

**PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA BAHIA E O IMPACTO NO DIAGNÓSTICO  
PRECOCE DO IAM: RELATO DE EXPERIÊNCIA**Luísa Thainá Pimenta Rocha<sup>a</sup><https://orcid.org/0000-0001-5758-552X>Michela Macedo Lima Costa<sup>b</sup><https://orcid.org/0000-0003-0919-0931>Rita de Cássia Natividade Ataíde<sup>c</sup><https://orcid.org/0000-0002-5836-323X>Sabrina Brito Freitas<sup>d</sup><https://orcid.org/0000-0001-6331-2683>**Resumo**

Capaz de resolver cerca de 80% de todas as necessidades em saúde, a Atenção Primária se tornou uma das principais e mais eficientes estratégias do Sistema Único de Saúde. Diante da histórica carência e má distribuição do profissional médico no Brasil, o Programa Mais Médicos viabilizou o provimento do profissional nas localidades mais longínquas. Em parceria com o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, o diagnóstico pode chegar em todos os lugares do país, possibilitando assistência e controle das patologias de maior morbimortalidade. Um exemplo é o infarto agudo do miocárdio, no qual “tempo é vida”, pois, para cada dez minutos de retardo na instituição da terapia de reperfusão, reduz-se a expectativa de vida do paciente em 120 dias. O objetivo deste trabalho é demonstrar uma experiência exitosa que envolveu a articulação resolutiva da rede pública de saúde a partir da Atenção Primária e do Programa Mais Médicos. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, no qual se buscou descrever a pronta assistência a um paciente com infarto

<sup>a</sup> Médica. Especialista em Saúde Pública. Programa Mais Médicos (PMM). Anagé, Bahia, Brasil. E-mail: [luisapimenta14@gmail.com](mailto:luisapimenta14@gmail.com)

<sup>b</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina Santo Agostinho (Fasavic). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. E-mail: [michela.costa@vic.fasa.edu.br](mailto:michela.costa@vic.fasa.edu.br)

<sup>c</sup> Médica de Família e Comunidade. Mestre em Saúde Pública. Tutora do Programa Mais Médicos (PMM). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. E-mail: [rita.natividade@vic.fasa.edu.br](mailto:rita.natividade@vic.fasa.edu.br)

<sup>d</sup> Médica Cardiologista. Supervisora do Programa Mais Médicos (PMM). Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. E-mail: [sabrina.freitas@uesb.edu.br](mailto:sabrina.freitas@uesb.edu.br)

**Endereço para correspondência:** Faculdade Santo Agostinho – Afa Educacional. Avenida Olívia Flores, n. 200, Candeias. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. CEP: 45.028-100. E-mail: [rita.natividade@vic.fasa.edu.br](mailto:rita.natividade@vic.fasa.edu.br)

agudo do miocárdio em uma zona rural. O resultado mostrou que uma Atenção Básica resolutive e integrada aos demais níveis de assistência é possível, permitindo que o paciente infartado seja beneficiado a tempo pela reperfusão miocárdica e impactando de forma positiva seu prognóstico e qualidade de vida. A experiência forneceu estímulo para busca contínua de superação e enfrentamento dos desafios, assim como do aperfeiçoamento da gestão pública da saúde.

**Palavras-chave:** Programa Mais Médicos. Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Infarto agudo do miocárdio. Atendimento pré-hospitalar.

MAIS MÉDICOS PROGRAM IN BAHIA AND THE IMPACT ON EARLY DIAGNOSIS OF IAM:  
AN EXPERIENCE REPORT

**Abstract**

Capable of solving nearly 80% of all health needs, Primary Care has become one of the main and most efficient strategies in the Unified Health System. Given the historic shortage and poor distribution of medical professionals in Brazil, the Mais Médicos Program made it possible to provide professionals in remote locations. In partnership with the National Telehealth Brazil Networks Program, diagnosis can reach all parts of Brazil, enabling treatment and control of pathologies with greater morbidity and mortality. One example is acute myocardial infarction, in which “time is life,” because for every 10-minute delay in instituting reperfusion therapy, life expectancy is reduced by 120 days. Given this scenario, this paper reports on a successful experience that involved the resolute articulation of the public health network from Primary Care and the More Doctors Program. This descriptive and qualitative study describes the prompt care of a patient with acute myocardial infarction in a rural area. Results shows that a resolute Primary Care integrated with other levels of care is possible, allowing the infarcted patient to benefit in time from myocardial reperfusion and positively impacting their prognosis and quality of life. The experience encouraged continuous search to overcome and face the challenges, as well as to improve public health management.

