

Perfil da Dor Torácica no Início do Infarto Agudo do Miocárdio: Aspectos Clínicos e Desfechos

Chest Pain Profile at the Onset of Acute Myocardial Infarction: Clinical Aspects and Outcomes

Janaina Larcher Rassi¹

Roberta Teixeira Prado²

RESUMO

Introdução: A dor torácica é uma manifestação frequente no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), embora também esteja presente em diversas outras condições clínicas, o que exige dos profissionais de saúde habilidades específicas para sua correta identificação. **Objetivos:** Compreender como pacientes com IAM descrevem a dor torácica inicial, traçar aspectos do perfil epidemiológico da doença e verificar a avaliação da dor realizada pelos profissionais de saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e documental, onde foram coletados dados de 154 pacientes com IAM, entre outubro de 2024 e maio de 2025, em um hospital referência em emergências cardiológicas da Zona da Mata Mineira, analisando por estatística simples variáveis sobre a dor, o perfil epidemiológico e o desfecho clínico. **Resultados:** As dores predominantes foram precordial (45,22%) e torácica difusa (26,75%), frequentemente descritas como opressivas (12,26%) ou em queimação (5,81%), de intensidade forte ou muito forte (25,98%), com irradiação para o membro superior esquerdo (14,63%), região dorsal (6,71%) e mandíbula (3,05%). Sintomas associados incluíram náusea (12,50%), vômito (10,10%) e sudorese (8,17%). A duração mais comum foi entre 2 a 6 horas (31,17%) e 6 a 12 horas (16,23%). A amostra foi majoritariamente composta por homens (70,8%) e indivíduos entre 60 e 64 anos (18,18%). Mulheres, idosos e jovens apresentaram sintomas considerados atípicos. **Conclusões:** Conclui-se que a dor no IAM possui caráter subjetivo, variando conforme o perfil clínico do paciente, o que reforça a importância de protocolos de avaliação bem estruturados e ações educativas para o aprimoramento do diagnóstico e do prognóstico.

1 Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: janaina.larcher@estudante.ufjf.br

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: enfbeta@ufjf.br

Palavras chaves: Infarto Agudo do Miocárdio; Dor torácica; Prevalência; Singularidades.

ABSTRACT

Introduction: Chest pain is a common manifestation of acute myocardial infarction (AMI), although it is also present in several other clinical conditions, requiring specific skills from healthcare professionals for its correct identification. **Objectives:** To understand how patients with AMI describe initial chest pain, outline aspects of the epidemiological profile of the disease, and assess pain assessment by healthcare professionals. **Methods:** This is a cross-sectional, retrospective and documentary study, where data were collected from 154 patients with AMI, between October 2024 and May 2025, in a reference hospital for cardiological emergencies in the Zona da Mata Mineira, analyzing variables on pain, the epidemiological profile and the clinical outcome using simple statistics. **Results:** The predominant pains were precordial (45.22%) and diffuse chest pain (26.75%), frequently described as oppressive (12.26%) or burning (5.81%), of strong or very strong intensity (25.98%), radiating to the left upper limb (14.63%), dorsal region (6.71%) and jaw (3.05%). Associated symptoms included nausea (12.50%), vomiting (10.10%) and sweating (8.17%). The most common duration was between 2 and 6 hours (31.17%) and 6 to 12 hours (16.23%). The sample was mostly composed of men (70.8%) and individuals between 60 and 64 years old (18.18%). Women, elderly and young people presented symptoms considered atypical. **Conclusions:** It is concluded that pain in AMI has a subjective character, varying according to the patient's clinical profile, which reinforces the importance of well-structured evaluation protocols and educational actions to improve diagnosis and prognosis.

Keywords: Myocardial Infarction; Chest Pain; Prevalence; Singularities.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são as principais responsáveis pela morbimortalidade entre os adultos no Brasil. Estima-se que, anualmente, dados superiores a 300 mil óbitos são registrados na população brasileira em decorrência dessas patologias (Alves; Polanczyk, 2020). A Síndrome Coronariana Aguda (SCA) é uma das apresentações mais comuns das DCV e se caracteriza pelo processo de

obstrução da artéria coronariana, geralmente por uma placa de ateroma ou coágulo, o que ocasiona a isquemia do músculo cardíaco. Sendo assim, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) se configura como uma implicação representativa dessa condição (Carvalho *et al.*, 2022).

O IAM é definido como a necrose do miocárdio, em decorrência dessa hipoperfusão tecidual que interrompe o fluxo de oxigênio e nutrientes às células cardíacas, levando à falência parcial ou total do músculo (Mendonça *et al.*, 2024). A área acometida e a magnitude do dano isquêmico estão relacionados ao grau de obstrução da artéria, à região que é irrigada por ela e ao intervalo até a recuperação da perfusão (Bett *et al.*, 2022). No Brasil, entre 2019 e 2023, foram catalogadas 737.213 internações devido a essa doença, sendo que só em 2023 foram 171.782 casos, demonstrando uma taxa de incidência de 84,59/100.000 habitantes apenas neste ano (Neto *et al.*, 2024).

Nessa perspectiva, o IAM é uma patologia em que o bom prognóstico do indivíduo está vinculado à rapidez do atendimento. Dessa forma, o tempo porta-balão ideal, ou seja, aquele entre a chegada no hospital e a revascularização do miocárdio, deve estar entre 90 a 120 minutos, sendo o maior valor referente a casos onde haja a necessidade de transferência do paciente para um hospital que tenha setor de hemodinâmica (Neto; Polanczyk, 2021). Sob tal ótica, a taxa de mortalidade por IAM é de 30% quando o indivíduo não recebe tratamento e menor que 6% quando há terapia adequada dentro do tempo de resposta esperado, tendo em vista que a maioria dos óbitos ocorrem nas primeiras 24 horas (Abreu *et al.*, 2020).

No que se refere ao perfil epidemiológico dos casos de IAM, os estudos demonstram que 62-67% dos indivíduos são do sexo masculino e que a faixa etária predominante se encontra entre os 51-70 anos, apontando uma maior incidência entre os 60-69 anos. Tais fatos são notáveis pela correlação maior da população masculina com hábitos de vida modificáveis, como tabagismo, etilismo, alimentação desequilibrada, prática ineficaz de exercícios e a baixa procura por consultas médicas periódicas. Além disso, o público idoso é mais acometido pela patologia haja vista a presença de doenças pré-existentes que também são fatores de risco para o IAM, como hipertensão, diabetes mellitus, obesidade e dislipidemias (Castro; Rodrigues, 2024).

Dentre os sintomas característicos do IAM, a dor torácica aguda e intensa é comumente descrita pelos pacientes que dão entrada nos serviços de saúde, variando

sua apresentação entre sensação de aperto, pressão e queimação. Também é habitual a queixa de irradiação álgica para regiões como membro superior esquerdo, cervical e mandíbula. Eventualmente, condições associadas estão presentes, como sudorese, náusea, vômitos, dispneia e dor abdominal, o que demonstra o caráter heterogêneo da sintomatologia (Neto *et al.*, 2024). A duração da dor se diversifica de acordo com o perfil clínico de cada indivíduo, entretanto um intervalo de tempo maior que 10 minutos é sugestivo de SCA (Gava *et al.*, 2023).

