Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Tempos críticos no atendimento ao infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST no Distrito Federal

Critical time intervals in the care of ST-segment elevation acute myocardial infarction in the Federal District

Tiempos críticos en la atención del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en el Distrito Federal

Vanessa Manuela da Silva Monteiro[1], Stephanie Frazão Marques[1], Moisés Wesley[1], Samara Silva de Queiroz[1], Nayara da Silva Lisboa[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil e os tempos relacionados ao tratamento, ao diagnóstico e à decisão clínica de pacientes com IAMCSST via telemedicina de duas unidades de pronto atendimento no Distrito Federal (DF). **Métodos**: Estudo descritivo, transversal e prospectivo de abordagem quantitativa em dois serviços públicos de urgência e emergência do DF. A coleta de dados ocorreu por meio de prontuários eletrônicos e pela plataforma SPRINT. Foi utilizado um questionário semiestruturado. **Resultados:** Houve predominância do sexo masculino (90%), a hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais prevalente (80%). Apenas 20% da amostra realizou ECG em tempo <10 minutos. Em relação à utilização da plataforma SPRINT o estudo apontou que 90% da amostra entrou em contato com a plataforma, e destes, apenas 40% teve resposta imediata. **Conclusão:** O estudo evidenciou fragilidades nos tempos assistenciais de pacientes com IAMCSST atendidos em unidades de pronto atendimento do Distrito Federal, especialmente na realização do eletrocardiograma e da trombólise, apesar do predomínio de sintomas típicos. Esses achados reforçam a necessidade de aprimoramento dos fluxos assistenciais para garantir diagnóstico e tratamento oportunos e qualificar o cuidado na emergência.

Palavras-chave: Infarto do miocárdio com supradesnível do segmento ST, Telemedicina, Terapia trombolítica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical profile and the times related to treatment, diagnosis, and clinical decision-making of patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) managed via telemedicine in two emergency care units in the Federal District (FD), Brazil. **Methods:** This was a descriptive, cross-sectional, and prospective study with a quantitative approach, conducted in two public emergency services in the Federal District. Data collection was performed using electronic medical records and the SPRINT platform, through a semi-structured questionnaire. **Results:** There was a predominance of male patients (90%), and systemic arterial hypertension was the most prevalent comorbidity (80%). Only 20% of the sample underwent electrocardiography within 10 minutes. Regarding the use of the SPRINT platform, 90%

[1] Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma (PRMUT) pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF), Brasília – DF.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 6/2026**

of the sample established contact through the system; however, only 40% received an immediate response. **Conclusion:** The study identified weaknesses in the care timelines of patients with STEMI treated in emergency care units in the Federal District, particularly regarding electrocardiogram performance and thrombolysis, despite the predominance of typical symptoms. These findings reinforce the need to improve care workflows to ensure timely diagnosis and treatment and to enhance the quality of emergency care.

Keywords: Segment elevation myocardial infarction, Telemedicine, Thrombolytic therapy.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil y los tiempos relacionados con el tratamiento, el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) atendidos mediante telemedicina en dos unidades de atención de urgencias del Distrito Federal (DF), Brasil. **Métodos**: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, con enfoque cuantitativo, realizado en dos servicios públicos de urgencias y emergencias del Distrito Federal. La recolección de datos se llevó a cabo a través de historias clínicas electrónicas y de la plataforma SPRINT, mediante un cuestionario semiestructurado. **Resultados:** Se observó un predominio del sexo masculino (90%) y la hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad más prevalente (80%). Solo el 20% de la muestra se sometió a un electrocardiograma en un tiempo inferior a 10 minutos. En cuanto al uso de la plataforma SPRINT, el estudio indicó que el 90% de la muestra estableció contacto a través del sistema; sin embargo, solo el 40% recibió una respuesta inmediata. **Conclusión:** El estudio evidenció fragilidades en los tiempos asistenciales de pacientes con IAMCEST atendidos en unidades de atención de urgencias del Distrito Federal, especialmente en la realización del electrocardiograma y de la trombólisis, a pesar del predominio de síntomas típicos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de mejorar los flujos asistenciales para garantizar un diagnóstico y tratamiento oportunos y cualificar la atención en los servicios de emergencias.

Palabras clave: Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, Telemedicina, Terapia trombolítica.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as Doenças Cardiovasculares (DCVs) representam a principal causa de morte, com mais de 1.000 mortes por dia, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), grupo no qual se encontra o IAM (infarto agudo do miocárdio). Isso representa um desafio significativo não apenas para os serviços de saúde do Brasil, mas de todo o mundo, principalmente nos países de baixa e média renda, onde os recursos para prevenção e tratamento são limitados. Além disso, como leva a uma maior morbimortalidade e limitação ao indivíduo, encontra-se como responsável por gastos significativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Fatores de risco como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade e estilo de vida sedentário desempenham um papel crucial na incidência do IAM tanto no cenário global quanto nacional (OLIVEIRA GMM, et al., 2023; TEIXEIRA APB, et al., 2022; LLOYD-JONES D, et al., 2022).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma manifestação aguda da doença arterial coronariana, caracterizada pela interrupção súbita do fluxo sanguíneo para uma parte do músculo cardíaco, resultando em isquemia e necrose do tecido, o IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) se diferencia em sua fisiopatologia pela obstrução total da coronária acometida, resultando em isquemia e necrose do tecido. A principal causa do IAM é a ruptura de uma placa aterosclerótica, levando à formação de um trombo intracoronário que obstrui parcial ou completamente a artéria coronária. Isso resulta em uma diminuição ou cessação do suprimento de oxigênio e nutrientes para o miocárdio, levando à lesão celular e à morte tecidual. (OLIVEIRA JÚNIOR AB, et al., 2024).

