



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE TEMPORAL DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO ENTRE 2014 E 2024.

Luana Fabian¹, Luciana Osório Cavalli², Isabela Alves Tavares¹, Maria Eduarda Di Ferdinando Pinto¹, Mylena Ribeiro Gomes¹, Vitoria Eduarda Lewandowski Mousquer¹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n4p931-948>

Artigo recebido em 20 Março e publicado em 20 de Abril de 2026

ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA

RESUMO

INTRODUÇÃO: O infarto agudo do miocárdio (IAM) constitui uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, apresentando significativa relevância epidemiológica e impacto no sistema de saúde. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é descrever o perfil epidemiológico e realizar uma análise temporal das internações por IAM no estado do Paraná, no período de 2014 a 2024. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, fundamentado em dados secundários extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisadas variáveis como sexo, faixa etária, internações, taxa de mortalidade, óbito e distribuição geográfica por macrorregiões de saúde. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados por meio de estatística descritiva, buscando identificar padrões, desigualdades e tendências temporais ao longo do período. **RESULTADOS:** Foram registradas 89.997 internações hospitalares por IAM no Paraná, com predominância do sexo masculino (64,7%), indivíduos brancos (74,4%) e faixas etárias acima de 50 anos. A macrorregião Leste concentrou a maior proporção de internações (46,3%) e de óbitos (42,7%). A taxa média de mortalidade hospitalar foi de 10,9%, sendo mais elevada entre mulheres (13,5%) e idosos (23,5% na faixa ≥ 80 anos). **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o perfil epidemiológico do IAM no Paraná é semelhante ao panorama nacional, caracterizando-se por maior ocorrência em homens e idosos, com redução discreta da mortalidade hospitalar ao longo da série temporal. Persistem, contudo, diferenças regionais e de sexo, evidenciando a necessidade de fortalecer ações de prevenção, diagnóstico precoce e ampliação do acesso à atenção cardiovascular de alta complexidade no estado.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio, DATASUS, Epidemiologia, Análise Temporal, Paraná.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND TIME TREND ANALYSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN THE STATE OF PARANÁ, BRAZIL, 2014-2024

ABSTRACT

INTRODUCTION: Acute myocardial infarction (AMI) remains one of the leading causes of morbidity and mortality in Brazil, with significant epidemiological relevance and impact on the public health system. **OBJECTIVE:** This study aimed to describe the epidemiological profile and analyze the temporal evolution of hospital admissions and deaths due to AMI in the state of Paraná, Brazil, from 2014 to 2024. **METHODOLOGY:** This is an observational, retrospective, and descriptive study with a quantitative approach, based on secondary data obtained from the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The variables analyzed included sex, age group, race/color, hospital admissions, deaths, hospital mortality rate, and distribution by macro-regions of health. Data were organized in electronic spreadsheets and analyzed through descriptive statistics to identify patterns, inequalities, and temporal trends throughout the study period. **RESULTS:** A total of 89,997 hospital admissions for AMI were recorded in Paraná, predominantly among males (64.7%), white individuals (74.4%), and those aged over 50 years. The Eastern macro-region accounted for 46.3% of admissions and 42.7% of hospital deaths. The overall hospital mortality rate was 10.9%, higher among females (13.5%) and the elderly (23.5% in the ≥ 80 years group). **CONCLUSION:** The findings indicate that the epidemiological profile of AMI in Paraná is similar to the national scenario, characterized by higher occurrence among men and older adults, and a slight reduction in hospital mortality rates over time. However, regional and gender differences persist, highlighting the importance of strengthening preventive strategies, early diagnosis, and expanding access to specialized cardiovascular care.

Keywords: Acute Myocardial Infarction (AMI), DATASUS, Epidemiology, Temporal Analysis, Paraná.

Instituição afiliada – ¹Acadêmica do 8º período do curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. ²Graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2009), residência médica em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (2011), mestrado em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (2016), especialização em Preceptoría de Residência Médica no SUS pelo Hospital Sírio-Libanês (2017), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (2021). Atualmente é médica generalista do Centro Especializado em Doenças Infecto Parasitárias, Supervisora do programa mais médicos do Ministério da Educação, Coordenadora do Centro de Atenção à Saúde Unimed e professora do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz.

Autor correspondente: Luana Fabian luanafabiann@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é definido como necrose miocárdica em uma condição clínica consistente com isquemia miocárdica, geralmente ocasionada por oferta insuficiente de oxigênio ao miocárdio em relação à sua demanda metabólica (LIBBY et al., 2019). De acordo com dados do Ministério da Saúde, o IAM corresponde a uma parcela significativa das doenças cardiovasculares, sendo responsável por elevadas taxas de internação e mortalidade hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2024). No estado do Paraná, a magnitude do problema reflete a realidade nacional, porém com especificidades locais que devem ser melhor compreendidas.

