

# INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM MULHERES DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE CURITIBA: FATORES DE RISCO, TRATAMENTO, DESFECHO, EVOLUÇÃO E APRESENTAÇÃO CLÍNICA

*Data de aceite: 01/08/2023*

### **Fernanda Vivas Volpe**

Universidade Positivo  
Curitiba, Paraná.

ORCID: 0000-0001-8785-7952

### **Ana Carolina Ravaglio Lavalle**

Universidade Positivo  
Curitiba, Paraná.

ORCID: 0000-0001-6436-3618

### **Bianca Elysa Eitelwein Carrano**

Universidade Positivo  
Curitiba, Paraná.

ORCID: 0000-0002-6399-3439

### **Eduarda Thais First**

Universidade Positivo  
Curitiba, Paraná.

ORCID: 0000-0001-7510-4144

### **Yohanna Vitória Greca**

Universidade Positivo  
Curitiba, Paraná.

ORCID: 0000-0002-8970-9352.

Avaliar a interferência dos fatores de risco na evolução, tratamento, desfecho e perfil clínico da amostra analisada. **Métodos:** Estudo retrospectivo com mulheres adultas atendidas por dor torácica em Serviço Emergencial de Hospital de referência de Curitiba-PR, por procura direta ou referenciada, entre 1º de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2020 e que tiveram diagnóstico de IAM confirmado. Foram analisados os dados: idade, classificação do infarto, histórico familiar de 1º grau de doença cardiovascular, presença de comorbidades, evento cardiovascular prévio, condições e hábitos de vida, exames complementares, evolução clínica, uso de hormônio exógeno, tempo entre início de sintomas e procura do atendimento (Delta T), apresentação clínica, tratamento, desfecho clínico e recidiva de IAM. A estratificação de risco foi feita de acordo com a classificação de Killip. **Resultados:** Amostra composta por 190 pacientes na faixa etária de 18 a 101 anos, com as seguintes características clínicas: 64,7% apresentavam idade > 60 anos, mediana do Delta T de 600 minutos, 75,3% foram submetidas ao tratamento por meio da angioplastia, 88,4% receberam alta hospitalar, 90% apresentaram classificação de Killip 1, 72,6% evoluíram

**RESUMO: Introdução:** O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em mulheres ainda é subtratado e subdiagnosticado. Concomitantemente, o número absoluto de casos aumentou, devido à maior exposição a fatores de risco. **Objetivo:**

sem complicações hospitalares, 52,6% das mulheres apresentaram alterações com supradesnivelamento do segmento ST no eletrocardiograma, 96,3% tinham TnI (troponina) alterada. Os fatores de risco predominantes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia e tabagismo. Apenas 4,2% não apresentavam nenhum fator de risco e 52,6% das mulheres apresentavam 3 ou mais. **Conclusão:** Os principais fatores de risco foram HAS, dislipidemia e tabagismo. Além disso, os demais fatores analisados apresentam importância clínica, visando à prevenção e promoção da saúde da mulher.

**PALAVRAS-CHAVE:** infarto agudo do miocárdio; mulheres; evolução clínica; fatores de risco.

## ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN WOMEN IN A TERTIARY HOSPITAL OF CURITIBA: RISK FACTORS, TREATMENT, OUTCOME, EVOLUTION AND CLINICAL PRESENTATION

**ABSTRACT: Introduction:** Acute Myocardial Infarction (AMI) in women is still undertreated and underdiagnosed. Concomitantly, the absolute number of cases increased, due to greater exposure to risk factors. **Objective:** To evaluate the interference of risk factors in the evolution, treatment, outcome, and clinical profile of the analyzed sample. **Methods:** Retrospective study with adult women attended for chest pain in the Emergency Service of a reference Hospital in Curitiba-PR, by direct or referred search, between January 1, 2016, and December 31, 2020, and who had a confirmed diagnosis of AMI. Data analyzed: age, infarction classification, family history of 1st-degree cardiovascular disease, presence of comorbidities, previous cardiovascular event, living conditions and habits, complementary exams, clinical evolution, use of an exogenous hormone, the time between the onset of symptoms and seeking care (Delta T), clinical presentation, treatment, clinical outcome, and AMI recurrence. Risk stratification was performed according to the Killip classification. **Results:** Sample composed of 190 patients aged between 18 and 101 years, with the following clinical characteristics: 64.7% were aged > 60 years, median Delta T of 600 minutes, 75.3% underwent treatment after angioplasty, 88.4% were discharged from hospital, 90% had Killip classification 1, 72.6% had no hospital complications, 52.6% of women had changed with ST-segment elevation on the electrocardiogram, 96.3% had TnI (troponin) altered. The predominant risk factors were Systemic Arterial Hypertension (SAH), dyslipidemia, and smoking. Only 4.2% had no risk factors and 52.6% of women had 3 or more. **Conclusion:** The main risk factors were SAH, dyslipidemia, and smoking. In addition, the other analyzed factors have clinical importance, aiming at the prevention and promotion of women's health.

