferença estatística *boderline*.

A conduta profissional predominante no primeiro serviço de saúde foi atendimento, admissão e posterior transferência, para ambos os sexos. O tipo de conduta não foi associado ao sexo. As condutas dos profissionais implicaram em maior TPRS para ambos, embora sem significância estatística.

O IAMCSST foi relacionado a menor TCPSS, TPRS e TCHRC em ambos os sexos, embora diferença estatisticamente significante tenha sido constatada apenas entre TCPSS e tipo de IAM para os homens. Constatou-se baixa proporção de homens e mulheres submetidos à reperfusão miocárdica química ou mecânica, embora 90% deste(a)s tenham chegado ao primeiro serviço de saúde antes de 12 horas do início dos sintomas.

Admissão nos HRC ocorreu no segundo e no terceiro atendimento para a maioria dos homens e das mulheres. A média do TPRS foi maior, tanto para os homens como para as mulheres que procuraram por três ou mais serviços antes da admissão nos HRC, com diferença estatisticamente significante para as mulheres e *boderline* para os homens. A admissão nos HRC foi retardada em razão, predominantemente, da insuficiência de recursos materiais e humanos para o atendimento nos serviços procurados.

Homens brancos e procedentes de outras cidades da Bahia apresentaram maior TPRS em relação àqueles da raça/cor negra e oriundos de Salvador ou Região Metropolitana. Variações de cor/raça e procedência não se associaram significativamente ao TPRS no grupo das mulheres.

Os sexos pouco influenciaram as associações de interesse, constatando-se apenas interação entre sexo e meio de deslocamento para o desfecho TT.

No grupo dos homens e das mulheres o TD em relação ao TT trouxe maior contribuição na composição TCPSS. O TPRS em relação ao TD e TT trouxe maior contribuição na composição TCHRC.

O estudo contribuiu para maior conhecimento sobre os fatores que interferem no acesso de homens e mulheres aos hospitais de referência em cardiologia, na amostra estudada em Salvador/BA. Como possível limitação do estudo destaca-se o poder da amostra, acreditando-se que, com amostras maiores, outras associações significantes poderiam ter sido evidenciadas. O estudo reforça a importância de estratégias de educação em saúde visando à valorização dos homens e das mulheres para procura de socorro médico imediato, bem como, da necessidade de qualidade de resposta dos serviços médicos de emergência de Salvador/BA ao IAM.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M.D. *et al.* Gender differences in clinical status at time of coronary revascularisation in Spain. **J. epidemiol. community health**, London, v.56, n. 7, p. 555-559, jul. 2002
- ALIDOOSTI, M. Determinants of prehospital delay in patients with acute myocardial infarction. **Acta Médica Iranica**, Irã, v. 42, n.1, p.50-54, 2004
- ALMEIDA, R.T.; ALMEIDA, M.M.G.; ARAÚJO, T.M. Obesidade Abdominal e risco Cardiovascular: Desempenho de Indicadores Antropométricos em mulheres. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.92, n.5, p.375-380, 2009
- ARAÚJO, D.V. *et al.* Custo-Efetividade da Trombólise Pré-Hospitalar vsIntra-Hospitalar no Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v. 90, n. 2, p. 100-107, fev. 2008
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2865-2875, 2012
- ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, jan. 2003
- AVEZUM, A. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz para o tratamento do infarto agudo do miocárdio SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. bras.cardiol.**, São Paulo, v. 83, supl. IV, p. 1-86, set. 2004
- AVEZUM, A.; PIEGAS, L.S.; PEREIRA, J.C.R. Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma Região Desenvolvida em um País em Desenvolvimento. **Arq. bras.cardiol.**, São Paulo, v.84, n.3, mar. 2005
- AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface comun. saúde educ.** Botucatu, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010
- BANKS, A.D.; DRACUP, K. Factors associated with prolonged prehospital delay of African americans with acute myocardial infarction. **Am. j. crit. care**, Aliso Viejo, v.15, n. 2, p. 149-157, 2006
- BARATA, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de condições de vida 2006. **São Paulo perspect.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul/dez. 2008
- BASTOS, A.S.; BECCARIA, L.M.; CONTRIN, L.M. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev. bras. cir. cardiovasc.**, São Paulo, v.27, n.3, p.411-418, 2012

BERSUSA, A.A.S.; PASCALICCHIO, A.E.; PESSOTO, U.C. *et al.* Acesso a serviços de saúde na Baixada Santista de pessoas portadoras de hipertensão arterial e ou diabetes. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.13, n.3, p. 513-522, 2010

