v7.n11.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

PERFIL DE PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO SEGMENTO ST SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA DE EMERGÊNCIA

PROFILE OF PATIENTS WITH ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION UNDERGOING EMERGENCY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

PERFIL DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SOMETIDOS A INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA DE EMERGENCIA

Caroline do Nascimento Leite[1], Camila do Nascimento Polezer[2], Solange Meira de Sousa[3], Leticia Katiane Martins[4], Ariana Rodrigues da Silva Carvalho[5]

e7119385
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i11.9385

PUBLICADO: 11/2026

RESUMO

A intervenção coronária percutânea de emergência é uma estratégia central no tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST (IAMCSST), tornando relevante conhecer o perfil dos pacientes atendidos e os desfechos hospitalares. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico, clínico e assistencial de pacientes com IAMCSST submetidos a esse procedimento. Realizou-se estudo epidemiológico observacional, retrospectivo e descritivo, com coleta documental em um hospital universitário, incluindo pacientes com diagnóstico confirmado de IAMCSST submetidos à intervenção coronária percutânea de emergência entre junho de 2022 e maio de 2024. Os dados foram analisados por estatística descritiva. Não foram investigados fatores associados à mortalidade. Foram avaliados 232 prontuários de pacientes, dos quais 167 (72,0%) eram homens, com idade média de 64,5 ± 11,8 anos. Todos os 232 pacientes apresentavam diagnóstico final de IAMCSST, registrado também como hipótese diagnóstica inicial em 208 (89,7%) casos. A via radial direita foi utilizada em 172 (74,1%) procedimentos. Ao final da internação, 194 (83,6%) pacientes receberam alta e 36 (15,5%) evoluíram para óbito. Conclui-se que predominaram homens, com idade média de 64,5 anos, e o acesso radial direito. A mortalidade hospitalar foi de 15,5%. Os achados podem subsidiar o planejamento do cuidado, a organização dos fluxos assistenciais e o acompanhamento de indicadores.

PALAVRAS-CHAVE: Cateterismo Cardíaco. Hemodinâmica. Infarto do Miocárdio. Intervenção Coronária Percutânea. Serviço Hospitalar de Emergência.

ABSTRACT

Emergency percutaneous coronary intervention is a central strategy in the treatment of ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), making it relevant to understand the profile of treated patients and their in-hospital outcomes. This study aimed to describe the epidemiological, clinical, and care profile of patients with STEMI undergoing this procedure. An observational, retrospective, descriptive epidemiological study was conducted using medical records from a university hospital, including patients with confirmed STEMI who underwent emergency percutaneous coronary intervention between June 2022 and May 2024.

[1] Enfermeira, doutora em Biociências e Saúde. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).
[2] Enfermeira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).
[3] Enfermeira, doutora em Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).
[4] Enfermeira, mestra em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná (UFPR).
[5] Enfermeira, doutora em Enfermagem Fundamental. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Data were analyzed using descriptive statistics. Factors associated with mortality were not investigated. A total of 232 patient records were evaluated; 167 patients (72.0%) were men, with a mean age of 64.5 ± 11.8 years. All 232 patients had a final diagnosis of STEMI, which was also recorded as the initial diagnostic hypothesis in 208 cases (89.7%). Right radial access was used in 172 procedures (74.1%). At the end of hospitalization, 194 patients (83.6%) were discharged and 36 (15.5%) died. The sample consisted predominantly of men, with a mean patient age of 64.5 years, and right radial access was the most frequently used approach. In-hospital mortality was 15.5%. These findings may support care planning, organization of care pathways, and monitoring of indicators.

KEYWORDS: *Cardiac Catheterization. Emergency Service, Hospital. Hemodynamics. Myocardial Infarction. Percutaneous Coronary Intervention.*

RESUMEN
La intervención coronaria percutánea de emergencia es una estrategia central en el tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), por lo que resulta relevante conocer el perfil de los pacientes atendidos y sus desenlaces hospitalarios. El objetivo fue describir el perfil epidemiológico, clínico y asistencial de pacientes con IAMCEST sometidos a este procedimiento. Se realizó un estudio epidemiológico observacional, retrospectivo y descriptivo, mediante revisión documental en un hospital universitario, incluyendo pacientes con IAMCEST confirmado sometidos a intervención coronaria percutánea de emergencia entre junio de 2022 y mayo de 2024. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. No se investigaron factores asociados con la mortalidad. Se evaluaron 232 historias clínicas; 167 pacientes (72,0%) eran hombres, con edad media de 64,5 ± 11,8 años. Todos tenían diagnóstico final de IAMCEST, también registrado como hipótesis diagnóstica inicial en 208 casos (89,7%). El acceso radial derecho se utilizó en 172 procedimientos (74,1%). Al finalizar la hospitalización, 194 pacientes (83,6%) recibieron el alta y 36 (15,5%) fallecieron. Predominaron los hombres, con edad media de 64,5 años, y el acceso radial derecho. La mortalidad hospitalaria fue del 15,5%. Los hallazgos pueden apoyar la planificación del cuidado, la organización de los circuitos asistenciales y el seguimiento de indicadores.

