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

Perfil epidemiológico e clínico de paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de urgência

Epidemiological and clinical profile of patients with acute myocardial infarction in an emergency unit

Perfil epidemiológico y clínico de pacientes con infarto agudo de miocardio en una unidad de urgencias

Milena Morais de Oliveira[1], Raul Henrique Oliveira Pinheiro[1], Bruna Eloise Lenhani[1], Iria Barbara de Oliveira[1], Talita Mendes dos Santos[1], Angélica Yukari Takemoto[1], Durinézio José de Almeida[2].

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes com infarto agudo do miocárdio atendidos em unidade de urgência e emergência. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo e quantitativo, realizado com 111 prontuários eletrônicos. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, comorbidades, fatores de risco, manifestações clínicas, exames, tratamento e desfechos. **Resultados:** Predomínio do sexo masculino (63,9%) e faixa etária entre 60 e 69 anos (34%). A hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente (75%) e o tabagismo o principal fator de risco (66%). Dor precordial foi o sintoma mais comum (93%). O infarto com supradesnivelamento do segmento ST ocorreu em 64% dos casos e 81% apresentaram elevação de troponina. A angioplastia foi o tratamento mais utilizado (83%). Houve alta hospitalar em 79% dos casos e óbito em 21%. **Conclusão:** Evidencia-se a necessidade de estratégias preventivas e aprimoramento da assistência, além da qualificação dos registros clínicos para análises mais precisas, contribuindo para o planejamento em saúde e organização dos serviços locais.

Palavras-chave: Infarto do miocárdio, Epidemiologia, Fatores de risco, Sinais e sintomas.

ABSTRACT

Objective: To characterize the epidemiological and clinical profile of patients with acute myocardial infarction treated in an emergency unit. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, retrospective, and quantitative study conducted with 111 medical records. Sociodemographic variables, comorbidities, risk factors, clinical manifestations, exams, treatment, and outcomes were analyzed. **Results:** Male predominance (63.9%) and age between 60 and 69 years (34%). Hypertension was the most prevalent comorbidity (75%) and smoking the main risk factor (66%). Chest pain was the most frequent symptom (93%). ST-segment elevation myocardial infarction occurred in 64% of cases and 81% presented elevated troponin levels. Angioplasty was the most frequently used treatment (83%). Hospital discharge occurred in 79% of cases and death in 21%. **Conclusion:** The findings highlight the need for preventive strategies and improved healthcare, as well as

[1] Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), Guarapuava – PR.
[2] Centro Universitário Campo Real, Guarapuava – PR.

SUBMETIDO EM: 5/2026 | **ACEITO EM: 6/2026** | **PUBLICADO EM: 8/2026**

better quality clinical records for more reliable analyses, contributing to health planning and organization of local services.

Keywords: Myocardial infarction, Epidemiology, Risk factors, Signs and symptoms.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil epidemiológico y clínico de pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en una unidad de urgencias. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y cuantitativo realizado con 111 historias clínicas. Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidades, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, exámenes, tratamiento y desenlaces. **Resultados:** Predominio del sexo masculino (63,9%) y edad entre 60 y 69 años (34%). La hipertensión fue la comorbilidad más frecuente (75%) y el tabaquismo el principal factor de riesgo (66%). El dolor torácico fue el síntoma más común (93%). El infarto con elevación del segmento ST ocurrió en el 64% de los casos y el 81% presentó elevación de troponina. La angioplastia fue el tratamiento más utilizado (83%). El 79% de los pacientes recibió alta hospitalaria y el 21% falleció. **Conclusión:** Se evidencia la necesidad de estrategias preventivas y mejora de la atención, así como la cualificación de los registros clínicos para análisis más precisos, contribuyendo a la planificación en salud y organización de los servicios locales.