**KEYWORDS:** acute myocardial infarction; women; clinical course; risk factors.

## INTRODUÇÃO

A Terceira Revolução Industrial define-se como o atual momento do capitalismo, trazendo consigo a nova forma de enxergar a imagem feminina, uma mulher contemporânea que, apesar de manter suas obrigações maternas, apoderou-se de diversas outras funções antes destinadas apenas aos homens (AMARAL, 2013). Para isso, precisa enfrentar vários desafios como a dupla jornada de trabalho, efeitos dos anticoncepcionais combinados e falta de tempo para cuidar de si mesma (D'ELIA, 2009).

O IAM é resultante de morte celular em decorrência de um período prolongado de isquemia. A fisiopatologia é predominantemente explicada no contexto das Síndromes Coronarianas Agudas, por instabilização de uma placa aterosclerótica, envolvendo erosão ou ruptura e subsequente formação de trombo oclusivo ou suboclusivo (NICOLAU et al., 2021). O IAM é definido como elevação aguda de troponina cardíaca; algum achado que sugira/confirme isquemia, podendo ser: sintomas típicos de isquemia (dor torácica anginosa), novas alterações isquêmicas de eletrocardiograma (ECG), evidência por método de imagem de nova alteração contrátil ou de perda de músculo cardíaco compatível com isquemia ou presença de trombo intracoronário no cateterismo ou na autópsia (THYGESSEN et al., 2018).

A incidência de IAM em mulheres está se elevando juntamente com o aumento da prevalência dos fatores de risco tradicionais, como o estilo de vida, DM, obesidade e síndrome metabólica; e fatores de risco não tradicionais, como depressão, ansiedade e estresse (VARELA et al., 2007).

Considerando a importância da identificação e manejo adequados das doenças cardiovasculares, a investigação das particularidades do IAM nas mulheres, grupo subdiagnosticado e subtratado, é de extrema importância para um melhor entendimento, da prevenção, evolução clínica, tratamento, sinais e sintomas, dos fatores de risco e desfecho (ESCOSTEGUY, 2002).

Esse estudo propõe uma análise dos dados coletados de prontuários, no período de 1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2020, em hospital terciário, com Unidade de Dor Torácica e Centro de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, em Curitiba-PR, com diagnóstico de IAM confirmado, priorizando a análise da evolução, apresentação clínica, tratamento e desfecho de acordo com os fatores de risco das pacientes.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de estudo retrospectivo por meio de análise de prontuários eletrônicos armazenados no sistema Tasy de mulheres com diagnóstico de IAM confirmado e atendidas no período de 1º de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2020, na Unidade de Dor Torácica e Centro de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, do Hospital da Cruz Vermelha Brasileira em Curitiba – PR.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Positivo (UP) no dia 14 de maio de 2021, mediante parecer n. 4.712.909 e CAAE 46286321.5.0000.0093.

A pesquisa foi constituída pela análise de 268 prontuários. Sendo que desses, apenas 190 prontuários se enquadram nos critérios de inclusão e exclusão de mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico de IAM dentro da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), admitidas via setor de emergência.

Foram incluídas pacientes do gênero feminino de 18 a 101 anos com diagnóstico de IAM confirmado, admitidas no Setor de Internamento Emergencial (SIE) no HCV/ Curitiba/PR, por procura direta ou referenciadas por dor torácica. Foram excluídas pacientes com prontuário eletrônico que não possuíam dados suficientes para atender aos interesses desse estudo ou que foram transferidos para outros serviços antes de concluir o tratamento.

Para a estratificação de riscos foi aplicada a classificação segundo Killip (1967), a qual avalia pacientes que sofreram IAM e suas chances de sobrevivência em 30 dias, baseando-se nas complicações após o evento. A classificação divide-se em 4 grupos: grupo 1 - sem sinais de insuficiência cardíaca, grupo 2 - crepitações até terço médio, presença de B3, grupo 3 - edema agudo de pulmão e grupo 4 - choque cardiogênico (hipotensão e sinais de hipoperfusão).

Os dados obtidos dos prontuários foram idade, classificação do infarto, histórico familiar de 1º grau de doença cardiovascular, presença de comorbidades (dislipidemia, diabetes, insuficiência renal crônica e hipertensão arterial sistêmica), evento cardiovascular prévio, condições e hábitos de vida (etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas), exames complementares (curva de troponina e ECG), evolução clínica (presença ou não de complicação no internamento hospitalar), uso de hormônio exógeno, Delta T (tempo entre início de sintomas e o tratamento), apresentação clínica, tratamento (clínico, angioplastia, cirurgia cardiovascular), desfecho clínico (alta ou morte hospitalar), recidiva de IAM.

