

MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO BRASIL ENTRE 2020 E 2025

Icaro Silva Dornelas¹
Mirella de Oliveira Monteiro¹
Fernanda Cristina Ferrari²

professorafernandaferrari@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) se caracteriza pela interrupção súbita do fluxo sanguíneo coronariano, resultando em isquemia e em necrose miocárdica. No Brasil, representa uma das principais causas de óbito, configurando-se como um persistente desafio à saúde pública. O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico da mortalidade por IAM no Brasil entre 2020 e 2025, identificando fatores sociodemográficos e clínicos associados. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional, descritiva e transversal, realizada com dados secundários do Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10 (Ministério da Saúde). Foram analisados registros de óbitos confirmados por IAM no território nacional no recorte temporal estabelecido. Observou-se um aumento progressivo de óbitos entre 2020 (90.465) e 2022 (98.019), seguido de estabilização em 2023 e em 2024. A mortalidade foi predominantemente maior no sexo masculino e na raça branca. A faixa etária acima de 80 anos foi a mais acometida, com média de 23.555 óbitos anuais. O ambiente hospitalar foi o principal local de ocorrência dos óbitos (48,69%), sugerindo que os pacientes chegam aos serviços de saúde em estágios avançados da doença. O estudo reforça a necessidade de fortalecer políticas públicas de prevenção e de controle de fatores de risco, além de ampliar o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento para reduzir a morbimortalidade cardiovascular no país.

PALAVRAS-CHAVE: mortalidade; infarto agudo do miocárdio; doença coronariana aguda

1 INTRODUÇÃO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) se enquadra no cenário das doenças coronarianas agudas, que são um conjunto de afecções, assim como a angina

¹ Graduandos do 11º período do curso de Medicina do Centro Universitário Vértice – UNIVÉRTIX.

² Farmacêutica, Mestre e Doutora em Ciências Farmacêuticas (UFOP). Professora do Centro Universitário Vértice – UNIVÉRTIX.

instável, que se caracterizam por uma interrupção súbita da perfusão do miocárdio. No contexto mundial, anualmente, cerca de 7 milhões de pessoas recebem o diagnóstico de alguma síndrome coronariana aguda, sendo, em sua maioria, o infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST o mais frequente (Akbar; Moutfort, 2024).

No Brasil, as doenças arteriais coronarianas se mostram como a principal causa de morte, apontando o IAM como um grande problema da saúde pública do país, em que situações que envolvem o diagnóstico tardio, métodos para encaminhamento, infraestrutura de saúde inadequada e atrasos na procura de atendimento se manifestam como pontos cruciais para a perpetuação da problemática (Brant; Passaglia, 2022).

Apesar de existir ferramentas de terapias fundamentais, como a reperfusão precoce, os desfechos ainda dependem de variáveis como o perfil do risco de base desses pacientes e pela chance de complicações posteriores, como arritmias, sendo fundamental o desenvolvimento de uma avaliação prognóstica oportuna e efetiva (Wainstein *et al.*, 2025).

É visto que o grupo mais afetado pelo IAM, sobretudo, o infarto agudo do miocárdio com supra desnível de ST (IAMCSST), são os homens, embora as mulheres apresentem maior risco de desfechos adversos intra-hospitalares e de mortalidade em curto prazo após IAMCSST em comparação ao sexo masculino. Um fator apresentado em estudos é que as terapias medicamentosas e de revascularização, guiadas por diretrizes, estão associadas a pior prognóstico no sexo feminino frente ao sexo masculino (Xi *et al.*, 2022).

Com base no perfil econômico, percebe-se que indivíduos com menores recursos apresentam uma mortalidade maior após o infarto agudo do miocárdio, devido à redução de acesso aos serviços necessários para o tratamento padrão do atendimento de infarto, incluindo a revascularização (Moledina; Tang, 2021).

É fundamental conhecer os parâmetros que se relacionam com o IAM no Brasil. Traçar o perfil demográfico e clínico permite compreender quais fatores podem estar

relacionados à mortalidade decorrente da doença coronariana aguda, bem como seus desfechos.

Diante disso, a análise epidemiológica da mortalidade por infarto entre 2020 e 2025 é fundamental, visto que esse período foi marcado por mudanças no perfil de atendimento médico e pelo impacto da pandemia de COVID-19, que reduziu a procura por emergências e atrasou o tratamento de eventos cardiovasculares. O uso de bases públicas, como o Painel de Vigilância em Saúde, permite compreender esses padrões, identificar grupos de risco e orientar políticas públicas de prevenção e de cuidado.