Palabras clave: Infarto del miocardio, Epidemiología, Factores de riesgo, Signos y síntomas.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de mortalidade no mundo, representando importante desafio para os sistemas de saúde devido à elevada carga de morbidade, mortalidade e incapacidade funcional associadas. Entre essas condições, o infarto agudo do miocárdio (IAM) destaca-se pela alta prevalência e pelo impacto significativo sobre a qualidade de vida da população, mesmo diante dos avanços observados nas estratégias diagnósticas e terapêuticas nas últimas décadas. Estimativas recentes indicam que a ocorrência global do IAM continua expressiva, reforçando sua relevância como problema prioritário de saúde pública e evidenciando a necessidade contínua de fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno (SALARI N, et al., 2023).

Associado a elevada incidência, o IAM apresenta importante repercussão econômica e social, uma vez que está associado a longos períodos de internação, incapacidade laboral, necessidade de reabilitação e aumento dos custos assistenciais. Nesse cenário, transformações demográficas e epidemiológicas, especialmente o envelhecimento populacional e a ampliação da prevalência de fatores de risco cardiovasculares, têm contribuído para a manutenção da carga global da doença em diferentes contextos socioeconômicos. Paralelamente, hábitos de vida inadequados, como sedentarismo, alimentação não saudável, obesidade, consumo de álcool e tabagismo, continuam fortemente relacionados ao desenvolvimento de eventos cardiovasculares agudos, favorecendo a persistência de elevadas taxas de morbimortalidade (JOSEPH P, et al., 2025).

Do ponto de vista fisiopatológico, o IAM caracteriza-se pela interrupção súbita do fluxo sanguíneo coronariano, geralmente decorrente da ruptura de placas ateroscleróticas e formação de trombos, resultando em isquemia e necrose do músculo cardíaco. A rápida progressão do dano miocárdico torna o tempo um fator determinante para o prognóstico clínico, consolidando o princípio de que intervenções precoces estão diretamente associadas à redução de complicações e mortalidade. Nesse contexto, as diretrizes contemporâneas reforçam a importância do reconhecimento imediato dos sintomas, da realização precoce do eletrocardiograma e da rápida instituição das terapias de reperfusão, especialmente nos serviços de urgência e emergência, considerados porta de entrada preferencial para grande parte dos pacientes com IAM (RAO SV, et al., 2025).

A assistência prestada nas primeiras horas após o início dos sintomas exerce influência decisiva sobre os desfechos clínicos, sobretudo em relação à sobrevida, extensão do dano miocárdico e ocorrência de complicações cardiovasculares. Entretanto, diferenças estruturais e organizacionais entre os serviços de saúde podem interferir significativamente na qualidade do atendimento ofertado. Aspectos como disponibilidade de recursos diagnósticos, acesso à terapia de reperfusão, capacitação profissional, tempo-resposta assistencial e articulação entre os níveis de atenção impactam diretamente o manejo clínico e a efetividade do cuidado prestado aos pacientes com IAM (ALEID MS, et al., 2024).

Somado a isso, o perfil clínico e epidemiológico dos indivíduos acometidos pelo IAM apresenta importante heterogeneidade, influenciada por características sociodemográficas, presença de comorbidades e fatores comportamentais. Estudos recentes demonstram que condições como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e tabagismo permanecem entre os principais fatores associados ao evento isquêmico (CHEW NW, et al., 2023). Além disso, pesquisas atuais apontam modificações no padrão de apresentação clínica, especialmente entre idosos, mulheres e pacientes com múltiplas comorbidades, nos quais manifestações atípicas podem dificultar o reconhecimento precoce da síndrome coronariana aguda e atrasar o início do tratamento adequado (BERGSTROM G, 2024; SCHMITZ T, et al., 2024).

Essas particularidades evidenciam a necessidade de compreender as especificidades regionais relacionadas ao atendimento do IAM, considerando que fatores locais podem influenciar tanto o acesso aos serviços quanto a condução terapêutica e os desfechos clínicos. Embora existam diretrizes internacionais bem estabelecidas para o manejo do infarto agudo do miocárdio, sua efetiva implementação depende das condições estruturais, organizacionais e assistenciais de cada realidade de saúde, especialmente nas unidades de urgência e emergência responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente (HAVOR EM, et al., 2025).