Nos Estados Unidos da América (EUA), a dor torácica foi a queixa de 5,8 milhões de pessoas que deram entrada nas unidades de pronto-socorro, enquanto no Brasil são registrados anualmente 4 milhões de atendimentos por essa razão. Embora seja um sintoma que induza o profissional da área da saúde a suspeitar de um IAM, também é indicativo de outras DCV, além de fazer parte dos sinais que doenças de etiologias diversas apresentam, como aquelas de origem musculoesquelética, gastrointestinal, psiquiátrica ou pulmonar, o que dificulta um diagnóstico diferencial e possibilita infinitas causas (Miranda; Rampellotti, 2019).

A queixa álgica é um relato subjetivo que vai variar de acordo com cada sujeito, o que demanda do profissional de saúde uma análise minuciosa da situação para otimizar a assistência, principalmente se tratando de doenças em que o tempo é crucial para um bom prognóstico, como é o caso do IAM (Gava *et al.*, 2023). Por isso é fundamental que ele saiba reconhecer as características específicas de dor torácica que os indivíduos com essa patologia apresentam, bem como as manifestações clínicas associadas, além dos aspectos epidemiológicos daqueles acometidos por ela, a fim de prestar um atendimento de qualidade que tenha como propósito diminuir os danos cardiogênicos aos pacientes (Miranda; Rampellotti, 2019), o que justifica este presente estudo.

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo identificar a forma como pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio descrevem a dor torácica no estágio inicial da doença, incluindo suas características mais frequentes e aquelas consideradas atípicas. Além disso, busca-se traçar o perfil epidemiológico desses pacientes e analisar se os profissionais de saúde utilizam métodos específicos para a avaliação dessa queixa álgica.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, de corte transversal, com análise documental e abordagem quantitativa, tendo como cenários os setores de emergência e de hemodinâmica de um Hospital Geral privado de grande porte (449 leitos), de caráter filantrópico, localizado numa cidade da Zona da Mata Mineira, sendo referência em emergências cardiológicas e vaga zero para pacientes com quadros de IAM com supradesnivelamento do segmento ST. A pesquisa foi feita de acordo com as diretrizes do checklist *STROBE* (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) (Malta *et al.*, 2010) e recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob número de parecer 6.241.451 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 71647023.70000.5139 em 15 de agosto de 2023.

O presente estudo foi conduzido por meio de análise documental retrospectiva dos prontuários eletrônicos de pacientes diagnosticados com IAM, registrados no sistema eletrônico hospitalar (sistema MV®). A amostra foi definida por censo, composta por 154 prontuários eletrônicos de pacientes que foram admitidos com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), atendidos no setor de urgência e emergência entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2024. Foram incluídos todos os registros que apresentavam diagnóstico médico compatível com IAM, independentemente de sexo ou faixa etária. Excluíram-se prontuários com diagnóstico diferente ou fora do período estabelecido.

Optou-se pela análise das evoluções médicas, uma vez que, neste primeiro momento, o foco da investigação foi a confirmação do diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), possível apenas por meio das descrições médicas registradas nos prontuários. Além disso, o tempo disponível para a coleta de dados não permitiu a inclusão simultânea das anotações de enfermagem.

A coleta foi realizada por meio de uma planilha eletrônica elaborada pelas autoras, que foi construída com base na definição de “dor torácica” pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021) e nos fatores de risco associados ao IAM na literatura (Castro; Rodrigues, 2024), sendo utilizada para sistematizar as informações extraídas dos prontuários. As variáveis investigadas incluíram dados sociodemográficos (iniciais do paciente, idade, sexo), histórico clínico (história patológica pregressa – HPP), características da dor (localização, irradiação, qualidade, intensidade, duração), sintomas associados, datas de admissão e alta hospitalar, desfecho clínico e

avaliação realizada sobre a dor. Para fins analíticos, as variáveis foram organizadas em categorias que englobam aspectos epidemiológicos, clínicos e de desfecho. Considerando o desenho retrospectivo do estudo, não foi possível estabelecer relações temporais que permitissem inferência causal entre as variáveis analisadas.

Os dados foram extraídos do sistema eletrônico hospitalar MV®, utilizado pela instituição, no período entre outubro de 2024 e maio de 2025. A análise estatística realizada foi descritiva, com cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%) para cada variável, utilizando o software Microsoft Excel 2019. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos explicativos, facilitando a visualização e interpretação dos dados.

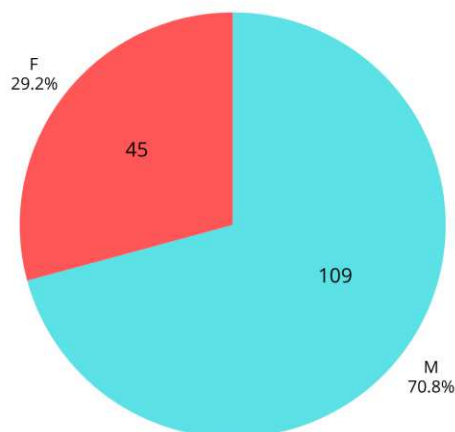
3 RESULTADOS

3.1 Perfil epidemiológico dos Pacientes com Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio Admitidos em Unidade de Urgência e Emergência

O estudo analisou retrospectivamente a evolução médica de 154 prontuários que atendiam aos critérios de inclusão propostos. Foram excluídos aqueles que não possuíam diagnóstico de IAM ou que estavam fora do período estipulado para análise. Embora a amostra corresponda a 154 pacientes, algumas variáveis apresentaram um número maior de registros, resultado da presença de múltiplas respostas em determinados prontuários para o mesmo item avaliado. As categorias “não relatado” e “não mensurado” foram utilizadas para identificar variáveis que não haviam sido registradas ou analisadas durante o atendimento médico.

Quanto ao perfil epidemiológico dos pacientes admitidos no setor de urgência e emergência com quadro clínico de IAM, observou-se que a predominância do sexo masculino (70,8%) (gráfico 1).

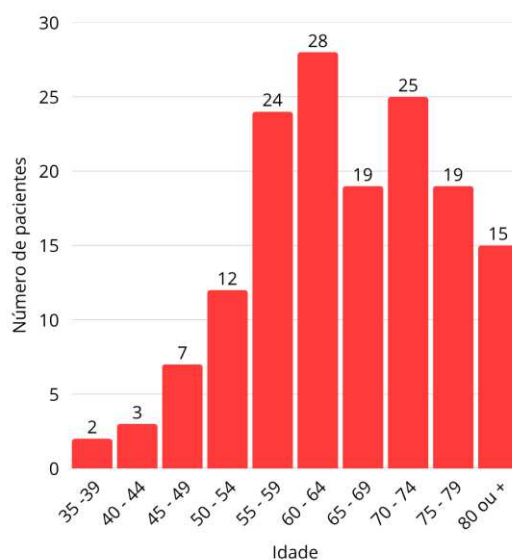
Gráfico 1. Distribuição por sexo dos pacientes com IAM admitidos em unidade de emergência de um hospital geral da Zona da Mata Mineira, referência em atendimento cardiológico, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2024.