Nesse contexto, por ser uma doença ameaçadora da vida, de alta prevalência no país, eleger-se o questionamento: qual o perfil epidemiológico da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil entre os anos de 2020 e 2025? Sendo o objetivo do presente trabalho reconhecer o perfil epidemiológico da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil entre 2020 e 2025, bem como os fatores que culminam a problemática e, conseqüentemente, traçar medidas mitigadoras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O IAM configura uma das principais causas de mortalidade no mundo e apresenta-se como um desafio para a saúde pública. Trata-se de uma doença cardiovascular aguda em que a interrupção súbita de fluxo sanguíneo coronariano gera isquemia e necrose do músculo cardíaco (Akbar; Moutfort, 2024).

O IAM decorre da ruptura ou da erosão de uma placa aterosclerótica coronariana instável, geralmente rica em lipídios e com fina capa fibrosa. A exposição do conteúdo altamente trombogênico do núcleo da placa ao sangue circulante desencadeia ativação plaquetária, formação de trombo e redução abrupta do fluxo coronariano. A obstrução, quando completa e sustentada, promove necrose miocárdica, caracterizando o IAM com supradesnivelamento de ST (IAMCSST). Já a obstrução parcial do fluxo, geralmente por trombo não oclusivo, manifesta-se como IAM sem supradesnivelamento de ST (IAMSSST) ou, quando sem marcadores de necrose, como angina instável (Anderson; Morrow, 2017).

O diagnóstico baseia-se em três pilares: sintomas clínicos sugestivos (dor torácica típica ou equivalentes isquêmicos), alterações eletrocardiográficas (ECG) em 12 derivações compatíveis e elevação de biomarcadores cardíacos, como a troponina, que irá classificar o tipo de síndrome coronariana aguda (SCA) (Anderson; Morrow, 2017).

No Brasil, o IAM está entre as principais causas de óbito, o que revela um transtorno persistente de saúde pública (Brant; Passaglia, 2022). Dentre os fatores que contribuem para a elevada mortalidade da doença se tem o diagnóstico tardio, a infraestrutura hospitalar insuficiente, o acesso escasso à terapia de reperfusão e a demora no atendimento de urgência. Nessa conjuntura, a desigualdade entre regiões do país aponta que áreas de menor desenvolvimento socioeconômico têm maior mortalidade, bem como indivíduos com menor renda têm acesso limitado a serviços especializados e menor probabilidade de receber intervenções adequadas (Moledina; Tang, 2021).

Aponta-se como os principais fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes mellitus (DM), a obesidade, a dislipidemia, o tabagismo e o sedentarismo. Aspectos não modificáveis, como idade, sexo e predisposição genética, também exercem influência significativa (Akbar; Moutfort, 2024).

No Brasil, as linhas de cuidado em casos de infarto agudo do miocárdio são estruturadas para garantir diagnóstico rápido, estratificação de risco, acesso à reperfusão e acompanhamento pós-evento, com adaptações para a realidade do SUS e para as desigualdades regionais (Moraes *et al.*, 2023). De acordo com o Ministério da Saúde (2011), aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, tendo-se como linhas de cuidado disponíveis Unidades de Atenção Primária à Saúde, Unidades de Atenção Especializada, Serviço móvel pré-hospitalar (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e prontos-socorros de hospitais gerais, Hospitais com credenciamento especializado para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade,