Os dados foram tabulados em planilha do Programa Microsoft Excel e submetidos a análise estatística com o auxílio do programa SPSS 17,0. O teste de Shapiro-Wilk foi aplicado para avaliação da normalidade do dado. As variáveis contínuas foram expressas com média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, e comparadas com o teste não paramétrico Mann-Whitney. As variáveis categóricas (fatores de risco e agregação de fatores de risco) foram expressas em frequência absoluta (n) e relativa (%) e comparadas com o teste exato de Fisher. A comparação do Delta T entre as categorias de agregação de fatores de risco (FR) foi realizada utilizando o teste de Kruskal Wallis. Valores de p menores que 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

## RESULTADOS

No período do estudo, 268 mulheres foram atendidas por suspeita de IAM, entretanto, 190 casos foram confirmados, apresentando faixa etária entre 18 a 101 anos, maioria com idade  $\geq$  60 anos (64,7%), hipertensas (79,5%), dislipidêmicas (53,2%), e portadoras de três ou mais fatores de risco para IAM (52,6%) (Tabela 1).

		n	%
<b>Faixa etária</b>	18 a 45 anos	15	7,9
	46 a 59 anos	52	27,4
	≥60 anos	123	64,7
<b>Histórico familiar IAM</b>	Sem Informação	2	1,1
	Não	147	77,4
	Sim	41	21,6
<b>HAS</b>	Não	39	20,5
	Sim	151	79,5
<b>Dislipidemia</b>	Não	89	46,8
	Sim	101	53,2
<b>Diabetes mellitus</b>	Sem Informação	1	0,5
	Não	116	61,1
	Sim	73	38,4
<b>Insuficiência renal crônica</b>	Sem Informação	7	3,7
	Não	174	91,6
	Sim	9	4,7
<b>Terapia hormonal</b>	Sem Informação	18	9,5
	Não	166	87,4
	Sim	6	3,2
<b>AVC prévio</b>	Sem Informação	1	0,5
	Não	180	94,7
	Sim	9	4,7
<b>IAM prévio</b>	Não	163	85,8
	Sim	27	14,2
<b>Novo IAM</b>	Sem Informação	1	0,5
	Não	173	91,1
	Sim	16	8,4
<b>Tabagismo</b>	Sem Informação	3	1,6
	Não	94	49,5
	Sim	93	48,9
<b>Etilismo</b>	Não	186	97,9
	Sim	4	2,1
<b>Drogas ilícitas</b>	Não	187	98,4
	Sim	3	1,6
<b>Agregação de fatores de risco</b>	Nenhum	8	4,2
	1 a 2 fatores de risco	82	43,2
	3 ou mais fatores de risco	100	52,6

**IAM:** Infarto agudo do miocárdio; **HAS:** Hipertensão arterial sistêmica; **AVC:** Acidente vascular cerebral.

Tabela 1. Características dos casos de IAM em mulheres. (n=190).

Fonte: As autoras.

O tempo mediano de busca pelo atendimento após o início dos sintomas foi de 600 minutos, sendo a dor a principal manifestação clínica (92,1%). Cerca de 52,6% das mulheres apresentaram alterações com supradesnivelamento do segmento ST no ECG, 96,3% tinham Tnl (troponina) alterada e 27,4% apresentaram complicações.

Predominou tratamento por meio de angioplastia (75,3%) seguido de tratamento clínico (22,6%) e apenas 2,1% dos casos foram submetidos a cirurgia aberta. Classificação de Killip > 1 ocorreu em 10% dos casos e a mortalidade hospitalar em 11,6% (Tabela 2).

		<b>Mediana</b>	<b>IQ</b>
<b>Delta t (minutos)</b>		600	250 – 1200
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Apresentação clínica</b>	Choque cardiogênico	6	3,2
	Dor	175	92,1
	Sintomas inespecíficos	9	4,7
<b>Eletrocardiograma</b>	Com supra	100	52,6
	Sem supra	90	47,4
<b>TnI</b>	Sem Informação	2	1,1
	Alterada	183	96,3
	Não alterada	5	2,6
<b>Evolução clínica</b>	Complicação	52	27,4
	Sem complicação	138	72,6
<b>Tratamento</b>	Angioplastia	143	75,3
	Cirurgia aberta	4	2,1
	Clínico	43	22,6
<b>Classificação de Killip</b>	1	171	90
	2	8	4,2
	3	3	1,6
	4	8	4,2
<b>Desfecho clínico</b>	Alta hospitalar	168	88,4
	Morte hospitalar	22	11,6

**TnI:** Troponina

Tabela 2. Caracterização dos aspectos clínicos dos casos. (n=190).