A isquemia miocárdica ocorre, na maioria dos casos, em decorrência da obstrução súbita de uma artéria coronária, usualmente por ruptura de uma placa aterosclerótica com formação subsequente de trombo, mas também pode estar associada a alterações dinâmicas na resistência vascular coronariana (IBANEZ et al., 2018). A manifestação clássica da isquemia é a angina ou dor torácica aguda, geralmente descrita como peso ou aperto no tórax, sensação de queimação ou dificuldade ao respirar. Frequentemente ocorre irradiação para o ombro esquerdo, pescoço e braço. Na maioria das vezes, aumenta em intensidade em poucos minutos (IBANEZ et al., 2018). A dor pode começar no esforço ou durante estresse psicológico, porém, na maioria das vezes, a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ocorre sem fatores precipitantes óbvios. Descrições atípicas da dor torácica reduzem a probabilidade de os sintomas representarem isquemia ou lesão miocárdica.

Ainda assim, dados obtidos de grandes grupos de pacientes com dor torácica aguda indicam que as SCAs ocorrem em indivíduos com sintomas atípicos em uma frequência suficiente para que nenhum fator isolado possa ser utilizado para excluir o diagnóstico de doença cardíaca isquêmica aguda. Os médicos devem estar cientes dos “equivalentes anginosos”, como dor na mandíbula ou no ombro na ausência de dor torácica ou dispneia, náuseas ou vômitos e diaforese (LIBBY et al., 2019). Particularmente mulheres, idosos e diabéticos têm maior probabilidade de apresentar sintomas atípicos de isquemia ou infarto.

Estima-se que, no Brasil, ocorram de 300 mil a 400 mil casos anuais de infarto e

que a cada 5 a 7 casos, ocorra um óbito (BRASIL, 2024). As faixas etárias de 50 a 69 anos concentraram a maioria das internações, embora um aumento expressivo tenha sido observado em adultos jovens (20 a 39 anos), indicando uma vulnerabilidade crescente dessa população a fatores de risco, como sedentarismo e obesidade. Homens representam maior porcentagem das internações, mas as mulheres apresentaram uma taxa de mortalidade superior, sugerindo possíveis atrasos no diagnóstico e tratamento entre o público feminino (RODRIGUES et al., 2024). Associado a essa problemática, a pandemia de COVID-19 impactou as internações e óbitos por IAM resultando em uma redução temporária de internações em 2020, mas com aumento na mortalidade, especialmente entre os idosos. Sabe-se que pacientes acometidos por IAM com covid-19 apresentaram pior prognóstico, com elevada mortalidade hospitalar, o que pode relacionar-se à maior frequência de manifestações, como: pneumonia, atraso no diagnóstico do IAM e predisposição à eventos tromboembólicos (OLIVEIRA et al., 2021).

O IAM pode ser com ou sem supradesnivelamento de segmento ST. A principal ferramenta diagnóstica para os pacientes com suspeita de SCA é o eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, que discrimina os que têm elevação do segmento ST e aqueles sem elevação do segmento ST (THYGESEN et al., 2018). Além disso, o IAM pode ser classificado em 5 tipos com base na etiologia e circunstâncias: Tipo 1 (Infarto do Miocárdio Espontâneo); Tipo 2 (Infarto do Miocárdio Secundário a um Desequilíbrio Isquêmico); Tipo 3 (Infarto do Miocárdio que Resulta em Morte Quando os Biomarcadores Cardíacos não Estão Disponíveis); Tipo 4a (Infarto do Miocárdio Relacionado com Intervenção Coronária Percutânea); Tipo 4b (Infarto do Miocárdio Relacionado com Trombose do Stent); Tipo 5 (Infarto do Miocárdio Associado a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio). Esses critérios acerca da definição do IAM, além de biomarcadores de injúria miocárdica mais sensíveis, levam a implicações importantes, não só aos cuidados prestados aos pacientes, mas também em estudos epidemiológicos, políticas públicas e ensaios clínicos (THYGESEN et al., 2018).

A avaliação diagnóstica começa com ECG inicial e seriado e dosagens seriadas dos biomarcadores cardíacos para ajudar a diferenciar a angina instável do infarto do miocárdio com ou sem supradesnível do segmento ST (IAMCST e IAMSST). Essa distinção é a base da estratégia de decisão porque os fibrinolíticos beneficiam os pacientes com IAMCST, mas podem aumentar o risco de portadores de IAMSST. Além disso, é indicado

cateterismo cardíaco urgente para os pacientes com IAMCST, mas geralmente não para aqueles com IAMSST (GOLDMAN; SCHAFER, 2016). O ECG de 12 derivações é o teste mais importante e deve ser realizado preferencialmente nos primeiros 10 minutos após o início da apresentação. No IAMCST, o exame inicial geralmente fecha o diagnóstico.