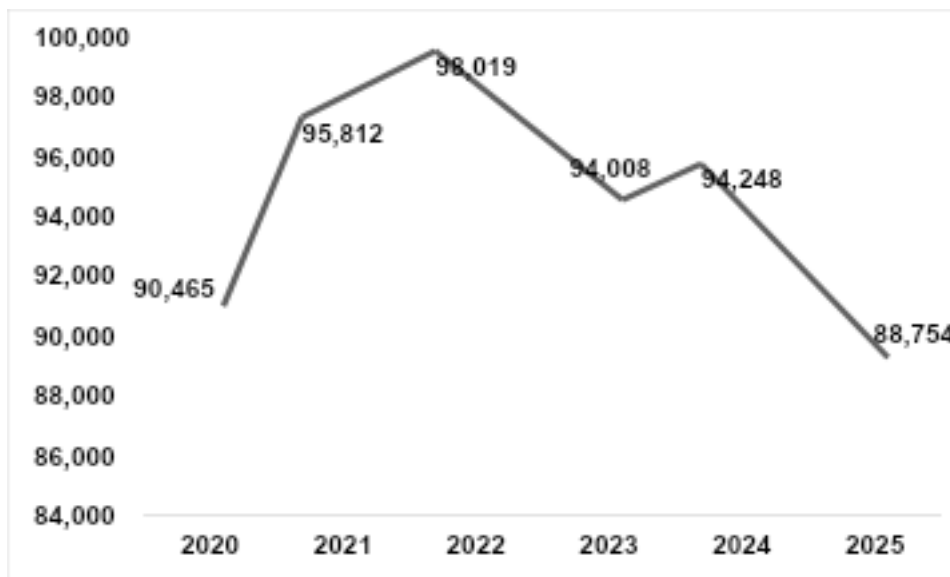
com habilitação em cardiologia intervencionista e leitos de Unidade Coronariana dedicada à rede de IAM, Atenção Domiciliar, Serviços de Reabilitação, Centrais de regulação municipais e estaduais. O objetivo da Rede de Atenção ao IAM é garantir que o paciente com IAM com supra de ST receba a terapia de reperfusão em tempo adequado, com acesso à terapia intensiva e ao tratamento e estratificação complementares à reperfusão. Considera-se que o tempo total de isquemia (entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão) deve ser idealmente até 120 minutos para tratamento adequado com maiores taxas de sucesso.

Quanto ao tratamento, após reconhecimento dos sintomas e realização do ECG, utiliza-se de terapias baseadas em evidências, como antiagregantes plaquetários, anticoagulantes, estatinas e betabloqueadores (Berwanger; Guimarães, 2012). Pacientes com IAMCSST, a prioridade é a reperfusão miocárdica. O ideal é a angioplastia primária (ICP), mas, diante de limitações logísticas, a trombólise seguida de transferência para centro terciário (estratégia fármaco invasiva) é amplamente utilizada, com resultados satisfatórios desenvolvidos mesmo em redes públicas (Moraes *et al.* 2023).

3 METODOLOGIA

O trabalho realizado se baseou em uma pesquisa quantitativa, do tipo observacional transversal. Nesse contexto, a característica do estudo de corte transversal é a observação das variáveis, quer se trate de casos, de indivíduos ou de outros tipos de dados e é realizada em um único momento (Zangirolami-Raimundo, 2018).

Foram analisados fatores demográficos relacionados à mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil, no período de 2020 a agosto de 2025, coletados em fevereiro de 2026, a partir de dados públicos disponíveis no Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10 disponibilizado pelo Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e



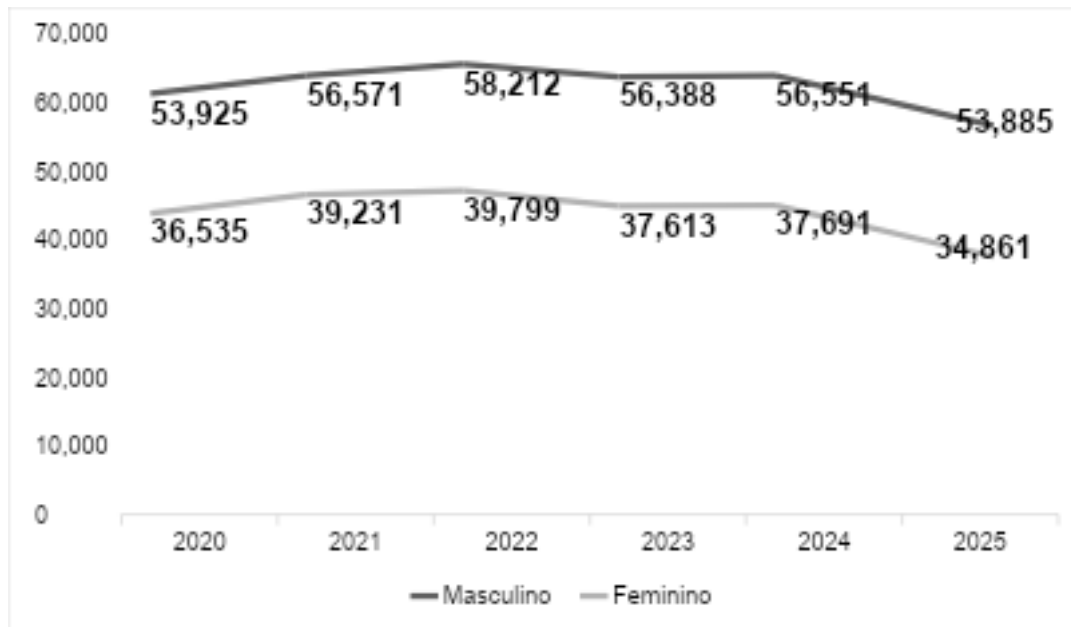
Fonte: Dados da pesquisa.