F = Feminino; M = Masculino.
 Fonte: autoras (2025).

A distribuição etária revelou maior concentração de pacientes nos grupos de 55 a 59 anos (15,58%), 60 a 64 anos (18,18%) e 70 a 74 anos (16,23%) (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição por faixa etária dos pacientes com IAM no mesmo período e unidade hospitalar.



Fonte: autoras (2025).

Em relação à história patológica pregressa (HPP), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a comorbidade mais prevalente, presente em 93 pacientes (34,32%). Em seguida, destacou-se o Diabetes Mellitus (DM), relatado em 48 prontuários (17,71%), conforme observado na tabela 1. Outras condições relevantes incluíram cardiopatias (5,90%), dislipidemias (5,54%), histórico prévio de IAM (4,06%)

e neoplasias (3,32%). No grupo “cardiopatia” foram incluídas patologias como Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Arterial Coronariana (DAC), Aneurisma de Aorta e Estenose Aórtica.

Tabela 1. Frequência de comorbidades (HPP) nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

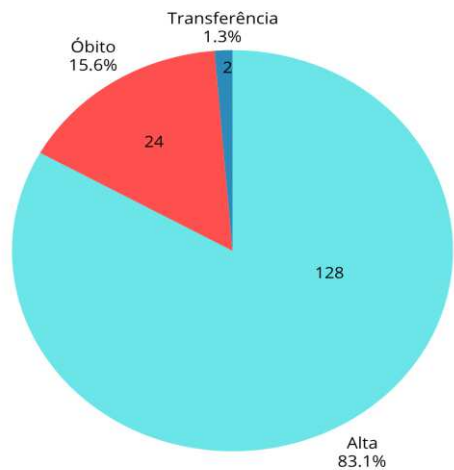
HPP	n	%
HAS	93	34,32%
DM	48	17,71%
Cardiopatia	16	5,90%
Dislipidemia	15	5,54%
IAM anterior	11	4,06%
Neoplasia anterior	9	3,32%
Obesidade	7	2,58%
DPOC	5	1,85%
Ansiedade	5	1,85%
AVE anterior	4	1,48%
Pré-DM	3	1,11%
IRC	3	1,11%
Hipotireoidismo	3	1,11%
ATC anterior	3	1,11%
TVP	2	0,74%
Depressão	2	0,74%
Esteatose hepática	1	0,37%
Marcapasso	1	0,37%
Nega	19	7,01%
Não relatado	21	7,75%
Total	271	100%

DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; AVE = Acidente Vascular Encefálico; Pré-DM = pré-Diabetes Mellitus; IRC = Insuficiência Renal Crônica; ATC = Angioplastia Transluminal Coronária; TVP = Trombose Venosa Profunda.

Fonte: autoras (2025).

Por fim, os desfechos clínicos foram categorizados como “alta hospitalar”, “óbito” ou “transferência”, conforme a evolução de cada caso. A alta hospitalar foi o desfecho mais comum, correspondendo a 83,1% dos atendimentos analisados. (gráfico 3).

Gráfico 3. Desfechos clínicos dos pacientes com IAM no período em estudo.



Fonte: autoras (2025).

3.2 Caracterização da dor dos Pacientes com Diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio Admitidos em Unidade de Urgência e Emergência

As variáveis clínicas referentes à dor torácica foram analisadas em duas etapas: inicialmente de forma individual e, posteriormente, por meio de cruzamento de dados, permitindo investigar possíveis interações entre elas.

Localização da dor

A localização mais frequentemente relatada foi a região precordial (45,22%), seguida de torácica (26,75%), retroesternal (7,64%) e epigástrica (5,73%). Outras localizações menos comuns incluíram dor dorsal (1,27%) e mandibular (0,64%).

Tabela 2. Localização da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Localização da dor	n	%
Precordial	71	45,22%
Torácica	42	26,75%
Retroesternal	12	7,64%
Epigástrica	9	5,73%
Dorsal	2	1,27%
Mandibular	1	0,64%
Não relatado	20	12,74%
Total	157	100%

Fonte: autoras (2025).

Intensidade da dor

Em relação à intensidade, os relatos de dor muito forte e forte predominaram, ambos com 12,99%. No entanto, registros de dor leve (3,25%) e moderada (1,30%) merecem destaque por destoarem do padrão mais prevalente.

Tabela 3. Intensidade da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Intensidade da dor	n	%
Muito forte	20	12,99%
Forte	20	12,99%
Leve	5	3,25%
Moderada	2	1,30%
Não relatado	107	9,49%
Total	154	100%

Fonte: autoras (2025).

Irradiação da dor

A dor irradiada para o membro superior esquerdo (M.S.E.) foi a mais frequente (14,63%), seguida da região dorsal (6,71%), mandíbula (3,05%) e cervical (2,44%). A elevada frequência de respostas “não relatado” (67,68%) sugere lacunas na coleta ou registro dessas informações.

Tabela 4. Irradiação da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Irradiação da dor	n	%
M.S.E.	24	14,63%
Região dorsal	11	6,71%
Mandíbula	5	3,05%
Região cervical	4	2,44%
Tórax	3	1,83%
M.S.D.	1	0,61%
MMSS	1	0,61%
Pescoço	1	0,61%
Nega	3	1,83%
Não relatado	111	67,68%

Total	164	100%
-------	-----	------

M.S.E. = membro superior esquerdo; M.S.D. = membro superior direito; MMSS = membros superiores.
Fonte: autoras (2025).

Qualidade da dor

A maioria descreveu a dor como do tipo em opressão (12,26%) ou em queimação (5,81%). Apenas dois pacientes relataram percepções atípicas, como dor “muscular” e “duradoura”, ambas com 0,65%.

Tabela 5. Qualidade da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Qualidade da dor	n	%
Opressão	19	12,26%
Queimação	9	5,81%
Tipo “muscular”	1	0,65%
Duradoura	1	0,65%
Não relatado	125	80,65%
Total	155	100%

Fonte: autoras (2025).

Sinais e Sintomas Associados

Os sintomas associados mais frequentes foram náusea (12,50%), vômito (10,10%), sudorese (8,17%) e dispneia (5,77%). Adicionalmente, os registros de sudorese profusa (5,77%) e sudorese fria (4,33%) foram considerados separadamente devido à sua natureza fisiológica distinta.