Em relação à sua sintomatologia, caracteriza-se por dor torácica, insuficiência cardíaca, dispneia e arritmia. Dessa forma, é essencial que o reconhecimento e tratamento sejam feitos de forma rápida e de acordo com os fluxogramas preconizados. Assim, a avaliação primária do paciente deve ser realizada por meio de história clínica direcionada, investigação dos sinais e sintomas atuais e pregressos, início da dor,

duração, intensidade e relação com esforço e repouso que ele apresenta, além da realização do eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos a partir de sua admissão. Assim que possível deve-se realizar exame físico e dosagem de marcadores de lesão miocárdica, desde que não atrasem a realização do ECG (RODRIGUES ACL, et al., 2024).

Uma vez que o reconhecimento e tratamento precoce evitam desfechos desfavoráveis, visto que quanto mais tempo uma artéria coronária encontra-se ocluída, maior é a área muscular lesada, é imprescindível a desobstrução da artéria acometida, visando um melhor o prognóstico e maior área de risco sem comprometimento. (OLIVEIRA JÚNIOR AB, et al., 2024). Dessa forma, as diretrizes estabelecem tempos a serem seguidos para cada etapa do atendimento do paciente: i) Tempo porta-ECG (10 minutos): é o tempo entre a chegada do paciente com sintomas sugestivos e a realização do ECG; ii) Tempo porta-agulha (30 minutos): é o tempo entre a admissão e o tratamento com fibrinolítico no caso de serviços que não dispõem de serviço de angioplastia; iii) Tempo porta-balão: é o tempo entre o reconhecimento do IAM e a entrada em um serviço de hemodinâmica para realização da angioplastia. O tempo é de <90 min em serviços que dispõem de hemodinâmica e 120 min em caso seja necessário a transferência para um serviço de referência (VALESCO TI, et al., 2022; MEDEIRO L, et al., 2023).

O Distrito Federal (DF) apresentava em 2022 a menor taxa de mortalidade por IAM no Brasil (4,7%) segundo dados do DATASUS, contudo, tendo-se em vista a infraestrutura de saúde relativamente mais robusta em comparação com outras regiões do país, essa taxa ainda representa um desafio que pode ser superado. A urbanização rápida, os estilos de vida modernos e os desafios específicos de acesso aos cuidados de saúde podem influenciar a epidemiologia do IAM no DF, exigindo estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento adaptadas às necessidades locais (FREITAS BF e PADILHA JC, 2021).

Sabe-se que a menor taxa de mortalidade de IAMCSST está relacionada à identificação e tratamento precoce, que na maioria das vezes está relacionado ao diagnóstico por um cardiologista. Contudo, sabe-se, que por se tratar de uma especialidade limitada em número de profissionais e, principalmente, em unidades de pronto socorro, os serviços acabam desassistidos. Nesse contexto, surge o uso da telessaúde, que pode ser definido como a adoção de tecnologias e sistemas que promovam a prestação remota de serviços de saúde, chega como uma ferramenta alternativa para aumentar a oferta de serviços médicos em locais de difícil acesso, com número reduzido de profissionais, ou como uma forma de diminuir os custos totais dos serviços ofertados (KUR AD, et al., 2023; FERRARI C, 2022).

No DF, foi implantado o projeto SPRINT, via aplicativo *JOIN,* no qual, por meio de um sistema integrado, permite acesso remoto 24 horas a cardiologistas e serviços de referência em hemodinâmica, com o objetivo de integrar a rede de emergência da Secretaria de Saúde, visando oferecer um atendimento e tratamento no menor tempo possível, de modo a diminuir a mortalidade cardiovascular no DF, por meio da descentralização do atendimento especializado em cardiologia e continuidade do cuidado aos pacientes atendidos nos serviços de emergência com suspeita de IAM (BRASIL, 2022).

Apesar dos dados atuais oficiais sobre a epidemiologia da mortalidade do IAM no DF, faltam trabalhos sobre a temática, que permitam identificar perfis, quadros clínicos, os tempos relacionados ao IAM, tratamentos e desfechos dos pacientes admitidos e tratados em hospitais públicos e privados no DF. Essa ausência inviabiliza a identificação de lacunas na prática clínica, possíveis áreas de melhoria, assim como impede a discussão e busca por políticas de saúde que garantam um atendimento mais ágil e eficiente. Neste contexto, este trabalho teve o objetivo de analisar o perfil e os tempos relacionados ao tratamento, ao diagnóstico e à decisão clínica de pacientes com IAMCSST via telemedicina de duas unidades de pronto atendimento no Distrito Federal (DF).