BISPO JÚNIOR, J.P.; MESSIAS, K.L.M. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. **Rev. Saúde. Com**, Jequié, v. 1, n. 1, p. 79-89. 2005

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p. 929-934, ago. 2007

BRANT, L.C.C. *et al.* A importância da criação de rede de cuidado para o tratamento do IAM com supra de ST e a experiência da Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas / UFMG. **Rev. méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n.1, p. 1-128, jan/mar. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Rev. bioét.**, Brasília, v. 4, n. 2, Suplemento, p. 15-25, 1996

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003: Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF). 2003a

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003: Componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF). 2003b

_____. Ministério da Saúde. Entendendo o SUS. p. 1-28, 2006a

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de dezembro de 2006: Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS. Brasília (DF). 2006b

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008: Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde -SUS. Brasília(DF); 2008

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília (DF). 2009. 52p

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores de Saúde**. 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 10 fev. 2013

_____. Ministério da Saúde/SVS. **Sistema de Informações de Mortalidade e base demográfica do IBGE**. 2010b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 dez. 2013

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. p. 1-215. 2010c

_____. Ministério da Saúde. **Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção às urgências.** set. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cp_06_infarto_agudo_miocardio_2011.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011: Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do Protocolo Clínico sobre Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). Brasília (DF); 2011b

_____. Ministério da Saúde. Decreto de nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080. Brasília (DF), 2011c

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: 2012-2015.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF). 114p. 2011d

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011: Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2011e

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011: Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF). 2011f

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para entender a gestão do SUS 2011. Brasília (DF): CONASS, v. 13. 534p. 2011g

_____. Ministério da Saúde. SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2013

CAETANO, J.A.; SOARES, E. Qualidade de vida de clientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 30 -37, mar. 2007

CALUZA A.C.V. *et al.* Rede de Infarto com Supradesnívelamento de ST: Sistematização em 205 Casos Diminui Eventos Clínicos na Rede Pública. **Arq. bras.cardiol.**, São Paulo, v.99, n.5, p.1040-1048, 2012

CANTUS, D.S.; RUIZ, M.D.C.S. A cardiopatia isquêmica na mulher. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, [08 telas]. nov/dez. 2011

CARVALHO, T.C.; GIANINI, R.J. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, set. 2008

CASAROTTO, M.; SCHIMITH, M.D.; BUDÓ, M.L.D. *et al.* “Eu fui ao posto mais próximo...”: livre demanda do pronto socorro de um hospital universitário. **R. pesq.: cuid. fundam. online.** v.4, n.3, p.2712-2721, jul./set 2012

CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2003

CLARES, J.W.B. *et al.* Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.604-609, out/dez 2011

COELHO, L.M.; RESENDE, E.S. Perfil dos pacientes com infarto do miocárdio, em um hospital universitário. **Rer. Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n.3, p.323-328, 2010

CONTI, R.A.S. *et al.* Comparação entre Homens e Mulheres Jovens com Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.79, n.5, p.510-517, 2002

CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010

CUNHA, E.M.G.P. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 79-91, jan./jun. 2008

DAMASCENO, C.A. **Fatores que influenciam o tempo de decisão de homens e mulheres com infarto agudo do miocárdio para a procura de serviço de saúde**. 2010. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2010

EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H.L. Acesso à internação e fatores associados ao óbito hospitalar por doenças isquêmicas do coração no SUS. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v. 90, n.2, p. 130-138, fev. 2008

FAXON, D.P. Development of Systems of Care for ST-Elevation Myocardial Infarction Patients. **Circulation**, Dallas, v.116, p. e29-e32, 2007

FERNANDES, L.C.L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p.595-603, 2009

FERNANDES, C.E. *et al.* I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC). **Arq. bras. Cardiol.**, São Paulo, v.91, (1 supl.1), p.1-23, 2008

FERREIRA, G.M.T.M. *et al.* Maior letalidade e morbidade por infarto agudo do miocárdio em Hospital Público, em Feira de Santana – Bahia. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v.93, n.2, p.97-104. 2009

FIGUEIREDO, A.E.; SIEBEL A.L.; LUCE, D.C. *et al.* 2013. Determinação do tempo de apresentação a emergência de pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Rer. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.3, n.1, p.93-101, Jan/Abril. 2013

FRANCO, B. *et al.* Patients with acute myocardial infarction and interfering factors when seeking emergency care: implications for health education. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 414-418, jun. 2008