Fonte: As autoras.

Mulheres com HAS apresentaram maiores valores de Delta T (Hipertensas = 660 minutos vs. Sem hipertensão = 360 minutos,  $p = 0,024$ ). Adicionalmente, mulheres usuárias de drogas ilícitas apresentaram menor Delta T quando comparadas às não usuárias (120 minutos vs. 600 minutos,  $p = 0,015$ ) (Tabela 3).

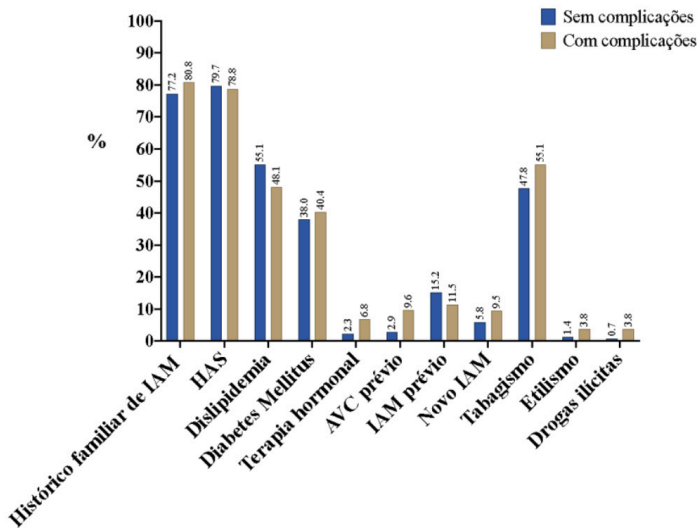
		Mediana	Intervalo Interquartil	
		(minutos)		
<b>Histórico familiar IAM</b>	Não	600	240	1200
	Sim	600	240	1020
<b>HAS</b>	Não	<b>360</b>	<b>150</b>	<b>720</b>
	Sim	<b>660</b>	<b>270</b>	<b>1200</b>
<b>Dislipidemia</b>	Não	420	210	1020
	Sim	720	270	1200
<b>Diabetes mellitus</b>	Não	447	240	1110
	Sim	660	300	1080
<b>Terapia hormonal</b>	Não	600	240	1200
	Sim	390	180	840
<b>AVC prévio</b>	Não	600	240	1140
	Sim	840	240	1080
<b>IAM prévio</b>	Não	600	240	1020
	Sim	720	300	1440
<b>Novo IAM</b>	Não	600	255	1200
	Sim	510	250	990
<b>Tabagismo</b>	Não	690	255	1200
	Sim	443	240	1020
<b>Etilismo</b>	Não	600	240	1200
	Sim	150	120	450
<b>Drogas ilícitas</b>	Não	<b>600</b>	<b>240</b>	<b>1200</b>
	Sim	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>180</b>

**IAM:** Infarto agudo do miocárdio; **HAS:** Hipertensão arterial sistêmica; **AVC:** Acidente vascular cerebral.

Tabela 3. Comparação do Delta t de acordo com a ocorrência de fatores de risco em mulheres com

Fonte: As autoras.

Nenhuma associação significativa foi visualizada entre os fatores de risco e a evolução clínica nas mulheres com IAM (Figura 1).

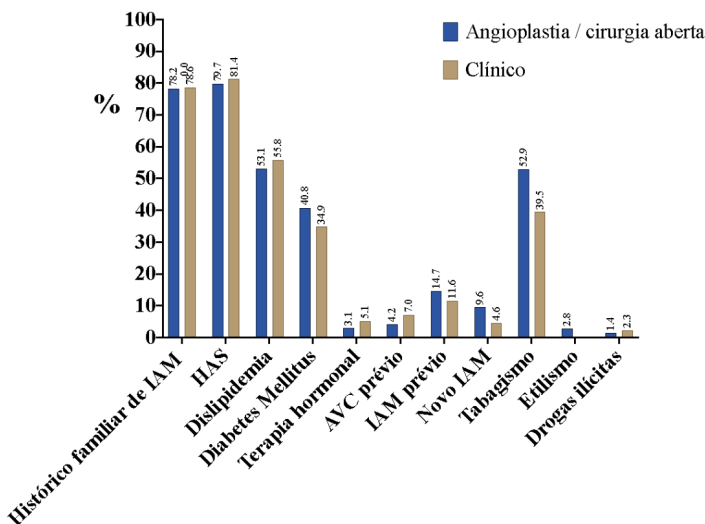


**IAM:** Infarto agudo do miocárdio; **HAS:** Hipertensão arterial sistêmica; **AVC:** Acidente vascular cerebral.

Figura 1 - Prevalência de fatores de risco de acordo com a evolução clínica dos casos de IAM em mulheres (n=190).

