



ISSN 2674-8169



Qualis B3
CAPES 2021-2024

Latindex



DOI

Google
Acadêmico

HOSPITALIZAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL QUASE DOBRARAM EM UMA DÉCADA, ENQUANTO A MORTALIDADE HOSPITALAR DIMINUIU: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL, 2015–2026

Mateus de Castro Paiva¹, Amanda Gabryella Marholt¹, Ana Julia Borgio Bonotto¹, Débora Farina Ribeiro¹, Elis Marina Rodrigues da Silva¹, Ellen Cristina Prado Ducini¹, Enzo Patrick de Oliveira Salvador¹, Guilherme Farias Bitencourt¹, Samuel Roberto Sabadin Hensel¹, Lívia Devequi Dallazem¹, Camile Soavinski Nogarolli¹, José Tadeu Aranha Nunes¹, Paulo Henrique Rangel de Moura¹, Pedro Henrique Rossi¹, Rafael Scaraboto¹, Vitória Vital da Silva Rocha¹, Kaiane Toledo¹, Luís Felipe Gasparoto Pereira¹, Matheus Augusto Morciani², Gregório dos Reis Veiga².



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n8p126-154>

Artigo recebido em 5 de Julho e publicado em 5 de Agosto de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Objetivo: Analisar a evolução temporal das hospitalizações por infarto agudo do miocárdio (IAM) no Brasil entre janeiro de 2015 e maio de 2026, caracterizando o perfil demográfico e geográfico das internações, a mortalidade hospitalar, o tempo médio de permanência e os custos associados.

Métodos: Estudo ecológico de série temporal, retrospectivo, descritivo e analítico, realizado com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Foram incluídas todas as Autorizações de Internação Hospitalar processadas entre janeiro de 2015 e maio de 2026 cujo diagnóstico principal correspondia ao código I21 — infarto agudo do miocárdio — da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão. Foram analisados o número de internações, a distribuição temporal, o sexo, a faixa etária, a raça/cor, a distribuição geográfica, os óbitos hospitalares, a taxa de mortalidade, o tempo médio de permanência e os valores total e médio das internações. Os anos completos de 2015 a 2025 foram utilizados nas comparações temporais, enquanto os dados de 2026, disponíveis apenas até maio, foram apresentados separadamente. As taxas regionais de hospitalização foram ajustadas por idade pelo método direto, utilizando-se a população brasileira projetada para 2022 como população-padrão. Os valores financeiros foram expressos em reais correntes, sem correção inflacionária. Por utilizar dados públicos, agregados e sem identificação individual, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Entre janeiro de 2015 e maio de 2026, foram registradas 1.643.445 hospitalizações por IAM.

Considerando os anos completos, o número anual de internações aumentou 97,4%, passando de 101.208 em 2015 para 199.819 em 2025. Houve discreta redução em 2020, com 130.441 internações, em comparação a 131.199 em 2019, seguida de retomada do crescimento. Entre janeiro e maio de 2026, foram registradas 85.039 internações. As hospitalizações concentraram-se nas faixas de 60 a 69 anos (510.870; 31,1%), 50 a 59 anos (389.200; 23,7%) e 70 a 79 anos (355.013; 21,6%). O sexo masculino respondeu por 1.044.671 internações (63,6%), e o feminino por 598.774 (36,4%). Quanto à raça/cor, foram registradas 672.712 internações entre brancos (40,9%), 653.788 entre pardos (39,8%), 66.917 entre pretos (4,1%), 21.420 entre amarelos (1,3%) e 557 entre indígenas (0,03%); 228.051 registros (13,9%) não apresentavam essa informação. A Região Sudeste concentrou o maior número absoluto de internações (801.235; 48,8%), seguida por Nordeste (324.522; 19,7%), Sul (313.545; 19,1%), Centro-Oeste (130.339; 7,9%) e Norte (73.804; 4,5%). Após o ajuste por idade, as maiores taxas médias anuais de hospitalização foram observadas no Sul (85,39 por 100.000 habitantes) e no Centro-Oeste (80,50 por 100.000 habitantes). Foram registrados 149.669 óbitos hospitalares, correspondendo a uma taxa global de mortalidade de 9,11%. A mortalidade diminuiu de 11,80% em 2015 para 7,03% em 2025, redução relativa de 40,4%. A letalidade aumentou com a idade, alcançando 5,23% entre pacientes de 50 a 59 anos, 7,98% entre 60 e 69 anos, 12,67% entre 70 e 79 anos e 21,14% entre aqueles com 80 anos ou mais. O tempo médio global de permanência foi de 7,0 dias, diminuindo de 7,6 dias em 2015 para 6,2 dias em 2025. As despesas hospitalares totalizaram R\$ 7,50 bilhões. O valor médio da AIH aumentou de R\$ 3.608,31 em 2015 para R\$ 5.764,59 em 2025, correspondendo a elevação de 59,7%. **Conclusão:** As hospitalizações por IAM no Brasil praticamente dobraram entre 2015 e 2025, acompanhadas de expressivo aumento dos custos hospitalares. Apesar da crescente demanda assistencial, observou-se redução progressiva da mortalidade hospitalar e do tempo médio de permanência. O predomínio de internações em homens e indivíduos entre 50 e 79 anos, a elevada letalidade entre pacientes com 80 anos ou mais e as diferenças regionais reforçam a necessidade de fortalecer a prevenção cardiovascular, ampliar o acesso ao diagnóstico precoce e às terapias de reperfusão e reduzir desigualdades na organização da atenção ao IAM.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio; Hospitalização; Epidemiologia; Mortalidade Hospitalar; Sistema Único de Saúde.

HOSPITALIZATIONS FOR ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN BRAZIL NEARLY DOUBLED IN ONE DECADE WHILE IN-HOSPITAL MORTALITY DECREASED: A NATIONAL EPIDEMIOLOGICAL STUDY, 2015–2026

ABSTRACT

Objective: To analyze the temporal evolution of hospitalizations for acute myocardial infarction (AMI) in Brazil from January 2015 to May 2026, characterizing the demographic and geographic profile of admissions, in-hospital mortality, average length of stay, and associated costs. **Methods:** This ecological, retrospective, descriptive, and analytical time-series study used secondary data from the Brazilian Unified Health System Hospital Information System (SIH/SUS), made available by the Department of Informatics of the Unified Health System