**Keywords:** Health consortia. Primary health care. Family health strategy. Myocardial infarction. Emergency medical services.

### Resumen

Con la capacidad de resolución de cerca del 80% de todas las necesidades de salud, la Atención Primaria se ha convertido en una de las principales y más eficientes estrategias del Sistema Único de Salud. En vista de la escasez estructural histórica y la mala distribución de los profesionales médicos en Brasil, el Programa Más Médicos hizo posible la provisión de profesionales a lugares más distantes. En una alianza con el Programa Redes Nacionales de Telesalud Brasil, el diagnóstico puede llegar a todos los lugares del país, posibilitando la asistencia y el control de patologías con mayor morbilidad. Un ejemplo es el infarto agudo de miocardio, en el que “el tiempo es vida”, pues por cada 10 minutos de retraso en la instauración de la terapia de reperfusión, la esperanza de vida se reduce en 120 días. El objetivo de este trabajo es evidenciar una experiencia exitosa que involucró la articulación resolutoria de la red pública de salud con base en la Atención Primaria y el Programa Más Médicos. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, que buscó describir la atención oportuna de un paciente con infarto agudo de miocardio en una zona rural. El resultado mostró que es posible una Atención Primaria resolutoria e integrada con los demás niveles asistenciales, que permita que el paciente infartado sea beneficiado a tiempo por la reperfusión miocárdica, lo que impacta positivamente en su pronóstico y calidad de vida. La experiencia sirvió de estímulo para la búsqueda continua de superación y enfrentamiento de los desafíos, así como de la mejora de la gestión en salud pública.

**Palabras clave:** Programa Más Médicos. Atención primaria de salud. Estrategia de salud familiar. Infarto del miocardio. Servicios médicos de urgencia.

### INTRODUÇÃO

A partir da Lei nº 8.080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) se estabeleceu como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Com sua implementação ao longo dos anos, a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e a progressiva efetivação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o SUS garante acesso integral, universal e gratuito para toda a população brasileira. Com cuidado desde o primeiro contato, hierarquização dos níveis de atenção à saúde, regionalização a partir de bases populacionais e prestação de serviços ambulatoriais capaz de resolver cerca de 80% de todas as necessidades em saúde, a APS se tornou uma das principais e mais eficientes estratégias de saúde pública brasileira<sup>1</sup>.

A partir da aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, revisada em 2011 e atualizada em 2017, houve a definição de dois pontos importantes para a APS: o estabelecimento de área adscrita de atuação e uma equipe multiprofissional composta por no mínimo: (1) médico; (2) enfermeiro; (3) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (4) agentes comunitários de saúde (ACS). Podem ser acrescentados a essa composição: cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Entre as atividades desenvolvidas pela APS, destacam-se: prevenção de doenças e promoção da saúde, cuidados comunitários e execução de procedimentos antes realizados apenas na atenção hospitalar (pequenas cirurgias, diagnóstico, atendimentos de urgência, cuidados paliativos e acompanhamento pós-alta hospitalar)<sup>2</sup>.

Nesse rico contexto de ações prestadas pela APS, a formação e provimento de recursos humanos qualificados se tornou fundamental para sua execução. Com a histórica carência e má distribuição do profissional médico no Brasil, em especial nas localidades mais afastadas dos grandes centros urbanos<sup>3</sup>, o governo federal instituiu, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM). Pautado na redução das desigualdades regionais na área da saúde, o programa elegeu regiões prioritárias para o SUS, fortalecendo a prestação de serviços na APS<sup>4</sup>.

Para concretização do eixo assistencial, o PMM incluiu o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com a contratação do profissional pelo Ministério da Saúde (MS). O provimento de médicos atendeu de forma imediata à demanda levantada pelos municípios eleitos. Em dois anos, o PMM contava com 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), levando assistência para cerca de 63 milhões de pessoas<sup>3</sup>.