Os biomarcadores cardíacos – biomarcadores séricos de lesão celular miocárdica, como as enzimas cardíacas CK-MB e o conteúdo celular (troponina I, troponina T, mioglobina) –, são liberados na corrente sanguínea após a necrose das células do miocárdio. Os biomarcadores surgem em períodos diferentes após a lesão e os níveis diminuem em proporções diferentes. A sensibilidade e especificidade para lesão miocárdica celular variam significativamente entre esses biomarcadores. Testes que medem troponinas cardíacas, que já são utilizados há muitos anos, são sensíveis e específicos (GOLDMAN, SCHAFER, 2016).

O manejo do infarto agudo do miocárdio segue uma sequência que se inicia com os cuidados pré-hospitalares, os quais incluem a administração de oxigênio, ácido acetilsalicílico (AAS), nitratos e o encaminhamento rápido para um centro médico apropriado. Após a admissão hospitalar, institui-se o tratamento medicamentoso, com antiplaquetários, antianginosos, anticoagulantes e, em algumas situações, outros fármacos conforme a condição clínica do paciente. A etapa seguinte é a terapia de reperfusão, que pode envolver o uso de fibrinolíticos ou ser realizada por meio de procedimentos invasivos, como a angiografia com intervenção coronária percutânea (ICP) ou cirurgia de revascularização do miocárdio (NICOLAU et al., 2021). Para o IAMCST, a estratégia de reperfusão pode incluir terapia fibrinolítica ou ICP imediata. Para pacientes com IAMCSST, a angiografia pode ser realizada entre 24 e 48 horas após a internação se o paciente estiver clinicamente estável. Se o paciente estiver instável (mantendo os sintomas, com hipotensão ou arritmias sustentadas), deve-se fazer angiografia imediatamente (NICOLAU et al., 2021).

Após a alta hospitalar, os pacientes devem ser acompanhados por meio de um programa estruturado de reabilitação cardiovascular, com foco na prevenção secundária e na melhora da qualidade de vida. Além disso, é essencial a continuidade da terapia medicamentosa, com a manutenção dos fármacos antiplaquetários, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina e estatinas, com o objetivo de reduzir o risco de novos eventos cardiovasculares e promover a estabilização

clínica do paciente (HERDY et al., 2014).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que utilizou o método descritivo. Quanto aos procedimentos, esta pesquisa se enquadra como quantitativa. Em relação à natureza, trata-se de uma pesquisa de caráter básico e descritivo. Considerando-se a orientação metodológica, este estudo foi classificado como uma pesquisa documental e bibliográfica, apresentando uma abordagem dedutiva.

Para a execução da pesquisa, a coleta de dados foi realizada por meio da plataforma DATASUS/TABNET, com endereço eletrônico (<https://datasus.saude.gov.br/>), acessando a seção “Epidemiológicas e Morbidades” e, em seguida, a subseção “Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)” geral, por local de internação a partir de 2008, com recorte geográfico para o estado do Paraná. A análise epidemiológica e temporal foi conduzida com base em variáveis como sexo, raça/cor, faixa etária, macrorregião, bem como taxas de internação e mortalidade, com o objetivo de traçar o perfil dos pacientes acometidos por infarto agudo do miocárdio e identificar possíveis tendências ao longo do período de 2014 a 2024. Os dados coletados foram organizados em planilhas e gráficos do Microsoft Excel, permitindo uma análise detalhada, facilitando a visualização e interpretação dos resultados.

Quanto às questões éticas, o estudo envolveu apenas o levantamento de informações originadas de um banco de dados de uso e acesso público, o DATASUS, o que justificou a ausência da apreciação de um Comitê de Ética, em conformidade com as Resoluções nº 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se que não é necessário registrar no Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos os estudos que utilizam dados de acesso e domínio público e que não possibilitem a identificação individual dos participantes. Foram excluídos artigos que não se encaixavam dentro do escopo da pesquisa. Além disso, a utilização de bases de dados públicas, como o DATASUS, permite realizar análises em larga escala, com acesso facilitado a informações consolidadas e confiáveis.

Diante disso, a presente pesquisa propõe-se a realizar uma análise

epidemiológica e temporal das internações por IAM no estado do Paraná, a fim de identificar tendências, fatores de risco prevalentes e possíveis desigualdades regionais. Com base nesses achados, espera-se contribuir para a construção de políticas públicas mais direcionadas e para a melhoria dos indicadores de saúde cardiovascular no estado.

