

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL: ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES, CUSTOS E MORTALIDADE REGIONAL NO SUS DE 2021 A 2025

Gabriel Fábio de Miranda Florindo¹

Jefferson Josué Reis Romeiro¹

Vítor Guimarães Lage²

vitorlage@outlook.com.br

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) representa uma das principais causas de morbimortalidade no Brasil, com importante impacto econômico e assistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo teve como objetivo analisar e comparar o perfil epidemiológico das internações, os custos hospitalares e as taxas de mortalidade por IAM entre as regiões brasileiras no período de 2021 a 2025. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com utilização de dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis no DATASUS, considerando o diagnóstico CID-10 I21. Foram analisados indicadores como número de internações, custos hospitalares, óbitos e taxas regionais. No período analisado, foram registradas 465.001 internações por IAM no Brasil, com custo total superior a R\$ 1 bilhão para o SUS. A região Sudeste apresentou as maiores taxas de internação e mortalidade, enquanto as regiões Nordeste e Sul apresentaram maiores taxas de letalidade hospitalar, sugerindo possíveis fragilidades na qualidade e na oportunidade do cuidado. As diferenças observadas evidenciam desigualdades regionais que não se explicam apenas pela magnitude populacional, mas por fatores demográficos, epidemiológicos e estruturais relacionados ao acesso e à organização dos serviços de saúde. Conclui-se que o IAM mantém elevada relevância epidemiológica e econômica no país, com marcantes disparidades regionais nos indicadores analisados. Os achados reforçam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas voltadas à redução dessas desigualdades, incluindo a ampliação da rede de atenção ao IAM, expansão dos serviços especializados, qualificação do atendimento pré-hospitalar e investimentos em prevenção e educação em saúde. Além disso, destaca-se a importância da melhoria dos sistemas de informação em saúde para subsidiar decisões mais precisas e promover maior equidade na assistência cardiovascular no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: infarto; doenças cardiovasculares; doença isquêmica do coração; cateterismo; revascularização cardíaca.

¹ Acadêmico de Medicina – Centro Universitário Vértice - Univértix

² Professor do Centro Universitário Vértice - Univértix

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as doenças cardiovasculares (DCV), principalmente a doença isquêmica do coração (DIC), tornaram-se as principais causas de morte no mundo, representando um desafio significativo para os sistemas de saúde globalmente (Ferreira *et al.*, 2020; World Health Organization, 2023). Dentre essas condições, o infarto agudo do miocárdio (IAM) destaca-se pela alta incidência e pelos elevados custos assistenciais, exigindo estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento. No Brasil, essa realidade é ainda mais preocupante devido às desigualdades regionais que impactam diretamente a distribuição dos recursos e a qualidade do atendimento prestado aos pacientes com IAM.

A incidência do IAM tem sido profundamente impactada por uma série de transformações no cenário da saúde pública, refletindo a evolução contínua no acesso aos serviços de saúde, nos avanços tecnológicos e na implementação de programas de prevenção e controle das doenças crônicas (Costa *et al.*, 2024). No entanto, apesar dos progressos, as diferenças regionais no Brasil influenciam diretamente os desfechos clínicos dos pacientes acometidos pelo IAM, com variações significativas nos índices de internações, custos hospitalares e taxas de mortalidade. Compreender essas disparidades é essencial para subsidiar políticas públicas voltadas para a otimização da assistência cardiovascular no Sistema Único de Saúde (SUS).

As desigualdades regionais no Brasil continuam a ser um desafio significativo no tratamento do IAM. Essas diferenças são evidenciadas por desigualdades no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, refletindo limitações estruturais, escassez de profissionais especializados e variações na disponibilidade de tecnologia avançada para diagnóstico e tratamento (Costa *et al.*, 2024). Enquanto algumas regiões dispõem de angioplastia primária e UTIs bem equipadas, outras ainda dependem de trombólise e enfrentam limitações no atendimento de urgência. Essas desigualdades podem contribuir para taxas de mortalidade mais elevadas em determinadas regiões, tornando necessária uma análise detalhada dos

indicadores de internações e desfechos hospitalares.