Outro eixo contemplado pelo PMM foi o de fortalecimento da política de educação permanente no trabalho, com integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de ensino superior (IES) na supervisão e tutoria acadêmica durante as atividades desempenhadas pelos médicos<sup>4</sup>.

A Bahia possui hoje 351 municípios participantes do projeto, com 1.423 médicos ativos. São acompanhados por 146 supervisores e 12 tutores acadêmicos vinculados a 6 IES e ao Ministério de Educação e Cultura (MEC)<sup>5</sup>.

Com o provimento de médicos, tornou-se importante a ampliação das ações de apoio à assistência. Num país continental como o Brasil, em que a distância constitui um fator crítico em boa parte dos municípios, não se pode prescindir de uma tecnologia que, independentemente da localização geográfica, os profissionais de saúde possam se conectar a partir de qualquer ponto com internet, proporcionando benefícios para os pacientes<sup>6</sup>.

Para enfrentamento dessa situação, o Ministério da Saúde redefiniu e ampliou, em 2011, o Programa Nacional de Telessaúde, possibilitando cobertura assistencial com

teleconsultoria, telediagnóstico e segunda opinião formativa. O telessaúde se constituiu em uma importante ferramenta de diagnóstico e controle de doenças<sup>7</sup>.

Entre as doenças de maior morbimortalidade, destaca-se a doença cardiovascular (DCV), principal causa de morte no Brasil e no mundo, responsável pelo aumento da morbidade e da incapacidade ajustadas pelos anos de vida (*disability-adjusted life year* – DALY). Os investimentos em políticas de saúde, ao longo dos anos, resultaram numa diminuição das taxas de mortalidade no país, contudo, o número total de casos da doença está crescendo, tendo como causa provável o envelhecimento e adoecimento da população<sup>8</sup>. Existe, desse modo, uma demanda significativa de pacientes incluídos no escore para alto risco de doença cardiovascular sujeitos a inúmeras complicações, muitas delas fatais, a exemplo do infarto agudo do miocárdio (IAM)<sup>8</sup>. O IAM é causado pela obstrução completa da artéria coronária comprometida por ruptura de placa de ateroma, hemorragia e coágulo<sup>9</sup>.

Cerca de 80% das mortes por IAM ocorrem nas primeiras 24 horas do evento agudo, 40% a 65% na primeira hora, acontecendo, desta forma, fora do ambiente hospitalar e, em sua maioria, desassistida pelo profissional médico. Por isso, a partir da década de 1960, houve um maior interesse no atendimento pré-hospitalar (APH) do IAM<sup>10</sup>. No IAM com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST), para cada dez minutos de retardo na instituição da terapia de reperfusão, reduz-se a expectativa de vida em 120 dias, dando lugar à expressão “tempo é vida”<sup>9</sup>.

Nessa fase, a APS pode fazer uma grande diferença devido ao seu formato de capilaridade em toda a extensão do território nacional. Aqui entra o papel desempenhado pelo PMM ao possibilitar a presença indispensável do médico na expansão da ESF nas regiões mais longínquas do país. Além disso, a tão desejada resolutividade da APS necessita de condições satisfatórias de trabalho e uma rede de saúde estruturada, de responsabilidade das esferas de gestão do SUS.

Como exemplo, a simples realização do exame eletrocardiograma (ECG) na unidade de saúde da família (USF), em parceria com o telessaúde, pode garantir acesso, equidade e diagnóstico oportuno, capaz de salvar vidas. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é a apresentação de uma experiência exitosa na assistência ao paciente com IAMCSST, diagnosticado na USF, possibilitando uma articulação resolutiva da rede SUS a partir da APS da zona rural de um pequeno município do interior da Bahia. O PMM possibilitou a presença de uma equipe de saúde completa, contando com uma profissional médica em área de difícil acesso.