PALABRAS CLAVE*: Cateterismo Cardíaco. Hemodinámica. Infarto del Miocardio. Intervención Coronaria Percutánea. Servicio de Urgencia en Hospital.*

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem importante causa de morbidade e mortalidade no Brasil e no mundo, representando elevada carga para os sistemas de saúde, especialmente diante do envelhecimento populacional e da elevada prevalência de fatores de risco cardiovasculares[1].

A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) compreende um espectro de manifestações clínicas e laboratoriais decorrentes da isquemia miocárdica aguda[2]. Entre suas apresentações, o Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST (IAMCSST) configura uma

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

emergência cardiovascular tempo-dependente, na qual a reperfusão miocárdica constitui eixo central do tratamento[3-4].

No Brasil, a linha de cuidado ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prioriza a rápida restauração do fluxo coronariano por meio da fibrinólise ou da Intervenção Coronária Percutânea (ICP) primária, conforme a disponibilidade estrutural e o tempo para realização do procedimento, sendo a ICP a estratégia preferencial quando realizada oportunamente[2,5-6]. Diretrizes internacionais também reforçam a importância da reperfusão precoce no IAMCSST e da organização dos fluxos assistenciais para garantir acesso oportuno à intervenção[3-4].

No contexto epidemiológico, o IAM permanece associado a importante morbimortalidade cardiovascular no país[7]. No Paraná, foram registradas 56.420 internações hospitalares por IAM entre 2016 e 2022[8]. A mortalidade hospitalar e a ocorrência de complicações após o infarto permanecem relevantes, reforçando a importância do reconhecimento e tratamento oportunos desses pacientes[9].

Além disso, a presença de fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, integra o contexto clínico dos pacientes acometidos pela SCA e reforça a importância de estratégias de prevenção e educação em saúde[10]. No serviço investigado, que passou a concentrar os encaminhamentos regionais de emergências cardiológicas durante o período estudado, torna-se relevante caracterizar a população submetida à ICP de emergência e seus desfechos hospitalares. Essa caracterização permite estabelecer um panorama local das necessidades assistenciais e oferece subsídios para o planejamento hospitalar e para avaliações posteriores dos fluxos de atendimento e dos indicadores de qualidade do cuidado cardiovascular.

Diante disso, o objetivo desta investigação foi descrever o perfil epidemiológico, clínico e assistencial de pacientes com IAMCSST submetidos à ICP de emergência.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico observacional, retrospectivo e descritivo, baseado em dados documentais de pacientes atendidos em um hospital universitário localizado no Paraná. A apresentação do estudo foi orientada pelas recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). O hospital integra a rede regional de atenção à saúde de uma população estimada em 576.817 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)[11].

O hospital dispõe, atualmente, de 355 leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e conta com uma Sala de Emergência Cardiológica com cinco leitos,

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

anexa à sala de emergência geral, destinada ao atendimento de pacientes cardiológicos admitidos em caráter emergencial via regulação de leitos.

A regulação é efetuada pela Macrorregional de Saúde em conjunto com o Consórcio de Saúde dos Municípios do Oeste do Paraná, que encaminha o paciente ao hospital após o atendimento inicial em outra unidade, considerando que a instituição não recebe demanda espontânea. O encaminhamento é realizado pela equipe médica responsável pelo primeiro atendimento de emergência, em articulação com a equipe da Sala de Emergência Cardiológica, de acordo com a indicação clínica.

O serviço de hemodinâmica da instituição em tela possui uma sala operatória, onde são realizados, entre outros procedimentos, o cateterismo cardíaco e a angioplastia coronariana em regime ambulatorial, de urgência ou de emergência.