Nesse sentido, a caracterização do perfil epidemiológico e clínico de pacientes atendidos nesses cenários torna-se fundamental para identificar fatores de risco predominantes, padrões de apresentação clínica, demandas assistenciais específicas e possíveis fragilidades nos fluxos de cuidado. Além disso, estudos regionais podem subsidiar o planejamento de ações preventivas, contribuir para a qualificação da assistência cardiovascular e apoiar a formulação de estratégias voltadas à redução da morbimortalidade associada ao IAM (MOURA DOS SANTOS PHA, et al., 2024).

Dessa forma, justifica-se a realização de investigações que permitam ampliar o conhecimento sobre o perfil dos pacientes acometidos pelo IAM em serviços de urgência e emergência, considerando a relevância epidemiológica da doença e a necessidade de fortalecimento das redes de atenção cardiovascular. A produção de evidências locais pode contribuir para o aprimoramento das práticas assistenciais, otimização dos fluxos de atendimento e desenvolvimento de estratégias de cuidado mais resolutivas e alinhadas às necessidades da população atendida. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes com IAM atendidos em unidade de urgência e emergência.

MÉTODOS

Estudo transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa e caráter descritivo, realizado em um hospital de referência em cardiologia localizado no Estado do Paraná. Foram utilizados dados secundários provenientes de prontuários eletrônicos registrados no sistema Philips Tasy®.

Os casos foram identificados por meio de busca no banco de dados institucional utilizando o Código Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), sendo selecionados os registros classificados IAM (I21 e suas subcategorias), no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024. Inicialmente, foram identificados 143 prontuários. Após análise individual para confirmação diagnóstica e aplicação dos critérios de elegibilidade, a amostra final foi composta por 111 prontuários.

Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico confirmado por avaliação clínica associada a alterações eletrocardiográficas e/ou elevação de marcadores cardíacos. Adotou-se como critérios de exclusão prontuários com ausência de informações essenciais para análise das variáveis propostas.

A coleta de dados foi realizada manualmente, mediante instrumento estruturado elaborado pelos pesquisadores. Foram investigadas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, estado civil e escolaridade), comorbidades prévias, fatores de risco modificáveis, manifestações clínicas na admissão, alterações laboratoriais e eletrocardiográficas, tratamento instituído e evolução hospitalar.

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados por meio de estatística descritiva. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, considerando-se o número de registros válidos para cada variável, em virtude da presença de dados ausentes em alguns prontuários. Os resultados foram apresentados em tabelas e figuras para caracterização do perfil epidemiológico e clínico dos pacientes.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, sob parecer nº 7.532.627 e CAAE 87137925.3.0000.0106, em 28 de abril de 2025. Por tratar-se de estudo retrospectivo com utilização de dados secundários, foi concedida dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando-se o anonimato e a confidencialidade das informações.

RESULTADOS

Foram analisados 111 prontuários de pacientes com diagnóstico de IAM. Observou-se predominância do sexo masculino, com 71 indivíduos (63,9%). A idade variou de 27 a 91 anos, com mediana de 65 anos. A maior concentração de casos ocorreu entre 60 e 69 anos (n=38; 34%), enquanto pacientes com menos de 40 anos representaram apenas 8 casos (7,2%) da amostra.

As características sociodemográficas dos pacientes atendidos na unidade de estudo, incluindo raça/cor, estado civil e escolaridade, foram analisadas. Houve predominância de indivíduos brancos (n=89; 82,41%), seguidos por pardos (n=18; 16,67%). Em relação ao estado civil, a maior parcela era casada (n=48; 47,06%) e seguida por solteiros (n=24; 23,53%). Quanto à escolaridade, predominou o menor nível de instrução, especialmente ensino primário completo (n=43; 45,27%) e fundamental incompleto (n=24; 25,27%). Parte dos prontuários não apresentava registro dessas informações (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes com infarto agudo do miocárdio, n=111.