Tabela 6. Condições associadas à dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Condições associadas à dor	n	%
Náusea	26	12,50%
Vômito	21	10,10%
Sudorese	17	8,17%
Sudorese profusa	12	5,77%
Dispneia	12	5,77%
Sudorese fria	9	4,33%
Mal-estar	9	4,33%
Cansaço	4	1,92%
Palidez cutânea	3	1,44%
Tontura	2	0,96%

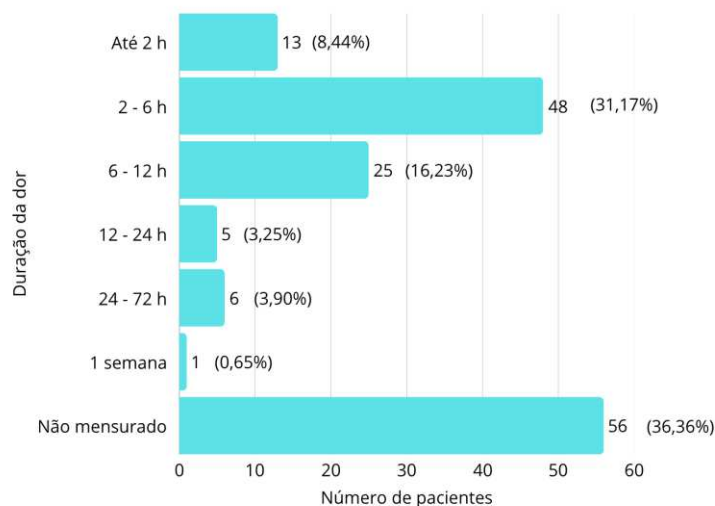
Indisposição	1	0,48%
Prostração	1	0,48%
Plenitude gástrica	1	0,48%
Urgência fecal	1	0,48%
Desidratação	1	0,48%
Nega	1	0,48%
Não relatado	87	41,83%
Total	208	100%

Fonte: autoras (2025).

Duração da dor

A maioria dos pacientes relatou duração da dor entre 2 e 6 horas (31,17%), seguida pelos períodos de 6 a 12 horas (16,23%) e até 2 horas (8,44%). Alguns episódios prolongaram-se por mais de 12 horas, chegando até 1 semana.

Gráfico 4. Duração da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.



h = horas

Fonte: autoras (2025).

3.3 Relação entre Sexo, Localização, Intensidade e Qualidade da Dor em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio

No que se refere ao cruzamento de dados, em primeiro lugar foi avaliado como a variável sexo se comportava diante da localização da dor. O público feminino

expressou maiores números em queixas álgicas nas regiões precordial (48,88%), torácica (20%) e epigástrica (8,88%), enquanto o masculino em precordial (43,75%), torácica (29,46%) e retroesternal (9,82%), conforme a tabela 7.

Tabela 7. Relação entre sexo e localização da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Localização da dor	F		M	
	n	%	n	%
Precordial	22	48,88%	49	43,75%
Torácica	9	20%	33	29,46%
Epigástrica	4	8,88%	5	4,46%
Retroesternal	1	2,22%	11	9,82%
Mandibular	1	2,22%	0	0,00%
Dorsal	0	0,00%	2	1,78%
Não relatado	8	17,77%	12	10,71%
Total	45	100%	112	100%

Fonte: autoras (2025).

Já a tabela 8 compara a intensidade da dor por sexo. Nela, mulheres e homens relataram majoritariamente se tratar de um sintoma muito forte ou forte. Porém, o grupo masculino apresentou um maior quantitativo de dor considerada leve (3,67%) ou moderada (1,83%) em comparação com as mulheres.

Tabela 8. Relação entre sexo e intensidade da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Intensidade da dor	F		M	
	n	%	n	%
Muito forte	6	13,33%	14	12,84%
Forte	7	15,55%	13	11,93%
Moderada	0	0,00%	2	1,83%
Leve	1	2,22%	4	3,67%
Não relatado	31	68,88%	76	69,72%
Total	45	100%	109	100%

Fonte: autoras (2025).

Já na qualidade da dor, ambos a identificaram em maior número como em opressão ou em queimação. No entanto, houve 1 mulher que a percebeu como “duradoura” e 1 homem que sentiu algo semelhante a uma dor “muscular”, conforme demonstrado na tabela 9.

Tabela 9. Relação entre sexo e qualidade da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Qualidade da dor	F		M	
	n	%	n	%
Opressão	2	4,44%	17	15,45%
Queimação	1	2,22%	8	7,27%
Duradoura	1	2,22%	0	0,00%
Tipo “muscular”	0	0,64%	1	0,90%
Não relatado	41	91,11%	84	76,36%
Total	45	100%	110	100%

Fonte: autoras (2025).

3.4 Relação entre Duração da Dor Torácica, Idade e Tempo de Internação em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio

A duração da dor relatada pelos pacientes foi analisada em associação com a faixa etária e com o tempo de internação hospitalar. Observou-se que a maioria dos indivíduos, independentemente da idade, relatou dor com duração entre 2 e 6 horas, com destaque para as faixas etárias de 55 a 59 anos (47,06%) e 60 a 64 anos (57,89%). A segunda duração mais prevalente foi de 6 a 12 horas, principalmente entre pacientes de 70 a 74 anos (43,75%). Já os episódios mais curtos, de até 2 horas, foram mais frequentes nas faixas de 55 a 59 anos (23,53%), 60 a 64 anos (15,79%) e 70 a 74 anos (18,75%).

Curiosamente, durações mais prolongadas da dor, como de 12 a 24 horas, foram observadas principalmente nos extremos de idade: 35 a 39 anos (50%), 40 a 44 anos (50%), 75 a 79 anos (12,50%) e 80 anos ou mais (14,28%), conforme a tabela 10.

Tabela 10. Relação entre idade e duração da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Duração da dor	35 - 39 anos	40 - 44 anos	45 - 49 anos	50 - 54 anos	55 - 59 anos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Até 2 h	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (16,66%)	2 (25%)	4 (23,53%)
2 - 6 h	0 (0,00%)	1 (50%)	4 (66,66%)	3 (37,50%)	8 (47,06%)
6 - 12 h	1 (50%)	0 (0,00%)	1 (16,66%)	3 (37,50%)	3 (17,65%)

12 - 24 h	1 (50%)	1 (50%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (5,88%)
24 - 72 h	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (5,88%)
1 semana	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Total	2 (100%)	2 (100%)	6 (100%)	8 (100%)	17 (100%)
Duração da dor	60 - 64 anos	65 - 69 anos	70 - 74 anos	75 - 79 anos	80 anos ou +
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Até 2 h	3 (15,79%)	0 (0,00%)	3 (18,75%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
2 - 6 h	11 (57,89%)	6 (46,15%)	5 (31,25%)	6 (75%)	4 (57,14%)
6 - 12 h	4 (21,05%)	4 (30,77%)	7 (43,75%)	1 (12,50%)	1 (14,28%)
12 - 24 h	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (12,50%)	1 (14,28%)
24 - 72 h	1 (5,26%)	2 (15,38%)	1 (6,25%)	0 (0,00%)	1 (14,28%)
1 semana	0 (0,00%)	1 (7,69%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Total	19 (100%)	13 (100%)	16 (100%)	8 (100%)	7 (100%)
Não mensurado			56 (36,36%)		

h = horas

Fonte: autoras (2025).

Em relação ao tempo de internação, pacientes hospitalizados entre 1 a 3 dias relataram, majoritariamente, dor de até 2 horas (25%) ou entre 2 e 6 horas (50%). Indivíduos internados por 4 a 7 dias apresentaram maior frequência de dor entre 2 e 6 horas (43,59%) e 6 a 12 horas (25,64%). Entre os que permaneceram 8 a 14 dias hospitalizados, a dor predominou entre 2 e 6 horas (50%) e 6 a 12 horas (33,33%), conforme observado na tabela 11.