Fonte: As autoras.

Nenhuma associação significativa foi visualizada entre os fatores de risco e o tipo de tratamento utilizado nas mulheres com IAM (Figura 2).



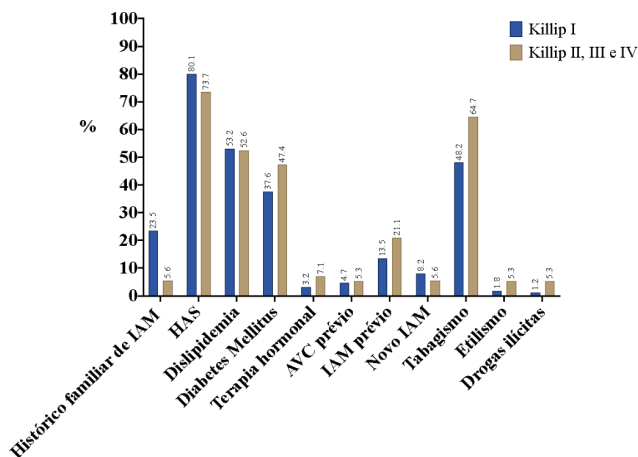
**IAM:** Infarto agudo do miocárdio; **HAS:** Hipertensão arterial sistêmica; **AVC:** Acidente vascular cerebral.

Figura 2 - Prevalência de fatores de risco de acordo com o tipo de tratamento dos casos de IAM em mulheres (n=190).

Fonte: As autoras.



Nenhuma associação significativa foi visualizada entre os fatores de risco e os critérios de Killip nas mulheres com IAM (Figura 3).

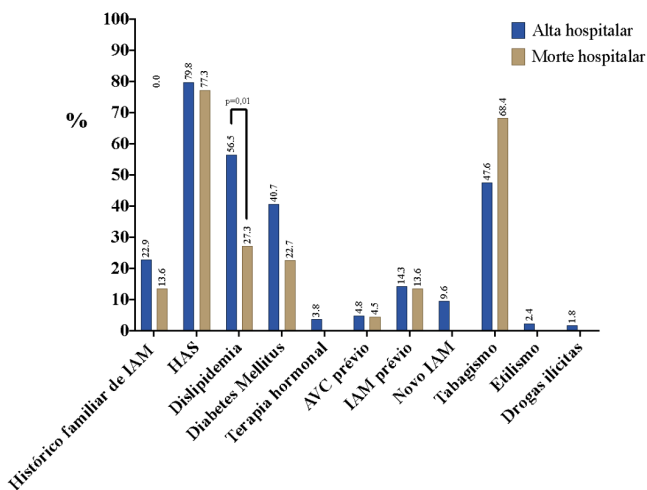


**IAM:** Infarto agudo do miocárdio; **HAS:** Hipertensão arterial sistêmica; **AVC:** Acidente vascular cerebral.

Figura 3 - Prevalência de fatores de risco de acordo com os critérios de Killip dos casos de IAM em mulheres (n=190).

Fonte: As autoras.

Associações significativas foram vistas somente para a dislipidemia, sendo essa mais presente nas mulheres que apresentaram alta hospitalar (56,5% vs. 27,3%,  $p=0,01$ ) (Figura 4)



**IAM:** Infarto agudo do miocárdio; **HAS:** Hipertensão arterial sistêmica; **AVC:** Acidente vascular cerebral.

Figura 4 - Prevalência de fatores de risco de acordo com o desfecho clínico dos casos de IAM em mulheres (n=190).

Fonte: As autoras.

Diferenças significativas foram visualizadas entre as categorias de agregação de fatores de risco para o desfecho clínico. A prevalência de morte hospitalar foi maior nas mulheres sem fatores de risco quando comparada às com 3 ou mais fatores de risco (37,5% vs. 7,0,  $p=0,024$ ). (tabela 4).

	Nenhum FR	1 a 2 FR	3 ou mais FR	p
Delta t – minutos (mediana (IIQ))	240 (60 – 1200)	500 (240 – 980)	720 (300 – 1200)	0,173 <sup>a</sup>
Evolução Clínica (com complicações)	62,50%	25,60%	26,00%	0,088 <sup>b</sup>
Tipo de tratamento Angioplastia/cirurgia aberta)	12,50%	24,40%	22,00%	0,830 <sup>b</sup>
Crítérios de Killip (II, II e IV)	25,00%	8,50%	10,00%	0,298 <sup>b</sup>
Desfecho Clínico (morte hospitalar)	37,5%*	14,60%	7,0%*	0,024 <sup>b</sup>

**FR:** Fator de risco, **IIQ:** intervalo interquartil; <sup>a</sup>: valor de p para o teste de Kruskal Wallis; <sup>b</sup>: valor de p para o teste exato de Fisher, \*: indicam diferenças significativas entre as categorias de agregação de fatores de risco.