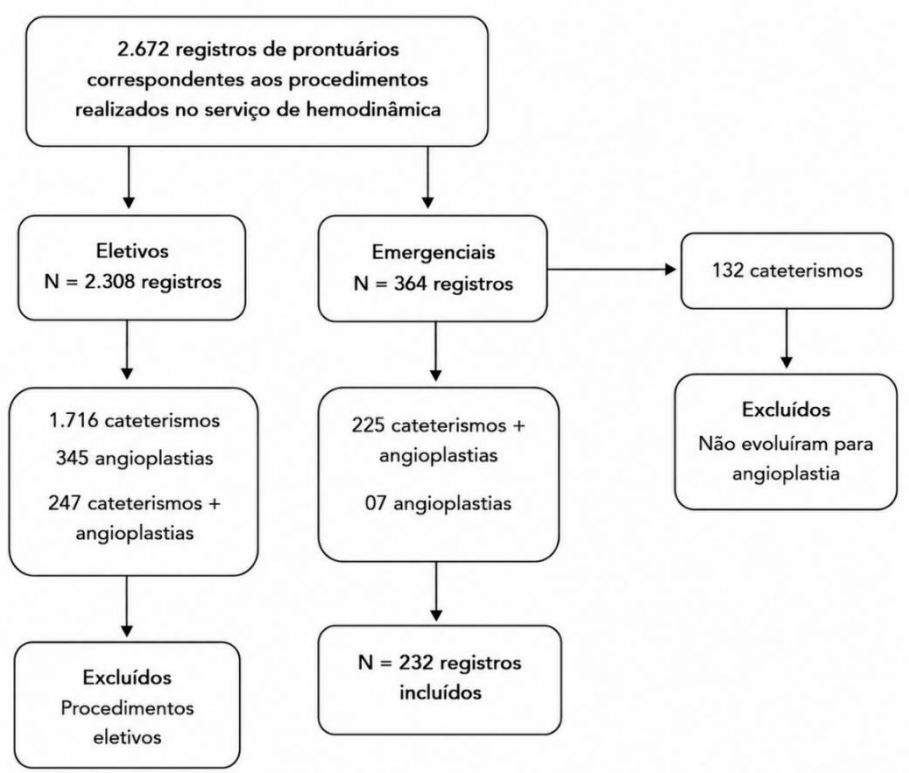
A população do estudo foi constituída por registros de procedimentos de pacientes cardiológicos atendidos no serviço de hemodinâmica do hospital entre 1º de junho de 2022 e 31 de maio de 2024. A data inicial corresponde à abertura do serviço de hemodinâmica. Durante o período analisado, ocorreu mudança no fluxo regional de atendimento, pois, desde outubro de 2022, a instituição passou a concentrar o encaminhamento das emergências cardiológicas da região. Inicialmente, foram identificados 2.672 registros de procedimentos no relatório do sistema de prontuário eletrônico: 2.308 eletivos e 364 emergenciais. Entre os emergenciais, 132 correspondiam a cateterismos cardíacos sem evolução para angioplastia coronariana e 232 a angioplastias coronarianas, isoladas (n = 7) ou precedidas de cateterismo cardíaco (n = 225).

Foram incluídos pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos em caráter emergencial, com diagnóstico final de IAMCSST registrado no prontuário médico e submetidos à angioplastia coronariana, isolada ou precedida de cateterismo cardíaco, incluindo os casos em que a angioplastia foi iniciada, mas não concluída. A elegibilidade considerou o diagnóstico final, independentemente da hipótese diagnóstica inicial. Dos 2.672 registros, foram excluídos os 2.308 procedimentos eletivos e os 132 cateterismos emergenciais sem evolução para angioplastia. Os 232 registros restantes apresentavam diagnóstico final de IAMCSST, sem exclusões adicionais por diagnóstico. A conferência não identificou pacientes repetidos entre os incluídos, de modo que cada paciente contribuiu uma única vez para a análise. Assim, a amostra final foi composta por 232 pacientes, conforme apresentado na Figura 1.

Neste estudo, a expressão “ICP de emergência” designa os procedimentos de intervenção coronária percutânea realizados em caráter emergencial nos pacientes com diagnóstico final de IAMCSST, conforme os critérios de inclusão descritos.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Figura 1. População e amostra do estudo. Cascavel, PR, Brasil, 2025



Fonte: dados do estudo, 2025.

Para a coleta dos dados, foi elaborada uma matriz estruturada em planilha eletrônica, contendo informações extraídas dos prontuários. Foram contempladas variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, idade, raça e município de origem) e clínicas, incluindo sinais vitais na admissão, suspeita diagnóstica inicial, diagnóstico final, horários relacionados ao atendimento e ao procedimento hemodinâmico, tipo de procedimento realizado, setor de origem e destino, comorbidades, medicamentos de uso contínuo, procedimentos cardiológicos prévios, via de punção e desfecho hospitalar. A identificação dos pacientes foi codificada, garantindo-se a anonimização dos dados. As comorbidades foram agrupadas por sistema corporal, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), admitindo-se o registro de mais de uma categoria por paciente quando presentes comorbidades concomitantes. Tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas foram classificados exclusivamente conforme o registro disponível no prontuário; a ausência de informação não foi interpretada como ausência do hábito. O desfecho hospitalar foi categorizado em alta, óbito ou transferência. A informação de raça/cor foi extraída

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

do cadastro do prontuário eletrônico, no qual a classificação era atribuída pelo profissional responsável pelo cadastramento. A codificação foi conferida nos registros originais, mantendo-se as categorias documentadas.