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal e prospectivo, de abordagem quantitativa, realizado em duas Portas Hospitalares de Urgência e Emergência do DF. A população do estudo foi composta por pacientes que deram entrada no serviço de pronto atendimento com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) e que foram manejados com o auxílio do aplicativo SPRINT.

A coleta de dados ocorreu durante 6 meses e foram incluídos na pesquisa pacientes com diagnóstico de IAMCSST confirmado, maiores de 18 anos e que estivessem em boas condições clínicas para assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ou que o familiar responsável pudesse assiná-lo. Foram excluídos do estudo os participantes que não concordaram em participar da pesquisa e aqueles que tiveram alta ou foram transferidos antes da assinatura do termo.

Após a anuência do participante, obtida de forma presencial durante o período de internação momento em que foi formalizado o consentimento por meio da assinatura do TCLE, procedeu-se à coleta dos dados. As informações foram extraídas do aplicativo *JOIN* e dos prontuários dos pacientes. A coleta foi conduzida por meio de um questionário semiestruturado, adaptado do instrumento proposto por Oliveira Júnior et al. (2024).

Os dados coletados abrangeram os tempos relacionados ao manejo clínico dos pacientes com IAMCSST, as condutas terapêuticas adotadas, as contribuições do aplicativo SPRINT para o tratamento e o desfecho clínico dos participantes. Adicionalmente, foram obtidos dados sociodemográficos, sintomas prévios, fatores de risco e a classificação de Killip.

Para os fins desta pesquisa, a trajetória terapêutica dos pacientes diagnosticados com IAMCSST foi analisada considerando o tempo-resposta preconizado pela literatura científica, com o propósito de alcançar desfechos clínicos favoráveis. Ademais, foi avaliada a contribuição da telemedicina na facilitação do contato com médicos especialistas em cardiologia, visando ao estabelecimento de um diagnóstico preciso e à definição de condutas terapêuticas eficazes.

A análise dos dados foi realizada por meio do software Microsoft Excel®, utilizando planilhas eletrônicas com digitação em dupla conferência, cujos resultados foram apresentados em texto, tabela e gráficos. Foi conduzida análise descritiva, empregando-se cálculos de frequência e média. As variáveis numéricas foram exploradas por meio de medidas descritivas de tendência central. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequências absolutas e relativas.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) e aprovado sob o CAAE nº 5687724.9.0000.5553, parecer n° 7.408.817.

RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 10 indivíduos (N), sendo, predominantemente: do sexo masculino, com idade entre 30-70 anos, com média de 60 ± 1, e que possuem doença crônica, das quais a mais prevalente foi hipertensão arterial. Dentre os indivíduos da amostra, 90% relataram presença de sintomas prévios ao episódio coronariano agudo, entre os quais, o mais prevalente foi a dor precordial, relatada por 9 dos 10 pacientes. Entre os demais sintomas, nota-se equivalência na frequência de aparecimento, dos quais 30% relataram sudorese, 30% náusea, 30% síncope e 30% relataram outros sintomas, conforme **Tabela 1**.

Na avaliação dos tempos de relevância, destaque-se que 50% realizaram o ECG em tempo superior a 10 minutos, e apenas 20% realizaram o exame em menos de 10 minutos, tempo considerado o padrão ouro. Além disso, 30% não possuíam registro de dados no prontuário, impedindo a análise dos tempos. Em relação à janela de dor, 90% tiveram início em menos de 12 horas e apenas 10% relataram início dos sintomas superior a esse tempo.

Em relação ao uso da telessaúde, por meio da plataforma SPRINT, 9 dos 10 (90%) pacientes tiveram seus dados enviados à plataforma para análise da equipe de cardiologia, dos quais, 4 (40%) obtiveram resposta em até 5 minutos e 5 (50%) em tempo superior. Referente ao tempo de agulha, apenas 1 (10%) paciente realizou trombólise antes dos 30 minutos e 8 (80%) levaram mais de 30 minutos para administração do trombolítico.

Dentre a amostra total, 80% realizaram o exame de ecocardiograma, dos quais, 20% em menos de 5 dias e 60% em até 10 dias. Em relação a realização do cateterismo cardíaco, a maior parte dos pacientes realizou o exame, dos quais 60% em menos de 5 dias e 30% entre 5 e 10 dias. Além disso, quanto à realização da cirurgia de revascularização, em 70% não houve necessidade do procedimento, segundo anotações encontradas nos prontuários e 30% não possuíam as informações pertinentes.

O tempo de internação dos pacientes variou entre 1 e 40 dias, sendo que apenas 10% ficaram internado por menos de 5 dias e 60% em tempo superior a 10 dias. O desfecho dos pacientes variou entre alta (50%), transferência para outro serviço de saúde (20%) e óbito (10%). Os demais 20% possuem desfecho incerto, visto a falta de informações nos respectivos prontuários eletrônicos.