(DATASUS). All Hospital Admission Authorizations processed between January 2015 and May 2026 with a primary diagnosis corresponding to ICD-10 code I21 — acute myocardial infarction — were included. The variables analyzed were number of admissions, temporal distribution, sex, age group, race/skin color, geographic distribution, in-hospital deaths, mortality rate, average length of stay, and total and average hospitalization costs. Complete years from 2015 to 2025 were used for temporal comparisons, whereas 2026 data, available only through May, were presented separately. Regional hospitalization rates were age-standardized by the direct method, using the projected Brazilian population for 2022 as the standard population. Financial values were expressed in current Brazilian reais without inflation adjustment. Because the study used publicly available, aggregated, and anonymized data, ethics committee approval was not required. **Results:** From January 2015 to May 2026, 1,643,445 AMI hospitalizations were recorded. Considering complete years, annual admissions increased by 97.4%, from 101,208 in 2015 to 199,819 in 2025. A slight decrease was observed in 2020, with 130,441 admissions compared with 131,199 in 2019, followed by renewed growth. From January to May 2026, 85,039 admissions were recorded. Hospitalizations were concentrated among patients aged 60–69 years (510,870; 31.1%), 50–59 years (389,200; 23.7%), and 70–79 years (355,013; 21.6%). Men accounted for 1,044,671 admissions (63.6%), whereas women accounted for 598,774 (36.4%). Regarding race/skin color, 672,712 admissions occurred among White patients (40.9%), 653,788 among Brown patients (39.8%), 66,917 among Black patients (4.1%), 21,420 among Asian patients (1.3%), and 557 among Indigenous patients (0.03%); information was missing in 228,051 records (13.9%). The Southeast accounted for the largest absolute number of hospitalizations (801,235; 48.8%), followed by the Northeast (324,522; 19.7%), South (313,545; 19.1%), Midwest (130,339; 7.9%), and North (73,804; 4.5%). After age standardization, the highest mean annual hospitalization rates were observed in the South (85.39 per 100,000 inhabitants) and Midwest (80.50 per 100,000 inhabitants). A total of 149,669 in-hospital deaths occurred, corresponding to an overall mortality rate of 9.11%. In-hospital mortality decreased from 11.80% in 2015 to 7.03% in 2025, representing a relative reduction of 40.4%. Mortality increased with age, reaching 5.23% among patients aged 50–59 years, 7.98% among those aged 60–69 years, 12.67% among those aged 70–79 years, and 21.14% among patients aged 80 years or older. The overall average length of stay was 7.0 days, decreasing from 7.6 days in 2015 to 6.2 days in 2025. Hospital expenditures totaled BRL 7.50 billion. The average value per Hospital Admission Authorization increased from BRL 3,608.31 in 2015 to BRL 5,764.59 in 2025, representing an increase of 59.7%. **Conclusions:** AMI hospitalizations in Brazil nearly doubled between 2015 and 2025 and were accompanied by a substantial increase in hospital costs. Despite the growing demand for hospital care, in-hospital mortality and average length of stay progressively decreased. The predominance of admissions among men and individuals aged 50–79 years, the high mortality among patients aged 80 years or older, and regional differences highlight the need to strengthen cardiovascular prevention, expand access to early diagnosis and reperfusion therapies, and reduce inequalities in the organization of AMI care.

Keywords: Myocardial Infarction; Hospitalization; Epidemiology; Hospital Mortality; Unified Health System.



PEC e-SUS APS no rastreamento do câncer de mama: contribuições para a detecção precoce na atenção primária
Souza et. al.

Instituição afiliada – ¹ Centro Universitário Integrado, Campo Mourão, Paraná, Brasil. ² Centro Universitário de Maringá (Unicesumar), Maringá, Paraná, Brasil.

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) constitui uma das principais manifestações da doença arterial coronariana e permanece entre as maiores causas de morbimortalidade cardiovascular em todo o mundo. Caracteriza-se pela necrose do miocárdio decorrente da interrupção aguda do fluxo sanguíneo coronariano, geralmente causada pela ruptura ou erosão de uma placa aterosclerótica com formação de trombo intracoronário. A rápida identificação do quadro clínico e a instituição precoce da terapia de reperfusão são determinantes para a redução da extensão da necrose miocárdica, preservação da função ventricular e diminuição da mortalidade e das complicações cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de morte no mundo, sendo responsáveis por aproximadamente 9,0 milhões de óbitos anuais por doença isquêmica do coração, com tendência crescente especialmente em países de baixa e média renda (Yang et al., 2025; Roth et al., 2020). Globalmente, a doença isquêmica do coração foi responsável por 254,3 milhões de casos prevalentes e 188,4 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) em 2021 (Yang et al., 2025). Embora países de alta renda tenham experimentado reduções significativas nas taxas de incidência e mortalidade por IAM nas últimas décadas — com declínios de aproximadamente 30% nas taxas de mortalidade ajustadas por idade entre 1990 e 2019 (Safiri et al., 2022) —, mais de 80% das mortes por doenças cardiovasculares ocorrem atualmente em países de baixa e média renda, onde as taxas de eventos coronarianos permanecem desproporcionalmente elevadas (Roth et al., 2020).

Paradoxalmente, embora países de alta renda apresentem maior carga de fatores de risco cardiovasculares, as taxas de IAM são significativamente mais elevadas em países de média e baixa renda, fenômeno atribuído ao menor acesso a medidas preventivas e procedimentos de revascularização (Landon et al., 2023). Análises internacionais demonstram que pacientes de baixa renda apresentam mortalidade 30 dias de 1 a 3 pontos percentuais superior e taxas de cateterismo cardíaco e intervenção coronária percutânea de 1 a 6 pontos percentuais inferiores em comparação a pacientes de alta renda, mesmo em países com sistemas universais de saúde (Landon et al., 2023). Essa inversão epidemiológica reflete não

apenas diferenças na prevalência de fatores de risco — como hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, tabagismo e sedentarismo —, mas também disparidades estruturais no acesso aos serviços de saúde, na capacidade diagnóstica e na disponibilidade de terapias baseadas em evidências.

No Brasil, país de renda média-alta, o infarto agudo do miocárdio representa uma das principais causas de internação e mortalidade por doenças cardiovasculares, gerando elevada demanda sobre a rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos recentes demonstram importantes disparidades no acesso e nos desfechos entre os sistemas público e privado de saúde. O registro VICTIM (Via Crucis for the Treatment of Myocardial Infarction), conduzido em hospitais com capacidade para intervenção coronária percutânea (ICP) no Nordeste brasileiro, evidenciou que pacientes atendidos pelo SUS apresentaram tempo médio entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital quase três vezes superior ao de pacientes do sistema privado (25,4 versus 9,0 horas; $p < 0,001$), taxas de ICP primária significativamente menores (45% versus 78%; $p < 0,001$) e mortalidade em 30 dias quase duas vezes maior (11,9% versus 5,9%; $p = 0,04$) (Oliveira et al., 2019). Análises de seguimento de três anos confirmaram a persistência dessas disparidades, com mortalidade ajustada 43% superior entre usuários do SUS (HR 1,43; IC95%: 1,21-1,69; $p = 0,001$) (Lima et al., 2026).

Nas últimas décadas, a expansão das unidades de hemodinâmica, a implementação das linhas de cuidado para as síndromes coronarianas agudas, a ampliação do acesso às terapias de reperfusão e o aprimoramento dos protocolos assistenciais contribuíram para importantes mudanças no manejo da doença no Brasil. Análises de tendências temporais de mortalidade por IAM no país demonstraram reduções de 24% nas taxas ajustadas por idade entre 2000 e 2011, com padrões heterogêneos entre as regiões geográficas, sugerindo melhoria progressiva na qualidade da assistência cardiovascular, embora com persistência de desigualdades regionais (Ribeiro et al., 2016). Entretanto, estudos recentes identificaram aumento expressivo nas hospitalizações por IAM durante o período da pandemia de COVID-19 (2020-2023), com incrementos de 13,4% em 2020 a 36,9% em 2022 em relação à média dos cinco anos anteriores, particularmente nas regiões Centro-Oeste e Norte, acompanhados por elevação da mortalidade nessas mesmas regiões.