Tabela 4 - Associação da agregação de fatores de risco com o delta t, a evolução clínica, os critérios de Killip e o desfecho clínico em mulheres com IAM (n=190)

Fonte: As autoras.

## DISCUSSÃO

Em nosso estudo, 79,5% das pacientes eram hipertensas e 53,2% apresentavam dislipidemia. Em relação a isso, o artigo publicado por MEHTA et al., (2016), na revista da American Heart Association, diz que a hipertensão é um importante fator de risco para IAM em mulheres, com risco atribuível à população de 36%, indicando que o risco de IAM pode ser reduzido em 36% se a hipertensão for eliminada como fator de risco.

Já níveis elevados de colesterol total e colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL) predizem morte cardíaca em mulheres de meia-idade (menor que 65 anos) e mais velhas (maior ou igual a 65 anos), mas a relevância dessa relação em mulheres mais velhas é diminuída. Os níveis de lipoproteínas estão associados ao risco cardiovascular de longo prazo; no entanto, no cenário do IAM, há um paradoxo lipídico: pacientes com níveis de triglicerídeos e LDL significativamente mais baixos têm taxas mais altas de mortalidade intra-hospitalar em 30 dias (LICHTMAN et al., 2015). A predominância com quase 80% das pacientes apresentando HAS como comorbidade evidencia a importância dessa patologia como fator de risco.

Com relação a DM, 38,4% das pacientes apresentavam essa comorbidade. Para MEHTA et al., (2016), o DM é um FR significativo em mulheres jovens, aumentando o risco de doença arterial coronariana em 4 a 5 vezes. Em artigo sobre FR para o IAM de PEREIRA DA SILVA et al., (2019), os pacientes que apresentam IAM, precocemente diagnosticados com DM, desenvolvem um pior prognóstico em menor prazo do que os não diabéticos.

Em análise do histórico familiar do IAM, nosso estudo encontrou 21,6% de correlação. Em artigo publicado por LICHTMAN et al., (2015), no Cardiovascular Quality and Outcomes, as participantes reconheceram que não tinham percepção a respeito do risco pessoal de doenças cardíacas, mesmo entre mulheres que tinham histórico familiar de doença cardíaca ou vários FR conhecidos. Algumas mulheres perceberam essa desconexão como consequência de sua pouca idade, enquanto outras relataram que sua preocupação com uma condição crônica de saúde impedia a possibilidade de doença cardíaca. Isso demonstra que o histórico familiar é pouco conhecido pelas pacientes ou pouco associado ao próprio evento, podendo prejudicar a acurácia dos dados estatísticos.

Quanto ao tabagismo, esse fator é a maior causa evitável de eventos cardiovasculares no mundo. O estresse oxidativo e aumento de citocinas inflamatórias causado por componentes tóxicos presentes no tabaco geram lesões irreversíveis no endotélio dos vasos cardíacos que propiciam a formação de placas ateroscleróticas e eventualmente levam à Síndrome Coronariana Aguda (LICHTMAN et al., 2015). Das 190 pacientes, 93 (48,9%) relataram ser tabagistas, e destas 55,1% apresentaram complicações durante a evolução clínica, 52,3% foram submetidas a angioplastia ou cirurgia aberta e 68,4% evoluíram para morte hospitalar. É possível observar que o tabagismo é preditor de mau prognóstico, no entanto devido à falta de dados mais aprofundados como carga tabágica e forma de tabagismo, o  $p = 0,169$  para a comparação do Delta T com tal fator de risco o torna estatisticamente não significativo.

Em nosso estudo, a maioria das mulheres com IAM estavam com idade maior ou igual a 60 anos, correspondendo a 64,7% do total. Em artigo publicado por Izadnegahdar et al., (2014), no Journal of Woman's Health, as mulheres representaram 35% dos pacientes sendo 9,6% na faixa etária de 20 a 55 anos, 11,7% na faixa etária de 56 a 64 anos, 20,3% na faixa etária de 65 a 74 anos, 58,4% na faixa etária de 65 a 74 anos e 33,7% na faixa etária igual ou acima de 75 anos.

Levando em conta o Delta T, constatou-se mediana de 600 minutos (10 horas), sendo que o Delta T mínimo foi 30 minutos e o maior tempo de 21.600 minutos (15 dias), a mediana geral foi elevada em virtude de 14 pacientes com um Delta T superior há 3 dias. Esse tempo médio diverge dos seguintes autores brasileiros que apontam a média entre 1 hora e 30 minutos por Mussi et al., (2014), 5 horas por Oliveira e Cordioli (2022), 18 horas por Bastos et al., (2012) e 3 dias por SILVA; MELO; NEVES, (2019).