A epidemiologia do IAM no Brasil evoluiu nas últimas décadas, acompanhando a transição demográfica e epidemiológica do país. O envelhecimento populacional, a urbanização acelerada e as mudanças nos hábitos de vida, como sedentarismo, alimentação inadequada e consumo excessivo de tabaco e álcool, têm impactado diretamente o aumento da incidência de infarto agudo do miocárdio (Lima *et al.*, 2024; Roth *et al.*, 2020). Esse cenário reforça a necessidade de intervenções eficazes não apenas no tratamento hospitalar, mas também em estratégias de prevenção e controle, principalmente em populações mais vulneráveis e regiões com menor acesso a serviços especializados.

Os indicadores de internações e óbitos por IAM são fundamentais para a compreensão do perfil epidemiológico da doença e de seus impactos sobre o sistema de saúde. A análise desses dados permite não apenas mensurar os efeitos do agravo em termos de mortalidade e custos hospitalares, mas também subsidiar o planejamento de ações preventivas e assistenciais voltadas à redução das assimetrias regionais. Além disso, estratégias como educação em saúde, capacitação profissional e alocação mais eficiente de recursos materiais e técnicos podem contribuir para o aprimoramento da assistência e para a redução dos agravos associados ao IAM (Freitas; Padilha, 2021).

Diante desse contexto, questiona-se: Quais são as diferenças regionais no perfil das internações, nos custos hospitalares e nas taxas de mortalidade por IAM no Brasil entre 2021 e 2025, segundo dados do SIH/SUS?

Assim, o objetivo principal desta pesquisa é analisar e comparar o perfil epidemiológico das internações, os custos hospitalares e as taxas de mortalidade por IAM entre as diferentes regiões do Brasil no período de 2021 a 2025, utilizando dados do SIH/SUS disponíveis no DATASUS. Como objetivos secundários, busca-se identificar desigualdades regionais relacionadas ao acesso e à qualidade do tratamento do IAM, avaliar o impacto econômico dessas internações para o SUS e discutir estratégias voltadas à redução das desigualdades na assistência

cardiovascular, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas de saúde no país.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O IAM é uma condição cardiovascular grave, classificada como uma Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável (SIMI). Sua principal causa é a aterosclerose, caracterizada pelo acúmulo de placas de gordura na parede dos vasos sanguíneos, levando à obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo para órgãos, células e tecidos. Diversos fatores de risco contribuem para o desenvolvimento do IAM, incluindo Diabetes Mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, obesidade, sedentarismo, estresse e consumo excessivo de álcool (Silva *et al.*, 2025)

Pacientes com arteriosclerose coronária podem apresentar um espectro de síndromes clínicas que refletem diferentes graus de oclusão arterial coronária. Essas manifestações incluem a síndrome coronariana aguda sem supra de ST (SCA-SSST) e o infarto agudo do miocárdio com supra de ST (IAMCSST), condições que, quando não tratadas adequadamente, podem evoluir para morte cardíaca súbita em qualquer estágio do quadro clínico (AHA, 2025).

O desconforto torácico retroesternal é o sintoma mais característico tanto da isquemia miocárdica quanto do infarto do miocárdio. Esse sintoma geralmente é descrito pelos pacientes como uma sensação de pressão ou aperto no peito, mais do que uma dor propriamente dita. Embora o desconforto torácico seja a manifestação mais comum da Síndrome Coronariana Aguda (SCA) em homens e mulheres, muitos pacientes não reconhecem de imediato os sintomas ou acabam interpretando-os erroneamente. Grupos específicos, como idosos, mulheres, diabéticos e hipertensos, apresentam maior propensão a sinais atípicos, o que pode retardar a busca por atendimento médico.

A decisão de acionar o serviço de emergência influencia diretamente o tempo de resposta e o início do tratamento, reduzindo possíveis complicações.

Além disso, fatores como horário do dia, local onde ocorrem os sintomas (casa, trabalho, espaços públicos) e a presença de familiares ou terceiros no momento do evento podem interferir no tempo entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital, impactando significativamente o prognóstico do paciente (AHA, 2025).