FREITAS, W.M.F. *et al.* Paternidad: responsabilidad social del hombre en el papel de proveedor. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.43, n.1, p. 85-90, 2009

GARLET, E.R. *et al.* Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.17, n.4, jul-ago. 2009

GARTNER, C.; WALZ, L.; BAUERNSCHMITT, E. *et al.* The causes of prehospital delay in myocardial infarction. **Dtsch Arztebl Int.**, Cologne, v. 105, n. 15, p. 286–291, abr. 2008

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2006

GIROTTI, E.; ANDRADE, S.M. de, CABRERA, M.A.S. *et al.* Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em hipertensos cadastrados em unidade de saúde da família. **Acta Scientiarum. Health Sciences.**, Maringá, v. 31, n. 1, p. 77-82, 2009

GOLDBERG, R.J. *et al.* Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (The GRACE Registry). **Am. j. cardiol.**, New York, v. 89, p.791-796, abr. 2002

GÓMEZ, E.G. Género, mujer y salud en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de La Organización Mundial de la Salud; 1993

GOMIDE, M.F.S.; PINTO, I.C.; FIGUEIREDO, L.A. de. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.25, n.(Número Especial 2), p.19-25, 2012

GONZÁLEZ, M.A. *et al.* Evaluación de las acciones de enfermería en El Tiempo Puerta Aguja en pacientes con tratamiento trombolítico. **Rev Cubana enfermer.** Ciudad de la Habana, v.27, n.1, p.79-87, mar. 2011

GOUVEIA, V.A; VICTOR, E.G; LIMA, S.G. de. Atitudes pré-hospitalares adotadas por pacientes frente aos sintomas de infarto agudo do miocárdio. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.19, n.5, p. 1080-1087, 2011

HARTZ, Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, Supl., p. S331-S336, 2004

HWANG, S.Y.; RYAN, C.; ZERWIC, J.J. The influence of age on acute myocardial infarction symptoms and patient delay in seeking treatment. **Progress in Cardiovascular Nursing**, Chicago, v. 21, p. 20-27, 2006

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2003

- ISAKSSON, R.M.; HOLMGREM, L.; LUNDBLAD, D. *et al.* Time trends in symptoms and prehospital delay time in women vs. men with myocardial infarction over a 15-year period. The Northern Sweden MONICA Study. **Eur J Cardiovasc Nurs**, Amsterdam, n.7, p. 152-8, 2008
- ISHITANI, L.H.; FRANCO, G.C.; PERPÉTUO, I.H. *et al.* Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.40, p. 684-691, 2006
- JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010
- JNEID, H. *et al.* Sex Differences in Medical Care and Early Death After Acute Myocardial Infarction. **Circulation**, Dallas, v.118, p. 2803-2810, dez. 2008
- KISH, L. **Survey Sampling**. New York: Wiley, 1965
- KUSHNER, F.G.; HAND, M.; SMITH, S.C. JR. *et al.* 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.**, New York, v.54, p. 2205-2241, 2009
- LATADO, A.L.; LOPES, M.B.; PASSOS, L.C.S. Existe evidência para tratar insuficiência cardíaca baseada na raça ou etnia? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.55, n.2, p.110-116, 2009
- LESSA, I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 509-518, 1999
- LESSA, I.; ARAÚJO, M.J.; MAGALHÃES, L. *et al.* Clustering of modifiable cardiovascular risk factors in adults living in Salvador (BA), Brazil. **Rev. panam. salud. pública**, Washington, v.16, p.131-137, 2004
- LEVIN, J.; FOX, J. A. **Estatística para Ciências Humanas**. Tradução de Alfredo Alves de Farias. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- LIMA, M.A.D.S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, mar. 2007
- LIMA, H.P.; SANTOS, Z.M.S.A.; NASCIMENTO, J.C. *et al.* Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. **Rev. Rene. Fortaleza**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 170-178, abr./jun. 2010
- LOCKYER, L. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. **Eur J Cardiovasc Nurs**, Amsterdam, v.4, p. 29-35, 2005
- MANARI, A. *et al.* Clinical impact of an inter-hospital transfer strategy in patients with ST-

elevation myocardial infarction undergoing primary angioplasty: the Emilia-Romagna ST-segment elevation acute myocardial infarction network. **Circulation**, Dallas, v.29, p.1834–1842, 2008

MARK, B.; MEINERTZ, T.; FLECK, E. *et al.* Stetige Zunahme der Prähospitalzeit beim akuten Herzinfarkt. **Dtsch Arztebl Int.**, Cologne, v. 20, p. 1378–83, 2006