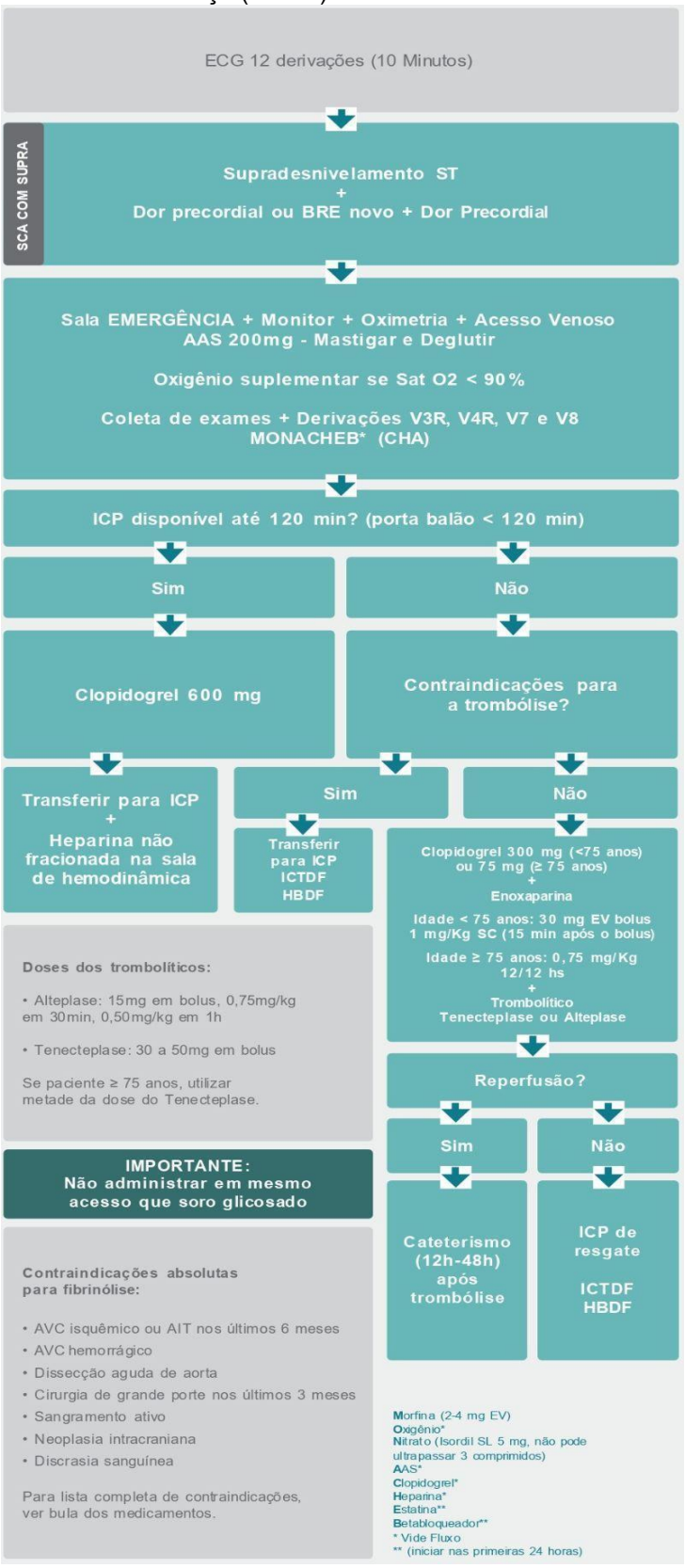
Tabela 1 - Distribuição das características clínicas e assistenciais dos pacientes (n = 10).

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
18–30	0	0,0
30–55	4	40,0
56–70	4	40,0
>70	2	20,0
Sexo		
Feminino	1	10,0
Masculino	9	90,0
Comorbidades		
Hipertensão arterial	8	80,0
Diabetes mellitus	6	60,0
Outras	5	50,0
Sintomas prévios		
Sim	9	90,0
Não	1	10,0
Sintomas apresentados		
Dor precordial	9	90,0
Náusea	3	30,0
Síncope	3	30,0
Sudorese	3	30,0
Outros	3	30,0
Tempo para realização do ECG		
< 10 minutos	2	20,0
≥ 10 minutos	5	50,0
Sem dados	3	30,0
Janela de dor		
< 12 horas	9	90,0
≥ 12 horas	1	10,0
Contato com o SPRINT		
Sim	9	90,0
Não	1	10,0
Tempo de resposta do SPRINT		
≤ 5 minutos	4	40,0
5 a 10 minutos	1	10,0
> 10 minutos	4	40,0
Sem dados	1	10,0
Tempo de decisão via SPRINT		
< 5 minutos	3	30,0
≥ 5 minutos	4	40,0
Sem dados	3	30,0

Variáveis	N	%
Tempo porta-agulha		
< 30 minutos	1	10,0
≥ 30 minutos	8	80,0
Sem dados	1	10,0
Angioplastia		
Primária	0	0,0
Resgate	4	40,0
Não realizada	6	60,0
Ecocardiograma		
< 5 dias	2	20,0
5 a 10 dias	3	30,0
> 10 dias	3	30,0
Sem dados	2	20,0
Cateterismo cardíaco		
< 5 dias	6	60,0
5 a 10 dias	3	30,0
Não realizou	1	10,0
Revascularização		
Sim	0	0,0
Não	7	70,0
Sem dados	3	30,0
Tempo de internação		
< 5 dias	1	10,0
5 a 10 dias	3	30,0
> 10 dias	6	60,0
Desfecho		
Alta	5	50,0
Transferência	2	20,0
Óbito	1	10,0
Sem dados	2	20,0