Segundo a *American Heart Association* (AHA, 2025), a rapidez no reconhecimento dos sintomas e a aplicação de protocolos assistenciais padronizados, como o “*door-to-balloon time*” ≤ 90 minutos para pacientes com IAM com supra de ST, são determinantes para a redução de mortalidade e de disfunção ventricular pós-infarto. A implementação do ECG pré-hospitalar, a classificação de risco na triagem e o acionamento precoce da equipe de hemodinâmica fazem parte da “via rápida do infarto”, que busca minimizar o tempo entre a dor torácica e a reperfusão miocárdica. Dessa forma, a integração entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar constitui um dos pilares mais efetivos na melhora dos desfechos clínicos do IAM, conforme recomendações atualizadas da AHA (2022).

No tratamento-padrão do IAM, os procedimentos de maior custo incluem o cateterismo cardíaco com cineangiocoronariografia e a intervenção coronariana percutânea (ICP), que correspondem a 96,2% do custo total da ICP primária ou de resgate e 97,9% do custo da ICP com implante de *stent*. Embora exames complementares, como avaliação do volume urinário, dosagem de enzimas hepáticas (TGP e TGO) e ecocardiograma (transoperatório ou não), apresentem variação de custo entre os hospitais, eles representam uma parcela menor no custo total do tratamento do IAM.

No entanto, a necessidade de procedimentos especiais, como cirurgia de revascularização miocárdica, implante de marcapasso transcutâneo ou transvenoso, pericardiocentese, drenagem pericárdica, intubação endotraqueal e cardioversão, pode elevar significativamente os custos do atendimento, refletindo a complexidade dos casos mais graves (Marques *et al.*, 2012).

Para enfrentar esses e outros desafios, diversas estratégias de intervenção têm sido propostas e implementadas em diferentes contextos de saúde pública. Destacam-se os programas de educação em saúde, que visam conscientizar a população sobre os fatores de risco cardiovascular e incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis. Além disso, campanhas de rastreamento e triagem permitem a identificação precoce de indivíduos em risco, enquanto protocolos de tratamento baseados em evidências orientam o manejo agudo e crônico do IAM. Iniciativas de reabilitação cardíaca também são essenciais para promover a recuperação e prevenir novos eventos cardiovasculares. A colaboração entre diferentes setores, como governo, profissionais de saúde, instituições acadêmicas e organizações da sociedade civil, é crucial para garantir uma abordagem integrada e sustentável na redução do impacto do IAM sobre a saúde pública (Melo *et al.*, 2024).

Portanto, além de aprimorar a assistência hospitalar, é crucial fortalecer políticas de promoção à saúde, capacitação profissional e descentralização de recursos para garantir um atendimento equitativo e reduzir o impacto do IAM sobre o SUS e a população brasileira.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa configura-se como um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo que utiliza dados secundários extraídos do DATASUS para analisar e comparar, entre as diferentes regiões do Brasil, as internações, os custos hospitalares e as taxas de mortalidade associadas ao IAM no âmbito do SUS nos últimos cinco anos. O período de análise compreende janeiro de 2021 a dezembro de 2025, permitindo avaliar tendências temporais e identificar disparidades regionais na assistência prestada aos pacientes com IAM.

Os dados foram obtidos em fevereiro de 2026 a partir do DATASUS, utilizando a ferramenta TABNET no link: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>, que consolida informações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). A seleção dos

registros realizou-se com base no diagnóstico de IAM, identificado pelo código CID-10 I21. Para possibilitar a comparação entre as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, os dados foram tabulados considerando essa segmentação geográfica, o que permitiu uma análise detalhada dos indicadores por área.

O procedimento de coleta seguiu os seguintes passos: primeiramente, o acesso ao site do DATASUS foi realizado por meio do link: <https://datasus.saude.gov.br/>, seguido pela seleção do banco de dados do SIH/SUS. Em seguida, foram aplicados os filtros correspondentes ao período de estudo e ao diagnóstico de IAM extraindo-se indicadores essenciais, tais como o número de AIHs aprovadas, total de internações, valor total dos custos hospitalares, valor dos serviços prestados, valor médio por internação, tempo médio de permanência e número de óbitos. Essa sistematização garantiu a obtenção de um conjunto de dados robusto e apto a sustentar a análise comparativa.