Inicialmente, foi utilizada a planilha de registros de atendimentos da hemodinâmica, a partir da qual foi gerado relatório de procedimentos no sistema de prontuário eletrônico institucional. Foram utilizados como filtros os procedimentos de cateterismo cardíaco, angioplastia coronariana, angioplastia coronariana com implantação de *stent* e angioplastia coronariana com implantação de dois *stents*. Os dados provenientes da planilha do setor e do relatório de procedimentos foram confrontados para padronização das informações e redução de possíveis perdas durante a seleção dos registros.

A coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2024 e foi realizada por três pesquisadoras previamente treinadas, mediante instrumento estruturado e padronizado de extração. Uma das integrantes, responsável pela supervisão da coleta, realizou a conferência de todos os registros da planilha, comparando-os com os respectivos prontuários originais, sem identificação de divergências. Foram respeitadas as diretrizes institucionais relativas à proteção dos dados e à confidencialidade dos pacientes.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados seguro, em planilha do *Microsoft Excel*®, versão 2010, com acesso restrito apenas à equipe de pesquisa, e posteriormente exportados e analisados no SPSS®, versão 26.

Os dados foram analisados por estatística descritiva, utilizando-se frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas. Não foram investigados fatores associados à mortalidade hospitalar.

Por se tratar de estudo baseado em dados secundários, foram identificados dados ausentes decorrentes da incompletude dos registros assistenciais. Não foi realizada imputação, e cada análise considerou apenas os registros com informações disponíveis para as variáveis envolvidas, com indicação dos respectivos denominadores quando diferiram da amostra total. A proporção de dados ausentes foi considerada na interpretação dos achados, pois a análise de casos disponíveis pode introduzir viés quando a ausência de informação não ocorre ao acaso.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos aplicáveis à pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, conforme o Parecer nº 6.546.326/2023 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 75888323.3.0000.0107.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

3. RESULTADOS

Foram analisados dados de 232 pacientes com diagnóstico confirmado de IAMCSST submetidos à ICP de emergência no serviço de hemodinâmica do hospital. Quanto à distribuição temporal, 36 pacientes (15,5%) realizaram o procedimento entre junho e dezembro de 2022, 161 (69,4%) durante o ano de 2023 e 35 (15,1%) entre janeiro e maio de 2024.

Observou-se predominância de pacientes do sexo masculino (72,0%), com idade média de 64,5 anos (DP = 11,8), registrados como brancos (72,0%) e casados ou em união estável (58,6%). Na admissão, as médias foram de 19,5 irpm para a frequência respiratória, 82,6 bpm para a frequência cardíaca e 135,4 mmHg para a pressão arterial sistólica. Quanto aos hábitos de vida, 34,9% dos pacientes foram registrados como tabagistas, 16,8% como etilistas e 0,4% como usuários de drogas ilícitas, conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes com IAMCSST submetidos à intervenção coronária percutânea de emergência (n=232). Cascavel, PR, Brasil, 2025

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	167 (72,0)
Feminino	65 (28,0)
Idade (Média ± DP: 64,5 ± 11,8; Mediana: 63,5)	
Raça	
Branca	167 (72,0)
Amarela	56 (24,1)
Negra	6 (2,6)
Parda	3 (1,3)
Estado civil	
Casado/Amasiado/União estável/Concubinato	136 (58,6)
Solteiro	28 (12,1)
Divorciado/Separado	22 (9,5)
Viúvo	30 (12,9)
Não informado/Outros	16 (6,9)
Sinais vitais da admissão	
Frequência respiratória (Média ± DP: 19,5 ± 5; Mediana: 20)	230 (99,1)[a]
Frequência cardíaca (Média ± DP: 82,6 ± 19,6; Mediana: 79)	232 (100,0)
Pressão arterial sistólica (Média ± DP: 135,4 ± 29,9; Mediana: 134)	232 (100,0)
Tabagista	
Sim	81 (34,9)
Não	114 (49,1)
Ex-tabagista	37 (15,9)
Etilista	
Sim	39 (16,8)
Não	179 (77,2)
Ex-etilista	14 (6,0)
Drogas ilícitas	
Sim	1 (0,4)

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Não	230 (99,1)
Ex-usuário	1 (0,4)

Fonte: dados do estudo, 2025.
DP: Desvio Padrão
[a] n válido correspondente aos registros com informação disponível para a variável.