Categoria	Variável	n	%
Etnia/Raça	Branca	89	82,41
	Parda	18	16,67
	Preta	1	0.92
Estado Civil	Solteiro	24	23,53
	Casado	48	47,06
	Divorciado	8	7,85
	Viúvo	18	17,64
	União Estável	4	3,92
Escolaridade	Analfabeto	7	7,37
	Primário	43	45,27
	Ensino Fundamental Incompleto	24	25,27
	Ensino Fundamental Completo	6	6,32
	Ensino Médio Incompleto	3	3,15
	Ensino Médio Completo	9	9,47
	Ensino Superior Incompleto	1	1,05
	Ensino Superior Completo	2	2,10

Fonte: Oliveira MM, et al., 2026.

A **Tabela 2** apresenta as comorbidades associadas ao IAM segundo o sexo dos pacientes. Observou-se que a hipertensão arterial sistêmica foi a mais frequente, com maior predominância no sexo masculino (60,24%) em comparação ao feminino (39,76%). O diabetes mellitus também apresentou maior ocorrência entre os homens (56,41%) em relação às mulheres (43,59%). Além disso, a coronariopatia prévia mostrou diferença mais acentuada entre os sexos, sendo mais prevalente no sexo masculino (68,42%). Em

contrapartida, a insuficiência cardíaca foi observada exclusivamente no sexo feminino (100%). Esses resultados evidenciam maior concentração das principais comorbidades no sexo masculino, com exceção da insuficiência cardíaca, predominante entre as mulheres.

Tabela 2 - Comorbidades associadas ao infarto agudo do miocárdio segundo o sexo, n = 111.

Comorbidades relacionadas ao IAM	Divisão por sexo			
	M		F	
	n	%	n	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	50	60,24	33	39,76
Diabetes Mellitus	22	56,41	17	43,59
Dislipidemia	7	58,33	5	41,67
Coronariopatia previa	13	68,42	6	31,58
Cardiopatia não específicada	2	50	2	50
Insuficiência Cardíaca	0	0	4	100
Arritmias	2	50	2	50
Outras comorbidades	28	63,63	16	36,37

Fonte: Oliveira MM, et al., 2026.

Os fatores de risco modificáveis apresentaram predominância no sexo masculino. O tabagismo foi o mais frequente, correspondendo a 65,76% dos casos (n=73), com maior ocorrência entre homens (n=52; 71,23%). O etilismo também demonstrou diferença expressiva entre os sexos, sendo observado quase exclusivamente no sexo masculino (n=23; 95,83%), com apenas um caso no sexo feminino (n=1; 4,17%). Em contrapartida, a obesidade apresentou distribuição semelhante entre homens e mulheres, com três casos em cada sexo (n=3; 50%) (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Fatores de risco modificáveis para infarto agudo do miocárdio segundo o sexo, n = 111.

Fator de risco modificável	Divisão por Sexo			
	M		F	
	n	%	n	%
Tabagismo	52	71,23	21	28,77
Etilismo	23	95,83	1	4,17
Obesidade	3	50	3	50

Fonte: Oliveira MM, et al., 2026.

A dor precordial foi a manifestação clínica mais frequente (n=103; 93%), seguida por alteração da pressão arterial (n=59; 53%) e dispneia (n=30; 27%). Além dessas, foram identificados outros sinais e sintomas, como náusea (n=22; 20%), alteração da saturação de oxigênio (n=28; 25%), alterações da frequência cardíaca (n=26; 23%) e sudorese (n=23; 21%).

Os exames identificados nos prontuários foram a dosagem de troponina e o eletrocardiograma. Observou-se elevação da troponina em 81% dos pacientes (n=90), enquanto em 19% dos casos (n=21) essa informação não estava registrada. Em relação ao eletrocardiograma, 64% dos pacientes apresentaram IAM com supradesnivelamento do segmento ST (n=71), e 33% sem supradesnivelamento do segmento ST (n=37). Destaca-se ainda que em 3% dos prontuários (n=3) não foi encontrada nenhuma informação referente aos exames analisados.

