

LACUNAS NO FLUXO DE ATENDIMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: DA NEGAÇÃO FAMILIAR À TRIAGEM HOSPITALAR – UMA REVISÃO INTEGRATIVA COM ANÁLISE DE DADOS PÚBLICOS

Fabício de Meneses Luna¹, Maria Thais Cordeiro Nunes², Pedro Vinicio Rocha³, Ágata Victória de Menezes Santos⁴, Aline Figueiroa Rodrigues de Souza⁵, Ana Beatriz Carneiro de Freitas⁶, Maria Eduarda da Silva Feitosa⁷.

¹ Faculdade Medicina do Sertão / Faculdade São Leopoldo Mandic, ²Faculdade Medicina do Sertão / Faculdade São Leopoldo Mandic, ³Faculdade Medicina do Sertão / Faculdade São Leopoldo Mandic, ⁴Faculdade Medicina do Sertão / Faculdade São Leopoldo Mandic, ⁵Faculdade Medicina do Sertão / Faculdade São Leopoldo Mandic, ⁶Faculdade Medicina do Sertão / Faculdade São Leopoldo Mandic, ⁷Faculdade de Medicina de Olinda-FMO

RESUMO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) exige intervenção imediata, porém o reconhecimento precoce de seus sinais permanece um desafio crítico. Este estudo analisa as barreiras que retardam o atendimento, desde a negação dos sintomas pelo núcleo familiar até as falhas na triagem hospitalar diante de apresentações atípicas. Por meio de uma revisão integrativa e análise de dados do DATASUS (2021-2025), observou-se que cerca de 50% dos pacientes demoram mais de 3 horas para buscar socorro, muitas vezes por confundirem sinais isquêmicos com distúrbios digestivos. A discussão fundamenta-se nas Diretrizes de Reanimação de 2025, enfatizando que a quebra dos primeiros elos da corrente de sobrevivência eleva a letalidade e a necrose miocárdica. Conclui-se que o letramento em saúde e protocolos de triagem mais sensíveis são vitais para reduzir o tempo porta-balão e preservar a função cardíaca.

PALAVRAS-CHAVE: Cardiologia de Emergência. Diagnóstico Tardio. Educação em Saúde.

ÁREA TEMÁTICA: Emergências Cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade no cenário brasileiro, com o Infarto Agudo do Miocárdio figurando como um dos maiores desafios para a medicina de emergência. O desfecho clínico favorável nesses quadros depende estritamente da preservação do miocárdio, processo que é condicionado pela rapidez entre o início da isquemia e a intervenção terapêutica. No entanto, observa-se um hiato preocupante no reconhecimento precoce dos sinais de alerta. Sintomas frequentemente subestimados, como náuseas, fadiga súbita e desconforto epigástrico, são muitas vezes negligenciados pelo paciente e seu núcleo familiar, retardando a busca por auxílio especializado. Essa lacuna é perpetuada em ambiente hospitalar quando a triagem falha em identificar apresentações atípicas, comuns em idosos e mulheres, grupos que fogem ao padrão clássico da dor precordial opressiva.

OBJETIVO

Investigar, por meio de uma revisão integrativa da literatura e análise de dados públicos, as principais barreiras que levam à negligência dos sinais prodrômicos do infarto. Busca-se analisar como a negação dos sintomas e as falhas operacionais no fluxo de atendimento impactam as taxas de letalidade cardiovascular no Brasil, propondo estratégias de antecipação diagnóstica baseadas no letramento em saúde e na otimização dos protocolos de triagem em unidades de emergência.

METODOLOGIA

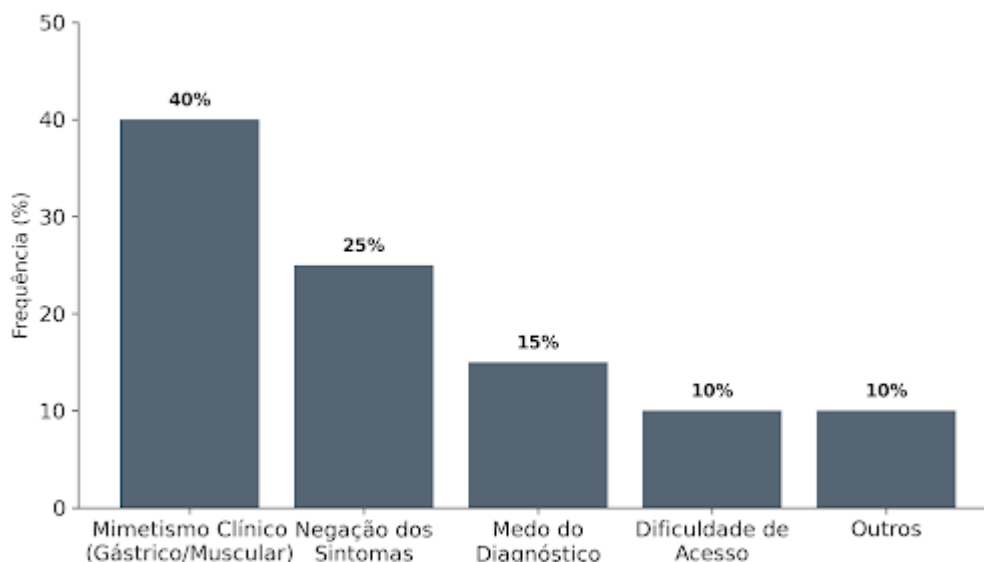
Este estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa de literatura associada à análise de dados secundários. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed e SciELO, além da consulta às Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Para a composição estatística, foram extraídos dados de morbimortalidade por doenças isquêmicas do coração através do sistema TABNET/DATASUS. O recorte temporal compreendeu o período de 2021 a 2025. Os critérios de inclusão selecionaram publicações que discutissem o intervalo entre o início dos sintomas e o atendimento definitivo, bem como as barreiras no fluxo de triagem em unidades de emergência.