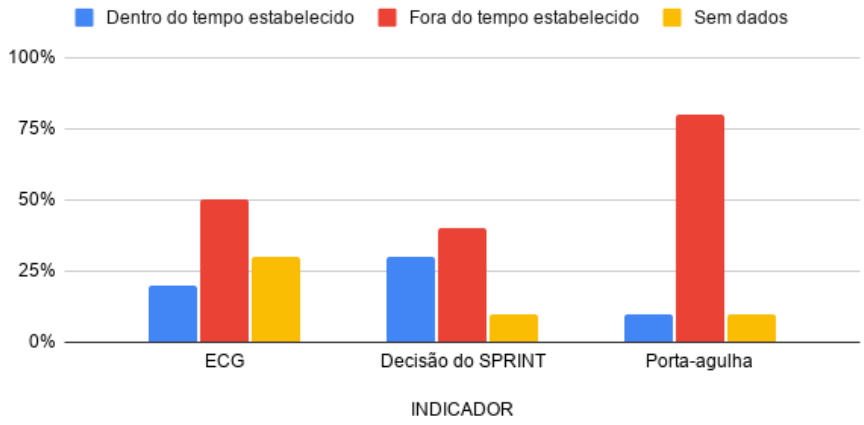
Fonte: Monteiro VMS, et al., 2026.

Figura 1 - Fluxograma do percurso do paciente com IAMCSST no serviço (n = 10).



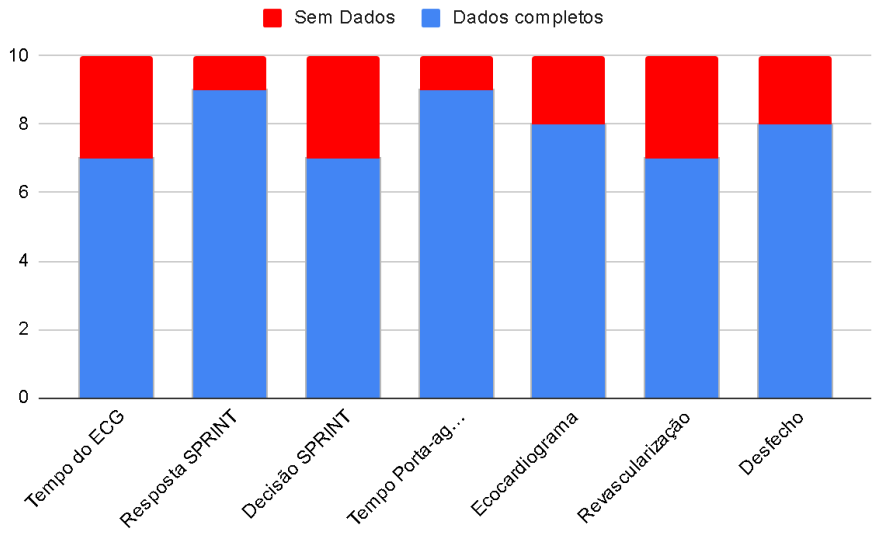
Fonte: Monteiro VMS, et al., 2026. Dados da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF); IGESDF; Projeto Sprint.2020.

Figura 2 - Distribuição dos principais tempos críticos no atendimento ao IAMCSST (n = 10).



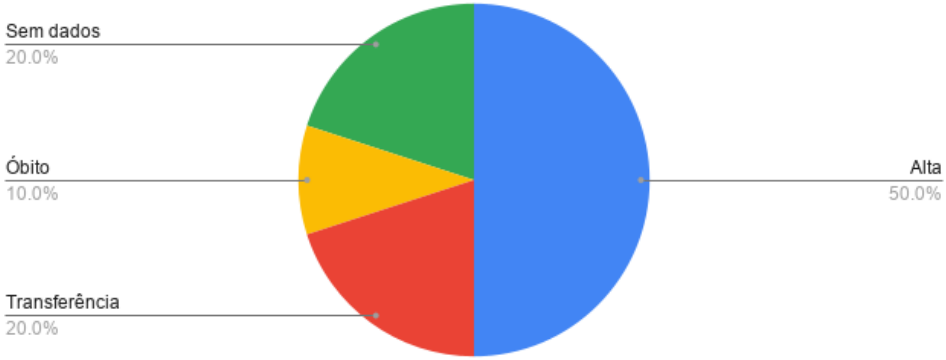
Fonte: Monteiro VMS, et al., 2026.

Figura 3 - Completude do prontuário (n = 10).



Fonte: Monteiro VMS, et al., 2026.

Figura 4 - Desfecho dos pacientes com IAMCSST (n = 10).