A frequência respiratória estava ausente em dois prontuários (0,9%). Em relação às características clínicas analisadas (Tabela 2), entre as suspeitas diagnósticas iniciais, houve predominância do IAMCSST (89,7%). Os pacientes eram predominantemente provenientes da sala de emergência (95,7%) e não apresentavam histórico prévio de IAM, cateterismo ou angioplastia coronariana. A via de punção mais utilizada foi a artéria radial direita (74,1%). Em três pacientes (1,3%), a angioplastia coronariana foi iniciada, mas não concluída. Quanto ao desfecho hospitalar, predominou a alta, registrada em 194 pacientes (83,6%), seguida de óbito em 36 (15,5%) e transferência em dois (0,9%).

Tabela 2. Caracterização clínica relacionada à doença coronariana atual e pregressa (n=232). Cascavel, PR, Brasil, 2025

Variáveis	**n (%)**
Suspeita diagnóstica inicial	
Infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST	208 (89,7)
Infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST	11 (4,7)
Infarto agudo do miocárdio	5 (2,2)
Síndrome coronariana aguda	6 (2,6)
Bloqueio atrioventricular	1 (0,4)
Acidente vascular cerebral hemorrágico	1 (0,4)
Setor de origem	
Sala de emergência	222 (95,7)
Pronto-socorro	10 (4,3)
Infarto agudo do miocárdio prévio	
Não	179 (77,2)
Sim	32 (13,8)
Não informado	21 (9,1)
Cateterismo prévio	
Não	180 (77,6)
Sim	23 (9,9)
Não informado	29 (12,5)
Angioplastia coronariana prévia	
Não	188 (81,0)
Sim	25 (10,8)
Não informado	19 (8,2)
Cirurgia cardíaca prévia	
Não	209 (90,1)
Sim	5 (2,2)
Não informado	18 (7,8)
Via de punção	
Artéria radial direita	172 (74,1)

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Artéria femoral direita	44 (19,0)
Mais de uma via puncionada	9 (3,9)
Artéria braquial direita	4 (1,7)
Não informada	3 (1,3)
Desfecho	
Alta hospitalar	194 (83,6)
Óbito	36 (15,5)
Transferência	2 (0,9)

Fonte: dados do estudo, 2025.
Nota: As variáveis apresentadas referem-se à caracterização descritiva da amostra, não sendo realizadas análises comparativas nessa etapa, motivo pelo qual não foram apresentados p-valores.

As informações sobre antecedentes de infarto agudo do miocárdio, cateterismo cardíaco, angioplastia coronariana e cirurgia cardíaca não estavam disponíveis em 21 (9,1%), 29 (12,5%), 19 (8,2%) e 18 (7,8%) prontuários, respectivamente. A ausência de registro não foi considerada ausência do antecedente clínico. Para a caracterização das comorbidades registradas nos prontuários, as condições foram agrupadas por sistema corporal segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Foram identificados 85 registros de comorbidades, número que não corresponde necessariamente a 85 pacientes, pois um mesmo indivíduo poderia contribuir para mais de uma categoria. Entre esses registros, predominaram as condições relacionadas ao aparelho circulatório (n = 26; 30,6%), seguidas pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (n = 23; 27,1%) e pelos transtornos mentais ou comportamentais (n = 22; 25,9%). Em menores proporções, observaram-se registros relacionados aos sistemas nervoso (n = 4; 4,7%), digestório (n = 3; 3,5%), respiratório (n = 2; 2,4%), visual (n = 2; 2,4%), renal (n = 2; 2,4%) e geniturinário (n = 1; 1,2%). Portanto, os percentuais descrevem a distribuição dos registros de comorbidades e não a prevalência dessas condições entre os 232 pacientes.

4. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo permitiram caracterizar aspectos sociodemográficos, clínicos e assistenciais de pacientes com IAMCSST submetidos à ICP de emergência, bem como seus desfechos hospitalares. O cenário identificado apresenta características semelhantes às descritas na literatura nacional e internacional e reforça a relevância das doenças cardiovasculares no contexto das emergências cardiológicas.

A predominância de pacientes do sexo masculino observada neste estudo é semelhante à descrita em outras investigações, nas quais aproximadamente 70% dos pacientes submetidos

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

à ICP eram homens[9,12-13]. Estudos também demonstram predominância masculina no contexto do IAMCSST, especialmente entre pacientes submetidos à angioplastia primária. A média de idade encontrada também se aproxima da descrita na literatura, que demonstra ocorrência do evento em idades mais avançadas entre as mulheres, enquanto, entre os homens, o IAMCSST com necessidade de ICP ocorre frequentemente entre a sexta e a sétima décadas de vida[9,12,14].

Esse padrão epidemiológico das doenças coronarianas está relacionado ao acúmulo de fatores de risco ao longo da vida, como hipertensão, dislipidemia e tabagismo, estes últimos mais prevalentes no sexo masculino[15-16], além da perda da proteção hormonal nas mulheres após a menopausa[17].