RESULTADOS

A análise epidemiológica fundamentada nos indicadores do sistema TABNET/DATASUS entre os anos de 2021 e 2025 revela que as doenças isquêmicas do coração permanecem como o principal pilar de mortalidade no território brasileiro, superando a marca de 100 mil óbitos anuais. A taxa de letalidade hospitalar para o Infarto Agudo do Miocárdio no Sistema Único de Saúde apresenta uma variação persistente entre 8% e 12%, um dado que sinaliza dificuldades críticas no acesso oportuno a terapias de reperfusão miocárdica.

No que se refere ao comportamento pré-hospitalar, os dados indicam que o maior gargalo temporal ocorre entre o início dos sintomas e a decisão do paciente em buscar auxílio. Cerca de 50% dos indivíduos levam mais de 3 horas para chegar a uma unidade de emergência, o que é frequentemente atribuído à interpretação equivocada de sinais como dor epigástrica, náuseas e sudorese, confundidos com distúrbios de ordem digestiva. Como demonstrado no Gráfico 1, o mimetismo clínico representa 40% das causas de atraso, seguido pela negação dos sintomas em 25% dos casos. Adicionalmente, em 30% das ocorrências envolvendo mulheres e idosos, a ausência da dor precordial clássica compromete a triagem hospitalar e retarda a realização do eletrocardiograma, impactando diretamente o desfecho clínico.

Gráfico 1: Principais Causas de Atraso na Procura por Atendimento no IAM



Elaborado pelos autores com base em dados da SBC e literatura revisada (2026)

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo expõem uma fragilidade estrutural nos elos iniciais da Corrente de Sobrevivência. Conforme as novas diretrizes de 2025 (ILCOR/AHA), os pilares universais da sobrevivência, que consistem em reconhecer precocemente, pedir ajuda, iniciar compressões e desfibrilar cedo, dependem intrinsecamente da capacidade de percepção do evento isquêmico pelo paciente ou por quem o assiste. A inobservância dos equivalentes anginosos identificada nos resultados compromete o primeiro desses elos: o reconhecimento precoce. Sem esse gatilho inicial, o acionamento do suporte avançado é retardado, inviabilizando a intervenção oportuna e elevando drasticamente o risco de um colapso cardiovascular irreversível.

Do ponto de vista fisiopatológico, a letalidade hospitalar expressiva de 8% a 12% observada nos dados do DATASUS é o reflexo biológico direto de uma janela de isquemia dilatada. O atraso superior a 3 horas na procura por atendimento, evidenciado nesta revisão, implica em uma perda progressiva de cardiomiócitos. Esse cenário esgota a reserva funcional do miocárdio antes mesmo da chegada ao ambiente hospitalar, o que reduz drasticamente a eficácia das terapias de reperfusão e aumenta as chances de evolução para insuficiência cardíaca crônica ou óbitos que seriam evitáveis com o reconhecimento imediato dos sinais.

O desafio imposto pelo mimetismo clínico exige uma mudança de paradigma tanto no letramento em saúde da população quanto na conduta das equipes de triagem. Quando o paciente subestima queixas como náuseas ou cansaço súbito, ele abdica da oportunidade de ser tratado dentro da denominada hora de ouro, período em que a angioplastia ou a trombólise apresentam seu maior potencial de salvamento. No ambiente intra-hospitalar, a postura muitas vezes reativa das unidades de emergência, que tendem a priorizar apenas a dor torácica típica, ignora as variações de gênero e idade nas apresentações isquêmicas. É imperativo que a medicina de emergência brasileira adote protocolos mais sensíveis e preditivos, valorizando o relato subjetivo e os sinais atípicos como gatilhos para a investigação imediata.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise detalhada do fluxo de atendimento ao paciente infartado demonstra que a sobrevivência não depende apenas da tecnologia hospitalar, mas da sensibilidade em identificar o que é invisível à triagem convencional. O fato de os sinais serem sistematicamente ignorados por pacientes, familiares e até profissionais de saúde evidencia a urgência de políticas de letramento em saúde que capacitem o leigo a reconhecer o perigo antes do colapso. No ambiente hospitalar, a antecipação deve ser a regra, priorizando a realização do eletrocardiograma diante de qualquer mal-estar súbito em grupos de risco, independentemente da ausência de dor torácica típica.

Conclui-se que salvar o músculo cardíaco exige o fortalecimento dos primeiros elos da corrente de sobrevivência. É necessário que a medicina de emergência abandone a postura reativa e adote uma conduta preditiva, onde a valorização do relato subjetivo do paciente seja o gatilho para a intervenção precoce. Somente ao eliminar as lacunas de reconhecimento clínico e social será possível reduzir a mortalidade cardiovascular no Brasil e garantir que as diretrizes de reanimação de 2025 cumpram seu papel fundamental de preservar a vida humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, [S. l.], v. 151, n. 10, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Brasília: DATASUS, 2026. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 24 fev. 2026.

GONZALEZ, M. M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [S. l.], v. 101, n. 2, p. 1-221, 2013. (Atualizada por normas vigentes até 2025).

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Suprimento do Segmento ST – 2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [S. l.], v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021.

PORTO, C. C. *Semiologia Médica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

QUILICI, A. P. P. *Suporte Básico de Vida: primeiro atendimento na emergência*. São Paulo: Manole, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Suprimento do Segmento ST. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [S. l.], v. 117, n. 1, 2021.