O sintoma mais encontrado como precursor da procura por atendimento foi a dor torácica, tanto no presente estudo (92,1%), quanto pelos autores MUSSI et al., (2014); OLIVEIRA; CORDIOLI, (2022); BASTOS et al., (2012); SILVA; MELO; NEVES, (2019), variando apenas em alguns sintomas associados como dor epigástrica e sudorese, assim como a principal alteração encontrada ao ECG foram as lesões com supradesnivelamento do segmento ST.

Com relação aos métodos terapêuticos utilizados, a maioria dos casos analisados por esse estudo foi tratada por meio de angioplastia (75,3%). Esta técnica também foi citada como tratamento preferencial pelos autores Mussi et al., (2014); Oliveira e Cordioli (2022); Silva et al., (2019) que estudaram o tema, cuja porcentagem foi sempre superior a 50%.

Ao analisar a prevalência geral de pacientes que evoluíram de forma desfavorável, encontrou-se a prevalência de 27,4%. Dado este que, apesar de não ter sido significativo, é semelhante ao descrito pelos autores Conti et al., (2002), os quais encontraram complicações em menos de 40% das pacientes.

Enquanto o atual trabalho não encontrou associação significativa entre os fatores de risco e os critérios de Killip nas mulheres com IAM; os autores Khot et al., (2003) concluíram que pacientes em Killip classe II, III ou IV eram geralmente mais velhos e tinham significativamente mais comorbidades.

Os autores Santos et al., (2019) afirmam que quanto maior o índice de FR associados, maior a mortalidade, além de que mais tardiamente a mulher procura o atendimento médico. Na amostra deste estudo foi observado, que pacientes com 3 ou mais FR demoraram mais tempo para procurar atendimento ( $p=0,173$ ) e foram mais submetidas à abordagem terapêutica não clínica ( $p=0,830$ ) do que pacientes com nenhum fator de risco. Porém, mulheres com nenhum fator de risco apresentaram maior índice ( $p=0,024$ ) de mortalidade hospitalar. Essa diferença de resultados encontrados pode ser explicada pelo reduzido número de pacientes sem fatores de risco analisados ( $n=8$ ), em comparação com 3 FR ou mais ( $n=100$ ).

Analisando os FR versus alta hospitalar ou óbitos, este estudo identificou associações significativas ( $p=0,01$ ) para pacientes com dislipidemia, predominantemente em mulheres com alta hospitalar. Diverge do que afirmam os autores Anna et al., (2021), o qual constataram que a HAS foi o FR com maior mortalidade, seguido por DM e dislipidemia. Tal contraposição se dá, provavelmente, devido às limitações do estudo retrospectivo, em que alguns FR para IAM, como obesidade e estresse, não puderam ser analisados por falta de dados.

A HAS é um dos mais importantes FR não modificáveis do IAM em mulheres e já se mostrou associada a um aumento de mais de 10x na mortalidade por doença arterial coronariana de pacientes na menacme (SANTOS et al., 2019). Neste estudo, as hipertensas apresentaram maior Delta T, dado que foi significativo ( $p=0,024$ ). É sabido e descrito na literatura que maior tempo de procura de atendimento resulta em maior mortalidade hospitalar.

Usuárias de drogas ilícitas procuraram o atendimento antes se comparado com as não usuárias, e este dado foi significativo ( $p= 0,015$ ). Esse fator de risco é descrito como incomum na literatura, relacionado ao IAM em indivíduos jovens e associado com alta letalidade e apresentação clínica de acentuada gravidade (BARTOLUCCI et al., 2016).

## CONCLUSÃO

Através do presente estudo, constatou-se que os fatores de risco HAS e uso de drogas ilícitas foram interferentes no tempo entre início dos sintomas e a procura do atendimento das pacientes com IAM. As hipertensas demoraram mais até a chegada ao serviço, ao contrário das usuárias de substâncias ilícitas, que demoraram menos. Os demais fatores de risco coletados e suas relações com o tratamento, desfecho, evolução e apresentação clínica das pacientes não apresentaram relevância estatística, provavelmente pelas limitações deste estudo, o qual apresentou amostra reduzida de pacientes e metodologia retrospectiva de coleta de dados.