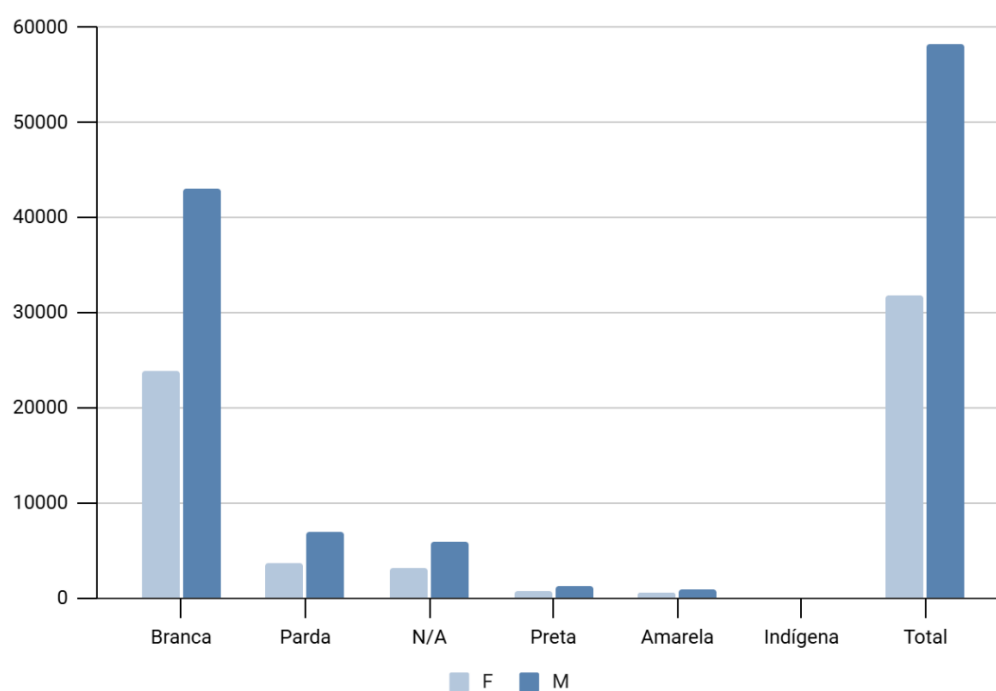
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Distribuição das internações por raça/cor e sexo

Entre 2014 e 2024, foram registrados 89.997 internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) no estado do Paraná, segundo dados do DATASUS. A maior parte dos casos ocorreu no sexo masculino (64,7%), correspondendo a 58.210 internações, enquanto o sexo feminino representou 35,3% (31.787 internações).

Em relação à raça/cor, observa-se uma predominância significativa de indivíduos brancos (74,4%), seguidos por pardos (11,7%). As internações de pessoas negras representaram 2,2% do total, amarelas 1,6% e indígenas menos de 0,1%.

Figura 1 – Internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio baseadas em raça/cor e sexo, Paraná, 2014-2024.



Fonte: Elaborada pelos autores (2025)

Essa distribuição reflete parcialmente o perfil demográfico do estado do Paraná, cuja população é majoritariamente branca, mas também sugere possíveis desigualdades raciais e de acesso aos serviços de saúde, já relatadas em estudos nacionais.

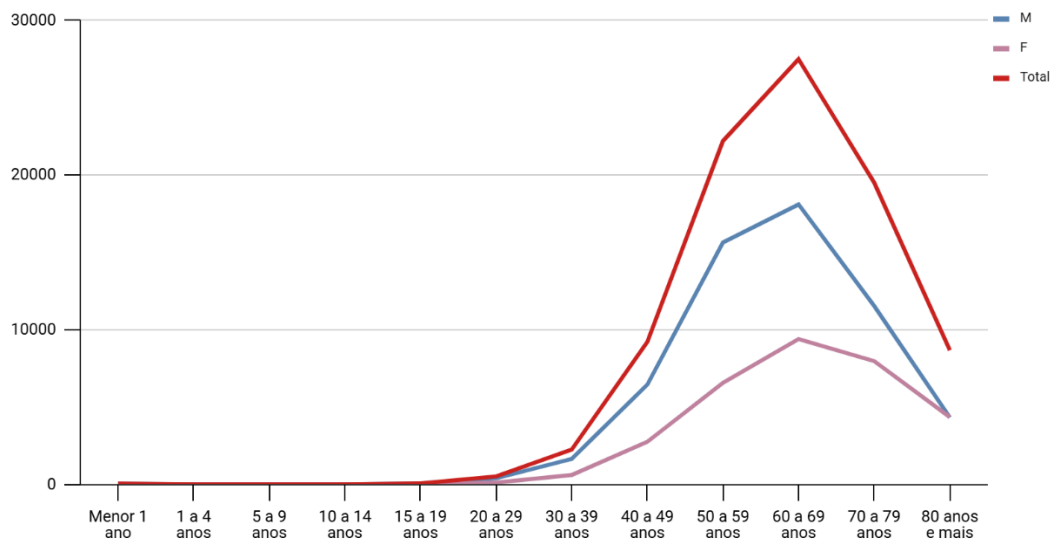
Os resultados encontrados estão em consonância com estudos prévios que descrevem maior incidência de IAM em indivíduos do sexo masculino, especialmente em faixas etárias mais avançadas (RODRIGUES et al., 2024; SANTOS et al., 2018). A predominância da raça branca nas internações no Paraná é esperada, visto que o estado possui cerca de 70% de sua população autodeclarada branca segundo o Censo IBGE de 2022. Contudo, a baixa representatividade de pacientes pretos e pardos nas internações hospitalares pode indicar subnotificação ou desigualdade de acesso ao diagnóstico e tratamento, fenômeno também identificado em outras regiões do Brasil (PALUDETI et al., 2022; OMAIRI et al., 2023).