No ano de 2020, os registros apresentavam 90.465 óbitos, com aumento progressivo até 2022, no qual se nota o maior número de mortes (98.019). A partir de 2023, houve leve redução e estabilização dos valores, com 94.008 óbitos em 2023 e 94.248 em 2024, como demonstrado na Figura 1. Em 2025, 88.754 óbitos foram registrados, sendo os últimos dados coletados referente ao ano de 2025 em fevereiro de 2026. Como o valor total do ano de 2025 ainda poderá ser modificado, o mesmo não deve ser interpretado como tendência de redução do número de óbitos.

Os achados do estudo de Moraes *et al.* (2025) demonstraram aumento da mortalidade por IAM entre os anos de 2020 e 2022, no Brasil, e seguiram uma tendência de estabilização nos anos subsequentes. Tal comportamento é semelhante ao observado neste estudo, que evidenciam maior ocorrência de casos e de óbitos durante o período pandêmico, especialmente em 2021 e em 2022, quando comparados a 2020, possivelmente relacionado às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, às subnotificações, a adoção de medidas protetivas e ao atraso no atendimento durante a pandemia de COVID-19, a qual foi responsável pela redução da procura por atendimentos médicos. (Alves et al., 2020)

Os dados obtidos indicam que menos da metade dos óbitos ocorridos correspondem ao sexo feminino (Figura 2).

Figura 2 – Evolução temporal da mortalidade por IAM no Brasil, segundo sexo no período de 2020 a 2025.



Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisar a distribuição por sexo (Figura 2), reforça-se o estudo de Xi *et al.* (2022) que demonstrou o maior impacto do IAM na população masculina, logo, observa-se que há discrepância de óbitos entre os sexos, sendo predominante nos homens, com índices maiores de 17.390 mortes no ano de 2020, padrão seguido de aumento em 2021 para 17.340, e em 2022 18.413 óbitos. Já entre 2023 e 2024 o valor apresenta pequeno aumento para 18.775 e 18.660, e em 2025 a prevalência mantém o crescimento com diferença absoluta de 19.024 óbitos entre os sexos.

Os estudos do autor Nunes; Benito (2023) também corroboram a presente pesquisa, posto que evidencia premissas que possam desencadear a enfermidade em pacientes do sexo masculino, dentre eles, fatores modificáveis, como hábitos sociais potencialmente nocivos, consumo excessivo de bebida alcoólica e tabagismo, HAS, DM, dislipidemia, sobrepeso, sedentarismo e estresse psicossocial, enquanto como fatores não modificáveis, como o histórico familiar, são mostrados como potencializadores para o IAM nessa população.

Observou-se, ao longo dos anos, uma constância na porcentagem de óbitos por IAM na raça branca, aproximadamente de 50%, quando comparada com outras etnias representadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Mortalidade por IAM no Brasil, segundo raça/cor. (2020 – 2025).

Raça/cor	n	%
Branco	281.774	50,20
Preto	48.558	8,65
Pardo	217.498	38,75
Amarelo	3.412	0,61
Indígena	1.318	0,23
Ignorado	8.746	1,56