O relato se justifica por representar uma situação pouco comum, mas perfeitamente viável, na atenção ao paciente com IAM na APS: equipe capacitada e diagnóstico

eletrocardiográfico precoce. Este caso pode significar importante exemplo a ser seguido, além de possibilitar o desenvolvimento de estudos e estratégias de gestão, tanto da clínica quanto do sistema de saúde, que viabilizem a melhor assistência possível ao paciente.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, com finalidade de descrever a pronta assistência na APS da zona rural a um paciente com evento cardiovascular agudo, o IAMCSST, cuja articulação com a rede SUS foi oportuna e bem-sucedida.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Este trabalho utilizou dados documentais de uma situação efetivamente consumada, resguardando a identidade do paciente, do município e dos profissionais envolvidos na assistência, não optando pela submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

## **RESULTADOS**

O município em questão possui cerca de vinte mil habitantes, dos quais 80% reside na extensa zona rural<sup>11</sup> permeada de estradas vicinais. Possui cobertura de 100% pelo Programa Saúde da Família (PSF), com dez USF, sendo oito na zona rural e seis vinculadas ao PMM<sup>12</sup>.

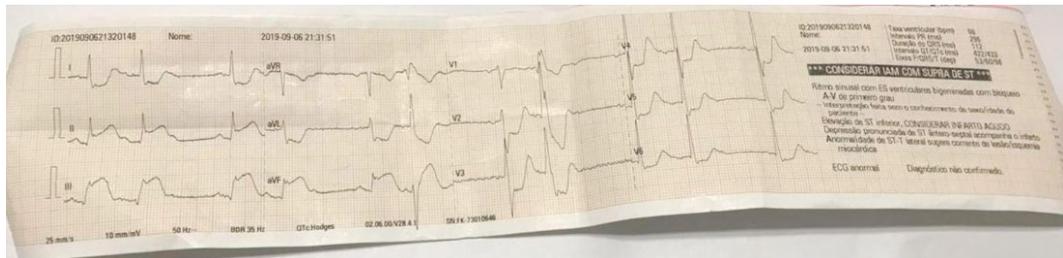
A experiência encontrada neste contexto aconteceu com um paciente de 50 anos, cor branca, admitido às 09h50 do dia 6 de setembro de 2019, em uma distante USF situada no distrito de zona rural do município onde reside, no interior do sertão da Bahia, referindo quadro de dor precordial intensa em hemitórax esquerdo, irradiando para dorso, associado à parestesia em membro superior esquerdo, com início há cerca de duas horas.

Ao exame físico, apresentava-se lúcido e orientado, com regular estado geral, fácies de dor, portando a mão fechada em movimentos circulares sobre o tórax (sinal de Levine), sudoreico, pele fria e pegajosa. Dados vitais: pressão arterial (PA): 160x100 mmHg; frequência cardíaca (FC): 100 bpm; frequência respiratória (FR): 18 ipm; saturação de oxigênio (SatO<sub>2</sub>): 92%. Aparelho cardíaco, respiratório e abdômen: nada digno de nota. Extremidades: acianóticas, perfusão periférica lentificada, edema de membros inferiores na escala de +/4.

Frente à suspeita clínica de IAM, foi adotada a seguinte conduta, que contou com o auxílio imprescindível da equipe de enfermagem: paciente em repouso no leito, jejum, monitorização cardíaca, SatO<sub>2</sub> e PA, instalado oxigênio (O<sub>2</sub>) sob cateter nasal (3 litros/minuto), acesso venoso com jelco hidrolisado. Administrados os seguintes medicamentos por via oral: ácido acetil salicílico (AAS) 100 mg e captopril 25 mg. Foi realizado ECG na USF

de forma imediata, com identificação pela médica do IAMCSST em parede ântero-septal e inferior, logo no traçado do exame, sem necessidade de aguardar o laudo pelo serviço de telessaúde (**Figura 1**).

**Figura 1** – ECG na USF. Anagé, Bahia, Brasil – 2019

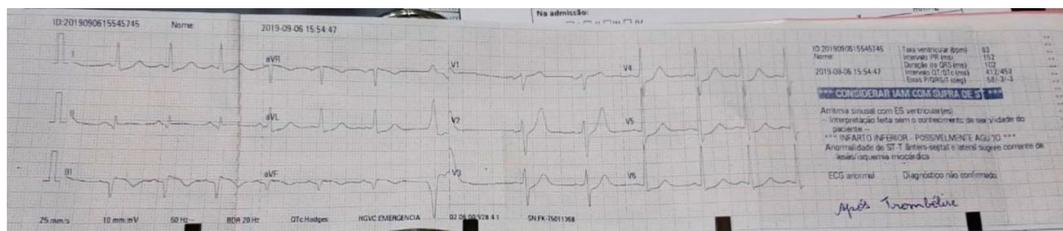


Fonte: Arquivo da USF.