Tabela 11. Relação entre tempo de internação e duração da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Duração da dor	Menos de 24 h	1 - 3 dias	4 - 7 dias	8 - 14 dias	15 - 30 dias
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Até 2 h	1 (100%)	5 (25%)	5 (12,82%)	2 (6,66%)	0 (0,00%)
2 - 6 h	0 (0,00%)	10 (50%)	17 (43,59%)	15 (50%)	5 (71,43%)
6 - 12 h	0 (0,00%)	3 (15%)	10 (25,64%)	10 (33,33%)	2 (28,57%)
12 - 24 h	0 (0,00%)	1 (5%)	3 (7,69%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)
24 - 72 h	0 (0,00%)	1 (5%)	4 (10,26%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)
1 semana	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (3,33%)	0 (0,00%)
Total	1 (100%)	20 (100%)	39 (100%)	30 (100%)	7 (100%)
Não identificado		1 (0,65%)	Não mensurado		56 (36,36%)

h = horas

Fonte: autoras (2025).

3.5 Relação entre Desfecho Clínico, Comorbidades, Intensidade e Sintomas Associados à Dor em Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio

A análise dos desfechos (alta, óbito, transferência) e sua relação com variáveis clínicas revelou que nos casos de óbito foram mais prevalentes pacientes com histórico de hipertensão arterial sistêmica (19,51%), seguido por diabetes mellitus (12,19%), dislipidemia (9,76%) e infarto prévio (9,76%), demonstrado na tabela 12.

Tabela 12. Relação entre desfecho e HPP nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

HPP	Alta		Óbito		Transferência	
	n	%	n	%	n	%
HAS	84	37,00%	8	19,51%	1	33,33%
DM	42	18,50%	5	12,19%	1	33,33%
Cardiopatia	13	5,73%	3	7,32%	0	0,00%
Dislipidemia	11	4,84%	4	9,76%	0	0,00%
IAM anterior	7	3,08%	4	9,76%	0	0,00%
CA anterior	7	3,08%	2	4,88%	0	0,00%
Obesidade	6	2,64%	1	2,44%	0	0,00%
Ansiedade	5	2,20%	0	0,00%	0	0,00%
DPOC	3	1,32%	2	4,88%	0	0,00%
Pré-DM	3	1,32%	0	0,00%	0	0,00%
Hipotireoidismo	3	1,32%	0	0,00%	0	0,00%
ATC anterior	3	1,32%	0	0,00%	0	0,00%
AVE anterior	2	0,88%	2	4,88%	0	0,00%
TVP	2	0,88%	0	0,00%	0	0,00%
Depressão	2	0,88%	0	0,00%	0	0,00%
IRC	1	0,44%	2	4,88%	0	0,00%
Esteatose hepática	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%
Marcapasso	1	0,44%	0	0,00%	0	0,00%
Nega	17	7,48%	5	12,19%	1	33,33%
Não relatado	14	6,17%	3	7,32%	0	0,00%
Total	227	100%	41	100%	3	100%

Fonte: autoras (2025).

Quanto à intensidade da dor, a maioria dos pacientes que foram a óbito relatou dor muito forte (8,33%) ou forte (16,66%). Apenas um caso de óbito associou-se a dor leve (4,16%), enquanto relatos de dor leve e moderada foram mais frequentes nos casos com alta hospitalar (3,12% e 1,56%, respectivamente) - tabela 13.

Tabela 13. Relação entre desfecho e intensidade da dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Intensidade da dor	Alta		Óbito		Transferência	
	n	%	n	%	n	%
Muito forte	18	14,06%	2	8,33%	0	0,00%
Forte	16	12,50%	4	16,66%	0	0,00%
Moderada	2	1,56%	0	0,00%	0	0,00%
Leve	4	3,12%	1	4,16%	0	0,00%
Não relatado	88	68,75%	17	70,83%	2	100%
Total	128	100%	24	100%	2	100%

Fonte: autoras (2025).

A tabela 14 demonstra que, no tocante às condições associadas à dor, os sintomas mais comumente observados entre os pacientes que foram a óbito incluíram dispneia (9,76%), vômito (4,88%), sudorese (4,88%) e cansaço (4,88%). Esses achados reforçam a importância da identificação precoce de manifestações clínicas concomitantes à dor torácica no contexto do infarto.

Tabela 14. Relação entre desfecho e condições associadas à dor nos pacientes com diagnóstico de IAM admitidos na unidade analisada no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

Condições associadas à dor	Alta		Óbito		Transferência	
	n	%	n	%	n	%
Náusea	24	13,87%	1	2,44%	1	25%
Vômito	19	10,98%	2	4,88%	0	0,00%
Sudorese	14	8,09%	2	4,88%	1	25%
Sudorese profusa	12	6,93%	0	0,00%	0	0,00%
Mal-estar	8	4,62%	0	0,00%	1	25%
Dispneia	8	4,62%	4	9,76%	0	0,00%
Sudorese fria	8	4,62%	1	2,44%	0	0,00%
Cansaço	2	1,16%	2	4,88%	0	0,00%
Palidez cutânea	2	1,16%	1	2,44%	0	0,00%
Tontura	2	1,16%	0	0,00%	0	0,00%
Urgência fecal	1	0,58%	0	0,00%	0	0,00%
Plenitude gástrica	1	0,58%	0	0,00%	0	0,00%
Indisposição	1	0,58%	0	0,00%	0	0,00%
Pico hipertensivo	1	0,58%	0	0,00%	0	0,00%
Desidratação	1	0,58%	0	0,00%	0	0,00%
Nega	0	0,00%	1	2,44%	0	0,00%
Não relatado	69	39,88%	17	41,6%	1	25%
Total	173	100%	31	100%	4	100%

Fonte: autoras (2025).

4 DISCUSSÃO

Em primeiro plano, no que diz respeito ao sexo, este estudo evidenciou que os homens constituem a maior parcela de pacientes com diagnóstico de IAM (70,8%), revelando um valor acima daquele encontrado por Castro e Rodrigues (2024) em suas pesquisas (62 a 67%). Quanto à faixa etária, o intervalo predominante foi de indivíduos entre 55 a 79 anos, com prevalência dos 60 aos 64 anos (18,18%), o que também se assemelha ao trabalho de Nunes *et al.* (2024), onde o predomínio etário ocorreu entre os 60 e 69 anos (24,52%).

Além disso, fatores de risco para o IAM, como hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemias, bem como outras condições (Castro; Rodrigues, 2024) estiveram presentes na amostra analisada, representando, respectivamente, 34,32%, 17,71% e 5,54%. A taxa de mortalidade desses 154 pacientes foi de 15,6%, o que demonstrou um valor acima do esperado quando comparado ao estudo de Abreu *et al.* (2020), que se deparou com um coeficiente de óbitos abaixo de 6% em casos onde houve terapia adequada dentro do tempo de resposta esperado, embora não se tenha avaliado o tratamento utilizado na vigente pesquisa. Sendo assim, tal achado traz um questionamento sobre a velocidade e como a terapêutica está sendo realizada na instituição.