Apesar da elevada relevância do IAM para a saúde pública brasileira, estudos nacionais que avaliam simultaneamente sua evolução temporal em séries históricas abrangentes, distribuição demográfica e geográfica, mortalidade hospitalar, tempo de permanência e impacto econômico ainda são relativamente escassos. A maioria das análises disponíveis concentra-se em períodos limitados, regiões específicas ou registros hospitalares selecionados, não refletindo a magnitude populacional do agravo em escala nacional. A utilização de bases nacionais de dados, como o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), permite caracterizar a magnitude desse agravo em escala populacional, identificar tendências temporais, subsidiar o planejamento da assistência cardiovascular e orientar políticas públicas voltadas à prevenção, ao diagnóstico precoce e à melhoria da qualidade do cuidado. Embora os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para IAM em bases administrativas apresentem especificidade elevada (>95%), sua sensibilidade é moderada (53-63%), devendo os achados serem interpretados considerando essa limitação metodológica.

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo analisar as tendências temporais das hospitalizações por infarto agudo do miocárdio no Brasil entre janeiro de 2015 e maio de 2026, caracterizando o perfil epidemiológico, demográfico e geográfico dos pacientes hospitalizados, bem como a mortalidade hospitalar, o tempo médio de permanência e os custos associados às internações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, retrospectivo, de caráter descritivo e analítico, realizado com dados secundários de domínio público provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio da plataforma TABNET do Ministério da Saúde do Brasil. Foram analisadas todas as internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio registradas entre janeiro de 2015 e maio de 2026, totalizando 137 meses de observação. Foram incluídas todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo diagnóstico principal correspondia ao código I21 (Infarto Agudo do Miocárdio) da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10).

O SIH/SUS constitui a principal base nacional de informações sobre internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde. Foram extraídas as seguintes variáveis: mês e ano de processamento, número de internações hospitalares, número de óbitos hospitalares, taxa de mortalidade hospitalar, tempo médio de permanência, sexo, faixa etária, raça/cor, macrorregião brasileira, Unidade da Federação, valor total das internações e valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). As faixas etárias seguiram a categorização padronizada do SIH/SUS (<1 ano, 1–4 anos, 5–9 anos, 10–14 anos, 15–19 anos, 20–29 anos, 30–39 anos, 40–49 anos, 50–59 anos, 60–69 anos, 70–79 anos e ≥80 anos), sendo posteriormente agrupadas quando necessário para apresentação dos resultados.

A análise descritiva incluiu o cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e de medidas de tendência central para os indicadores contínuos disponíveis de forma agregada. A taxa de mortalidade hospitalar foi calculada pela razão entre o número de óbitos hospitalares e o número de internações em cada período ou estrato analisado, multiplicada por 100 e expressa em percentual. A variação percentual foi calculada pela expressão: Variação percentual (%) = [(valor final – valor inicial) / valor inicial] × 100.

A evolução temporal das internações, da mortalidade hospitalar, do tempo médio de permanência e dos indicadores econômicos foi descrita por ano de processamento. Nas comparações temporais foram considerados os anos completos de 2015 a 2025. Os dados referentes a 2026, disponíveis apenas entre janeiro e maio, foram apresentados separadamente como informações parciais, sem comparação direta com os anos completos. A distribuição mensal das internações foi utilizada para representação gráfica da série histórica, não sendo aplicados modelos estatísticos inferenciais para análise de tendência temporal.

Para comparação entre as macrorregiões brasileiras, foram calculadas taxas médias anuais de hospitalização ajustadas por idade, expressas por 100.000 habitantes. Inicialmente, foram obtidos, para cada macrorregião e faixa etária, os números acumulados de internações por infarto agudo do miocárdio registrados entre janeiro de 2015 e maio de 2026. Como denominador, utilizaram-se as projeções populacionais oficiais do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), Revisão 2024. Para contemplar todo o período analisado, foi calculado o total de pessoas-ano por faixa etária e macrorregião mediante a soma das populações projetadas entre 2015 e 2025, acrescida de cinco doze avos da população estimada para 2026, proporcionalmente aos cinco meses disponíveis nesse ano. As projeções populacionais foram agregadas nas mesmas categorias etárias disponibilizadas pelo SIH/SUS, garantindo compatibilidade entre numeradores e denominadores utilizados nos cálculos.

As taxas específicas por idade foram calculadas dividindo-se o número acumulado de internações em cada faixa etária pelo respectivo total de pessoas-ano, sendo posteriormente multiplicadas por 100.000 habitantes. Em seguida, realizou-se a padronização pelo método direto, utilizando como população-padrão a população brasileira projetada para o ano de 2022. A taxa ajustada de cada macrorregião correspondeu à soma das taxas específicas por idade ponderadas pela distribuição etária da população-padrão, permitindo comparações entre regiões independentemente das diferenças em sua estrutura etária. As taxas ajustadas foram utilizadas exclusivamente para comparação entre as macrorregiões brasileiras e não devem ser interpretadas como estimativas de incidência populacional do infarto agudo do miocárdio.

As taxas de mortalidade hospitalar por macrorregião e por Unidade da Federação foram calculadas pela divisão do número de óbitos pelo número de internações no respectivo estrato, multiplicada por 100. Os resultados por Unidade da Federação foram apresentados de forma descritiva, destacando-se aquelas com as maiores e menores taxas observadas no período.

Os valores financeiros corresponderam aos registros oficiais do SIH/SUS. Foram analisados o valor total das internações e o valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), ambos expressos em reais correntes, sem correção inflacionária. Dessa forma, as variações observadas representam alterações nominais dos valores registrados ao longo da série histórica e não permitem inferências sobre variações reais dos custos.

Todas as análises foram realizadas com dados agregados, impossibilitando a identificação individual dos pacientes. Por utilizar exclusivamente informações secundárias,

anonimizadas, agregadas e de domínio público, o presente estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, e a Norma Operacional nº 001/2013 do CNS.

As limitações do estudo decorrem principalmente da utilização de dados administrativos secundários. O SIH/SUS contempla apenas internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde, não incluindo hospitalizações realizadas exclusivamente na rede privada, podendo subestimar a magnitude do agravo na população brasileira. A unidade de análise corresponde à Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de modo que um mesmo indivíduo pode estar representado mais de uma vez em caso de reinternação. A qualidade das informações depende do adequado preenchimento e da correta codificação das AIHs pelos serviços de saúde, estando sujeita a inconsistências, subnotificação e erros de registro.