Além disso, a proporção relativamente alta de registros sem informação sobre raça/cor (10,1%) reforça a necessidade de melhorar a qualidade dos registros no SIH/SUS, conforme recomendam estudos epidemiológicos recentes (FONSECA et al., 2024).

Distribuição das internações por faixa etária

A Figura 2 apresenta a distribuição das 89.997 internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio (IAM) no estado do Paraná entre 2014 e 2024, de acordo com a faixa etária e o sexo.

Figura 2 – Internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio baseadas em faixa etária e sexo, Paraná, 2014-2024.



Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

Observa-se um aumento progressivo das internações com o avanço da idade, com concentração importante a partir dos 50 anos. A faixa etária de 60 a 69 anos representou o maior número absoluto de internações (27.495; 30,6%), seguida pelas faixas de 50 a 59 anos (24,7%) e 70 a 79 anos (21,7%).

A participação das faixas etárias mais jovens (menores de 40 anos) foi mínima, representando menos de 3% do total de internações, o que reflete o padrão típico da doença coronariana, fortemente associado ao envelhecimento e à exposição crônica a fatores de risco cardiovasculares, embora eventos agudos possam ocorrer por fatores genéticos, consumo de drogas ilícitas (como cocaína) ou dislipidemias familiares.

No recorte por sexo, verifica-se novamente a predominância masculina em todas as faixas etárias. Essa diferença tende a se reduzir nas faixas mais avançadas, a partir dos 70 anos, quando o número de mulheres internadas se aproxima daquele observado entre os homens, possivelmente devido à perda do efeito protetor dos estrogênios após a menopausa (SANTOS et al., 2018; TIMOTÉO et al., 2021).

Esses achados estão de acordo com o padrão descrito na literatura nacional, que associa o aumento da incidência de IAM ao envelhecimento populacional e à maior prevalência de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemias em indivíduos acima dos 50 anos (RODRIGUES et al., 2024; FONSECA et al.,

2024). O crescimento das internações das faixas etárias mais avançadas também reflete o processo de transição demográfica vivido no Brasil, especialmente em estados do Sul, como o Paraná, que apresentam proporção elevada de idosos em sua população.

De modo geral, a análise por faixa etária confirma que o IAM continua sendo uma doença predominantemente do envelhecimento, exigindo políticas de prevenção primária e secundária voltadas principalmente à população idosa e de meia-idade, conforme orientações das diretrizes cardiovasculares nacionais.

Distribuição das internações por macrorregião

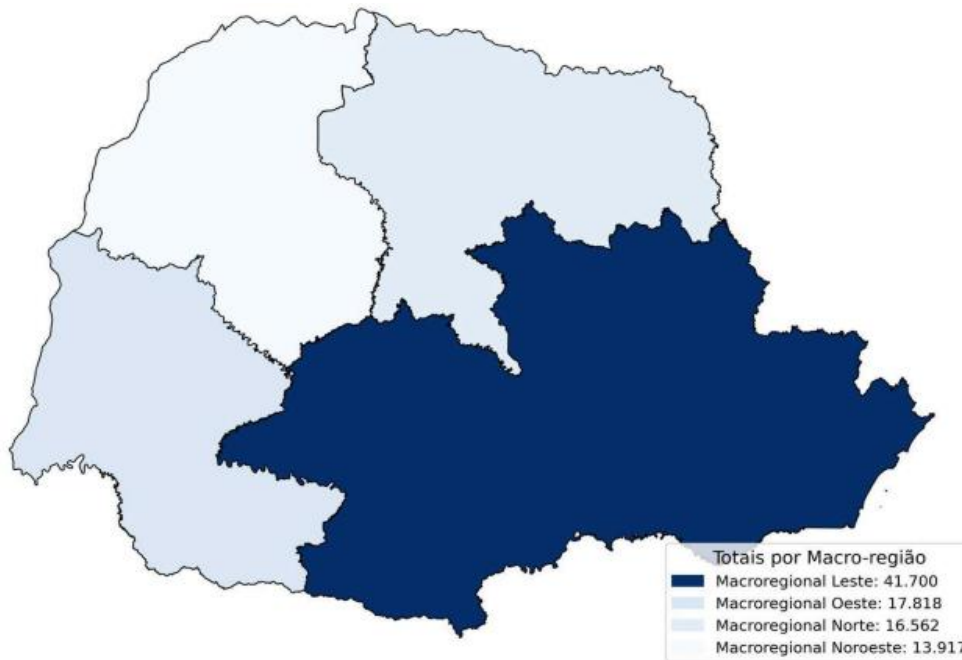
Observa-se, na Tabela 1, que a Macrorregião Leste, onde se localiza a capital Curitiba e a maior concentração de centros hospitalares de alta complexidade, concentrou 46,3% das internações por IAM no estado durante o período analisado. As macrorregiões Norte (18,4%) e Oeste (19,8%) aparecem em seguida, enquanto a Noroeste (15,5%) apresentou o menor número de registros. Em todas as macrorregiões, manteve-se a predominância do sexo masculino, reforçando o padrão epidemiológico já observado nas análises anteriores.