No que se refere ao perfil clínico dos pacientes avaliados, observou-se predominância de dor precordial (45,22%) e torácica (26,75%), frequentemente descrita como opressiva (12,26%) ou em sensação de queimação (5,81%). A intensidade da dor foi caracterizada como muito forte (12,99%) ou forte (12,99%) e apresentou irradiação principalmente para membro superior esquerdo (14,63%), região dorsal (6,71%) e mandíbula (3,05%). A sintomatologia esteve constantemente associada a manifestações como náusea (12,50%), vômito (10,10%) e sudorese (8,17%).

Essas evidências, somadas a outros sinais clínicos menos prevalentes, corroboram a natureza heterogênea da apresentação sintomática da condição, revelando variações significativas conforme o indivíduo analisado (Neto *et al.*, 2024). No tocante à duração da dor, identificaram-se episódios com intervalos de até 12 horas, aspecto clínico compatível com o diagnóstico de IAM, tendo em vista que sintomas persistentes por mais de 10 minutos são sugestivos de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) (Gava *et al.*, 2023).

O presente estudo revelou que a dor precordial ou torácica é a mais prevalente entre os indivíduos com diagnóstico de IAM. No entanto, o sexo feminino se destacou por apresentar percepções atípicas dos sintomas, como dor epigástrica e dispneia. A literatura não é unânime para explicar tais manifestações nas mulheres, mas aponta uma causa multifatorial. Primeiramente, esse público costuma desenvolver doenças cardiovasculares em idades mais avançadas, o que somadas a outras comorbidades pré-existentes, podem confundir os sintomas (Chávez; Espinola; Chacón, 2020).

Outro ponto a ser destacado são as características biológicas e fisiopatológicas inerentes ao organismo feminino que têm sido abordadas para justificar as peculiaridades da sintomatologia do IAM em mulheres, como por exemplo a diminuição do estrogênio no período pós-menopausa, que é um grande protetor do sistema cardiovascular, deixando esse grupo mais vulnerável ao desenvolvimento dessa patologia (Mehilli; Presbitero, 2020; Oliveira *et al.*, 2023).

No contexto dos pacientes idosos, observa-se com frequência a coexistência de múltiplas comorbidades, o que contribui para o uso concomitante de diversos fármacos. Tal cenário pode influenciar significativamente tanto a percepção quanto a manifestação dos sintomas cardiovasculares, conduzindo a quadros clínicos atípicos. Evidências científicas demonstram que apenas 60% dos pacientes idosos com apresentações clínicas não convencionais foram corretamente diagnosticados com SCA, conforme dados apresentados por Wang, Zanon e Neuschwander (2021). Esses achados ressaltam a relevância de se compreender as especificidades clínicas dessa população, visando a otimização da acurácia diagnóstica e da conduta terapêutica.

Nesse cenário, verifica-se que mulheres e indivíduos idosos estão mais sujeitos a fatores de estresse psicossocial, os quais, associados à apresentação de sintomas clínicos atípicos, podem contribuir para a subvalorização das queixas manifestadas por esses pacientes, especialmente quando interpretadas pelo profissional de saúde como manifestações predominantemente emocionais (Roque *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2023). Todavia, os dados deste estudo indicam que 1,85% dos pacientes possuíam histórico de ansiedade e 0,74% de depressão. Ademais, evidências provenientes de estudo prospectivo que avaliou uma amostra de mulheres com Doença Arterial Coronariana (DAC) estável revelaram altos níveis de estresse psicológico, bem como maior incidência de eventos cardiovasculares. Esses achados reforçam a premissa de que os aspectos emocionais e cardiovasculares da saúde não devem ser analisados de forma dissociada (Pimple *et al.*, 2019).

Já em relação aos homens, foi observado nesta pesquisa alguns relatos de dor percebida como leve (3,67%) ou moderada (1,83%), além de uma sensação semelhante a uma dor muscular (0,90%), o que sugere que a diversidade e a intensidade dos sintomas no IAM podem ser influenciadas pela extensão da lesão miocárdica e pela presença de outras complicações, tais como arritmias cardíacas (Neto *et al.*, 2024). Concomitantemente ao fato da população masculina ter uma baixa procura a consultas médicas, isso se torna preocupante pois pode postergar os sintomas e piorar o prognóstico desses indivíduos (Castro; Rodrigues, 2024).

No que se refere à duração dos sintomas, o tempo desde o início da dor até a reperfusão é essencial para o prognóstico do paciente, tanto a curto quanto a longo prazo (Ferreira, 2022). Embora, em muitas vezes, o momento em que se originam os sinais seja impreciso, tal informação relatada pela pessoa acometida por um IAM é crucial para se estabelecer um valor de referência e auxiliar na tomada de decisão terapêutica (Lapostolle *et al.*, 2021).

Nesse sentido, este estudo demonstrou que a duração da dor ou tempo dor-porta, ou seja, o período entre o início dos sintomas e o contato com o serviço de saúde, foi majoritariamente entre 2 a 6 horas (31,17%) e 6 a 12 horas (16,23%), independentemente da idade. Levando em consideração que o tempo porta-balão ideal, isto é, aquele entre a chegada no hospital e a revascularização do miocárdio, é de 90 a 120 minutos, os valores acima mostram que o intervalo total de isquemia desses pacientes foi muito prolongado (Neto; Polanczyk, 2021).

Uma pesquisa realizada em um hospital do sul do Brasil revelou que a mediana do tempo dor-porta foi de 245 minutos, sendo que aqueles pacientes que apresentavam duração da dor maior ou igual a 360 minutos tiveram aumento de risco de óbito de 2,16 vezes. Ademais, no mundo estima-se que apenas 20% de indivíduos com IAM com supradesnivelamento do segmento ST conseguem chegar ao hospital em até 120 minutos após o começo dos sintomas. O Brasil, junto com outros países como China, Israel e Índia, possui tempo dor-porta médio entre 180 a 240 minutos (Piegas *et al.*, 2015; Neto; Polanczyk, 2021).

Um aspecto particularmente instigante identificado neste estudo refere-se aos intervalos mais prolongados de percepção da dor, variando entre 12 e 24 horas, os quais foram majoritariamente observados em pacientes pertencentes a faixas etárias contrastantes: 35 a 39 anos (50%), 40 a 44 anos (50%), 75 a 79 anos (12,50%) e 80 anos ou mais (14,28%). No que concerne à população geriátrica, tais dados não se

mostram surpreendentes, considerando-se a discussão anterior acerca das manifestações clínicas atípicas que frequentemente acometem esse grupo, contribuindo para um atraso na identificação dos sintomas. Paradoxalmente, a idade avançada constitui um relevante fator prognóstico para o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (Lapostolle *et al.*, 2021).

Entretanto, no caso de pacientes mais jovens (abaixo de 40 a 45 anos), observa-se geralmente uma menor incidência de episódios prévios de angina, o que, teoricamente, implicaria em uma menor latência entre o início da sintomatologia e o encaminhamento ao atendimento hospitalar. Tal discrepância evidencia a complexidade do padrão temporal de resposta à dor em diferentes faixas etárias, contradizendo parcialmente os achados observados neste estudo (Garcia *et al.*, 2021; Wittlinger *et al.*, 2019).