MCGINN, A.P.; ROSAMOND, W.D.; GOFF, D.C. Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: experience in 4 US communities from 1987–2000. **Am Heart J.**, St. Louis, v. 150, p.392–400, 2005

MEDEIROS, S.L.; PADIAL, R. Doença arterial coronária no climatério e exclusão social. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, Apr. 2007

MELO, E.C.P.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Distribuição espacial da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1225-36, jun. 2006

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 1-549, 2011

MORAIS, D.A.; CARVALHO, D.V.; TIMERMAN, S. *et al.* Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Clin.Med.**, São Paulo, v.7, n.4, p.211-218. 2009

MOSER, D.K.; MCKINLEY, S.; DRACUP, K.; CHUNG, M.L. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. **Patient educ. couns.**, Limerick, n. 56, p. 45-54, jan. 2005

MOSER, D.K. *et al.* Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council. **Circulation**, Dallas, v.114, n.2. p. 168-182, jul. 2006

MULLER, L.A. *et al.* Fatores que retardam a administração de trombolítico em pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio atendidos em um hospital geral. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p. 52-56, fev. 2008

MUNIZ, J.N.; PALHA, P.F.; MONROE, A.A. *et al.* A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 316-321, 2006

MUSSI, F.C. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.15, p.751-759, 2004

MUSSI, F.C. *et al.* Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.53, n.2, p.184-189, mai/jun, 2007

MUSSI, F.C.; CAMELLI, B. Diferenças de comportamento entre homens e mulheres face aos sintomas prodrômicos do IAM (mimiografado). 2008

MUSSI, F.C; FERREIRA, S.L; MENEZES, A.A. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n.2, p.170-178, 2006

MUSSI, F.C.; PEREIRA, A. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 80-7, 2010

NANTE, N. *et al.* Sex differences in use of interventional cardiology persist after risk adjustment. **J. epidemiol. community health**, London, v. 63, p. 203-208, mar. 2009

NASCIMENTO, E.R.P. do *et al.* Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.84-88, jan/mar. 2011

O'DWYER, G.O; OLIVEIRA, S.P. de, SETA, M.H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1881-1890, 2009

OLIVEIRA, L.H.; MATTOS, R.A.; SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p. 1929-1938, 2009

OTTESEN, M.M.; DIXEN, U.; TORP-PEDERSEN, C. *et al.* Prehospital delay in acute coronary syndrome – an analysis of the components of delay. **Int J Cardiol.**, Amsterdam, v. 96, n.1, p.97-103. 2004

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil** 1. p. 12-31. 2011

PARK, Y.H. *et al.* Factors Related to Prehospital Time Delay in Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. **J. Korean Med. Sci.**, Seoul, v. 27, n. 8, p. 864-869, ago. 2012

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J.W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med. care**, Philadelphia, v.19, n.2, p. 127-140, Feb, 1981

PERKINS-PORRAS, L. *et al.* Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. **Eur. j. cardiovasc. nurs.**, Amsterdam, v. 8, n. 1, p. 26–33, mar. 2009

PETTICREW, M.; MCKEE, M.; JONES, J. Coronary artery surgery: are women discriminated against? **BMJ**, London, v. 306, p. 1164-1166, mai. 1993

PIEGAS, L.S. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz sobre o tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 6, supl. II, p. e179 - e264, 2009

PIMENTA, L.; BASSAN, R.; POTSCHE, A.; SOARES, J.F.; FILHO, F.M.A. É o Sexo Feminino um Preditor Independente de Mortalidade Hospitalar no Infarto Agudo do Miocárdio? **Arq. Brás. cardiol.**, São Paulo, v.77, n. 1, p. 37-43, 2001

PINHEIRO, R.S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002

PINTO, D.; LUNET, N.; AZEVEDO, A. Prevalência e Determinantes de Apresentação Atípica de Síndrome Coronário Agudo. **Acta Med Port.**, Lisboa, v.24, p.307-318, 2011

PITSAVOS, C. *et al.* Factors associated with delay in seeking health care for hospitalized patients with acute coronary syndromes: the GREECS study. **Hell. j. cardiol.**, Athens, v.47, p. 329-336, nov/dez. 2006

PITTERI, J.S.M. **Caracterização de assistência do serviço móvel de urgência (SAMU), Palmas - Estado do Tocantins, no período de junho de 2008 a julho de 2009.** 2010. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2010