Além disso, o banco de dados não disponibiliza informações clínicas individualizadas sobre subtipo do infarto, presença de supradesnívelamento do segmento ST, tempo até a reperfusão, terapias empregadas, fatores de risco cardiovasculares, comorbidades, gravidade clínica ou desfechos após a alta hospitalar, impossibilitando análises prognósticas mais detalhadas e inferências causais. A utilização do local e do ano de processamento pode refletir o fluxo assistencial e o encaminhamento de pacientes para centros de referência, não correspondendo necessariamente ao local de residência ou ao momento exato de ocorrência do evento. Por fim, os dados referentes a 2026 são parciais, os valores financeiros não foram corrigidos pela inflação e as taxas ajustadas por idade destinam-se exclusivamente à comparação entre macrorregiões, não devendo ser interpretadas como estimativas da incidência populacional do infarto agudo do miocárdio.

RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2015 a maio de 2026, foram registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) 1.643.445 internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio (CID-10: I21) em todo o território brasileiro. Considerando os anos completos (2015–2025), observou-se aumento progressivo do número

anual de hospitalizações, passando de 101.208 internações em 2015 para 199.819 em 2025, o que representa incremento de 97,4% ao longo do período. Em 2026, foram registradas 85.039 internações entre janeiro e maio, sendo os dados apresentados separadamente por corresponderem a um período parcial (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição temporal das internações por IAM (2015-2026).

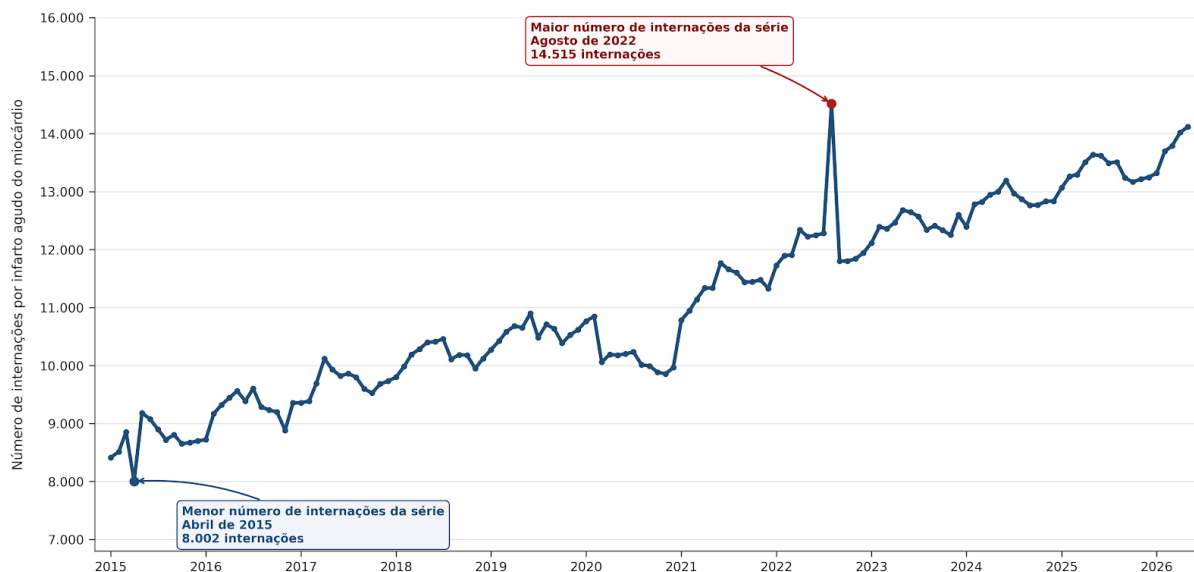
Ano	Número total de internações	Média mensal	Desvio-padrão
2015	101.208	8.434,0	323,9
2016	107.616	8.968,0	327,7
2017	112.444	9.370,3	467,6
2018	119.006	9.917,2	391,6
2019	131.199	10.933,3	702,1
2020	130.441	10.870,1	670,0
2021	140.819	11.734,9	1.169,6
2022	162.972	13.581,0	877,4
2023	172.006	14.333,8	730,2
2024	180.876	15.073,0	560,4
2025	199.819	16.651,6	920,4
2026*	85.039	17.007,8	419,3
Total do período	1.643.445	11.996,0	–

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS/DATASUS), Ministério da Saúde, Brasil.

Observou-se crescimento progressivo do número anual de internações por infarto agudo do miocárdio ao longo da série histórica, com discreta redução entre 2019 (131.199 internações) e 2020 (130.441 internações), período coincidente com o início da pandemia de COVID-19. A partir de 2021, verificou-se retomada do crescimento das hospitalizações, atingindo o maior número absoluto de internações em 2025 (199.819). Os dados referentes a 2026 correspondem apenas ao período de janeiro a maio e, por esse motivo, foram

apresentados separadamente, sem comparações diretas com os anos completos (Figura 1).

Figura 1 – Série temporal das internações por IAM (2015-2026)



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS/DATASUS), Ministério da Saúde, Brasil.

Em relação ao sexo, 1.044.671 internações (63,6%) ocorreram em pacientes do sexo masculino e 598.774 (36,4%) no sexo feminino, correspondendo a uma razão masculino:feminino de aproximadamente 1,7:1. A distribuição etária evidenciou predominância de hospitalizações entre indivíduos de 60 a 69 anos (510.870; 31,1%), seguidos pelas faixas de 50 a 59 anos (389.200; 23,7%), 70 a 79 anos (355.013; 21,6%) e 80 anos ou mais (237.825; 14,5%), que, em conjunto, representaram 90,9% de todas as internações por infarto agudo do miocárdio no período analisado.

Quanto à raça/cor, indivíduos brancos corresponderam a 672.712 internações (40,9%), seguidos por pardos (653.788; 39,8%), pretos (66.917; 4,1%), amarelos (21.420; 1,3%) e indígenas (557; 0,03%). Registros sem informação de raça/cor corresponderam a 228.051 internações (13,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das internações por infarto agudo do miocárdio segundo raça/cor no Brasil, janeiro de 2015 a maio de 2026.