Tabela 1 – Internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio baseadas na macrorregião de saúde e sexo, Paraná, 2014-2024.

Macrorregião	M	F	Total
Macrorregional Norte	10.691	5.871	16.562
Macrorregional Noroeste	9.134	4.783	13.917
Macrorregional Leste	26.849	14.851	41.700
Macrorregional Oeste	11.536	6.282	17.818
Total	58.210	31.787	89.997

Fonte: DATASUS (2025), organizada pelos autores.

Figura 3 – Internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio por macrorregião de saúde, Paraná, 2014-2024.



Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

A maior concentração de internações na Macrorregião Leste está diretamente relacionada à maior densidade populacional e à presença de hospitais de referência estadual, com o Hospital de Clínicas (HC) e o Instituto de Cardiologia do Paraná, localizados em Curitiba. Essas instituições são polos de atendimento terciário e de referência para casos de IAM provenientes de outras regiões do estado.

Por outro lado, as menores proporções observadas nas regiões Noroeste e Norte podem refletir diferenças na disponibilidade e na complexidade dos serviços de saúde, com possível subnotificação ou encaminhamento de pacientes para regiões de maior infraestrutura. Esse fenômeno também é descrito em análises nacionais que apontam desigualdades regionais na atenção cardiovascular, especialmente na região Nordeste do país (RODRIGUES et al., 2024; FONSECA et al., 2024).

Essas disparidades regionais reforçam a importância de políticas de regionalização da atenção à saúde, com ampliação da cobertura de unidades com suporte cardiológico e acesso a terapias de reperfusão, a fim de reduzir a mortalidade hospitalar e o tempo de deslocamento até o atendimento especializado (PALUDETI et al., 2022).

Distribuição dos óbitos por macrorregião e sexo

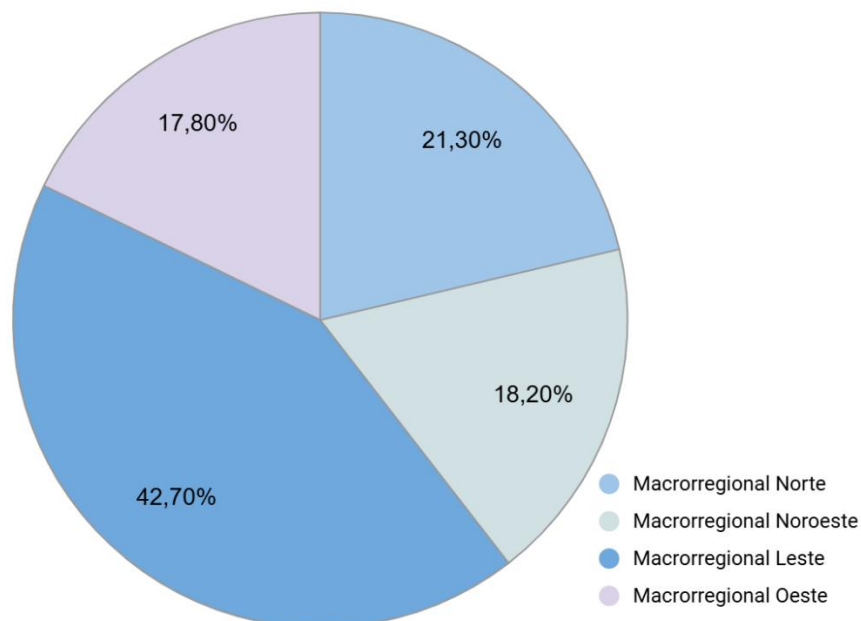
A Tabela 2 apresenta o número de óbitos por IAM no período analisado, distribuídos por macrorregião de saúde e sexo. Foram registrados 9.811 óbitos hospitalares, dos quais 56,2 % ocorreram em homens (5.517) e 43,8% em mulheres (4.294).

Tabela 2 – Óbitos por infarto agudo do miocárdio por macrorregião de saúde e sexo, Paraná, 2014-2024.