POLANCZYK, C.; RIBEIRO, J.P. Coronary artery disease in Brazil: contemporary management and future perspectives. **Heart.**, London, v.95, p. 870-876, 2009

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004

PONTES, A.P.M.; CESSO, R.G.D.; OLIVEIRA, M.T.D.C. *et al.* Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4. p. 574-80, jul-ago. 2010

POPE, J.H. *et al.* Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. **N. Engl. j. med.**, Boston, v. 342, n. 16, abr. 2000

PRESA, J.; VEREADOR, M.H. Diferenças de gênero de revascularização em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Am. j. cardiol.**, New york, v. 97, n. 12, p. 1722-1726, 2006

PRETTO, P. *et al.* Fator prognóstico do infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST. **ACM arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 37, n. 2, de 2008

REIS, V.R.S.S. **Retardo no acesso de usuários com infarto do miocárdio aos serviços de saúde pública.** 2012. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2012

RIBEIRO, M.C.S.A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez, 2006

RIBEIRO, M.M. **Utilização de serviços de saúde no Brasil: uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde.** 2005. 100f. Dissertação (Mestrado em Economia), Universidade Federal de Minas Gerais / CEDEPLAR, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2005

RIBEIRO, S. *et al.* Preditores de demora pré-hospitalar em doentes com enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST [106]. **Rev. Port. Cardiol.**, Lisboa, v. 29, n.10, p.1521-1532, 2010

ROCHA A.P.F. da *et al.* Atendimento Inicial ao Infarto Agudo do Miocárdio. **Littera Docente & Discente em revista**, Nova Friburgo, v. 2, n. 02 (2º. semestre), 2012

ROCHA, R.G. *et al.* Classificação de riscos em emergência: como os enfermeiros entendem e participam desse programa. **cuid. fundam. online**, Rio de Janeiro, v.2 (Ed. Supl.), p. 844-848, out/dez. 2010

SAMPAIO, E.S. **Fatores relacionados ao retardo pré-hospitalar de pessoas com infarto agudo do miocárdio**. 2008. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2008

SAMPAIO, E.S.; MENDES, A.S.; GUIMARÃES, A.C.; MUSSI, F.C. Percepção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. **Cienc. cuid. saude**, Maringá, v.11, n. 4. p. 687-696, Out/Dez. 2012

SAMPAIO, E.S.; MUSSI, F.C. Cuidado de enfermagem: evitando o retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.442-446, jul/set. 2009

SANTANA, V. S. *et al.* **Modelos básicos de análise epidemiológica**. In: ALMEIDA FILHO, N; BARRETO, M.L. Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. 21, p. 233-251, 2011

SANT'ANNA, F. M. *et al.* Desfechos Hospitalares em Pacientes Submetidos a Intervenção Coronária Percutânea na Vigência de Síndromes Coronárias Agudas Atendidos em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) – Resultados de um Centro de Cardiologia Terciário. **Rev. Brás. cardiol. Invasiva**, São Paulo, v.18, n.1, p.30-36, 2010

SANTANA, M.M; BOERY, R.N.S.O; SANTOS, J. Debilidades atribuídas pela comunidade de Jequié ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Cienc. cuid. saude**, Maringá, v.8, n.3, p.444-451, 2009

SANTOS, D.A.M; NAVARRO, W.Y.S; ALEXANDRE, L.M. *et al.* Prevalência de Isquemia Miocárdica na Cintilografia em Mulheres nos Períodos Pré/Pós-Menopausa. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, 2013

SANTOS, J.J.; PELLANDA, L. C.; CASTRO, I. A dor torácica em mulheres no atendimento de emergência: conduta e evolução. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 1, fev. 2005

SCHERR, C.; RIBEIRO, J.P. Gênero, Idade, Nível Social e Fatores de Risco Cardiovascular: Considerações Sobre a Realidade Brasileira. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.93, n.3, p. e54-e56, 2009

SCHEIFER, S.E.; ESCARCE, J.J.; SCHULMAN, K.A. Race and sex differences in the management of coronary artery disease. **Am. Heart J.**, St. Louis, v.139, n.5, p. 848-857, out. 2000

SEMENSATO, G.; ZIMERMAN, L.; ROHDE, L.E. Avaliação Inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Cidade de Porto Alegre. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.96, n.3, p. 196-204, 2011

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011

SILVA, N.C.; NOGUEIRA, L.T. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 17, n.3, p.471-477, Jul/Set. 2012

SILVA, P.M.S. **Análise do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de Belo Horizonte via simulação e otimização**. 2010. 134f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Minas Gerais, 2010