Diante da gravidade do caso, o transporte foi realizado na ambulância da USF com acompanhamento médico e de enfermagem e, durante o trajeto para o hospital de referência da região (localizado em um município próximo de maior porte, a cerca de 60 km) foi feito contato com a Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), assim que o sinal telefônico permitiu. A central, diante do diagnóstico firmado, autorizou a regulação do paciente para a sala vermelha do pronto-socorro (PS) do hospital, onde seriam tomadas as medidas imediatas que o caso requeria, enquanto aguardavam a liberação de um leito de unidade de terapia intensiva (UTI), já reservado como prioridade. O tempo decorrido entre o atendimento do paciente, diagnóstico, contatos e deslocamento da zona rural até a unidade hospitalar foi de três horas após a admissão na APS.

No hospital, o paciente recebeu tratamento químico específico, a trombólise, utilizando o fármaco tenecteplase, com critérios de reperfusão (**Figura 2**). O tempo total entre o início dos sintomas e a terapia de reperfusão foi de cinco horas.

**Figura 2** – ECG no hospital – após trombólise. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil – 2019



Fonte: Arquivo do hospital.

Cerca de duas semanas depois, foi submetido ao cateterismo cardíaco, procedimento sem intercorrências, não sendo necessária intervenção de angioplastia coronariana ou revascularização miocárdica.

Atualmente o paciente é acompanhado na mesma USF, onde comparece utilizando seu meio de transporte – montado a cavalo – e leva uma vida normal como lavrador.

Esse caso foi captado para o projeto Heart Rescue Global – Brazil, programa colaborativo que objetiva melhorar as taxas de sobrevivência de parada cardíaca súbita (PCS)<sup>13</sup>.

## **DISCUSSÃO**

Durante a evolução do IAM, o músculo cardíaco sofre de maneira progressiva pela isquemia (distúrbios eletrolíticos), lesão (alterações morfológicas reversíveis) e necrose (alterações irreversíveis). Essas fases são caracterizadas por quadros clínicos diferentes, desde angina instável e infarto sem alteração do segmento ST ao ECG (ausência de necrose) até o infarto com supradesnível do segmento ST (necrose)<sup>14</sup>. Responsável por 48% a 60% dos casos, esse tipo de infarto tem seu desfecho totalmente dependente do intervalo decorrido entre o início dos sintomas (obstrução da artéria coronária) até a instituição do tratamento de reperfusão (farmacológico – trombólise com substância fibrinolítica ou mecânico – angioplastia coronariana)<sup>8</sup>.

Nesse contexto, o período pré-hospitalar de assistência ao IAM é fundamental, abrangendo dois tempos: (1) do início dos sintomas (dor torácica aguda, em geral) até a procura por atendimento; (2) do atendimento inicial até a chegada ao hospital. Sabe-se, no entanto, que esse precioso tempo da fase pré-hospitalar é demorado na maioria dos casos, em especial nos pacientes idosos, do sexo feminino e com condição socioeconômica desfavorável<sup>10</sup>.

Essas considerações iniciais são muito importantes para a compreensão da importância da APS para a população, em especial nas localidades distantes, de difícil acesso, como no caso deste estudo. A existência de uma USF na distante zona rural, equipada, com acesso ao exame ECG de forma imediata e com a presença de uma profissional médica na equipe de saúde, que soube reconhecer prontamente o IAM, foi imprescindível na corrida contra o tempo a favor da vida.

Outro dado relevante foi a decisão de realizar o transporte do paciente em ambulância própria e com segurança, sem aguardar o envio de uma unidade do Samu, mas fazendo contato telefônico durante o deslocamento. Essa medida otimizou o tempo e permitiu que o hospital de referência se preparasse para receber o caso.

Foi identificado, assim, um conjunto de ações bem-sucedidas que culminaram em um desfecho favorável: o paciente foi prontamente atendido na USF, cujos sintomas e sinais alertaram a equipe para um possível IAM, realizado ECG de imediato, confirmando o IAMCSST pela médica, ministrado O<sub>2</sub> e medicamentos disponíveis no momento, além de monitorização contínua, atendendo parcialmente ao protocolo MONACHEB: M (morfina), O (oxigênio), N (nitrito), A (aspirina), C (clopidogrel, prasugrel ou ticagrelor), H (heparina), E (estatina) e B (betabloqueador)<sup>9</sup>. Por fim, a articulação com a Central de Regulação, e dela com o hospital de referência, permitiu um fluxo ágil e resolutivo na rede pública de saúde.