Na admissão, foram observadas médias de frequência cardíaca de 82,6 bpm, pressão arterial sistólica de 135,4 mmHg e frequência respiratória de 19,5 irpm. Embora não tenha sido investigada a associação desses parâmetros com mortalidade ou outros desfechos clínicos, estudos prévios atribuem valor prognóstico aos sinais vitais no contexto do IAM. Na literatura, frequência respiratória superior a 20 irpm tem sido associada a maior risco de mortalidade em 30 dias[18], enquanto alterações da frequência cardíaca são descritas como possíveis preditores de mortalidade intra-hospitalar e eventos adversos subsequentes[19]. Nesse contexto, a caracterização dos sinais vitais na admissão mantém relevância clínica por integrar a avaliação sistematizada e a estratificação de risco do paciente com IAM, conforme recomendado na literatura[20].

Os transtornos mentais ou comportamentais representaram 22 dos 85 registros de comorbidades identificados. Estudos anteriores descrevem sintomas depressivos, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático após o infarto agudo do miocárdio e discutem sua relação com o prognóstico cardiovascular[21-22]. Entretanto, como a classificação no presente estudo foi realizada a partir de dados secundários e não avaliou sintomas, gravidade, temporalidade ou impacto dessas condições após o IAM, o resultado deve ser interpretado apenas como parte da caracterização documental da amostra.

A predominância da via radial observada no presente estudo está alinhada às práticas contemporâneas da cardiologia intervencionista. Estudos comparativos descrevem menor ocorrência de sangramentos e complicações vasculares e melhores resultados clínicos associados ao acesso radial quando comparado ao femoral em pacientes submetidos à ICP[23-24]. Ressalta-se, entretanto, que essas associações correspondem a evidências da literatura e não foram avaliadas diretamente na presente investigação.

A utilização da artéria radial como via de acesso é atualmente recomendada em diferentes contextos de intervenção coronariana[9,12,23-24]. Essa tendência também é observada

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

internacionalmente: dados do *Portuguese National Registry of Interventional Cardiology* demonstraram aumento dos procedimentos por via radial de 57,4%, em 2014, para 82,1%, em 2023[25], corroborando a crescente incorporação dessa técnica na prática assistencial.

A maior proporção de indivíduos brancos e casados constitui característica sociodemográfica da amostra e deve ser interpretada de forma descritiva, uma vez que o presente estudo não avaliou associações dessas variáveis com os desfechos hospitalares. Na literatura, estado civil e suporte social têm sido investigados em relação à adesão terapêutica e aos resultados após eventos cardiovasculares, com alguns estudos descrevendo melhores desfechos entre indivíduos casados[26-27]. A proporção de registros classificados como raça/cor amarela (24,1%) foi confirmada nos registros dos prontuários. Entretanto, por se tratar de classificação atribuída no cadastro, e não autodeclarada, permanece a possibilidade de imprecisão na classificação, o que limita sua interpretação.

Da mesma forma, estudos internacionais têm demonstrado a existência de desigualdades raciais e étnicas no acesso e nos processos de cuidado cardiovascular. Em um grande registro norte-americano de pacientes com IAMCSST, diferenças raciais e étnicas estiveram associadas a menor probabilidade de alcance de determinadas metas temporais de atendimento em alguns grupos[28]. Esses resultados contextualizam a relevância da caracterização sociodemográfica, mas não representam associações avaliadas na presente amostra.

A mortalidade hospitalar observada correspondeu a 15,5% dos pacientes, constituindo um desfecho clínico relevante na população estudada. Entretanto, o presente estudo não teve como objetivo investigar fatores associados ao óbito, razão pela qual esse resultado deve ser interpretado de forma descritiva, sem atribuição de relações causais ou associativas às características clínicas e sociodemográficas identificadas. Estudos prévios demonstram que a mortalidade após IAMCSST pode estar relacionada a múltiplos fatores clínicos, demográficos e assistenciais[9,14,24], porém essas relações não foram avaliadas na presente análise.

Quanto aos demais desfechos hospitalares, 83,6% dos pacientes receberam alta e 0,9% foram transferidos para outras instituições. Esse resultado descreve a evolução hospitalar da população investigada, não sendo possível, a partir do delineamento empregado, atribuí-lo à qualidade assistencial ou à utilização de uma técnica específica. A literatura reconhece que os avanços no tratamento invasivo e na reperfusão contribuíram para a melhoria do manejo contemporâneo do IAMCSST[4], porém essa relação não foi objeto de comparação no presente estudo.

A caracterização dos aspectos sociodemográficos, clínicos e assistenciais dos pacientes com IAMCSST atendidos neste serviço contribui para a compreensão da realidade local e pode

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

subsidiar o planejamento dos fluxos de atendimento. O conhecimento do perfil da população atendida e dos desfechos observados pode apoiar o monitoramento assistencial e a adoção de práticas alinhadas às recomendações contemporâneas para o manejo das síndromes coronarianas agudas[3-4,10], especialmente no que se refere à organização do cuidado e à reperfusão em tempo oportuno.