## REFERÊNCIAS

- Amaral. GA. **Os desafios da inserção da mulher no mercado de trabalho.** Itinerarius Reflectionis. 2013;8(2). doi: <https://doi.org/10.5216/rir.v2i13.22336>.
- Anna MFBS, Paula CFB, Mendonça R de CHR, Beccaria LM, Contrin LM, Werneck AL. **Taxa de morbimortalidade entre homens e mulheres com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.** Rev Enfermagem UERJ]. 2021;29(1):53001. DOI:10.12957/reuerj.2021.53001.
- Bartolucci J, Nazzal N C, Verdugo FJ, Prieto JC, Sepúlveda P, Corbalán R. **Características, manejo y evolución intrahospitalaria de usuarios de drogas ilícitas con infarto agudo del miocardio.** Rev Médica de Chile. 2016;144(1):39–46. DOI:10.4067/S0034-98872016000100006.
- Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Cesarino CB. **Time of arrival of patients with acute myocardial infarction to the emergency department.** Rev Bras Cir Cardiovasc. 2012;27(3):411–8. DOI: 10.5935/1678-9741.20120070.
- Conti RAS, Solimene MC, Luz PL, Benjó AM, Lemos Neto PA, Ramires JAF. **Comparison between young males and females with acute myocardial infarction.** Arq Bras Cardiol. 2002;79:518–25. DOI:10.1590/s0066-782x2002001400009.
- D'Elia TCP. **Mulher, maternidade e trabalho: dilemas contemporâneos.** Psicol Clín. 2009;21(2):503–3. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652009000200032>.
- Escosteguy C. **Artigo de Revisão Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares nas Mulheres** Figura 1 [Internet]. 2002. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2002\\_01/a2002\\_v15\\_n01\\_art01.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2002_01/a2002_v15_n01_art01.pdf)
- Izadnegahdar M, Singer J, Lee MK, Gao M, Thompson C, Kopec J, et al. **Do younger women fare worse? Sex differences in acute myocardial infarction hospitalization and early mortality rates over ten years.** undefined [Internet]. 2014. DOI: 10.1089/jwh.2013.4507
- Khot UN, Jia G, Moliterno DJ, Lincoff AM, Khot MB, Harrington RA, et al. **Prognostic Importance of Physical Examination for Heart Failure in Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes.** JAMA. 2003;290(16):2174. DOI: 10.1001/jama.290.16.2174.
- Killip T, Kimball JT. **Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit.** Am J Cardiol. 1967;20(4):457–64. Doi: 10.1016/0002-9149(67)90023-9.

Lichtman JH, Leifheit-Limson EC, Watanabe E, Allen NB, Garavalia B, Garavalia LS, et al. **Symptom Recognition and Healthcare Experiences of Young Women With Acute Myocardial Infarction.** *Circulation: Cardiovasc Quality Outcomes.* 2015;8(2\_suppl\_1):S31–8. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001612.

Mehta LS, Beckie TM, DeVon HA, Grines CL, Krumholz HM, Johnson MN, et al. **Acute Myocardial Infarction in Women.** *Circulation.* 2016;133(9):916–47. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000351.

Mussi FC, Mendes AS, Damasceno CA, Gibaut MAM, Guimarães AC, Teles CAS. **Fatores ambientais associados ao tempo de decisão para procura de atendimento no infarto do miocárdio.** *Rev Bras Enfermagem.* 2014;67:722–9. DOI:10.1590/0034-7167.2014670508.

Nicolau JC, Filho GSF, Petriz JL, Furtado RH de M, Précoma DB, Lemke W, et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021.** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021 [Internet]. 2021 Feb 26;00(00). Doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20210180>.

Oliveira JFM, Cordioli LF de O. **Fatores associados ao prognóstico no infarto agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST em um hospital terciário.** repositoriounescet [Internet]. 2022 May 20; Available from: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/9168>.

Santos FCP, Gazzi LAP, Libardi MC, Santos DFP, Silva DVB, Fichinno MZS, Paulista PP. **Epidemiologia e manejo dos fatores de risco na Síndrome Coronariana Aguda na mulher.** *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba.* 2009;11(2):6-11. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/1888>.

Silva FL, Melo MAB de, Neves RA. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados por infarto agudo do miocárdio em hospital de Goiás.** *RBMC.* 2019;5(13). DOI: 10.36414/rbmc.v5i13.15.

Stefânia Pereira da Silva M, Isabel Vieira de Brito D, Emanuel de Abreu Oliveira P, Silva Oliveira G, Iranilda Silva Magalhães M, Alciene Saraiva de Souza M. **Fatores de risco associados ao infarto agudo do miocárdio.** *Rev Interdisciplinar Saúde.* 2019;6(1):29–43. DOI: 10.35621/25387490.6.1.29-43.

Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. **Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction.** *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(18):2231–64. Doi: <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000617>.

Varela R. **Infarto do miocárdio em mulheres: sua percepção.** Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/86778/208918.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.