Quanto à terapêutica instituída na unidade de referência, é interessante destacar que a escolha entre o método químico/farmacológico (trombolítico) ou o mecânico (angioplastia Coronariana) depende da disponibilidade dos recursos terapêuticos, porém, mais importante do que o método é a rapidez do seu uso. Estudos demonstraram que a reperfusão ocorrida após 12 horas do início dos sintomas não demonstrara benefício significativo em relação à mortalidade. Entretanto, foi verificado que, na persistência dos sintomas clínicos e alterações eletrocardiográficas, mesmo decorridas as 12 horas, existem benefícios na reperfusão, devendo ser utilizados os métodos citados, ainda que tardiamente<sup>10</sup>.

O desenvolvimento deste caso, mesmo isolado, ilustra, de forma clara, que o investimento em políticas públicas voltadas para o fortalecimento da APS resulta na melhoria da saúde da população e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Um exemplo disso é o Programa Mais Médicos para o Brasil, ao prover o PSF do profissional médico em todo o território nacional.

Além disso, o PMM permite e garante que o médico do programa cumpra oito horas de sua carga horária semanal de quarenta horas à educação permanente em saúde, baseada em cursos de especialização on-line com temáticas voltadas para a APS, além do acompanhamento acadêmico regular. De grande envergadura, o PMM é conduzido por dois ministérios do governo federal – educação e saúde – envolvendo ainda a ampliação e qualificação dos cursos de graduação em medicina e os programas de residência médica<sup>4</sup>.

A presença de uma equipe do PSF em determinada localidade impacta ainda na necessidade de investimentos em recursos diagnósticos e terapêuticos pela gestão, assim como na rede pública de saúde de apoio e referência – os níveis secundários e terciários de assistência – seja com serviços próprios ou contratados, disponíveis no mesmo ou em outro município.

Dessa forma, em 2019, a gestão municipal referida neste trabalho investiu na aquisição de equipamentos para realização do ECG nas USF, exame que capta a atividade elétrica do coração por meio de eletrodos fixados na pele. De baixo custo e simples

aquisição, o ECG registra um traçado que permite diagnosticar patologias como arritmias e doenças coronarianas, entre outras<sup>15</sup>. Para isso, foi necessária a implantação da telemedicina (componente do telessaúde), acesso à internet compatível e computador capaz de suportar o software do programa necessário para envios e recebimentos de laudos, além de capacitação de toda a equipe da USF.

Assim, foi viabilizada a melhoria da qualidade da assistência aos pacientes crônicos com DCV, aumentando a resolutividade do atendimento primário e secundário e possibilitando o suporte de vida frente a situações de risco, de forma imediata e oportuna, em áreas preteridas pelo isolamento geográfico. Com o decorrer do tempo, entretanto, a equipe de saúde foi sobrecarregada com a demanda crescente por ECG, além de todos os compromissos que fazem parte da agenda da APS. Atualmente, a realização do exame na USF restringe-se aos casos sintomáticos, contribuindo para o diagnóstico e encaminhamento tempestivo dos casos agudos.

Apresentado como simples relato de experiência, este trabalho contou com a limitação do tempo disponível das autoras para sua consecução, além do cenário de restrição de deslocamento imposto pela pandemia. De outra forma, seria enriquecido com uma pesquisa de campo envolvendo os atores do processo, o que permitiria melhor caracterização do contexto e compreensão das facilidades e dificuldades. O relato pode estimular a elaboração de outros estudos que demonstrem o potencial de resolutividade da APS em situações de risco de vida imediato (como o IAM) e levantem hipóteses para a solução de possíveis dificuldades a serem encontradas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No atual modelo de gestão do SUS, a APS é uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, revelando-se como o componente mais abrangente da atenção à saúde, tendo em vista sua fundamentação em princípios, diretrizes e eixos para a produção do cuidado<sup>2</sup>, capaz de prestar, da melhor maneira possível, uma atenção à saúde eficiente, resolutiva e integrada aos níveis secundários e terciários de atenção<sup>16</sup>.