Entre as limitações do estudo destacam-se o delineamento retrospectivo e documental, a utilização de dados secundários e a possibilidade de viés de informação decorrente da incompletude ou imprecisão dos prontuários. A análise por casos disponíveis, sem imputação, reduziu o número de observações em algumas variáveis e pode ter introduzido viés quando a ausência de informação esteve relacionada às características dos pacientes ou da assistência. A concentração dos encaminhamentos regionais de emergências cardiológicas na instituição a partir de outubro de 2022 pode ter modificado o volume de atendimentos e o perfil clínico dos pacientes durante o período investigado. Como os resultados não foram estratificados segundo esse marco organizacional, não foi possível avaliar essas possíveis diferenças.

A utilização de registros previamente produzidos para fins assistenciais também está sujeita a possíveis inconsistências ou erros de classificação das informações. Adicionalmente, embora o levantamento inicial tenha identificado registros correspondentes aos procedimentos realizados no serviço, a composição da amostra considerou cada paciente uma única vez, sem inclusão de registros repetidos. O estudo não realizou análise específica dos fatores associados à mortalidade hospitalar, de modo que o percentual de óbitos observado deve ser interpretado de forma descritiva.

Por fim, por se tratar de estudo realizado em um único centro e restrito a pacientes com diagnóstico confirmado de IAMCSST submetidos à intervenção coronária percutânea de emergência, os achados devem ser generalizados com cautela para outras populações e contextos assistenciais. A amostra não contempla pacientes tratados exclusivamente por outras estratégias terapêuticas e, portanto, não representa a totalidade dos casos de IAMCSST atendidos na rede regional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo caracterizou o perfil epidemiológico, clínico e assistencial de pacientes com IAMCSST submetidos à intervenção coronária percutânea de emergência em um hospital

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

universitário. Predominaram homens, com idade média de 64,5 anos, e o acesso radial direito foi a via mais utilizada. A mortalidade hospitalar foi de 15,5%, enquanto 83,6% dos pacientes receberam alta. Considerando o delineamento retrospectivo, a incompletude dos registros e a realização do estudo em um único centro, os resultados oferecem um panorama descritivo local, sem permitir inferências causais ou ampla generalização. Sua utilização para subsidiar mudanças assistenciais depende de avaliações posteriores dos indicadores de processo e dos desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Cardiovascular statistics – Brazil 2023. Arq Bras Cardiol. 2024;121(2):e20240079. doi: 10.36660/abc.20240079.

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 6 abr 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html

3. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-826. doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.

4. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, Rab T, Tamis-Holland JE, Alexander JH, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2025;85(22):2135-237. doi: 10.1016/j.jacc.2024.11.009.

5. Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, et al. Brazilian Society of Cardiology guidelines on unstable angina and acute myocardial infarction without ST-segment elevation – 2021. Arq Bras Cardiol. 2021;117(1):181-264. doi: 10.36660/abc.20210180.

6. Amoras TSG, Rodrigues TB, Menezes CR, Zaninotto CV, Tavares RS. Door-to-balloon time in cardiovascular emergency care in a hospital of Northern Brazil. Int J Cardiovasc Sci. 2021;34(1):53-9. doi: 10.36660/ijcs.20190104.

7. Menezes GD, Azevedo BF, Oliveira VT, Gonçalves VN, Tavares D, Frota SNR, et al. Epidemiological analysis of death reports in young adults, due to acute myocardial infarction, in Brazil, from 2019 to 2023. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(7):587-97. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p587-597.

8. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS): internações por infarto agudo do miocárdio no Paraná, 2016-2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 6 abr 2026]. Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

9. Milan VB, Alves YFS, Machado GP, Araujo GN, Krepsky AM, Chies A, et al. Sex differences in outcomes of ST-elevation myocardial infarction patients submitted to primary percutaneous coronary intervention. Arq Bras Cardiol. 2023;120(6):e20220673. doi: 10.36660/abc.20220673.

10. Taniguchi FP, Bernardez-Pereira S, Ribeiro ALP, Morgan L, Curtis AB, Taubert K, et al. A nationwide initiative to improve cardiology quality: the Best Practice in Cardiology Program in Brazil. Arq Bras Cardiol. 2023;120(10):e20230375. doi: 10.36660/abc.20230375.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados: Cascavel, PR [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado em 6 abr 2026]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/cascavel.html

12. Oliveira CC, Vilela F, Braga C, Costa J, Marques J. ST-segment elevation myocardial infarction differences between genders: a single-center retrospective analysis. Arq Bras Cardiol. 2023;120(1):e20211040. doi: 10.36660/abc.20211040.