Macrorregião de Saúde	M	F	Total
Macrorregional Norte	1.148	942	2.090
Macrorregional Noroeste	1.024	762	1.786
Macrorregional Leste	2.335	1.855	4.190
Macrorregional Oeste	1.010	735	1.745
Total	5.517	4.294	9.811

Fonte: DATASUS (2025), organizada pelos autores.

Figura 4 – Óbitos por infarto agudo do miocárdio por macrorregião de saúde, Paraná, 2014-2024.



Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

Assim como observado nas internações, a Figura 4 demonstra que a Macrorregião Leste apresentou o maior número absoluto de óbitos por IAM (4.190;

42,7% do total), seguida das macrorregiões Norte (21,3%), Noroeste (18,2%) e Oeste (17,8%).

A predominância masculina, conforme a Tabela 2, também se manteve em todas as macrorregiões, representando mais da metade dos óbitos em todos os territórios analisados. Entretanto, observa-se que a diferença entre os sexos é menor nos óbitos do que nas internações, o que sugere maior letalidade entre as mulheres, fenômeno amplamente descrito na literatura científica nacional (PALUDETI et al., 2022; TIMÓTEO et al., 2021). Estudos apontam que as mulheres costumam apresentar sintomas atípicos de infarto, chegando tardiamente aos serviços de emergência, o que aumenta o risco de complicações e mortalidade.

A concentração de óbitos na macrorregião Leste é coerente com a concentração de internações, mas também pode indicar maior notificação de casos e óbitos hospitalares devido à presença de centros de referência cardiovasculares, que recebem pacientes transferidos de outras regiões. Por outro lado, o menor número de óbitos em regiões como Noroeste e Oeste pode refletir tanto diferenças demográficas quanto subnotificação de casos fatais fora do ambiente hospitalar.

Taxa de mortalidade hospitalar por faixa etária e sexo

A Tabela 3 apresenta as taxas de mortalidade hospitalar (%) por infarto agudo do miocárdio no estado do Paraná, entre 2014 e 2024, distribuídas por faixa etária e sexo. Observou-se taxa de mortalidade geral de 10,9%, sendo 9,48% para o sexo masculino e 13,51% para o sexo feminino, indicando maior letalidade entre as mulheres, apesar do menor número de internações.

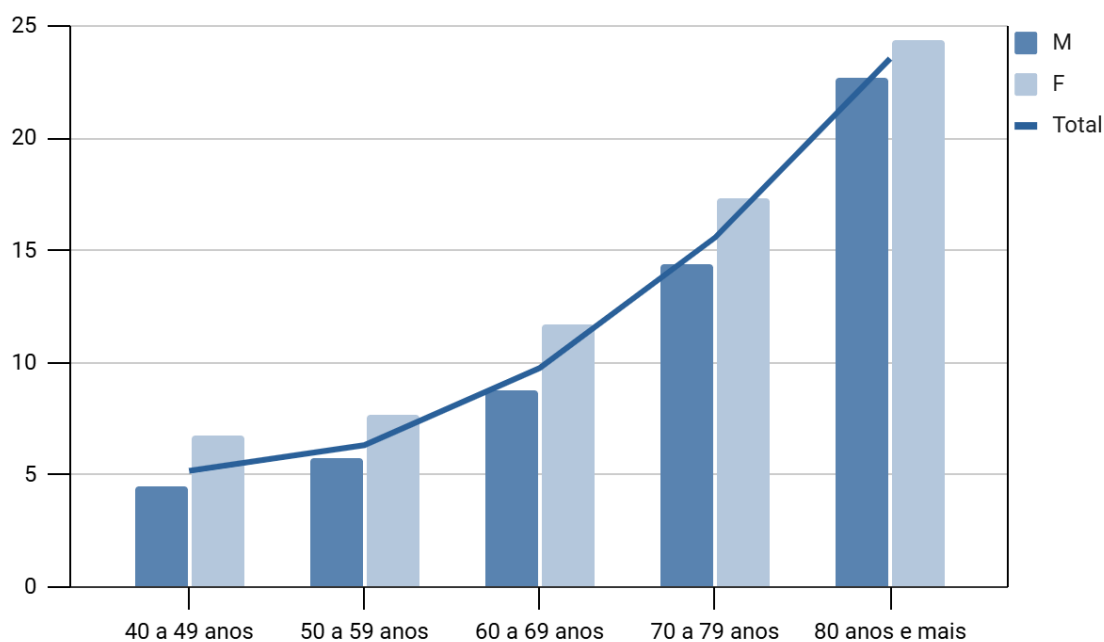
Tabela 3 – Taxa de mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio por faixa etária e sexo, Paraná, 2014-2024.