A análise dos dados foi conduzida por meio de técnicas de estatística descritiva. Os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis no DATASUS, permitiram identificar o perfil das internações por IAM nas diferentes regiões do Brasil entre janeiro de 2021 e dezembro de 2025.

Os resultados foram organizados de forma comparativa entre as cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), possibilitando a identificação de possíveis diferenças regionais na ocorrência do IAM e em seus desfechos hospitalares. Para contextualização epidemiológica, também foi considerada a distribuição populacional das regiões com base no Censo Demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As tabelas e gráficos apresentados a seguir sintetizam esses indicadores, permitindo visualizar a distribuição regional das internações, dos custos e dos óbitos relacionados ao IAM, bem como compará-los com o tamanho populacional de cada região. Essa análise contribui para a compreensão das diferenças observadas e para a discussão de possíveis fatores epidemiológicos, estruturais e socioeconômicos associados a esses resultados. A comparação entre as regiões

permitiu identificar padrões e disparidades, possibilitando a discussão sobre os fatores socioeconômicos e estruturais que possam influenciar os indicadores de internação, custos e mortalidade. Os resultados serão interpretados à luz da literatura científica, contribuindo para o entendimento dos desafios e avanços no tratamento do IAM pelo SUS.

Embora a utilização de dados secundários do DATASUS proporcione uma abrangente análise do cenário nacional, o estudo possui limitações. A qualidade dos dados depende do correto preenchimento das AIHs, o que pode afetar a precisão das informações. Além disso, a ausência de variáveis clínicas individuais, como comorbidades e fatores de risco, pode limitar a compreensão dos determinantes dos desfechos clínicos. Fatores socioeconômicos e estruturais que influenciam a qualidade do atendimento também podem não estar completamente representados nos dados disponíveis.

O presente trabalho não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por se enquadrar nas situações de dispensa previstas na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com a referida resolução, pesquisas que utilizam informações de acesso público, sem identificação de participantes, ou que não envolvam diretamente seres humanos, estão dispensadas de avaliação pelo sistema CEP/CONEP. Dessa forma, a presente pesquisa atende aos critérios estabelecidos pela normativa vigente, não havendo necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela a seguir apresenta a distribuição da população brasileira por regiões, evidenciando maior concentração no Sudeste, seguido por Nordeste e Sul, enquanto Norte e Centro-Oeste possuem menores contingentes populacionais (IBGE, 2022). Essa heterogeneidade é fundamental para a interpretação dos indicadores de IAM, uma vez que influencia os números absolutos e reforça a necessidade do uso de taxas.

Contudo, as diferenças regionais não se explicam apenas pelo tamanho populacional. O envelhecimento populacional, mais acentuado no Sudeste e Sul, está diretamente associado ao aumento da incidência de doenças cardiovasculares, incluindo o IAM (Ferreira *et al.*, 2020; Schmidt *et al.*, 2011). Além disso, regiões mais urbanizadas apresentam maior prevalência de fatores de risco, como sedentarismo e alimentação inadequada, contribuindo para maior carga da doença (Malta *et al.*, 2015). Adicionalmente, desigualdades socioeconômicas e estruturais influenciam tanto a exposição aos fatores de risco quanto o acesso aos serviços de saúde, impactando a detecção e o manejo do IAM nas diferentes regiões (Landmann-Szwarcwald *et al.*, 2016). Dessa forma, a distribuição populacional constitui base essencial para compreender as disparidades observadas nos demais indicadores analisados.

Tabela 1 – População residente por grandes regiões do Brasil (Censo 2022)

Região	População
Norte	17.349.619
Nordeste	54.658.515
Sudeste	84.847.187
Sul	29.937.706
Centro-Oeste	16.287.809
Total	203.080.836

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022.

Considerando que a distribuição populacional já foi discutida (Tabela 1), a próxima tabela apresenta as internações, taxas de internação e custos hospitalares por IAM nas diferentes regiões do Brasil entre 2021 e 2025.