Os tratamentos mais prevalentes registrados nos prontuários foram a angioplastia, realizada em 83% dos pacientes (n=92), seguida pelo uso de anticoagulantes em 48% (n=53), analgesia em 39% (n=43), antiagregantes plaquetários em 36% (n=40) e oxigenoterapia em 31% (n=34). Outras intervenções menos frequentes incluíram o uso de drogas vasoativas (n=17; 15%), nitratos (n=18; 16%), estatinas (n=27; 24%) e antieméticos (n=32; 29%). Esses achados evidenciam a diversidade de abordagens terapêuticas adotadas na unidade, refletindo a complexidade do manejo do IAM. O desfecho clínico mostrou que 87 pacientes (78,37%) receberam alta hospitalar, enquanto 24 (21,67%) evoluíram para óbito durante a internação.

DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu identificar características clínicas e sociodemográficas relevantes entre os pacientes com IAM atendidos no serviço estudado. A interpretação desses achados deve considerar o contexto epidemiológico regional e a comparação com estudos nacionais e internacionais recentes, possibilitando compreender semelhanças e particularidades da população analisada. Fatores biológicos, comportamentais e socioeconômicos influenciam tanto a ocorrência do evento quanto sua evolução clínica, reforçando a importância da análise comparativa para identificação de padrões assistenciais e estratégias de melhoria do cuidado.

O predomínio do sexo masculino acompanha o padrão descrito em estudos contemporâneos de pacientes com IAM, condição que tem sido atribuído à maior exposição masculina a fatores de risco modificáveis, como tabagismo e etilismo, além da menor procura por acompanhamento preventivo. Circunstâncias essas, que favorecem o controle inadequado de comorbidades e o desenvolvimento precoce da aterosclerose (BARTON JC, et al., 2023; RAMIREZ HARY, et al., 2025).

Coorte recente com pacientes hospitalizados por primeiro infarto demonstrou predominância masculina e ocorrência mais precoce do evento nesse grupo, associada a maior carga de fatores comportamentais, corroborando o perfil identificado neste estudo. Esses resultados também foram observados em registros populacionais internacionais, que demonstram incidência consistentemente maior de infarto em homens, especialmente em adultos de meia-idade (GUIDA CM, et al., 2024).

A concentração de casos entre 60 e 69 anos reflete o caráter progressivo da aterosclerose, decorrente da exposição prolongada a fatores de risco cardiovasculares. Embora tenham sido observados extremos etários, a maior ocorrência após a sexta década está associada ao envelhecimento vascular, disfunção endotelial e maior prevalência de hipertensão e diabetes (MA S, et al., 2024).

O IAM correspondeu a 10,2% das internações no Sistema Único de Saúde (SUS), com maior prevalência entre indivíduos com idade superior a 50 anos, faixa etária que concentrou aproximadamente 25% das hospitalizações (NICOLAU JC, et al., 2021). Estudo internacional também demonstra aumento progressivo da incidência com a idade, com pico entre 60 e 70 anos, enquanto casos em adultos jovens estão frequentemente relacionados a tabagismo e predisposição genética (DAN KK, et al., 2021). Dados epidemiológicos do Sul do Brasil reforçam maior frequência de internações por infarto em indivíduos acima de 60 anos, evidenciando compatibilidade com a realidade regional (FERNANDES BF e KOCK KS, 2022).

A predominância de indivíduos brancos pode refletir a composição demográfica da região Sul, onde essa população é majoritária, fator que representa a estrutura populacional local, e não necessariamente maior risco biológico (SILVA AGC, et al., 2025). A maior proporção de pacientes casados sugere possível influência do suporte social na procura por atendimento. Observa-se na literatura que indivíduos com apoio familiar apresentam maior probabilidade de reconhecimento precoce dos sintomas, procura mais rápida pelos serviços de saúde e melhor adesão terapêutica (WEI ZY, et al., 2022).