A SCA configura-se como uma condição clínica de elevada complexidade, responsável por expressivas taxas de internação. Tal cenário acarreta consideráveis repercussões econômicas, refletidas em elevados custos tanto para os indivíduos acometidos quanto para os sistemas públicos de saúde. Ademais, ela é reconhecida por estar diretamente associada ao aumento da taxa de mortalidade hospitalar (Cegielka, Moreira e Traebert, 2025).

O retardamento da reperfusão miocárdica pode levar a um pior prognóstico, uma vez que a eficácia desse tratamento diminui após 3 horas do início dos sintomas (Lapostolle *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, o estudo revelou que pacientes internados entre 1 a 3 dias relataram, em maior parte, dor de até 2 horas (25%) ou entre 2 e 6 horas (50%). Já os que permaneceram institucionalizados por mais tempo, narraram queixas algícas mais prolongadas, de 2 a 6 horas (50%) e de 6 a 12 horas (33,33%), como foi o caso daqueles que perduraram por 8 a 14 dias no hospital, o que indica essa relação entre a velocidade do atendimento e a evolução do indivíduo.

No que tange ao desfecho clínico dos pacientes incluídos neste estudo, verificou-se que aqueles que evoluíram para óbito apresentavam predominantemente padrão de dor caracterizado como muito forte (8,33%) ou forte (16,66%), frequentemente acompanhada de sintomas como dispneia (9,76%), vômito (4,88%), sudorese (4,88%) e sensação de cansaço (4,88%). A análise do histórico patológico pregresso evidenciou predominância de HAS em 19,51% dos casos, DM em 12,19%, dislipidemias em 9,76% e IAM prévio em 9,76%. A intensidade da dor relatada sugere

a presença de lesão miocárdica significativa ou a influência de fatores prognósticos agravantes, como o retardo no processo de reperfusão (Neto; Polanczyk, 2021).

Tais condições clínicas, associadas a percepções singulares da dor observadas em grupos específicos, como mulheres e idosos, indicam variabilidade na apresentação sintomática e na busca por atendimento médico (Oliveira *et al.*, 2023; Wang, Zanon e Neuschwander, 2021). Além disso, as comorbidades identificadas no histórico patológico pregresso implicam comprometimento direto da função cardiovascular. Dessa forma, é possível inferir que a mortalidade por IAM encontra-se correlacionada a fatores como sexo, faixa etária, tempo de exposição à dor e a presença de condições clínicas preexistentes.

Quanto ao desfecho a longo prazo de pacientes acometidos por IAM, uma pesquisa realizada no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), demonstrou que indivíduos que tiveram a doença, especialmente no primeiro ano, apresentam maior risco de reinternação (16,6%) por recorrência de IAM, além de outras patologias, como o AVE, em relação à população em geral. Esta ameaça é ainda maior na presença de fatores como idade avançada, hipertensão e diabetes, levando a piores resultados. A HAS representou risco de 52% de readmissão. Nessa perspectiva, o presente estudo verificou que 4,06% das pessoas hospitalizadas já tinham passado previamente pela doença, o que corrobora a possibilidade de readmissão e aponta para a importância dos cuidados pós-alta (Cegielka; Moreira; Traebert, 2025).

É fundamental reconhecer as limitações metodológicas que permeiam o presente estudo. Inicialmente, a ausência de uma análise inferencial e a definição de uma amostra não probabilística se configuram como limites desta pesquisa. Além disso, a opção pela análise exclusiva das evoluções médicas, em relação aos registros de enfermagem, justificou-se pela necessidade de confirmar o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) por meio da documentação disponível nos prontuários clínicos. Ademais, o tempo destinado à coleta de dados revelou-se insuficiente para a análise conjunta e sistemática dos registros oriundos de ambas as categorias profissionais.

Outro fator limitante consistiu na expressiva proporção de registros categorizados como “não relatado” ou “não mensurado”, representando um percentual relevante da amostra. Tal ocorrência pode ser atribuída, em grande parte, ao fato do hospital em questão ser referência para pacientes com IAM, fazendo com que muitos deles já chegassem ao serviço tendo passado por atendimento prévio e com

diagnóstico de outro local, estando também, muitas vezes, medicados ou desacordados. Outrossim, algumas características estruturais e operacionais da instituição foram observadas, como a ausência de registros médicos sem justificativa explícita, bem como a emissão de laudos referentes à realização de Angioplastia Coronariana desacompanhados da respectiva evolução clínica.

Adicionalmente, destaca-se que grande parte das avaliações médicas identificou a presença de “dor torácica típica” como principal queixa, terminologia que, embora seja útil para localização anatômica da dor, não contempla outras variáveis relevantes para a compreensão integral do quadro clínico analisado.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio (Nicolau *et al.*, 2021), essa expressão descreve uma dor situada no tórax, podendo irradiar para o ombro, mandíbula ou braço esquerdo, frequentemente desencadeada por esforço físico ou estresse emocional, aliviada pelo uso de nitratos e variando de leve a intensa, além de ser classificada nos tipos A, B, C e D (Santos; Timerman, 2018).

- Tipo A (definitivamente anginosa): dor torácica em aperto ou queimação, tanto em repouso quanto desencadeada pelo esforço ou estresse, irradiando para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, aliviada pelo repouso ou nitratos.
- Tipo B (provavelmente anginosa): as características da dor torácica fazem da insuficiência coronariana a principal hipótese, porém há a necessidade de exames para confirmação diagnóstica.
- Tipo C (possivelmente anginosa): dor torácica com sintomas atípicos que não fazem da insuficiência coronariana a principal hipótese, necessitando de exames para excluí-la.
- Tipo D (definitivamente não anginosa): dor torácica atípica, com características que não incluem a insuficiência coronariana como diagnóstico.

Sendo assim, diante de um conceito que é vasto de manifestações clínicas, onde estas não são codependentes ou excludentes, não se pôde concluir na avaliação dos registros médicos que o paciente com “dor torácica típica” necessariamente apresentava todos esses sintomas. Logo, algumas variáveis não puderam ser aferidas.

5 CONCLUSÕES

Diante do exposto, este trabalho conseguiu alcançar seu objetivo inicial de identificar como os pacientes com diagnóstico de IAM descrevem a dor torácica experienciada e compreender os fatores relacionados a ela, além de verificar como os profissionais de saúde avaliam e registram esse sintoma.

Em suma, essa pesquisa obteve como principais resultados que a dor na fase inicial do IAM se apresenta, na maioria dos casos, como precordial ou torácica, descrita como opressiva ou em sensação de queimação, variando sua intensidade, principalmente, entre muito forte e forte e exibindo irradiação para membro superior esquerdo, região dorsal e mandíbula, bem como sendo frequentemente associada a manifestações como náusea, vômito e sudorese e tendo sua duração majoritariamente estimada entre 2 a 6 horas ou 6 a 12 horas. O público masculino e a faixa etária dos 60 aos 64 anos foram os mais acometidos, porém grupos como mulheres, idosos e jovens se destacaram por expressar sintomas atípicos.