O PMM contemplou o eixo de provimento assistencial para a APS, levando o profissional médico às localidades mais longínquas do país, com direito à educação continuada em serviço e acompanhamento acadêmico<sup>17</sup>. No caso particular da Bahia, no ano de 2021, foram contemplados 351 municípios com 1.423 médicos<sup>5</sup>.

Em um desses pequenos municípios que aderiram ao PMM, a gestão pública, a despeito de todas as dificuldades econômicas e de contratação de recursos humanos, tomou a decisão política de investir em telemedicina e aquisição de equipamentos de ECG. Essa medida garantiu retaguarda diagnóstica às USF e assegurou maior resolutividade no próprio território como estratégia de enfrentamento da morbimortalidade causada pelas doenças

cardiovasculares. O investimento foi particularmente importante e fez toda a diferença para os moradores das localidades de zona rural.

O caso clínico do paciente com IAMCSST, apresentado neste trabalho, envolveu a APS como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde, razoavelmente equipada, resolutiva e integrada aos demais níveis de assistência da rede SUS, possibilitando que o paciente infartado pudesse ser beneficiado a tempo pela reperfusão miocárdica, impactando de forma positiva no prognóstico e na qualidade de vida e permitindo o seu breve retorno às suas atividades laborais.

O projeto inicial de implantação dos equipamentos de ECG no município sofreu obstáculos para continuidade do pleno funcionamento, especialmente no que se refere à disponibilidade de recursos humanos nas USF. Contudo, permanecem o legado e a aprendizagem para todos os envolvidos, fornecendo estímulo para a busca contínua de enfrentamento e superação dos desafios, desenvolvendo novas estratégias de atuação, seja na área da assistência, gestão pública ou educação em saúde, resguardados os princípios e diretrizes do SUS, que garantem, na estratégia de saúde da família, um novo processo de atuação na APS.

### **COLABORADORES**

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Rita Ataíde e Luísa Rocha.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Rita Ataíde, Luísa Rocha, Michela Costa, Sabrina Freitas.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Rita Ataíde e Michela Costa.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Rita Ataíde, Luísa Rocha, Michela Costa e Sabrina Freitas.

### **REFERÊNCIAS**

1. Portela GZ. Atenção primária à saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis*. 2017;27(2):255-76.
2. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;29(2):84-95.
3. Brasil. Programa Mais Médicos. Mais Médicos para seu município [Internet]. 2021 [citado 2021 dez 8]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/mais-medicos-para-seu-municipio>
4. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília (DF); 2013.

5. Bahia. Coordenação Estadual do Programa Mais Médicos. Planilha Situação PMM Bahia. Salvador (BA): Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2021.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 35, de 4 de janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília (DF); 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília (DF); 2011.
8. Prêcoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar COM, et al. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787-891.
9. Miranda LF. Infarto agudo do miocárdio com supra do segmento ST. *Arco.* 2011;(5):32-3.
10. Piegas LS, Timerman A, Feitosa GS, Nicolau JC, Mattos LAP, Andrade MD, et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arq Bras Cardiol.* 2015;105(2supl.1):12-105.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil/Bahia/Anagé – Censo [Internet]. 2021 [citado em 2021 dez 12]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/anage/pesquisa/23/25207?tipo=ranking&indicador=25199>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES [Internet]. 2021 [citado em 2021 jan 3]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>
13. Heart Rescue Project. Heart rescue global – Brazil [Internet]. 2021 [citado em 2021 dez 20]. Disponível em: <http://www.heartrescueproject.com/heartrescue-project-partners/international-partners/brazil/>
14. Boateng S, Sanborn T. Acute myocardial infarction. *Dis Mon.* 2013;59(2):83-96.
15. Gonzalez MMG, Geovanini GR, Timerman S. Eletrocardiograma na sala de emergência. 2a ed. Barueri (SP): Manole; 2019.
16. Brasil. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Conass; 2015.
17. Brasil. Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS (uma-SUS) [Internet]. 2021 [citado em 2021 dez 29]. Disponível em: <https://sistemas.unasus.gov.br/webportfolio/web/atividade/4/>

Recebido: 14.1.2022. Aprovado: 3.5.2022. Publicado: 7.7.2022.