Observa-se que a região Sudeste apresenta as maiores taxas de internação e o maior custo médio por internação, enquanto o Norte apresenta os menores valores. Esse padrão pode ser parcialmente explicado pelo maior acesso aos

serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas, o que favorece tanto o diagnóstico quanto a internação dos casos de IAM (Mansur *et al.*, 2016). Em contrapartida, regiões com menor infraestrutura, como o Norte, podem apresentar subdiagnóstico e menor acesso hospitalar, resultando em menores taxas observadas (DATASUS, 2020).

Além disso, o maior custo médio no Sudeste, provavelmente, relaciona-se à maior disponibilidade de tecnologias avançadas, como a angioplastia coronariana e a realização de procedimentos invasivos, que elevam o custo do tratamento (Marques *et al.*, 2012). Por outro lado, regiões com menor acesso a esses recursos tendem a utilizar terapias menos complexas, refletindo em menores custos médios.

Por fim, as diferenças observadas também podem refletir variações no perfil epidemiológico e na organização da rede de atenção à saúde, indicando que as disparidades regionais no IAM estão associadas não apenas à ocorrência da doença, mas também à capacidade do sistema de saúde em diagnosticá-la e tratá-la adequadamente (Mansur *et al.*, 2016).

Tabela 2 – Internações, taxas de internação e custos hospitalares por IAM segundo região do Brasil, 2021–2025

Região	Internações	Taxa (100 mil)	Valor total (R\$)	Custo médio (R\$)
Norte	30.119	173,6	68.053.393,92	2.259,63
Nordeste	104.505	191,2	198.179.177,38	1.896,82
Sudeste	230.993	272,2	590.705.063,70	2.557,03
Sul	59.865	199,9	144.556.341,13	2.414,58
Centro-Oeste	39.519	242,6	79.710.663,15	2.017,55
Total	465.001	-	1.081.204.639,2	2.325,17

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS (DATASUS).

Após a discussão da distribuição populacional (Tabela 1) e dos padrões de internação e custos (Tabela 2), a Tabela 3 (a seguir) apresenta os óbitos, as taxas

de mortalidade e a letalidade hospitalar por IAM nas diferentes regiões do Brasil.

Observa-se que a região Sudeste apresenta a maior taxa de mortalidade, o que pode estar relacionado ao maior número absoluto de internações previamente discutido, além da maior concentração de população idosa (Ferreira *et al.*, 2020). Em contrapartida, as regiões Nordeste e Sul apresentam as maiores taxas de letalidade hospitalar, sugerindo possíveis fragilidades na qualidade e na oportunidade do cuidado prestado.

Esse padrão pode ser explicado, em parte, pelo atraso no acesso ao atendimento especializado, associado a pior prognóstico no IAM, sobretudo em contextos com limitações na rede de urgência e emergência (Piegas *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2022). Além disso, regiões com menor acesso tendem a internar proporcionalmente mais casos graves, elevando a letalidade hospitalar (Meireles *et al.*, 2021). Somam-se a isso desigualdades estruturais, como menor disponibilidade de UTI e serviços de hemodinâmica, que impactam negativamente os desfechos (Silva *et al.*, 2025). Dessa forma, as disparidades observadas refletem diferenças no acesso e na qualidade da assistência em saúde.

Tabela 3 – Óbitos, taxa de mortalidade e letalidade hospitalar por IAM segundo região do Brasil, 2021–2025

Região	Óbitos	Taxa (100 mil)	Letalidade (%)
Norte	2.966	17,1	9,8
Nordeste	12.961	23,7	12,4
Sudeste	26.253	30,9	11,4
Sul	7.462	24,9	12,5
Centro-Oeste	3.628	22,3	9,1
Total	53.270	-	11,5

Fonte: Ministério da Saúde – SIH/SUS (DATASUS).