Por meio deste estudo foi possível concluir que a dor do IAM é subjetiva e diversa, variando sua apresentação clínica de acordo com o perfil de cada paciente. Sendo assim, fica evidente a importância da existência de protocolos bem estabelecidos e variados conforme o sexo e a faixa etária para examinar indivíduos com dor torácica, a fim de garantir um atendimento sistematizado que permita uma alta acurácia diagnóstica, otimizando o tempo que é crucial nessa patologia e abrindo o olhar do profissional frente a uma sintomatologia atípica. Ademais, esses métodos seriam eficientes para sistematizar as consultas e os registros, assegurando que todas as variáveis relacionadas à dor fossem analisadas.

Não menos importante, a educação em saúde, em todos os níveis de atendimento, mostra-se fundamental para uma boa assistência diante de um IAM e para a diminuição do risco de readmissão, uma vez que o profissional de saúde é o responsável por instruir a comunidade a reconhecer sinais da doença e a procurar por ajuda o mais rápido possível, bem como ensinar aos indivíduos e à família os cuidados pós-alta.

Por fim, a pesquisa notabilizou a importância dos profissionais de saúde conhecerem as variáveis da dor no IAM. Recomenda-se investigar, em estudos futuros, a aplicabilidade de protocolos de avaliação da queixa álgica em contextos

práticos, como em serviços de urgência e emergência e analisar a avaliação e registro da dor torácica pela equipe de enfermagem e outros profissionais da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, S. L. L. *et al.* Óbitos Intra e Extra-Hospitalares por Infarto Agudo do Miocárdio nas Capitais Brasileiras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 2, p. 319-326, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200043>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- ALVES, L.; POLANCZYK, C. A. Hospitalização por Infarto Agudo do Miocárdio: Um Registro de Base Populacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 5, p. 916-924, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20190573>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- BETT, M. S. *et al.* Infarto agudo do miocárdio: Do diagnóstico à intervenção. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26447>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- CARVALHO, L. C. *et al.* Síndrome Coronariana Aguda: uma abordagem sobre seu impacto na cardiologia. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31676>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- CASTRO, J. F. C. M.; RODRIGUES, V. A. S. Perfil epidemiológico e principais diagnósticos de enfermagem em pacientes infartados nos últimos 10 anos. **Revista Saúde Dinâmica**, vol. 6, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.70406/2675-133X.2024.284>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- CEGIELKA, R.; MOREIRA, D. M.; TRAEBERT, J. Taxa de sobrevida e taxa de reinternação após primeiro episódio de infarto do miocárdio. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.08212023>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- CHÁVEZ, F.; ESPINOLA, S.; CHACÓN, M. Diferenças relacionadas ao sexo em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST. **Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular**, v.1, n.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.47487/apcyccv.v1i1.10>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- FERREIRA, D. Tendo Sintomas de um Infarto Agudo do Miocárdio? Ligue para o seu Serviço Médico de Emergência Imediatamente! **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, n. 5, p. 764-765, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20220692>. Acesso em: 21 jul. 2025.
- GARCIA, C. A. D. *et al.* Infarto agudo do miocárdio: revisão de fatores de risco, etiologia, achados angiográficos e desfechos em pacientes jovens. **Archivos de Cardiología de México**, v. 91, n. 4, p. 485-492, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24875/acm.20000386>. Acesso em: 21 jul. 2025.

GAVA, F. D. *et al.* Abordagem do diagnóstico diferencial de dor torácica na emergência. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, p. 6133-6142, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p6133-6142>. Acesso em: 21 jul. 2025.

LAPOSTOLLE, F. *et al.* Efeito da idade, sexo e horário do dia no tempo de atendimento de emergência em pacientes com infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST. Estudo CLOC'AGE. **Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias**, v. 33, p. 181-186, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.55633/s3me/064.2021>. Acesso em: 21 jul. 2025.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 3, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>. Acesso em: 21 jul. 2025.

MEHILLI, J.; PRESBITERO, P. Doença arterial coronária e síndrome coronariana aguda em mulheres. **BMJ Journals**, v. 106, e. 7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315555>. Acesso em: 21 jul. 2025.

MENDONÇA, I. M. *et al.* Incidência de Infarto Agudo do Miocárdio em adultos jovens de Alagoas: uma análise de 2019 a 2022. **Brazilian Journal of Health Review**, v.7, n. 4, p. 01-11, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv7n4-078>. Acesso em: 21 jul. 2025.

MIRANDA, A. V. S.; RAMPELLOTTI, L. F. Incidência da queixa de dor torácica como sintoma de infarto agudo do miocárdio em uma unidade de pronto-atendimento. **Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**, São Paulo, v. 2, n. 1, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2595-0118.20190009>. Acesso em: 21 jul. 2025.

NETO, A. H. P.; POLANCZYK, C. Tempos de atendimento e desfechos no infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento ST. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 19, n. 1, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361697/20-28.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2025.

NETO, M. F. P. *et al.* Perfil epidemiológico das internações por Infarto Agudo do Miocárdio entre 2019 e 2023. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, p. 2287-2296, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p2287-2296>. Acesso em: 21 jul. 2025.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20210180>. Acesso em: 21 jul. 2025.

NUNES, A. L. S. *et al.* Perfil dos pacientes internados com Infarto Agudo do Miocárdio no estado do Pará. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 10, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e16133.2024>. Acesso em: 21 jul. 2025.

OLIVEIRA, C. C. *et al.* Diferenças entre os Sexos no Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST – Análise Retrospectiva de um Único Centro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n.1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20211040>. Acesso em: 21 jul. 2025.

PIEGAS, L. S. *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 105, n. 2, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20150107>. Acesso em: 21 jul. 2025.

PIMPLE, P. *et al.* Sofrimento psicológico e eventos cardiovasculares subsequentes em indivíduos com doença arterial coronariana. **Journal of the American Heart Association**, v. 8, n. 9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/jaha.118.011866>. Acesso em: 21 jul. 2025.

ROQUE, D. *et al.* Entendendo o coração de uma mulher: Lições de 14 177 mulheres com síndrome coronariana aguda. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 39, e. 2, p. 57-72, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.03.002>. Acesso em: 21 jul. 2025.

SANTOS, E. S.; TIMERMAN, A. Dor Torácica na Sala de Emergência: Quem fica e Quem Pode Ser Liberado? **Revista da SOCESP**, v. 28, n. 4, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20182804394-402>. Acesso em: 21 jul. 2025.

WANG, R.; ZANON, J. C. C.; NEUSCHWANDER, Fernando C. Dor Precordial em Idoso e Infarto. Não é Tão Elementar, Meu Caro Watson! **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 6, p. 1046-1047, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20210331>. Acesso em: 21 jul. 2025.

WITTLINGER, T. *et al.* Prognóstico no infarto do miocárdio em pacientes jovens: resultados de um registro prospectivo. **International Journal of Cardiology**, v. 300, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.10.037>. Acesso em: 21 jul. 2025.