Em relação à baixa escolaridade, essa pode estar relacionada ao contexto socioeconômico local. Esse achado reforça a influência dos determinantes sociais em saúde sobre o risco cardiovascular, considerando que menores níveis educacionais frequentemente estão associados a menor acesso a informações em saúde, dificuldades de acompanhamento contínuo e menor adesão às medidas preventivas. Estudo nacional demonstra que menor nível educacional está associado a maior prevalência de fatores de risco cardiovasculares e maior risco de eventos coronarianos, o que reforça a influência dos determinantes sociais na ocorrência do infarto (POWELL-WILEY TM, et al., 2022). Adicionalmente, evidências recentes demonstram que desigualdades sociais e barreiras de acesso aos serviços de saúde influenciam diretamente os desfechos cardiovasculares, especialmente em populações socialmente vulneráveis (ZHAO Y, et al., 2021).

Com relação as comorbidade observou-se a ocorrência de insuficiência cardíaca, apenas em mulheres, esse resultado pode estar relacionada à maior idade média feminina e ao diagnóstico mais tardio da doença coronariana nesse grupo. Estudos recentes demonstram maior incidência de insuficiência cardíaca após infarto em mulheres, associada à maior carga de comorbidades e atraso no reconhecimento dos sintomas (CENKO E, et al., 2023; YANDRAPALLI S, et al., 2021).

A hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente, seguida pelo diabetes mellitus, padrão amplamente descrito na literatura (YANG ZQ, et al., 2022; TIMMIS A, et al., 2023). A elevada prevalência dessas condições pode ser compreendida pela interação com fatores modificáveis, como tabagismo, etilismo, obesidade e sedentarismo, que contribuem diretamente para a progressão da aterosclerose e ocorrência de eventos coronarianos (ALBINALI HA, et al., 2023; MOSTOFSKY E, et al., 2016). De forma consistente, estudo internacional recente destaca o tabagismo como determinante importante de infarto, especialmente em adultos jovens e indica que a exposição precoce ao cigarro aumenta substancialmente o risco de eventos coronarianos (KOH JH, et al., 2026).

A obesidade constitui um importante fator de risco para o IAM, contribuindo para disfunção endotelial, resistência à insulina, hipertensão e aterosclerose (POWELL-WILEY TM, et al., 2021). O excesso de tecido adiposo, particularmente o visceral, está relacionado à resistência à insulina, dislipidemia e hipertensão arterial, compondo um cenário favorável à aterogênese e ao comprometimento da função endotelial. Além disso, a obesidade contribui para um estado pró-inflamatório crônico, que acelera a progressão da doença arterial coronariana e aumenta o risco de eventos isquêmicos agudos (POWELL-WILEY et al., 2021).

Evidências recentes reforçam que indivíduos com maior índice de massa corporal apresentam maior incidência de IAM, bem como piores desfechos clínicos após o evento, incluindo maior mortalidade e complicações cardiovasculares (GBD 2019 RISK FACTORS COLLABORATORS, 2020; POWELL-WILEY et al., 2021). Nesse contexto, a obesidade deve ser compreendida como um determinante central no desenvolvimento e na progressão das doenças cardiovasculares, destacando a importância de estratégias de prevenção e manejo voltadas à redução do peso corporal e ao controle dos fatores de risco associados.

As manifestações clínicas predominantes foram dor precordial, dispneia e alterações pressóricas, padrão descrito em estudos contemporâneos (LEITE WF, et al., 2023; AGARWAL MA e ALMAHMEED W, 2024). Estudo multicêntrico brasileiro e análise internacional recente demonstraram predominância desses sintomas em pacientes com infarto, reforçando a importância do reconhecimento precoce (RITT LEF, et al., 2024). A identificação rápida desses sinais e sintomas é fundamental para redução do tempo até o diagnóstico e instituição da terapia de reperfusão, fator diretamente relacionado à diminuição da mortalidade e das complicações cardiovasculares.

A elevação da troponina associada ao supradesnível do segmento ST foi o principal achado diagnóstico. Esses marcadores indicam necrose miocárdica e oclusão coronariana aguda, orientando a estratégia de reperfusão (HAIZLER A, et al., 2025). Nota-se que esse padrão é o mais frequente em pacientes submetidos à angioplastia primária, corroborando os resultados encontrados (RITT LEF, et al., 2024). Nesse contexto, a rápida realização do eletrocardiograma e da avaliação laboratorial torna-se essencial para definição terapêutica precoce e otimização dos desfechos clínicos.