Dando continuidade, após a análise da base populacional (Tabela 1), dos

padrões de internação e custos (Tabela 2) e dos desfechos de mortalidade e letalidade (Tabela 3), a Tabela 4 sintetiza os principais indicadores epidemiológicos do IAM por região. Observa-se que o Sudeste mantém as maiores taxas de internação e mortalidade, enquanto Nordeste e Sul apresentam maiores taxas de letalidade. Esse padrão reforça a interpretação de que regiões com maior acesso aos serviços de saúde tendem a registrar mais casos e óbitos absolutos, devido à maior capacidade diagnóstica e assistencial, enquanto regiões com limitações estruturais apresentam piores desfechos entre os pacientes internados (Ferreira *et al.*, 2020). A maior letalidade observada no Nordeste pode refletir fragilidades na linha de cuidado do IAM, incluindo atraso no atendimento, menor acesso a terapias de reperfusão e limitações na infraestrutura hospitalar, fatores reconhecidamente associados ao aumento da mortalidade intra-hospitalar (Piegas *et al.*, 2015).

Por outro lado, a menor letalidade em regiões como o Centro-Oeste pode ser explicada pela melhor organização da rede de atenção ou a diferenças no perfil dos pacientes atendidos. Além disso, as desigualdades socioeconômicas e estruturais entre as regiões brasileiras desempenham papel central na determinação desses indicadores, influenciando tanto a incidência quanto os desfechos do IAM (Landmann-Szwarcwald *et al.*, 2016). Dessa forma, os achados da Tabela 4 consolidam a existência de importantes disparidades regionais, evidenciando a necessidade de fortalecimento da rede de atenção ao IAM e de maior equidade na distribuição de recursos no SUS

Tabela 4 – Indicadores epidemiológicos sintéticos do IAM por região do Brasil, 2021–2025

Região	Internações/100 mil	Mortalidade/100 mil	Letalidade (%)
Norte	173,6	17,1	9,8
Nordeste	191,2	23,7	12,4
Sudeste	272,2	30,9	11,4
Sul	199,9	24,9	12,5

Centro-Oeste	242,6	22,3	9,1
--------------	-------	------	-----

Fonte: Elaboração própria com dados do SIH/SUS (DATASUS) e IBGE (2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que o infarto agudo do miocárdio (IAM) permanece como um dos principais desafios de saúde pública no Brasil, com elevado impacto assistencial e econômico para o Sistema Único de Saúde (SUS). A análise dos dados entre 2021 e 2025 demonstrou a existência de marcantes disparidades regionais nos indicadores de internação, mortalidade e letalidade hospitalar, refletindo não apenas diferenças demográficas, mas, sobretudo, desigualdades estruturais no acesso e na qualidade da assistência à saúde.

A região Sudeste concentrou as maiores taxas de internação e mortalidade, o que pode estar relacionado à maior disponibilidade de serviços diagnósticos e terapêuticos, permitindo maior detecção de casos e registro de óbitos. Em contrapartida, as regiões Nordeste e Sul, especialmente em razão do envelhecimento populacional, apresentaram maiores taxas de letalidade hospitalar, sugerindo possíveis fragilidades na oportunidade do atendimento, no acesso à reperfusão miocárdica e na organização das redes de atenção ao IAM. Já a região Norte apresentou menores taxas de internação e mortalidade, o que pode indicar subdiagnóstico e limitações no acesso aos serviços especializados.

Esses achados reforçam a hipótese de que, no contexto brasileiro, os desfechos relacionados ao IAM estão fortemente condicionados à estrutura e à capacidade de resposta do sistema de saúde, mais do que à ocorrência isolada da doença. Dessa forma, regiões com maior acesso tendem a registrar maior número absoluto de casos e óbitos, enquanto regiões com menor estrutura podem apresentar maior gravidade dos casos atendidos e, consequentemente, maior letalidade.

Diante desse cenário, torna-se fundamental o fortalecimento de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades regionais, com destaque para a

ampliação do acesso à angioplastia primária, a qualificação do atendimento pré-hospitalar, a implementação efetiva de protocolos assistenciais e a integração das redes de urgência e emergência. Além disso, investimentos em prevenção, educação em saúde e controle dos fatores de risco cardiovasculares são essenciais para reduzir a incidência da doença e seu impacto no sistema de saúde.

Por fim, destaca-se a importância da qualificação dos sistemas de informação em saúde, visando maior precisão na coleta e análise dos dados, o que possibilita o planejamento de ações mais eficazes e equitativas. Assim, a compreensão das disparidades regionais no IAM não apenas evidencia os desafios atuais, mas também aponta caminhos concretos para o aprimoramento da assistência cardiovascular no Brasil.