Faixa Etária 1	M	F	Total
Menor 1 ano	28,57	15	23,64
1 a 4 anos	-	25	10
10 a 14 anos	33,33	-	14,29
15 a 19 anos	3,64	-	3,08
20 a 29 anos	4,83	13,45	6,84
30 a 39 anos	4,31	7,13	5,06
40 a 49 anos	4,5	6,76	5,18

50 a 59 anos	5,77	7,65	6,32
60 a 69 anos	8,73	11,74	9,76
70 a 79 anos	14,38	17,29	15,57
80 anos e mais	22,68	24,41	23,55
Total	9,48	13,51	10,9

Fonte: DATASUS (2025), organizada pelos autores.

Figura 5 – Taxa de mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio por faixa etária > 40 anos e sexo, Paraná, 2014-2024.



Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

A taxa de mortalidade hospitalar por IAM aumentou progressivamente com o avanço da idade, alcançando valores superiores a 20% nas faixas etárias acima de 80 anos.

A mortalidade geral de 10,9% observada no estado do Paraná é compatível com a média nacional relatada em estudos recentes que utilizaram o SIH/SUS, indicando estabilização ou discreta redução da taxa nos últimos anos (RODRIGUES et al., 2024; FONSECA et al., 2024). De acordo com Rodrigues et al. (2024), a taxa de mortalidade hospitalar variou entre 9% e 11% entre 2014 e 2023, mantendo tendência de queda em homens e estabilidade em mulheres.

O aumento acentuado da letalidade nas faixas etárias mais avançadas está

amplamente documentado na literatura. Estudos apontam que o envelhecimento está associado a maior extensão das lesões ateroscleróticas, reserva miocárdica reduzida e maior risco de complicações durante o tratamento.

Além disso, pacientes idosos tendem a apresentar limitações clínicas e contraindicações ao tratamento invasivo, o que contribui para taxas de mortalidade mais elevadas. A maior letalidade feminina é coerente com o padrão nacional, embora as mulheres representem menor proporção de internações, apresentam maior risco de óbito hospitalar, fenômeno explicado por fatores biológicos e assistenciais, como sintomatologia atípica, subdiagnóstico e início tardio do tratamento (TIMÓTEO et al., 2021; PALUDETI et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidenciou que, entre 2014 e 2024, o perfil epidemiológico do infarto agudo do miocárdio no estado do Paraná manteve padrão semelhante ao observado nacionalmente, com predominância de casos em homens, indivíduos brancos e faixas etárias mais avançadas. Houve discreta redução nas taxas de mortalidade hospitalar ao longo do período analisado, acompanhando a tendência observada no Brasil, embora ainda seja possível observar diferenças regionais e maior letalidade entre as mulheres e idosos. Esses achados reforçam a importância de estratégias voltadas à prevenção, diagnóstico precoce e fortalecimento da rede de atenção cardiovascular no estado, visando reduzir as desigualdades e consolidar a melhoria dos desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 3 jun. 2025.

FONSECA, F. G.; MARTINS, T.; SILVA, R. Tendências de internações e mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil: série temporal recente. *Journal Brasileiro de Epidemiologia*, 2024.

GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. (ed.). *Tratado de medicina interna*. 25. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

HERDY, A. H. et al. Cardiovascular rehabilitation: current status and future directions. *World Journal of Cardiology*, v. 6, n. 9, p. 936–945, 2014.

IBANEZ, B. et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, v. 39, n. 2, p. 119–177, 2018.

LIBBY, P. et al. *Tratado de doenças cardiovasculares*. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

NICOLAU, J. C. 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*, v. 117, n. 1, p. 181–264, 2021. DOI: 10.36660/abc.20210180.

OLIVEIRA, G. B. F. et al. Impact of COVID-19 pandemic on cardiovascular hospitalizations in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 371–380, 2021.

OMARI, A.; PEREIRA, F.; SOUZA, D. Perfil epidemiológico de internações por infarto agudo do miocárdio no estado do Paraná (2016–2022). *Revista de Saúde Pública Regional*, 2023.

PALUDETI, G. F.; ALMEIDA, R.; COSTA, L. Distribuição dos óbitos por infarto agudo do miocárdio no estado do Paraná: análise por sexo e faixa etária. *RSD Journal*, 2022.

RODRIGUES, C.; MENEZES, S. B. M. H. et al. *Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio no Brasil: análise das internações e mortalidade 2014–2023*. Relatório técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

SANTOS, J.; LIMA, A.; OLIVEIRA, M. Análise do efeito idade-período-coorte na mortalidade por doenças isquêmicas do coração no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1123–1134, 2018.

THYGESEN, K. et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Circulation*, v. 138, n. 20, p. e618–e651, 2018.



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E ANÁLISE TEMPORAL DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO
ESTADO DO PARANÁ NO PERÍODO ENTRE 2014 E 2024.**

Fabian et al.

TIMÓTEO, A. T.; SOUSA, R. L.; CARVALHO, P. H. In- and out-of-hospital deaths by acute myocardial infarction in Brazilian state capitals (2007–2016). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2021.