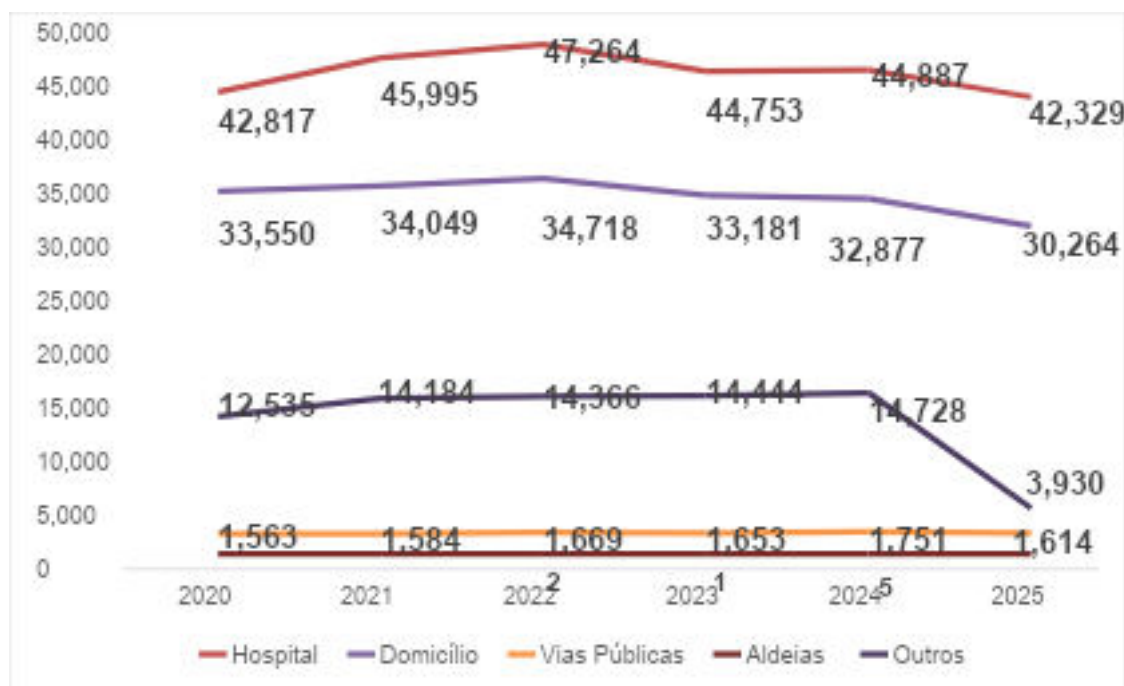
Fonte: Dados da pesquisa.

Entretanto, esses resultados devem ser interpretados com cautela, visto que podem refletir características demográficas da população e desigualdades no acesso aos serviços de saúde, bem como possíveis limitações no preenchimento dessa variável nos sistemas de informação. Diante disso, a variável raça/cor deve ser compreendida como um marcador social relevante, que leva em conta, até mesmo, o modo de vida, e não exclusivamente biológico. Tal cenário é visto no estudo de Toledo *et al.* (2020) que evidencia menores riscos cardiovasculares entre tribos indígenas manauaras devido ao modo como vivem, ressaltando que o cenário de urbanização do mundo ocidental não impacta, diretamente, nos hábitos diários que culminam em doenças predisponentes ao infarto agudo do miocárdio, como hipertensão arterial e obesidade. Nesse viés, tal análise mostra que a maior parte dos indígenas da tribo Sateré- Mawé apresenta o índice de massa corporal (IMC) normal ou abaixo, com 48,6% em comparação a pré-obeso e obeso, com 42,9% e 8,6%, respectivamente, como os níveis de pressão arterial normal, com 71,4%, glicemia de jejum em completa normalidade entre todos (100%) e níveis de triglicerídeos normais em 88,6% dos indígenas, e tal cenário pode explicar o menor índice de mortalidade indígena por IAM no Brasil, uma vez que o recorte manauara pode refletir o modo como vivem as tribos brasileiras como um geral, posto que o cenário de urbanização do mundo ocidental não impacta, diretamente, nos hábitos diários que culminam em elevados fatores de risco para desencadear o IAM.

Ainda é evidenciada na coleta que o espaço socioespacial de maior mortalidade são os hospitais, apontando uma de 48,69% das ocorrências e em sequência os domicílios (36,07%). Registros em outros locais, como vias públicas (13,47%), aldeias (1,76%) e o somatório de outros estabelecimentos de saúde,

ignorados e outros não informados se aproximam de 0,01%, assim, configuram-se como os âmbitos de menor registro.

Figura 3 – Distribuição de número de óbitos por local (2020-2025)



Fonte: Dados da pesquisa.

Infere-se, a partir desse resultado (Figura 3), que a maior parte dos pacientes chegaram a receber atendimento médico, indo em contramão a proposta por Alves *et al.* (2020), que evidencia uma taxa maior de óbitos domiciliares por doenças cardiovasculares em comparação aos óbitos hospitalares, incluindo, sobretudo, o infarto agudo do miocárdio. Segundo o autor, houve um acréscimo de 15,56% das mortes por IAM de 2019 a 2020 no ambiente residencial, em contrapartida ocorreu um aumento inferior das mortes hospitalares, de cerca de 3,41%, no mesmo período, embora o estudo corrobore que houve considerável decréscimo de óbitos hospitalares por doenças cardiovasculares como um todo, que, juntos, somam uma redução de 3,31%.