SILVANY NETO, A.M. **Bioestatística sem segredos**. Salvador. p. 325, 2006

SMANIO, P.E. Fisiologia do sistema cardiovascular: o gênero feminino importa? **Rer. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v.19, n.4, p.466-473, 2009

Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.95, (1 supl.1), p.1-5. 2010

SOARES, J.S. *et al.* Tratamento de uma coorte de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. **Arq. bras. cardiol.**, São Paulo, v.92, n.6, p. 464-471, jun. 2009

SOLLA, D.J. *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**, Dallas, v.6, n.1, p.9-17, 2013

SONG, L. *et al.* Impact of patients' symptom interpretation on care-seeking behaviors of patients with acute myocardial infarction. **Chin. med j. (Engl.)**, Beijing, v.123, n.14, p.1840-845, jul. 2010

SOUSA, M.F. de.O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rer. Bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, mar-abr. 2008

SOUZA, A.C.C. *et al.* Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, Ago. 2009

SOUZA, E.C.F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup1, p. S100-S110. 2008

SOUZA, S.E.B. **Avaliação do QualiSUS na Bahia**. 2010. 175f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal das Bahia, Salvador, 2010.

SOUZA, E. C. **Análise de influência local no modelo de regressão logística**. 2006. 101 f. Dissertação (Mestrado em Agronomia) – Escola Superior de Agricultura, Universidade de São Paulo, Piracicaba, São Paulo, 2006.

- STAUDT, A.C.P.; WAGNER, A. Paternidad em tiempos de cambio. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v.10, n.1, p. 174-185, 2008
- STRALEN C.J.V. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S148-S158, 2008
- TANAKA, N.H. Uma visão crítica do atendimento pré-hospitalar móvel no Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, n.3, p. 147-148, 2013
- TEDOLDI, C.L. Questões de Gênero: prevenção cardiovascular em mulheres. **Rer. Soc. Cardiol. Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, Ano XVIII, n. 20, Set/Out/Nov/Dez. 2010
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl.2, p. S190-198, 2004
- TRAVASSOS, C; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVAL, F. Desigualdades Geográficas e Sociais no Acesso aos Serviços de Saúde no Brasil: 1998 e 2003. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 975-986, out/dez. 2006
- TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000
- TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; PINHEIRO, R. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v.11, n.5-6, p. 365-373, mai/jun. 2002
- VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008
- VIEIRA, C.M.S.; MUSSI, F.C. A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 793-797, dez. 2008
- VON RANDOW, R.M. **Práticas gerenciais em Unidades de Pronto Atendimento no contexto de estruturação da Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2012.
- World Health Organization. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva 2011

ANEXO A – Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa do HRC1



Salvador, 27 de março de 2009.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / HAN /UFBA

Ofício N° 11 /09

Ref. Projeto de Pesquisa - n.º 11 /09

TITULO DO PROJETO: “RETARDO PRÉ-HOSPITALAR FACE AO INFARTO DO MIOCÁRDIO ENTRE GÊNEROS”

Pesquisador: Carla Almeida Damasceno
Orientador:. Dr^a Fernanda Carneiro Mussi

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Néri, após análise do processo de n.º.11 /09, acima citado considera que o mesmo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP CNS –MS). Diante do exposto julga o processo **APROVADO**.

Lembramos à necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.


Dr. Armênio Costa Guimarães

Armênio Costa Guimarães
Presidente do CEP
Comitê de Ética em Pesquisa

Ilmº Sr^a

Enf^a.Carla Almeida Damasceno

Nesta

ANEXO B – Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa do HRC2



Salvador, 30 de junho de 2009.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

TÍTULO DA PESQUISA: Retardo pré-hospitalar ao infarto do miocárdio: Diferenças entre gêneros.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Edleusa Gonçalves Gama

INSTITUIÇÃO: Hospital Santa Izabel

CARGO: Enfermeira

2. PARECER DO RELATOR

ASPECTOS TÉCNICOS: estudo supracitado apresenta relevância científica para a prática de médica e de enfermagem, uma vez que proporcionará o conhecimento sobre os fatores que retardam a procura dos indivíduos ao serviço de emergência. A autora pretende estudar se as influências sócio-demográficas, clínicas, ambientais, cognitivas e emocionais interferem nessa decisão. E se é significativa a diferença entre os sexos nessa tomada de decisão. O protocolo tem justificativa coerente, excelente delineamento e correto metodologicamente. Será a aplicação de um questionário pela pesquisadora após 48h ao quinto dia de internação do paciente em duas Instituições de Salvador, uma delas é o Hospital Santa Izabel. Mantém o sigilo ético de não revelar as instituições no corpo de trabalho.