Fonte: Monteiro VMS, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Sabe-se que, devido à gravidade e ao prognóstico das doenças coronarianas, em especial o IAMCSST, a atenção e sua linha de cuidados são bem delineadas, com os tempos e cuidados considerados para um tratamento padrão ouro, como demonstra a **Figura 1**, onde é possível visualizar o fluxograma de atendimento ao paciente com suspeitas de infarto. Assim, ao se analisar a amostra do presente estudo (10 pacientes diagnosticados com IAMCSST) levou-se em consideração o fluxograma preconizado e seus tempos.

Quanto à faixa etária, percebe-se que os grupos mais acometidos foram aqueles entre 30-70 anos. Em concordância, Milan VB, et al. (2023) registraram que 82,7% da sua amostra era composta por pacientes maiores de 50 anos . Em contrapartida, Christofoli M, et al. (2024) afirmam que há um aumento de diagnóstico de IAMCSST em pessoas jovens, com idade inferior a 45 anos, geralmente relacionados aos hábitos de vida como sedentarismo, tabagismo, uso abusivo de álcool e obesidade.

Em relação ao sexo, conforme a **Tabela 1**, a amostra foi composta majoritariamente por homens. Estudos anteriores, como o de Oliveira CC, et al. (2023), corroboram esse achado, indicando maior incidência em indivíduos do sexo masculino, possivelmente devido à menor procura por serviços de saúde e hábitos de vida prejudiciais à qualidade de vida. Ademais, além das mulheres buscarem atendimento médico de forma mais regular e precoce, pode-se pontuar que a produção de estrogênio exerce efeito vasodilatador nos vasos sanguíneos femininos, o que leva a redução do risco de IAM (MEDEIROS JR, et al., 2025).

Sabe-se que as comorbidades elevam o risco de síndromes coronarianas e podem ser classificadas em dois grupos: fatores modificáveis, como hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo, e fatores não modificáveis, como idade, gênero e histórico familiar de doença coronariana (SANTANA AF, et al., 2024). No presente estudo a HAS e DM foram as comorbidades mais prevalentes entre os pacientes. Os achados são semelhantes ao estudo de Zeferino TH, et al. (2023), que entre os fatores de risco em pacientes com IAMCSST se destacaram as comorbidades HAS e DM. A Sociedade Brasileira de Cardiologia enfatiza que os fatores de risco estão intimamente relacionados ao desenvolvimento de doença arterial coronariana, contribuindo para a formação da placa instável, erosão, ruptura e posteriormente a formação de trombo nos vasos sanguíneos coronarianos, sendo que as DCNT se caracterizam como o principal grupo de morte no Brasil e no mundo, das quais as doenças cardiovasculares são a principal causa, aproximadamente 30% (NICOLAU JC, et al., 2021).

No que se refere à apresentação clínica, os sintomas prévios mais prevalentes foram a dor precordial , seguida de náuseas, síncope e sudorese. Perin LF, et al. (2025) observaram resultados semelhantes em seu estudo, com maior prevalência de dor precordial, dispneia e sudorese prévia ao episódio de infarto. A identificação de sinais e sintomas é um fator crucial para o diagnóstico precoce de IAMCSST (FREITAS BF e PADILHA JC, 2021).

O ECG de 12 derivações é usado para detectar alterações cardíacas, como o supradesnivelamento do segmento ST, indicativo de possível oclusão coronariana em pacientes com sintomas de IAM. Dessa forma, a literatura estabelece que o tempo ideal para realização do ECG em pacientes com dor torácica é de até 10 minutos, a fim de diminuir a taxa de morbimortalidade, porém a demora na realização compromete a linha do cuidado, estende o tempo de espera para receber a terapia apropriada e como consequência aumenta a área de isquemia miocárdica (HAJJAR LA, et al., 2024). Gabin AG, et al. (2025) revela em seu estudo que 96% de sua amostra realizaram o ECG em tempo menor ou igual a 10 minutos. Em contrapartida, no presente estudo poucos pacientes realizaram o ECG no tempo adequado, e uma parte significativa não possuía registro dessa informação em prontuário como visualizado na **Figura 2**.

Para se restabelecer o fluxo sanguíneo nas artérias acometidas pelo IAMCSST, realiza-se a terapia de reperfusão, que consiste no uso de fibrinolítico ou mecanicamente por meio da angioplastia. Porém, essas medidas, para serem consideradas eficazes, levando à uma taxa satisfatória de reperfusão, devem ser realizadas em um período menor que 12 horas do início dos sintomas (HAJJAR LA, et al., 2024). Cancillier

SG, et al. (2022), identificou que a maioria dos pacientes tiveram um delta T (tempo do início dos sintomas) entre 2 e 6 horas. Os achados se assemelham ao presente estudo, conforme **Tabela 1**, que demonstra que a maior parte dos pacientes procuraram o serviço de saúde com o tempo de dor menor que 12 horas, permitindo intervenção adequada e eficaz.