REFERÊNCIAS

COSTA, Igor Gabriel Mendes *et al.* **Análise epidemiológica da morbidade hospitalar do infarto agudo do miocárdio em idosos no Brasil: tendências recentes (2019-2023).** Periódicos Brasil. Pesquisa Científica, v. 3, n. 2, p. 237-254, 2024. Disponível em: <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/67>

DATASUS (SIH/SUS) BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).** Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>

FERREIRA, Letícia de Castro Martins *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil de 1996 a 2016: 21 anos de contrastes nas regiões brasileiras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 849-859, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/NDqZmKFPN798DtVbVw3HXVR/?format=html>

FREITAS, Ricardo Brum; PADILHA, Janaína Chiogna. Perfil epidemiológico do paciente com infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 8, n. 1, p. 100-127, 2021. Disponível em: <https://revista.domalberto.edu.br/revistadesaudedomalberto/article/view/668>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

LANDMANN-SZWARCWALD, Celia; MACINKO, James. A panorama of health inequalities in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 174, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-016-0462-1>

LIMA, Andressa Bianca Reis *et al.* Infarto no Brasil: uma década de análise epidemiológica (2013-2023). **Journal of Medical and Biosciences Research**, v. 1, n. 4, p.465-474, 2024. Disponível em: <https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/292>

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 238-255, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2015.v18suppl2/238-255>

MANSUR, Antônio de Pádua; FAVARATO, Desidério. Mortality due to cardiovascular diseases in women and men in the five Brazilian regions, 1980-2012. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, p. 137-146, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/d5zSZHhHPNZCHpzV4JKYKtD/?lang=en>

MARQUES, Rosa *et al.* Custos da cadeia de procedimentos no tratamento do infarto agudo do miocárdio em hospitais brasileiros de excelência e especializados. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, p. 104-111, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ykQdprKmTCTWCRnMWVv9ZRk/?lang=pt>

MEIRELES, Antônio Alexandre Valente *et al.* Tendência e perfil da morbimortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 6, n. 9, p. 16-31, 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/2021/09/perfil-da-morbimortalidade-6.pdf>

MELO, Ana Lara Araújo Silva *et al.* Impacto do infarto agudo do miocárdio na saúde pública: desafios e estratégias de intervenção. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 4, p. e3843, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/3843>

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de *et al.* Estatística cardiovascular – Brasil 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. Disponível em: [Estatística Cardiovascular – Brasil 2021 - PMC](#)

PIEGAS, Luís Soares *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 suppl 1, p. 1-121, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/VPF5J5cmYSyFFfM8Xfd7dkf/?format=pdf&lang=pt>

RAO, S. V. *et al.* 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 85, n. 22, p. 2135–2237, 2025. DOI: 10.1016/j.jacc.2024.11.009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40013746/>

ROTH, Gregory A. *et al.* Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 76, n. 25, p. 2982–3021, 2020. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/full/10.1016/j.jacc.2020.11.010>

SCHMIDT, Maria Inês *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/a/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/abstract)

SILVA, Amanda de Góis Carvalho *et al.* Internações por infarto agudo do miocárdio no Brasil: tendência temporal e perfil epidemiológico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 12, p. 1307-1318, 2025. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/6809>

SILVA, Beatriz Goulart da *et al.* Perfil epidemiológico da mortalidade por infarto agudo do miocárdio antes e depois da implementação do serviço de hemodinâmica no município de Teresópolis. **Revista da JOPIC**, edição especial, v. 2, n. 13, 2025. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/jopic/article/view/4633>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cardiovascular diseases** (CVDs). Geneva, 2023. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

ANEXO A: Declaração sobre o uso (ou não uso) de Inteligência Artificial (IA)

Uso: Declaro que utilizei ferramentas de Inteligência Artificial na elaboração do trabalho de acordo com a relação abaixo. Assumo a responsabilidade integral pelo conteúdo, conforme os princípios de integridade acadêmica.

Ferramenta(s) utilizada (s): ChatGPT

Função da ferramenta: exploração inicial de ideias; esclarecimento de dúvidas conceituais; revisão linguística.