A angioplastia coronariana primária foi o tratamento mais empregado, associada ao uso de anticoagulantes e antiagregantes. Esse padrão terapêutico é compatível com a prática contemporânea para infarto com supradesnível do ST (MIGNATTI A, et al., 2025). Registros brasileiros e estudos internacionais demonstram menor mortalidade hospitalar em pacientes submetidos à angioplastia primária em comparação à fibrinólise, especialmente quando realizada precocemente (DESROCHE LM, et al., 2026; RITT LEF, et al., 2024). A efetividade da angioplastia coronariana primária depende diretamente da redução do tempo porta-balão, considerado um dos principais indicadores de qualidade assistencial em síndromes coronarianas agudas. Dessa forma, a organização dos fluxos assistenciais e o reconhecimento precoce dos sintomas são fundamentais para otimizar os desfechos clínicos.

A predominância de alta hospitalar sugere efetividade do manejo clínico. Estudo recente demonstra que centros com maior taxa de angioplastia primária apresentam melhores desfechos clínicos e menor mortalidade intra-hospitalar, indicando que a disponibilidade de reperfusão mecânica e a adoção de protocolos assistenciais contribuem para resultados favoráveis (DESROCHE LM, et al., 2026). Os achados deste estudo possuem relevância para o planejamento assistencial em unidades de urgência e emergência, especialmente no direcionamento de estratégias voltadas ao reconhecimento precoce do IAM, controle dos fatores de risco cardiovasculares e qualificação das linhas de cuidado cardiovascular.

Como limitação do estudo, destaca-se a incompletude de informações nos prontuários analisados, decorrente de registros não padronizados ou preenchimento parcial dos dados. Essa limitação pode ter impactado na análise de determinadas variáveis e reforça a importância da qualificação dos registros clínicos. A padronização e o preenchimento adequado dos prontuários são fundamentais para garantir maior confiabilidade das análises epidemiológicas e subsidiar decisões assistenciais, administrativas e de planejamento em saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram caracterizar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes com IAM atendidos em unidade de urgência e emergência, com predominância de homens idosos, elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica e tabagismo como principal fator de risco modificável, além de maior ocorrência de infarto com supradesnivelamento do segmento ST e utilização predominante da angioplastia coronariana primária, com desfecho favorável na maioria dos casos. Esses achados reforçam a importância da identificação precoce do IAM e da rápida instituição de terapias de reperfusão em serviços de urgência e emergência, considerando seu impacto direto sobre os desfechos clínicos. Adicionalmente, os resultados evidenciam a necessidade de fortalecimento das ações de prevenção e controle dos fatores de risco cardiovasculares, bem como da qualificação contínua das linhas de cuidado cardiovascular nos diferentes níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. AGARWAL MA, ALMAHMEED W. Cardiac biomarkers in dyspnea hospitalizations – still breathing not predictively. Cardiology, 2024; 149(1): 51–54.
2. ALEID MS, et al. Epidemiology and clinical profiles of acute myocardial infarction in diverse age groups at Saudi emergency departments: a cross-sectional analysis. Journal of Advanced Trends in Medical Research, 2024; 1(1): 223–230.
3. ALBINALI HA, et al. Smoking in acute myocardial infarction patients: observations from a registry heart hospital, Qatar. Heart Views, 2023; 24(4): 171–178.
4. BARTON JC, et al. Between-sex differences in risk factors for cardiovascular disease among patients with myocardial infarction: a systematic review. Journal of Clinical Medicine, 2023; 12(15): 5163.
5. BERGSTROM G. Myocardial infarction: epidemiology, etiology, and pathophysiology. Current Trends in Cardiology, 2024; 8(1): 239.
6. CENKO E, et al. Sex differences in heart failure following acute coronary syndromes. JACC: Advances, 2023; 2(3): 100294.
7. CHEW NW, et al. Trends and predictions of metabolic risk factors for acute myocardial infarction: findings from a multiethnic nationwide cohort. The Lancet Regional Health – Western Pacific, 2023.
8. DAN KK, RAHMAN M, SAHA S. Prevalence of acute myocardial infarction in young adults and conventional risk factors. South Asian Journal of Medical Sciences, 2021; 9(1): 32.
9. DESROCHE LM, et al. Reperfusion strategies and delays in STEMI: trends, inequalities, and 1-year outcomes. Archives of Cardiovascular Diseases, 2026; 119(1 Suppl): S167–S168.
10. FERNANDES BF, KOCK KS. Acute coronary syndrome in a hospital in southern Brazil. American Journal of Cardiovascular Disease, 2022; 12(6): 307–314.
11. GBD 2019 RISK FACTORS COLLABORATORS, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 2020; 396(10258): 1223–1249.
12. GUIDA CM, et al. Risk factors, management, and evolution after the first acute myocardial infarction. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2024; 121(10): e20230692.
13. HAIZLER A, et al. Kinetics of high-sensitive cardiac troponin I in myocardial infarction. Diagnostics, 2025; 15(18): 2390.
14. HAVOR EM, et al. Emergency department utilization for acute myocardial infarction. AJPM Focus, 2025; 5(1): 100426.