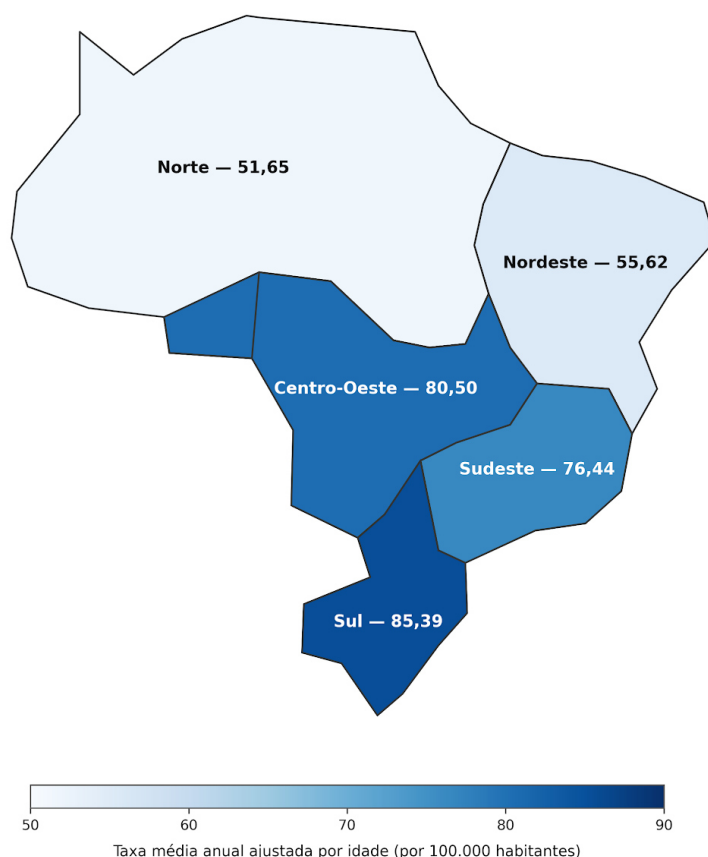


Raça/cor	Número absoluto	Percentual (%)
Parda	653.788	39,78
Branca	672.712	40,93
Preta	66.917	4,07
Amarela	21.420	1,30
Indígena	557	0,03
Sem informação	228.051	13,88
Total	1.643.445	100,00

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS/DATASUS), Ministério da Saúde, Brasil.

A região Sudeste concentrou o maior número absoluto de internações, com 801.235 registros (48,8%), seguida pelo Nordeste, com 324.522 (19,7%), Sul, com 313.545 (19,1%), Centro-Oeste, com 130.339 (7,9%), e Norte, com 73.804 (4,5%). Quando consideradas as taxas médias anuais de hospitalização ajustadas por idade, a região Sul apresentou o maior valor (85,39 por 100.000 habitantes), seguida pelo Centro-Oeste (80,50), Sudeste (76,44), Nordeste (55,62) e Norte (51,65), evidenciando diferenças regionais na ocorrência de hospitalizações por infarto agudo do miocárdio (Figura 2; Tabela 3).

Figura 2 – Distribuição geográfica da taxa média anual ajustada por idade de internações por infarto agudo do miocárdio no Brasil, segundo macrorregião, janeiro de 2015 a maio de 2026.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), DATASUS; Projeções da População – Revisão 2024, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As taxas foram ajustadas por idade pelo método direto, utilizando a população brasileira como padrão.

Tabela 3 – Distribuição das internações por infarto agudo do miocárdio segundo região do Brasil, janeiro de 2015 a maio de 2026.

Região	Número absoluto	Percentual (%)	Taxa média anual ajustada por idade* (por 100.000 habitantes)
Sudeste	801.235	48,75	76,44
Nordeste	324.522	19,75	55,62
Sul	313.545	19,08	85,39

Centro-Oeste	130.339	7,93	80,50
Norte	73.804	4,49	51,65
Brasil	1.643.445	100,00	71,27

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), DATASUS; Projeções da População, Revisão 2024, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O tempo médio de permanência hospitalar foi de 7,0 dias durante todo o período analisado, apresentando redução ao longo da série histórica, de 7,6 dias em 2015 para 6,2 dias em 2025, correspondendo a uma diminuição de 18,4%. Os dados referentes a 2026, por corresponderem apenas ao período de janeiro a maio, foram analisados separadamente, apresentando média de permanência de 6,3 dias.

Durante o período estudado ocorreram 149.669 óbitos hospitalares por infarto agudo do miocárdio, correspondendo a uma taxa global de mortalidade hospitalar de 9,11%. Observou-se aumento progressivo da mortalidade com o avanço da idade, variando de 5,23% entre indivíduos de 50 a 59 anos para 7,98% entre aqueles de 60 a 69 anos, 12,67% entre 70 e 79 anos e 21,14% entre pacientes com 80 anos ou mais, faixa etária que apresentou a maior letalidade hospitalar (Tabela 4). Em números absolutos, a maior quantidade de óbitos concentrou-se entre indivíduos de 70 a 79 anos (44.981 óbitos), seguidos pelas faixas de 60 a 69 anos (40.783) e 80 anos ou mais (34.110), refletindo simultaneamente o elevado volume de hospitalizações e o aumento da letalidade associado ao envelhecimento.

Tabela 4 – Taxa de mortalidade hospitalar por faixa etária em internações por infarto agudo do miocárdio no Brasil, janeiro de 2015 a maio de 2026.

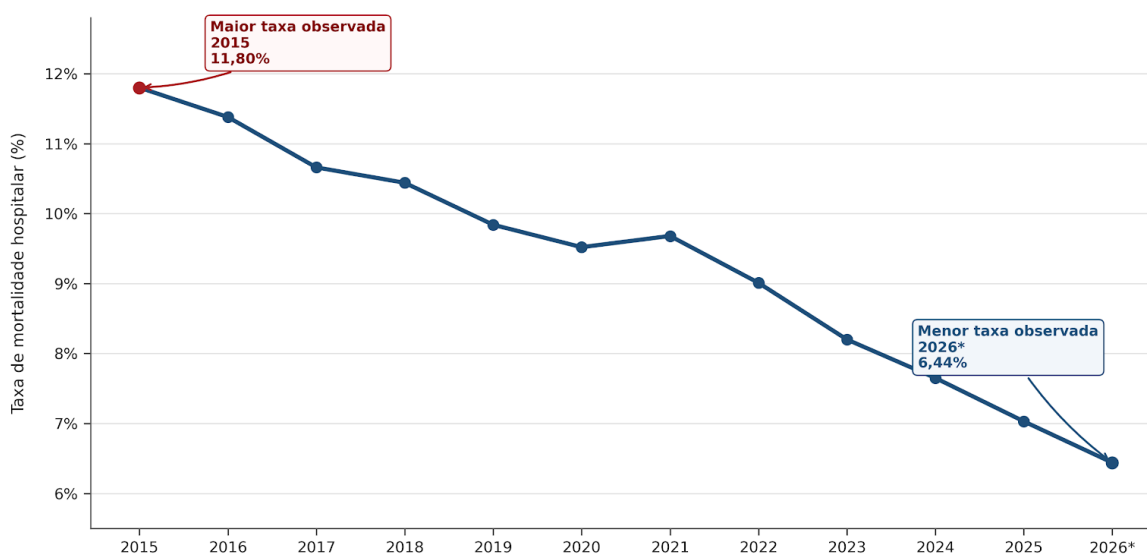
Faixa etária	Taxa de mortalidade (%)
< 40 anos*	4,02
40–49 anos	4,17
50–59 anos	5,23

60–69 anos	7,98
70–79 anos	12,67
≥ 80 anos	21,14
Mortalidade global	9,11
Sexo	Taxa de mortalidade (%)
Masculino	8,05
Feminino	10,95
Global	9,11

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS/DATASUS), Ministério da Saúde, Brasil.

A evolução temporal da mortalidade hospitalar demonstrou redução progressiva ao longo da série histórica. A taxa de mortalidade diminuiu de 11,80% em 2015 para 7,03% em 2025, correspondendo a uma redução relativa de 40,4% no período. Diferentemente do observado para o número de internações, não houve aumento expressivo da mortalidade hospitalar durante o período pandêmico, sendo observadas apenas pequenas oscilações anuais, com manutenção da tendência de queda ao longo da série. Os dados referentes a 2026 correspondem exclusivamente ao período de janeiro a maio e, por esse motivo, foram apresentados separadamente, sem comparação direta com os anos completos (Figura 3).