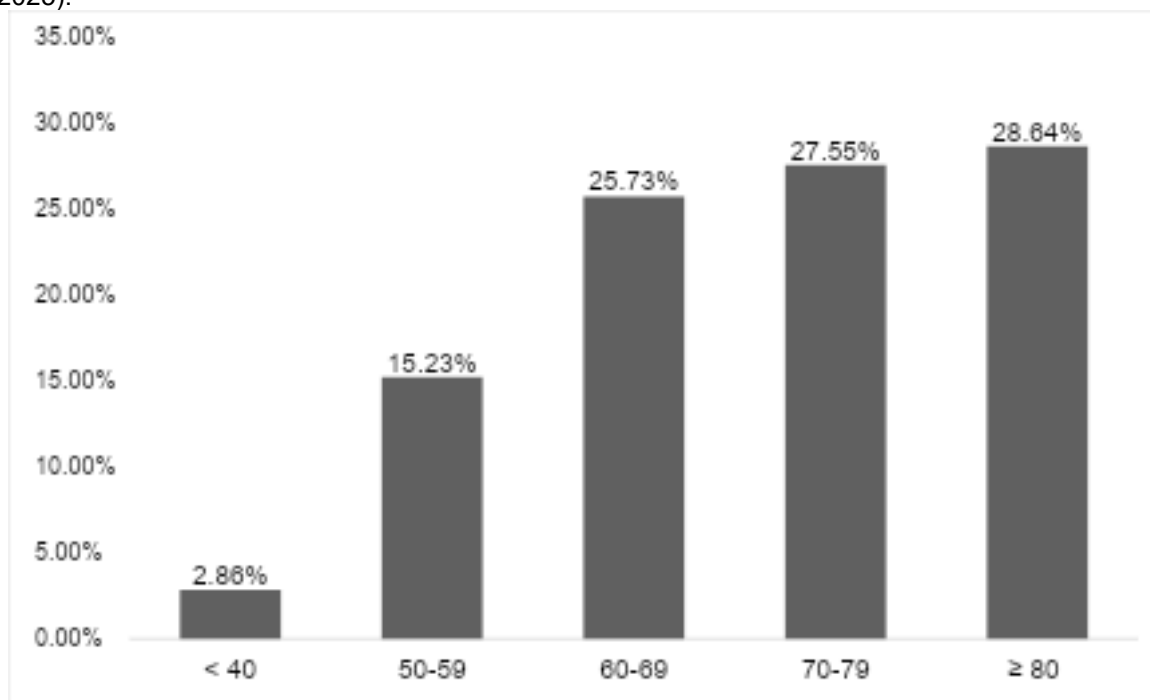
Em Abreu *et al.* (2021), compreende-se que em regiões onde o acesso a hospitais é maior, bem como a disponibilidade e a qualidade de recursos terapêuticos, os óbitos intra-hospitalares são mais prevalentes, enquanto óbitos extra-hospitalares podem estar subnotificados em locais remotos como em aldeias indígenas. Além

disso, existem poucos estudos publicados sobre a relação de locais de óbitos por IAM no país. Logo, ainda não se tem conhecimento suficiente para afirmar se os óbitos externos apresentam diferenças sociodemográficas em relação aos que ocorrem no ambiente hospitalar, bem como ainda não está bem explicado se os fatores locais e ambientais apresentam associação à mortalidade extra-hospitalar.

No que tange ao nível econômico, Moledina *et al.* (2022) afirmaram que o nível socioeconômico dos pacientes, quando baixo está associado ao aumento da mortalidade após ocorrência do IAM e ao menor acesso a intervenções cardíacas que oferecem benefícios na redução da mortalidade e da morbidade. Ao individualizar pacientes de classes econômicas menores, esses tendem a apresentar perfis aterogênicos diferentes, com mais fatores de risco cardíaco e doença mais grave no momento do diagnóstico. Sendo assim, percebe-se que populações marginalizadas, muitas vezes, por dificuldade de acesso à atenção primária ou secundária, não tratam doenças bases, por exemplo a hipertensão arterial sistêmica e/ou dislipidemia, que é fator risco para IAM. Logo, há necessidade de intervenções que melhorem o acesso ao cateterismo, à revascularização e à reabilitação cardíaca para populações carentes, bem como a busca ativa e investigação primária dos pacientes em Unidades Básicas de Saúde com o fito de obter-se um maior alcance aos pacientes em atendimentos eficazes e especializados verdadeiramente equitativo no Brasil.