A telessaúde no Distrito Federal (DF) tem ampliado o acesso rápido à assistência cardiológica em serviços sem especialidades, auxiliando no diagnóstico e conduta. No presente estudo, observou-se que a maior parte dos casos da amostra contou com contato com especialistas e, conforme observado na **Tabela 3**, o tempo de resposta foi, em geral, rápido. Porém, ainda houve atrasos ou ausência de resposta, o que pode contribuir para o início tardio do tratamento e complicações clínicas. No estudo de Teixeira APB, et al. (2022), verificou-se que após a implementação da telessaúde em serviços de emergência, houve maior índice de pacientes que receberam a terapia de reperfusão e consequentemente, houve diminuição da taxa de mortalidade. Esse tipo de tecnologia tem como objetivo ampliar e agilizar o atendimento, nesse caso, diagnosticar um IAMCSST e iniciar a terapia de reperfusão no menor tempo, visando diminuir complicações, sequelas e óbitos (PEREIRA CS, et al., 2023).

A terapia fibrinolítica é uma alternativa para hospitais que não tem acesso a angioplastia primária, tem como objetivo principal a restauração do fluxo sanguíneo coronariano, a administração do fibrinolítico de forma precoce auxilia a diminuir a morbimortalidade, porém a sua eficácia está diretamente relacionada ao tempo de administração (CABELLINO LF, et al., 2025). No presente estudo, conforme visualizado na **Figura 2** observou-se que uma pequena parcela da amostra recebeu terapia com fibrinolítico em tempo menor ou igual a 30 minutos. Esses achados convergem com o estudo de Oliveira Júnior AB, et al. (2023), no qual, entre os pacientes que necessitaram de trombólise, o fibrinolítico foi administrado além do tempo recomendado para o intervalo porta-agulha, que é o tempo máximo de 30 minutos, recomendado para administração do fibrinolítico desde a entrada do paciente até a confirmação do IAMCSST .

No que se refere à angioplastia de resgate, Pereira CM, et al. (2023) identificaram, em sua amostra, que apenas 1% da amostra necessitou de angioplastia de resgate por não apresentar critérios de reperfusão após a terapia fibrinolítica. Esse resultado está em divergência com os achados do presente estudo, no qual 40% dos pacientes foram submetidos à angioplastia de resgate.

Em relação ao tempo de internação, Neto AHP, et al. (2021), observaram em seu estudo que internações prolongadas estavam associadas a pacientes graves e submetidos a exames de maior complexidade. No presente estudo, a **Figura 4** mostra que houve maior prevalência de altas relacionadas ao desfecho, porém observa-se um tempo de internação maior que 10 dias, associado a um tempo de espera prolongado para a realização de exames diagnósticos como o cateterismo, considerado um exame invasivo para visualizar as artérias coronarianas e o grau de obstrução, sendo o principal exame para estabelecer a indicação de revascularização por *stent (angioplastia)* ou cirurgia de revascularização do miocárdio (HAJJAR LA, et al., 2024).

Apesar de a amostra do presente estudo ter sido reduzida, o que impossibilitou a realização de análises estatísticas capazes de associar diretamente os tempos respostas aos desfechos clínicos, a literatura mostra que atrasos no diagnóstico e no início do tratamento do infarto agudo do miocárdio estão relacionados a piores desfechos. Além disso, alguns desafios foram observados durante o estudo e a coleta de dados, como: a ausência de dados da admissão do paciente (conforme **Figura 3**); insuficiência de informações no prontuário; horário de evolução dos procedimentos alheio ao horário de realização dos mesmos; falta de inserção das datas de exames no sistema e falta de informações dos pacientes após transferência, devido o uso de sistemas diferentes entre serviços de saúde na rede. Esses desafios dificultaram a análise precisa do cumprimento dos tempos recomendados pelas diretrizes, podendo comprometer a real mensuração da qualidade do atendimento prestado. Além disso, observa-se uma lacuna de literatura e estudos em serviços análogos ao do estudo na localidade do Distrito Federal que permita comparações.