RISCO: Não há riscos, pois trata de aplicação de questionário após o período de situação de risco dos pacientes.

BENEFÍCIOS: Enriquecimento da Bibliografia a respeito do assunto, uma vez que a mesma é escassa. E o assunto não foi ainda estudado em nosso meio.

ASPECTOS ÉTICOS: O estudo e o TCLE contemplam requisitos exigidos na resolução 196/96. Comenta sobre a obrigatoriedade de apreciação do CEP e da realização da pesquisa apenas após a aprovação do mesmo.

3. PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, aprova o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97.

4. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Período de vigência: 30/06/09 até 30/02/2010

Envio de relatório parcial: 30/12/2009

Relatório final: 30/02/2010

Mittermayer B. Santiago

Prof. Dr. Mittermayer B. Santiago • CRM 6580
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figuerêa
Hospital Santa Izabel

Praça Almeida Couto, 500 • CEP.: 40.050.410 • Salvador/BA
Tel.: 71 2203 8332 • e-mail: cephsi@scmba.com.br



ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidado a participar de um estudo chamado “Retardo pré-hospitalar face ao infarto do miocárdio: diferença entre gêneros”. Pretendemos conhecer o que as pessoas que tem um infarto do miocárdio (ataque cardíaco) sentem, pensam e fazem quando aparecem os sintomas da doença e o caminho que percorrem até chegar ao hospital. Esta pesquisa será realizada por Carla Almeida Damasceno, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem e por alunas de iniciação científica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da professora Dra. Fernanda Carneiro Mussi.

Caso aceite fazer parte desse estudo precisará responder a algumas perguntas sobre o tema da pesquisa. Sua colaboração será muito importante para nós.

O Sr. (a) receberá todos os esclarecimentos sobre a pesquisa, antes, durante e depois da sua realização, quantas vezes forem necessárias.

As respostas que fornecer serão anônimas, ou seja, não haverá possibilidade de que seja identificado (a).

O Sr. (a) terá o direito de desistir de participar da pesquisa, no momento em que desejar, e isso não lhe trará prejuízo ou despesa de qualquer natureza.

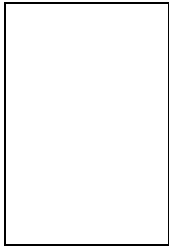
Os dados obtidos por essa pesquisa serão usados em publicações, como em revistas, e apresentados em eventos científicos.

O Sr.(a) não terá gastos financeiros por causa de sua participação na pesquisa, sendo que os custos necessários para a participação na pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora.

Caso deseje, poderá consultar os resultados da pesquisa através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo telefone (71) 3283-7631, ou através de mim, a pesquisadora, ou de minha orientadora.

De acordo com a Resolução 196/96, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos, a sua assinatura e/ou impressão digital revela a sua concordância em participar desta pesquisa. Este documento serão duas vias, ficando uma cópia com Sr. ou Sra., e outro com a pesquisadora.

Salvador,..... de de 20.....



.....

Assinatura do participante

.....

Assinatura do pesquisador

Fone:

E-mail:

Orientadora: Fernanda Carneiro Mussi

E-mail: femussi@bol.com.br

ANEXO D – Instrumento para coleta de dados – “Retardo pré-hospitalar face ao infarto agudo do miocárdio: diferenças entre gêneros”

Instituição Hospitalar: Entrevistador(a): Data da coleta:

PARTE I – Dados de caracterização sociodemográfica

<p>1. Nome (Iniciais):</p> <p>2. Data da admissão:</p> <p>3. Horário da admissão:</p> <p>4. Data de nascimento: /..... /..... Idade: (anos completos)</p> <p>5. Sexo: (1)Masculino (2)Feminino</p> <p>6. Qual a cor do(a) senhor(a)? (1)Branca (2)Negra (3)Parda</p> <p>7. Qual o seu estado civil? (1)Casado (2)Solteiro (3)Tem companheiro(a) (4)Viúvo (5)Separado/divorciado</p> <p>8. Qual a escolaridade do(a) senhor(a)? (1)Analfabeto (2)Assinar o nome (3)1º grau incompleto (4)1º grau completo (5)1º grau completo (6)2º grau incompleto (7)2º grau completo (8)Sup. incompleto (9)Sup. Completo</p> <p>9. Qual a ocupação habitual do(a) senhor(a)?</p> <p>10. Qual a situação empregatícia do(a) senhor(a)? (1)Desempregado (2)Empregado (3)Autônomo (4)Aposentado com atividade (5)Aposentado sem atividade</p> <p>11. Qual a renda familiar do(a) senhor(a) (em salários mínimos)?</p> <p>12. Quantas pessoas dependem dessa renda?</p> <p>13. Com quem o(a) senhor(a) mora? (1)Sozinho(a) (2)Com companheira(o) (3)Filhos (4)Amigos (5)Neto (6)Genro/Nora (7)Irmã (8)Enteada (9)Outros</p> <p>14. O(A) senhor(a) tem convênio de saúde? (1)Sim. Qual? (2)Não</p> <p>15. Em caso de ser SUS: O(A) senhor(a) sabia onde ser atendido pelo SUS? (1) sim (2) não</p> <p>16. Qual o endereço do(a) senhor(a)? Cidade: Estado: Telefone(s):</p>
--

PARTE II – Dados clínicos do IAM

<p>17. Infarto atual (prontuário): (1)Com supra de ST (2)Sem supra de ST</p> <p>18. Registro de reperfusão (prontuário): (1)Sim (2)Não</p> <p>19. O que o(a) senhor(a) sentiu quando os sintomas do ataque do coração (infarto) começaram? (1)Dor no peito (2)Dor nas costas (3)Dor nos braços (4)Dor no pescoço (5)Dor no queixo (mandíbula) (6)Dor no estômago (7)Náuseas (8)Vômitos (9)Suor forte (sudorese) (10)Falta de ar (dispnéia) (11)Palpitação (12)Tonturas (13)Desmaiou (14)Outros</p> <p>20. Qual foi o tipo de dor que sentiu? (1)Pontada (2)Aperto (3)Queimação (4)Peso (5)Rasgando (6)Inconstante (ia e vinha) (7)Constante (8)Outras.....</p> <p>21. Qual o dia e a hora que os sintomas começaram?</p> <p>22. Quanto tempo durou a dor? (1) Mais que 15 min (2) Menos que 15 min</p> <p>23. Qual foi a intensidade da dor no momento em que decidiu procurar atendimento? (Escala</p>

Visual Analógica) (0)Sem dor (1)Dor leve (1-2) (2)Dor moderada (3-7) (3)Dor forte (8-10)

Parte III – Caracterização do acesso dos usuários com IAM aos serviços de saúde

24. **Qual o primeiro local que o(a) senhor(a) procurou para o atendimento?** (1) hospital (2) posto de saúde (3) clínica (4) pronto atendimento (5) SAMU (6) outros
25. **Como chegou ao primeiro local procurado para atendimento médico?** (1)Ônibus (2)Táxi (3)Carro particular (4)Ambulância (5)Caminhando (6)Motocicleta (7)Outros
26. **Onde o senhor (a) estava quando os sintomas começaram?** (1)Casa (2)Trabalho (3)Rua – via pública Qual? (4)Outros
27. **Com quem o senhor (a) estava quando os sintomas começaram?** (1)Sozinho (2)Companheiro(a) (3)Filhos (4)Colegas de trabalho (5)Vizinhos (6)Outros
28. **Quando o senhor (a) decidiu buscar ajuda?** Data horário
29. **A quem o senhor (a) pediu ajuda quando sentiu os sintomas?** (1)Companheiro(a) (2)Filhos (3)Vizinhos (4)Colegas de trabalho (5)Ninguém (6)Outros
30. **Quem acompanhou o senhor (a) ao primeiro local de atendimento?** (1)Sozinho (2)Companheiro(a) (3)Filhos (4)Colegas de trabalho (5)Vizinhos (6)Ninguém (7)Outros
31. **Aproximadamente quanto tempo durou o seu transporte até o primeiro local de atendimento?** (minutos)
32. **Em quantos locais o(a) senhor(a) foi atendido até ser internado neste hospital?**
33. **Quais foram (em caso de mais de um)?**
- 1º Qual o motivo da transferência?
..... Qual o atendimento que recebeu?
.....
- 2º Qual o motivo da transferência?
..... Qual o atendimento que recebeu?
.....
- 3º Qual o motivo da transferência?
..... Qual o atendimento que recebeu?
.....
- 4º Qual o motivo da transferência?
..... Qual o atendimento que recebeu?
.....
- 5º Qual o motivo da transferência?
..... Qual o atendimento que recebeu?
.....