Quanto a faixa etária, é visto que os mais acometidos estão acima dos 80 anos, com média de 25.110 óbitos/ano no período de 2020 a 2025, seguidos pelas faixas de 70 a 79 anos e 60 a 69 anos, conforme mostra a Figura 4.

Figura 4 - Distribuição dos óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio segundo faixa etária no Brasil (2020–2025).



Fonte: Dados da pesquisa.

As faixas etárias mais jovens apresentaram menor número de registros, evidenciando redução progressiva da mortalidade conforme diminui a idade. Esse padrão pode ser explicado pela maior prevalência de comorbidades, de fragilidade clínica e de maior tempo de exposição a fatores de risco entre os idosos devido à maior projeção de expectativa de vida. Esses dados estão em consonância com Nunes; Benito (2023), que evidenciam um acréscimo de 16% da população idosa mundial até o ano de 2050, conforme projetado pela Organização Mundial da Saúde, uma vez que o processo de longevidade associado a piores hábitos, como ingestão de bebida alcoólica e consumo de gordura, propiciam quadros de obesidade e predis põem ao surgimento de doenças do aparelho circulatório que culminam no infarto agudo do miocárdio.

Ressalta-se que os dados utilizados neste estudo são provenientes de fonte secundária, estando sujeitos a limitações como subnotificação, inconsistências e incompletude de informações. Ademais, o caráter descritivo da análise não permite estabelecer relações de causalidade e a ausência de estratificação por regiões

geográficas também limita uma compreensão mais aprofundada das desigualdades no território brasileiro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ressalta que o infarto agudo do miocárdio é um relevante fator de mortalidade na população, com destaque para maior acometimento do sexo masculino em detrimento do sexo feminino, indivíduos com idade avançada, especialmente acima dos 80 anos, e predominância de óbitos ocorrendo em ambiente hospitalar, o que pode indicar que muitos pacientes chegam aos serviços de saúde em estágios avançados da doença, reduzindo as chances de intervenção eficaz. No que se refere à distribuição por raça/cor, percebe-se que há predominância de óbitos na população branca.

Diante do cenário exposto, torna-se evidente a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à prevenção das doenças cardiovasculares, com ênfase no controle dos fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial. Ademais, faz-se de suma importância investir na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na qualificação da atenção primária e na estruturação de redes de atendimento que garantam diagnóstico e tratamento oportunos, sendo necessário que ocorram mais pesquisas para compreender as condições que levam ao infarto agudo do miocárdio, bem como formas profiláticas que ajudem a evitar e/ou reduzir a morbimortalidade no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABREU, Sterffeson Lamare Lucena de 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, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/G8DshvCq8jGbTLcN6FqJZ7J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2026.

ALVES, T. H. E.; SOUZA, T. A.; SILVA, S. A.; RAMOS, N. A.; OLIVEIRA, S.V. Análise de óbitos domiciliares e hospitalares por causas respiratórias e cardiovasculares durante a pandemia da COVID-19 em Minas Gerais. [S. l.]: **SciELO Preprints**, 2 ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1021>. Acesso em: 25 mar. 2026.

ANDERSON, J. L.; MORROW, D. A. Acute myocardial infarction. **New England Journal of Medicine**, 2017, v. 376, n. 21, p. 2053-2064, 25 mai. 2017. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1606915>. Acesso em: 20 nov. 2025.

AKBAR, H.; Sharma S. Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI). 2024, Oct 6. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; jan. 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532281/>. Acesso em: 30 set. 2025.

BERWANGER, O.; GUIMARÃES, H. P.; LARANJEIRA, L. N.; CAVALCANTI, A. B.; KODAMA, A.; ZAZULA, A. D.; SANTUCCI, E.; VICTOR, E.; FLATO, U. A.; TENUTA, M.; CARVALHO, V.; MIRA, V. L.; PIEPER, K. S.; MOTA, L. H.; PETERSON, E. D.; LOPES, R. D. Uma intervenção multifacetada para reduzir a lacuna de evidências no tratamento de síndromes coronárias agudas: justificativa e delineamento do ensaio clínico randomizado por conglomerados BRIDGE-ACS (Intervenção Brasileira para Aumentar o Uso de Evidências em Síndromes Coronárias Agudas). **American Heart Journal**; 307(19), p. 2041-2049, mar. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22424001/>. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRANT, L.; PASSAGLIA, L. Alta Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio na América Latina e Caribe: Defendendo a Implementação de Linha de Cuidado no Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 119, n. 6, p. 979-980, nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/i8DkqkXF3nmpbTCZpWzK6jk/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011**. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/l/linha-de-cuidado-do-infarto-agudo-do-miocardio-e-o-protocolo-de-sindromes-coronarianas-agudas.pdf/view>. Acesso em: 25 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_atencao_integral_saude_ho_mem.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026.