Figura 3 – Evolução temporal da taxa de mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio no Brasil, janeiro de 2015 a maio de 2026.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), DATASUS. Taxas calculadas pela razão entre o número anual de óbitos e o número anual de internações por infarto agudo do miocárdio (CID-10 I21), multiplicada por 100. Os dados de 2026 correspondem ao período de janeiro a maio.

Quanto à distribuição geográfica da mortalidade hospitalar, observaram-se diferenças importantes entre as Unidades da Federação. As maiores taxas de mortalidade hospitalar foram registradas em Alagoas (14,58%), Ceará (12,79%) e Acre (12,45%), enquanto as menores foram observadas no Distrito Federal (5,01%), Espírito Santo (6,84%) e Piauí (7,11%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Taxa de mortalidade hospitalar por região e unidades federativas selecionadas em internações por infarto agudo do miocárdio no Brasil, janeiro de 2015 a maio de 2026.

Região/UF	Taxa de mortalidade (%)
Norte	9,48
Nordeste	10,38
Centro-Oeste	7,93

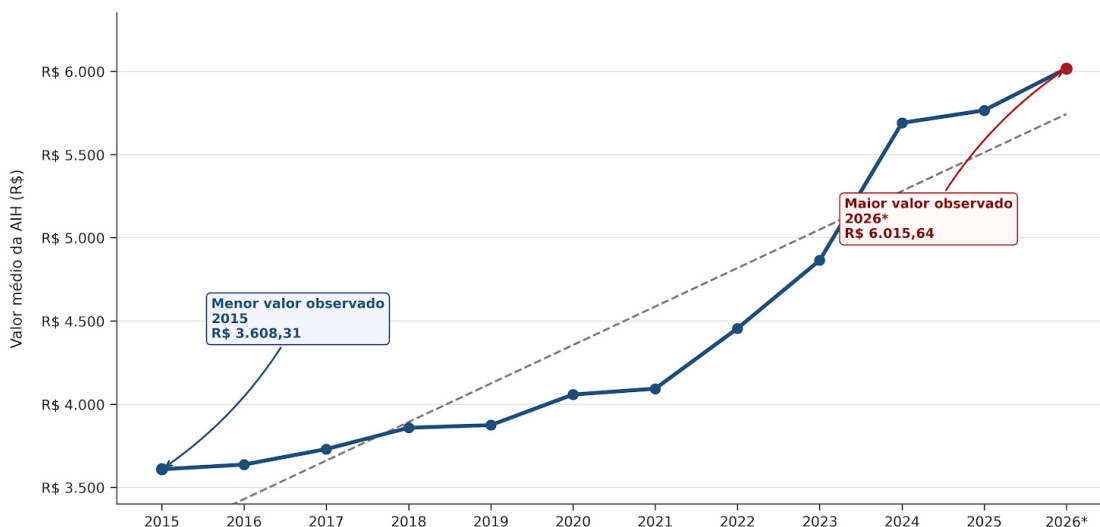
Sudeste	8,97
Sul	8,55
Brasil	9,11
Unidades Federativas com maiores taxas	
Alagoas	14,58
Ceará	12,79
Acre	12,45
Unidades Federativas com menores taxas	
Distrito Federal	5,01
Espírito Santo	6,84
Piauí	7,11

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS/DATASUS), Ministério da Saúde, Brasil.

* Dados parciais até maio de 2026.

O impacto econômico das hospitalizações por infarto agudo do miocárdio foi expressivo, totalizando R\$ 7.504.046.262,01 em despesas hospitalares durante o período analisado, em valores correntes. Observou-se aumento progressivo dos custos ao longo da série histórica, acompanhando o crescimento do número de internações. O valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) elevou-se de R\$ 3.608,31 em 2015 para R\$ 5.764,59 em 2025, correspondendo a um aumento de 59,7% no período. Os dados referentes a 2026 foram apresentados separadamente por corresponderem apenas ao período de janeiro a maio, quando o valor médio da AIH atingiu R\$ 6.015,64 (Figura 4).

Figura 4 – Evolução temporal do valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) por infarto agudo do miocárdio no Brasil, janeiro de 2015 a maio de 2026.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), DATASUS. Valores correspondentes ao valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para internações por infarto agudo do miocárdio (CID-10 I21). Os dados de 2026 correspondem ao período de janeiro a maio.

De forma geral, os resultados demonstraram crescimento expressivo das hospitalizações por infarto agudo do miocárdio entre 2015 e 2025, acompanhado por aumento progressivo dos custos hospitalares e redução da mortalidade hospitalar. Observou-se predomínio de internações em pacientes do sexo masculino e nas faixas etárias de 50 a 79 anos, enquanto os indivíduos com 80 anos ou mais apresentaram as maiores taxas de mortalidade hospitalar. A região Sudeste concentrou o maior número absoluto de internações, ao passo que a região Sul apresentou a maior taxa média anual de hospitalização ajustada por idade, evidenciando diferenças na distribuição da carga assistencial entre as macrorregiões brasileiras.

DISCUSSÃO

O presente estudo fornece análise abrangente das hospitalizações por infarto agudo do miocárdio no Brasil ao longo de mais de uma década, evidenciando aumento expressivo da carga hospitalar, acompanhado por redução progressiva da mortalidade hospitalar e crescimento substancial dos custos assistenciais. Entre 2015 e 2025, o número anual de internações praticamente dobrou (aumento de 97,4%), enquanto a taxa de mortalidade hospitalar apresentou redução de 40,4%, passando de 11,80% para 7,03%. Observou-se

concentração das hospitalizações entre indivíduos de meia-idade e idosos, predominância do sexo masculino (63,6%) e importante participação da Região Sudeste no total de internações (48,8%) e óbitos (48,0%). Em conjunto, esses achados demonstram que, embora persistam desafios relacionados à elevada demanda assistencial imposta pelo infarto agudo do miocárdio ao Sistema Único de Saúde, houve melhora dos desfechos hospitalares ao longo do período analisado, sugerindo avanços na assistência cardiovascular oferecida à população brasileira.

O expressivo crescimento das hospitalizações observado ao longo da série histórica provavelmente reflete a interação de múltiplos fatores demográficos, epidemiológicos e assistenciais. O Brasil vivencia acelerado processo de transição demográfica, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e pelo envelhecimento populacional, fenômenos diretamente associados ao incremento da prevalência da doença arterial coronariana (ROTH et al., 2020). Paralelamente, a elevada frequência de fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia, tabagismo e sedentarismo, mantém elevada a carga de doença aterosclerótica na população (MENSAH et al., 2017). Do ponto de vista fisiopatológico, esses fatores favorecem a disfunção endotelial, o desenvolvimento e a progressão das placas ateroscleróticas e, posteriormente, sua ruptura ou erosão, culminando na formação de trombo intracoronário e na oclusão aguda da artéria coronária, mecanismo responsável pela maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio (THYGESEN et al., 2018).