15. JOSEPH P, et al. The epidemiology of cardiovascular disease and its risk factors. The Lancet Regional Health – Americas, 2025.
16. KOH JH, et al. Early age at smoking initiation and cardiovascular risk. Scientific Reports, 2026; 16: 3063.
17. LEITE WF, et al. Chest pain in acute myocardial infarction. Cardiology Research, 2023; 14(2): 97–105.
18. MA S, et al. Vascular aging and atherosclerosis. Aging and Disease, 2024; 16(1): 33–48.
19. NICOLAU JC, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2021; 117(1): 181–264.
20. MIGNATTI A, et al. State of the art of primary PCI. Journal of Clinical Medicine, 2025; 14(2): 653.
21. MOSTOFSKY E, et al. Alcohol and immediate risk of cardiovascular events. Circulation, 2016; 133(10): 979–987.
22. MOURA DOS SANTOS PHA, et al. Epidemiological profile of acute myocardial infarction mortality in Brazil. Archives of Community Medicine and Public Health, 2024; 10(4): 035–040.
23. POWELL-WILEY TM, et al. Obesity and cardiovascular disease. Circulation, 2021; 143(21): e984–e1010.
24. POWELL-WILEY TM, et al. Social determinants of cardiovascular disease. Circulation Research, 2022; 130(5): 782–799.
25. RAMIREZ HARY, et al. Sex differences in acute myocardial infarction. European Heart Journal, 2025.
26. RITT LEF, et al. Infarto agudo do miocárdio com supradesnível de ST e terapia de reperfusão no Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2024; 121(11): e20230863.
27. SALARI N, et al. The global prevalence of myocardial infarction. BMC Cardiovascular Disorders, 2023; 23(1).
28. SCHMITZ T, et al. Symptoms in diabetic and non-diabetic patients with myocardial infarction. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 2024; 11: 1324451.
29. SILVA AGC, et al. Internações por infarto agudo do miocárdio no Brasil. Brazilian Journal of International Health Sciences, 2025; 7(12): 1307–1318.
30. TIMMIS A, et al. Global epidemiology of acute coronary syndromes. European Heart Journal – Acute Cardiovascular Care, 2023; 12(4 Suppl): S3–S13.
31. WEI ZY, et al. Impact of marital status on myocardial infarction outcomes. Journal of the American Heart Association, 2022; 11(23): e025671.
32. YANDRAPALLI S, et al. Sex differences in heart failure after myocardial infarction. Heart, 2021; 107(22): 1657–1663.
33. YANG ZQ, et al. Blood pressure and myocardial infarction risk. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 2022; 9: 924525.
34. ZHAO Y, et al. Social determinants in machine learning cardiovascular disease prediction models: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine, 2021; 61(4): 596–605.