CONCLUSÃO

O estudo analisou o perfil clínico e os tempos assistenciais de pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST em duas unidades de pronto atendimento do Distrito Federal. Observou-se predominância da presença de sintomas típicos, destacando a importância do reconhecimento precoce, porém, foram identificadas fragilidades nos tempos relacionados à realização do eletrocardiograma e da trombólise. Os resultados apontam para a necessidade de aprimoramento dos fluxos de acolhimento, triagem em tempo hábil e registro adequado das informações, visando maior agilidade no diagnóstico e melhor adesão aos tempos preconizados no IAMCSST. Contudo, apesar das limitações, tamanho amostral reduzido, delineamento descritivo e incompletude dos prontuários, o estudo fornece subsídios relevantes sobre a realidade assistencial local. Dessa forma, contribui para identificar pontos críticos no atendimento inicial ao IAMCSST e reforça a importância de fortalecer os processos assistenciais e da produção de material relacionado. Recomenda-se a realização de estudos futuros mais amplos e analíticos para aprofundar a avaliação dos tempos de atendimento e seus impactos nos desfechos clínicos, apoiando a qualificação do cuidado em serviços de emergência.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica nº 3/2022. 23 de novembro de 2022. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota+T%C3%A9cnica+N%C2%BA+03-SES-SAIS-CATES-DUAEC-GASFURE.pdf/f7292f11-8cd1-fae3-5716-2d33d6c56178?t=1679496060446
2. CABELLINO LF; et al. Uso de Trombolíticos na Emergência: Impacto no Prognóstico de Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio. Revista Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025; 7(3): 383–393.
3. CANCILLIER SG; et al. Análise do delay e perfil de acometimento de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em um serviço de cardiologia. Revista eletrônica AMRIGS, 2022; 66(1):63-70.
4. CRISTOFOLINI M, et al. Perfil epidemiológico de pacientes jovens com IAM na macrorregião oeste do Paraná encaminhados a um hospital escola no período de janeiro de 2018 a junho de 2023. Revista eletrônica Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(10):308–322.
5. FERRARI CA. Eficiência e eficácia das inovações em telemedicina nas práticas hospitalares: um estudo de caso no Brasil [dissertação]. São Paulo: Fundação Getulio Vargas; 2020.
6. FREITAS BF, PADILHA JC. Perfil epidemiológico do paciente com infarto agudo do miocárdio no Brasil. Revista de Saúde Faculdade Dom Alberto, 2021; 8(1):100–127.
7. GRUSZYNSKI AC. Design gráfico: do invisível ao ilegível. Rio de Janeiro: Editora, 2000.
8. HAJJAR LA, et al. Medicina de emergência: abordagem prática. 18. ed. rev. e atual. Santana de Parnaíba: Manole, 2024.
9. JÚNIOR ABO, et al. Caracterização clínica admissional dos pacientes com infarto agudo do miocárdio com supra de ST submetidos à trombólise em um hospital de urgência em Teresina no período de 2018 a 2023. Revista Contemporânea, 2024; 4(4): 01-24.
10. KUR ADSS, et al. Telemedicina no sus: garantia de acesso aos serviços de saúde para a população rural. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2023; 5(5): 814–831.
11. LLOYD-JONES DM, et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. Circulation, 2022; 146(5): E18–E43
12. MEDEIROS MP, et al. Perfil epidemiológico da morbidade hospitalar do Sistema Único de Saúde por infarto agudo do miocárdio entre 2019 e 2022. Revista eletrônica Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025; 7(3):1119–1132.
13. MEDEIROS LIMA JÚNIOR JR; et al. Infarto agudo do miocárdio: tempo é músculo. Revista eletrônica Nursing Edição Brasileira, 2023; 26(298): 9475–9482.
14. MILAN VICTORIA B, et al. Diferenças entre os Sexos nos Desfechos de Pacientes com Infarto do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST Submetidos à Intervenção Coronária Percutânea Primária. Arq Bras Cardiol., 2023; 120(6): e20220673.

15. NASCIMENTO RF, et al. Associação e comparação das alterações eletrocardiográficas de alto risco com os achados de lesão coronariana e o desfecho clínico intra-hospitalar em pacientes com síndrome coronariana aguda. Revista eletrônica Ciência Médica, 2021; 30: e214836.
16. NETO AHP, POLANCZYK C. Tempos de atendimento e desfechos no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. Revista eletrônica Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 2021; 19(1): 20-28.
17. NICOLAU JC; et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST – 2021. Revista eletrônica Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021; 117(1): 181-264.
18. OLIVEIRA CC; et al. Diferenças entre os sexos no infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST: análise retrospectiva de um único centro. Revista eletrônica Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2023; 120(1): e20211040.
19. OLIVEIRA DP; et al. Caracterização da hospitalização e mortalidade por IAM em tempos pandêmicos, análise de 2018-2022, no brasil. Development, 2022; 11(16).
20. OLIVEIRA GMM, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. Arq Bras Cardiol., 2023.
21. PEREIRA CM, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com síndrome coronariana aguda em Hospital Público do Distrito Federal. Revista eletrônica Brasília Med, 2023; 61(Anual): 1-13.
22. PEREIRA CS, et al. A telemedicina e a eficiência das linhas de cuidado em pacientes diagnosticados com AVC e IAM. Revista eletrônica foco, 2023; 16(12): e3758
23. PERIN LF, et al. Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST: relação entre previsões miocárdica e nível de dor precordial. Revista Brasileira de Revisão de Saúde, 2025; 8(3): e79660.
24. RODRIGUES ACL, et al. Formas de apresentação clínica do infarto agudo do miocárdio no Hospital Universitário Ciências Médicas de Minas Gerais. Revista Interdisciplinar Ciências Médicas, 2024; 8(1): 8-14.
25. SANTANA AF, et al. Relação entre diabetes mellitus e infarto agudo do miocárdio: fatores de risco, internações hospitalares e óbitos. Revista saúde em redes, 2025; 11(sup5): 4631.
26. SECRETÁRIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Fluxo de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST(IAMCSST). Brasília, DF: SES-DF, 2022.
27. TEIXEIRA APB, et al. Otimização da terapia de reperfusão no infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST por meio de telemedicina baseada no WhatsApp. Revista eletrônica Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2022; 118(3): 556-564.
28. VALESCO IT, et al. Medicina de emergência: abordagem prática. 16. ed. rev. e ampl. Santana de Parnaíba: Manole, 2022.
29. ZEFERINO TH, et al. Incidência e fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio sem obstrução coronariana. Revista eletrônica Journal Health NPEP, 2023; 8(1): e10656.