Além dos aspectos relacionados à transição epidemiológica, a ampliação da capacidade diagnóstica e da oferta de serviços especializados também pode ter contribuído para o aumento das hospitalizações registradas. A expansão da rede de atenção às urgências cardiovasculares, o maior acesso às unidades com hemodinâmica, a disseminação de protocolos assistenciais e o aperfeiçoamento dos sistemas de informação em saúde podem ter favorecido maior identificação e encaminhamento de pacientes ao tratamento hospitalar (PIEGAS et al., 2015). Dessa forma, o crescimento observado nas internações não deve ser interpretado exclusivamente como aumento da incidência do IAM, mas também como possível reflexo da melhoria do acesso aos serviços de saúde e da qualidade dos registros hospitalares (BRANT et al., 2017).

A discreta redução das hospitalizações observada em 2020 (130.441 internações), em comparação com 2019 (131.199 internações), seguida pela retomada da tendência ascendente nos anos subsequentes, é compatível com o impacto da pandemia de COVID-19 sobre os sistemas de saúde. Diversos estudos nacionais e internacionais descreveram redução temporária das admissões hospitalares por síndromes coronarianas agudas durante esse período, possivelmente relacionada ao receio da população em buscar atendimento médico, à reorganização dos serviços hospitalares e ao redirecionamento de recursos para o enfrentamento da emergência sanitária (BHATT et al., 2022). A recuperação do número de internações nos anos seguintes sugere restabelecimento progressivo da assistência cardiovascular e atendimento da demanda reprimida.

Apesar do aumento expressivo das hospitalizações, observou-se redução progressiva da taxa de mortalidade hospitalar ao longo da série histórica. Esse comportamento é compatível com importantes avanços na assistência ao paciente com IAM e acompanha a tendência observada em diversos países nas últimas décadas (ROTH et al., 2020). Embora o SIH/SUS não permita identificar os tratamentos realizados durante cada internação, é plausível que essa redução esteja relacionada à ampliação do acesso às terapias de reperfusão, ao maior emprego da intervenção coronária percutânea primária, à utilização mais precoce de protocolos diagnósticos baseados em eletrocardiografia e biomarcadores cardíacos, além da incorporação sistemática de terapias farmacológicas com benefício comprovado na redução da mortalidade (IBANEZ et al., 2018).

A consolidação das linhas de cuidado para as síndromes coronarianas agudas no âmbito do SUS provavelmente também contribuiu para esse cenário (PIEGAS et al., 2015). A expansão dos serviços de hemodinâmica e o aprimoramento da organização das redes de urgência possibilitaram redução do tempo até a reperfusão em diversas regiões do país. Do ponto de vista fisiopatológico, a reperfusão precoce limita a extensão da necrose miocárdica, preserva a função ventricular esquerda e reduz complicações graves, como choque cardiogênico, insuficiência cardíaca e arritmias ventriculares malignas (IBANEZ et al., 2018). Entretanto, esses achados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a mortalidade analisada corresponde exclusivamente aos óbitos ocorridos durante a internação hospitalar e

o banco de dados não disponibiliza informações clínicas capazes de estabelecer relação causal entre estratégias terapêuticas específicas e os desfechos observados.

A análise por faixa etária demonstrou comportamento compatível com a história natural da aterosclerose. Embora a maior concentração de hospitalizações tenha ocorrido entre indivíduos de 60 a 69 anos (31,1%), observou-se aumento progressivo da letalidade com o envelhecimento, alcançando 21,14% entre pacientes com 80 anos ou mais, valor mais de quatro vezes superior ao observado entre indivíduos de 50 a 59 anos (5,23%). Esse padrão provavelmente reflete maior carga aterosclerótica, maior frequência de comorbidades, fragilidade clínica, menor reserva fisiológica e maior complexidade terapêutica da população idosa (MENSAH et al., 2017). Além disso, manifestações clínicas menos típicas e atraso no diagnóstico podem contribuir para piores desfechos nesse grupo etário. Em contrapartida, a maior quantidade absoluta de óbitos concentrou-se entre indivíduos de 70 a 79 anos (44.981 óbitos), seguida pelas faixas de 60 a 69 anos (40.783 óbitos) e 80 anos ou mais (34.110 óbitos), evidenciando a importância de interpretar conjuntamente medidas absolutas e relativas para o adequado planejamento das ações em saúde.

A predominância do sexo masculino entre as hospitalizações também está de acordo com o perfil epidemiológico amplamente descrito na literatura cardiovascular (ROTH et al., 2020). Homens apresentam maior incidência de doença arterial coronariana em idades mais precoces, resultado da interação entre fatores hormonais, metabólicos e comportamentais. O efeito cardioprotetor dos estrogênios durante o período pré-menopausa retarda parcialmente a progressão da aterosclerose nas mulheres, enquanto maior prevalência de tabagismo, consumo abusivo de álcool e menor adesão às medidas preventivas podem contribuir para maior ocorrência de eventos coronarianos entre os homens (MENSAH et al., 2017). Por outro lado, manifestações clínicas atípicas nas mulheres frequentemente dificultam o reconhecimento precoce do IAM, podendo influenciar o tempo até o tratamento e os desfechos clínicos.

A concentração das hospitalizações na Região Sudeste reflete principalmente a maior densidade populacional e a maior disponibilidade de serviços especializados de alta complexidade nessa macrorregião. Entretanto, números absolutos não representam

necessariamente maior risco individual de adoecimento e devem ser interpretados considerando diferenças populacionais, estrutura etária e organização da rede assistencial (SANTOS et al., 2018). Persistem desigualdades regionais relacionadas ao acesso aos serviços especializados, disponibilidade de cardiologistas intervencionistas e centros com capacidade para reperfusão miocárdica, aspectos que podem influenciar tanto o perfil das hospitalizações quanto os desfechos clínicos (RIBEIRO et al., 2016). As regiões Norte (4,5%) e Centro-Oeste (7,9%) apresentaram participação substancialmente menor no total de hospitalizações, configurando disparidades na distribuição da carga assistencial entre as macrorregiões brasileiras.

Embora a Região Sudeste tenha concentrado o maior número absoluto de hospitalizações, a análise das taxas ajustadas por idade demonstrou maior carga relativa nas regiões Sul e Centro-Oeste, evidenciando a importância de considerar a estrutura etária da população nas comparações regionais.

O impacto econômico observado demonstra que o infarto agudo do miocárdio permanece entre as condições de maior custo para o Sistema Único de Saúde. O aumento progressivo do valor total das internações, que passou de R\$ 365,2 milhões em 2015 para R\$ 1,15 bilhão em 2025 (incremento de 215%), e do valor médio das AIHs, que elevou-se de R\$ 3.608,31 para R\$ 5.764,59 (aumento de 59,7%), provavelmente resulta da combinação entre maior número de hospitalizações, incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, maior complexidade dos casos atendidos e atualização dos valores de remuneração hospitalar. Em contrapartida, a redução gradual do tempo médio de permanência, que passou de 7,6 dias em 2015 para 6,2 dias em 2025 (diminuição de 18,4%), pode refletir maior eficiência dos fluxos assistenciais, otimização do tratamento e recuperação mais rápida dos pacientes após a reperfusão. Contudo, como os valores monetários analisados não foram corrigidos pela inflação e o SIH/SUS não informa detalhadamente os procedimentos realizados em cada internação, tais resultados devem ser interpretados com cautela.