DA COSTA, Francisco Ariel Santos et al. Perfil demográfico de pacientes com infarto agudo do miocárdio no Brasil: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 17, n. 2, 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1263/671>. Acesso: 25 mar. 2026

DA SILVA, M. S.; BRITO, D. I. V.; OLIVEIRA, P. E. A.; OLIVEIRA, G. S.; MAGALHÃES, M. I. S.; SOUZA, M. A. S. Fatores de risco associados ao Infarto Agudo do Miocárdio. 2015. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_23/Trabalho_03.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026.

LOPES, Maria Antonieta Albanes A. de Medeiros et al. Mulheres de Meia-Idade—Um Grupo de Alto Risco para Mortalidade Pós-Infarto do Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 122, n. 10, p. e20250701, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/PxKGcrQ6QcS5hk6vdXxLqfS/?lang=pt>. Acesso: 25 mar. 2026

MOLEDINA A; TANG K.L. Socioeconomic Status, Mortality, and Access to Cardiac Services After Acute Myocardial Infarction in Canada: A Systematic Review and Meta-analysis. **CJC Open**. v. 3, p. 950-964, 12 fev. 2022 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34401702/>. Acesso em: 30 set. 2025.

MORAES, P. I. M.; GALHARDO, A.; BARBOSA, A. H. P.; DE SOUZA, J. M.A.; ALVES, C. M. R.; BIANCO, H. T.; DOS SANTOS, P. R. M.; STEFANINI, E.; GONÇALVES, I. J.; DE ALMEIDA, D. R.; FONSECA, F. A. H.; DE OLIVEIRA, I. M. C.; MOISES, V. A.; LOPES, R. D.; CARVALHO, A. C.; CAIXETA, A. Metrics of care and cardiovascular outcomes in patients with ST-elevation myocardial infarction treated with pharmacoinvasive strategy: a decade-long network in a populous city in Brazil. **BMC Cardiovascular Disorders**. v. 23(1), p. 300, 15 jun. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37322425/>. Acesso em: 21 nov. 2025.

MORAIS, L.S.; CARICCHIO, G. M.N.; ANDRADE, J.A.; SILVA, A. A. F. A.; SOARES, M. L.; SOUZA, I. E. S.; CARDOSO, B. S. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil entre 2019 e 2023: uma análise epidemiológica. Research, Society and Development, [s. l.], v. 14, n. 10, p. e79141049668, 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v14i10.49668>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/49668>. Acesso em: 25 mar. 2026.

NUNES, A. A.; BENITO, L. A. O. Mortalidade pelo infarto agudo do miocárdio no Brasil: 1996-2017. **Revista**, 2023, v. 12, n. 1, p. 124- 141, 6. fev. 2023. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/186>. Acesso em: 25. mar. 2026.

TOLEDO, N. N., ALMEIDA, G. S., MATOS, M. M. M. , BALIEIRO, A. A. S., MARTIN, L. C., FRANCO, R. J. S., MAINBOURG, E. M. T. Cardiovascular risk factors: differences between ethnic groups. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2020; v. 73, n.4 :e20180918. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0918>. Acesso em: 25 mar. 2026.

WAINSTEIN, M.V.; MACHADO, G.P.; TELO, G.H.; DA SILVEIRA, A.D.; NASI, L.A.; DE ARAÚJO, G.N. Point-of-care ultrasound in the evaluation of STEMI patients. **Frontiers in Cardiovascular Medicine**. 12:1627396, 29 set. 2025. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12436283/#s5>. Acesso em: 30 set. 2025.

XI, Z.; QIU, H.; GUO, T.; WANG, Y.; LI, J.; LI, Y.; ZHENG, J.; GAO, R. Contemporary sex differences in mortality among patients with ST-segment elevation myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**. 12(3): e053379, 9 mar. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35264344/>. Acesso em: 30 set. 2025.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 356-360, 28 nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Acesso em 02 de out. de 2025.