13. Porapakkham P, Porapakkham P, Srimahachota S, Limpijankit T, Kiatchoosakun S, Chandavimol M, et al. Contemporary management and coronary angioplasty outcomes in young patients with ST-elevation myocardial infarction. BMC Cardiovasc Disord. 2024;24:548. doi: 10.1186/s12872-024-04154-w.

14. Gonçalves CM, Gonçalves CM, Carvalho M, Vazão A, Cabral M, Martins A, et al. Sex-related differences in ST-segment elevation myocardial infarction: a Portuguese multicenter national registry analysis. Rev Port Cardiol. 2025;44(3):167-76. doi: 10.1016/j.repc.2024.06.005.

15. Magnussen C, Ojeda FM, Leong DP, Alegre-Diaz J, Amouyel P, Aviles-Santa L, et al. Global effect of modifiable risk factors on cardiovascular disease and mortality. N Engl J Med. 2023;389(14):1273-85. doi: 10.1056/NEJMoa2206916.

16. Lopez-Lopez JP, Rebolledo-Del Toro M, Martinez-Bello D, Garcia-Peña AA, O'Donovan G, Perez-Mayorga M, et al. Sex differences in cardiovascular disease risk factor prevalence, morbidity, and mortality. Glob Heart. 2024;19(1):10. doi: 10.5334/gh.1289.

17. Gersh F, O'Keefe JH, Elagizi A, Lavie CJ, Laukkanen JA. Estrogen and cardiovascular disease. Prog Cardiovasc Dis. 2024;84:60-7. doi: 10.1016/j.pcad.2024.01.015.

18. Sasmita BR, Xie SY, Xie LF, Chen J, Shen J, Li X, et al. Prognostic value of admission respiratory rate in patients with acute myocardial infarction. BMC Cardiovasc Disord. 2025;25:288. doi: 10.1186/s12872-025-04729-1.

19. Lan W, He B, Hu S. Admission heart rate and in-hospital mortality in acute myocardial infarction: a contemporary analysis of the MIMIC-III cohort. BMC Cardiovasc Disord. 2025;25(1):484. doi: 10.1186/s12872-025-04957-5.

20. Sweis RN, Jivan A, Howlett JG. Acute myocardial infarction (MI) [Internet]. Rahway, NJ: Merck & Co.; 2026 [citado em 6 abr 2026]. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/coronary-artery-disease/acute-myocardial-infarction-mi

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

21. Pan Y, Chen Y, Wu SL, Ying P, Zhang Z, Tan X, et al. Prevalence and management of depressive symptoms in coronary heart disease patients and relationship with cardiovascular prognosis. BMC Psychiatry. 2024;24:644. doi: 10.1186/s12888-024-06117-z.

22. Chong RJ, Hao Y, Tan EWQ, Mok GJL, Sia CH, Ho JSY, et al. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder after acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. J Clin Med. 2025;14(6):1786. doi: 10.3390/jcm14061786.

23. Ahmad F, Usman A, Osama ULN, Afreen A, Farhan HMM, Daniyal S, et al. Comparison of access site complications in primary percutaneous coronary intervention using the radial versus the femoral approach for complex lesions: a prospective study. Cureus. 2024;16(10):e72781. doi: 10.7759/cureus.72781.

24. Fazel R, Rao SV, Cohen DJ, Secemsky EA, Swaminathan RV, Manandhar P, et al. Radial versus femoral access for percutaneous coronary intervention: temporal trends and outcomes in the United States. Eur Heart J. 2026;47(5):625-36. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf426.

25. Calé R, Pereira H, Luz A, Teles RC, Costa M, Silva JC, et al. Portuguese national registry of interventional cardiology: official report of percutaneous coronary angiography and intervention from 2014 to 2023. Rev Port Cardiol. 2025;44(6):335-45. doi: 10.1016/j.repc.2024.12.003.

26. Wei ZY, Yang JG, Qian HY, Yang YJ. Impact of marital status on management and outcomes of patients with acute myocardial infarction. J Am Heart Assoc. 2022;11(23):e025671. doi: 10.1161/JAHA.122.025671.

27. Zhu C, Tran PM, Leifheit EC, Spatz ES, Dreyer RP, Nyhan K, et al. Association of marital/partner status and patient-reported outcomes following myocardial infarction. Eur Heart J Open. 2023;3(2):oead018. doi: 10.1093/ehjopen/oead018.

28. Osho A, Fernandes MF, Poudel R, Lemos J, Hong H, Zhao J, et al. Race-based differences in ST-segment elevation myocardial infarction process metrics and mortality. Circulation. 2023;148:229-40. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.123.065512.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.