A distribuição mensal das hospitalizações demonstrou discreta variação ao longo do ano, com maior número acumulado de internações observado em janeiro (147.573), março (143.364) e maio (141.778), enquanto junho apresentou o menor número (126.727). Embora tenha sido observada variação mensal, não se evidenciou padrão sazonal acentuado,

mantendo-se elevada frequência de internações durante todos os meses do ano. Esse achado difere parcialmente de estudos que descrevem maior incidência de eventos cardiovasculares durante os meses de inverno em regiões de clima temperado, sugerindo que fatores climáticos podem exercer influência variável sobre a ocorrência do IAM em diferentes contextos geográficos.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de bases administrativas. O SIH/SUS foi desenvolvido com finalidade assistencial e de faturamento, estando sujeito a inconsistências de registro, subnotificação e heterogeneidade no preenchimento das informações (BRANT et al., 2017). Além disso, a unidade de análise corresponde às Autorizações de Internação Hospitalar, impossibilitando identificar reinternações, acompanhar pacientes individualmente ou avaliar desfechos após a alta hospitalar. Também não estão disponíveis informações clínicas detalhadas, laboratoriais ou terapêuticas que permitam ajustes por gravidade ou análise de fatores prognósticos específicos (MARCOLINO et al., 2019). A ausência de informação sobre raça/cor em 13,9% dos registros representa importante limitação na caracterização do perfil racial dos pacientes. Adicionalmente, os valores financeiros foram apresentados em reais correntes, sem correção inflacionária, o que pode limitar a interpretação da evolução temporal dos custos. Por outro lado, a utilização de uma base nacional de abrangência pública permitiu analisar mais de 1,6 milhão de hospitalizações ao longo de uma série temporal superior a uma década, oferecendo visão abrangente da evolução epidemiológica, assistencial e econômica do infarto agudo do miocárdio no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou que o infarto agudo do miocárdio permanece como um dos principais desafios para a saúde pública brasileira, evidenciado pelo aumento de 97,4% nas hospitalizações entre 2015 e 2025, totalizando 1.643.445 internações no período analisado. Apesar do expressivo crescimento da demanda assistencial, observou-se redução de 40,4% na mortalidade hospitalar, sugerindo avanços na organização da assistência

cardiovascular e na qualidade do atendimento hospitalar oferecido pelo Sistema Único de Saúde. As hospitalizações concentraram-se predominantemente em indivíduos do sexo masculino e nas faixas etárias entre 50 e 79 anos, enquanto os pacientes com 80 anos ou mais apresentaram as maiores taxas de mortalidade hospitalar. Regionalmente, a Região Sudeste concentrou o maior número absoluto de internações, ao passo que as taxas ajustadas por idade evidenciaram diferenças importantes entre as macrorregiões brasileiras, reforçando a necessidade de considerar simultaneamente indicadores absolutos e relativos no planejamento das políticas públicas. Os resultados ressaltam a importância do fortalecimento das estratégias de prevenção dos fatores de risco cardiovasculares, da ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e às terapias de reperfusão, bem como da redução das desigualdades regionais na oferta de serviços especializados. Considerando o envelhecimento da população brasileira e o expressivo impacto econômico observado, o monitoramento contínuo dos indicadores epidemiológicos do infarto agudo do miocárdio, utilizando bases nacionais de dados, constitui ferramenta fundamental para subsidiar o planejamento das ações em saúde, otimizar a alocação de recursos e aprimorar a organização da rede de atenção cardiovascular. Estudos futuros que incorporem informações clínicas individuais, acompanhamento pós-alta e indicadores de qualidade assistencial poderão ampliar a compreensão dos fatores associados aos desfechos e contribuir para o aperfeiçoamento das políticas de prevenção e tratamento do infarto agudo do miocárdio no Brasil.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, WUERLES BESSA, ET AL. "Cuidados de médicos generalistas para pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) atendidos na emergência cardiológica: breve estudo." *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* 6.3 (2024): 1424-1445.

BHATT, D. L. et al. Diagnosis and treatment of acute coronary syndromes: a review. *JAMA*, v. 327, n. 7, p. 662-675, 2022.

BRANT, L. C. C. et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 116-128, 2017.



BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 jul. 2026.

de Paiva Neto, Moniz Francisco, et al. "Perfil epidemiológico das internações por Infarto Agudo do Miocárdio entre 2019 e 2023." *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* 6.4 (2024): 2287-2296.

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.

LANDON, B. E. et al. Differences in treatment patterns and outcomes of acute myocardial infarction for low- and high-income patients in 6 countries. *JAMA*, v. 329, n. 13, p. 1088-1098, 2023.

LIMA, T. C. R. M. et al. Disparities in access and three-year survival of patients with ST-elevation myocardial infarction treated in percutaneous coronary intervention-capable hospitals within the Brazilian public and private healthcare systems: the VICTIM Extended Registry. *Public Health*, v. 231, p. 1-8, 2026.

MARCOLINO, M. S. et al. Acute coronary syndrome registry strategies in Brazil: a qualitative study. *BMC Cardiovascular Disorders*, v. 19, n. 1, p. 127, 2019.

MENSAH, G. A. et al. Decline in cardiovascular mortality: possible causes and implications. *Circulation Research*, v. 120, n. 2, p. 366-380, 2017.

OLIVEIRA, J. C. et al. Disparities in access and mortality of patients with ST-segment-elevation myocardial infarction using the Brazilian public healthcare system: VICTIM Register. *Journal of the American Heart Association*, v. 8, n. 20, p. e013408, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 2008.

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, p. 1-105, 2015.

PORTELA, M. C. et al. Algoritmo para a composição de dados por internação a partir do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS): composição de dados por internação a partir do SIH/SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 11, p. e00163915, 2017.

RIBEIRO, A. L. et al. Cardiovascular health in Brazil: trends and perspectives. *Circulation*, v. 133, n. 4, p. 422-433, 2016.

ROTH, G. A. et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 study. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 76, n. 25, p. 2982-3021, 2020.

SAFIRI, S. et al. Burden of ischemic heart disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019. *European Journal of Preventive Cardiology*, v. 29, n. 2, p. 420-431, 2022.

SANTOS, J. et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 5, p. 1621-1634, 2018.



THYGESEN, K. et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018).
European Heart Journal, v. 40, n. 3, p. 237-269, 2019.

YANG, L.; ZHENG, B.; GONG, Y. Global, regional and national burden of ischemic heart disease and its attributable risk factors from 1990 to 2021: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. BMC Cardiovascular Disorders, v. 25, n. 1, p. 429, 2025.