

REVISÃO

Aspectos epidemiológicos, hospitalizações e mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil: Uma revisão integrativa

Epidemiological aspects, hospitalizations, and mortality due to acute myocardial infarction in Brazil: An integrative review

Clara de Moura Rachid¹, Lara Carolina de Castro Oliveira², Gabriela Neves Cunha³, Gustavo Alves Machado^{4,5}, Filipe Alves Costa Barbosa⁶

¹Médica CRM-MG 100672 pela Universidade de Itaúna (UIT), Clínica Médica RQE 71524, Itaúna, MG, Brasil

²Médica CRM-MG 97661, Residente Clínica Médica pela Santa Casa, Belo Horizonte, MG, Brasil

³Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

⁴Médico CRM 97.628 pela Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOBE), Barbacena, MG, Brasil

⁵Residente de Clínica Médica pelo Instituto dos Servidores do Estado de Minas Gerais (Ipsemg), Belo Horizonte, MG, Brasil

⁶Orientador, Médico CRM-MG 77580, RQE 59297 pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), Caratinga, MG, Brasil

Recebido em: 6 de Outubro de 2026; Aceito em: 10 de Outubro de 2026.

Correspondência: Filipe Alves Costa Barbosa, filipealvescb@hotmail.com

Como citar

Rachid CM, Oliveira LCC, Cunha GN, Machado GA, Barbosa FAC. Aspectos epidemiológicos, hospitalizações e mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil: Uma revisão integrativa. Fisioter Bras. 2026;27(9):6317-6345. doi: [10.62827/fb.v27i9.1343](https://doi.org/10.62827/fb.v27i9.1343).

Resumo

Introdução: O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) constitui importante problema de saúde pública no Brasil, associado à elevada morbimortalidade e à expressiva demanda por assistência hospitalar. Embora existam estudos sobre seu perfil epidemiológico, diferenças nas populações, fontes de dados e indicadores utilizados dificultam a comparação dos resultados, evidenciando a necessidade de uma síntese crítica das evidências disponíveis. **Objetivo:** Analisar criticamente as evidências científicas acerca do perfil epidemiológico do IAM no Brasil, com ênfase nas hospitalizações, mortalidade, evolução

temporal dos indicadores e distribuição sociodemográfica e regional, identificando convergências, divergências e limitações metodológicas entre os estudos. *Métodos:* Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e descritiva, fundamentada nas etapas metodológicas propostas por Whitemore e Knafl. A busca principal foi realizada em 2 de outubro de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores controlados e termos livres relacionados ao IAM, à epidemiologia, à morbimortalidade e ao Brasil. Foram considerados estudos publicados em português, inglês e espanhol, sem delimitação temporal explicitada. Incluíram-se estudos primários observacionais referentes à população brasileira, com resultados relacionados aos indicadores epidemiológicos estabelecidos. Uma busca complementar sobre reabilitação cardiovascular e fisioterapia foi utilizada exclusivamente para contextualização teórica, sem integrar a amostra. A síntese foi descritiva e qualitativa, sem aplicação de instrumento padronizado para avaliação do risco de viés. *Resultados:* A busca principal identificou 130 registros, sendo 30 na PubMed/MEDLINE, 40 na SciELO e 60 na BVS. Antes da triagem, foram removidos 60 registros duplicados e 20 classificados como tipos documentais não elegíveis. Dos 50 registros triados, 25 foram excluídos. Após a avaliação integral de 25 publicações, 20 foram excluídas, resultando em cinco estudos primários observacionais. Os achados evidenciaram diferenças na distribuição das hospitalizações e dos óbitos por IAM segundo sexo, idade, região e período analisado. Um estudo nacional, referente a 2008–2024, identificou 1.910.231 registros hospitalares e 199.947 óbitos, descrevendo crescimento do indicador de ocorrência e redução da letalidade. Outra investigação registrou 675.374 internações entre 2018 e 2022, com predominância masculina (63,67%), maior concentração na região Sudeste (49,09%) e elevada proporção de atendimentos de urgência (90,84%). Também foram identificados óbitos entre adultos jovens, maior concentração de registros em faixas etárias avançadas e associação ecológica positiva entre desenvolvimento humano municipal e hospitalizações de idosos no Centro-Oeste ($r = 0,37$; $p = 0,011$). A heterogeneidade dos indicadores, períodos e fontes de informação limitou a comparabilidade dos resultados. Registros hospitalares não foram considerados equivalentes a casos incidentes na população geral. *Conclusão:* O IAM apresenta expressiva carga de hospitalizações e mortalidade no Brasil, com diferenças sociodemográficas, territoriais e temporais. Entretanto, a composição reduzida da amostra, a heterogeneidade metodológica, as limitações de cobertura dos sistemas de informação e a ausência de avaliação formal do risco de viés restringem a generalização dos achados. São necessários estudos com indicadores padronizados, denominadores populacionais adequados e maior abrangência territorial para caracterizar com precisão a morbimortalidade por IAM no país. A reabilitação cardiovascular e fisioterapêutica foi abordada exclusivamente como literatura complementar, não permitindo conclusões sobre sua efetividade a partir da amostra analisada.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio; Epidemiologia; Hospitalização; Mortalidade; Reabilitação Cardiovascular.

Abstract

Introduction: Acute Myocardial Infarction (AMI) is a major public health issue in Brazil, associated with high morbidity and mortality and a significant demand for hospital care. Although studies on its

epidemiological profile exist, differences in populations, data sources, and indicators used hinder the comparison of results, highlighting the need for a critical synthesis of available evidence. *Objective:* To critically analyze scientific evidence regarding the epidemiological profile of AMI in Brazil, focusing on hospitalizations, mortality, temporal trends of indicators, and sociodemographic and regional distribution, while identifying convergences, divergences, and methodological limitations among the studies. *Methods:* This is an integrative literature review of a qualitative and descriptive nature, based on the methodological steps proposed by Whittemore and Knafl. The primary search was conducted on October 2, 2026, in the PubMed/MEDLINE, SciELO, and Virtual Health Library (VHL) databases, using controlled descriptors and free-text terms related to AMI, epidemiology, morbidity and mortality, and Brazil. Studies published in Portuguese, English, and Spanish were considered, with no explicit time limit. Primary observational studies concerning the Brazilian population, with results related to the established epidemiological indicators, were included. A supplementary search on cardiovascular rehabilitation and physical therapy was used exclusively for theoretical contextualization and was not included in the study sample. The synthesis was descriptive and qualitative, without the application of a standardized tool for assessing risk of bias. *Results:* The primary search identified 130 records: 30 in PubMed/MEDLINE, 40 in SciELO, and 60 in the VHL. Prior to screening, 60 duplicate records and 20 records classified as ineligible document types were removed. Of the 50 screened records, 25 were excluded. Following a full-text review of 25 publications, 20 were excluded, resulting in five primary observational studies. The findings revealed differences in the distribution of hospitalizations and deaths due to acute myocardial infarction (AMI) based on sex, age, region, and the period analyzed. A nationwide study covering 2008–2024 identified 1,910,231 hospital records and 199,947 deaths, describing an increase in the occurrence rate and a decrease in case-fatality rates. Another investigation recorded 675,374 admissions between 2018 and 2022, showing a male predominance (63.67%), a concentration in the Southeast region (49.09%), and a high proportion of emergency admissions (90.84%). Deaths among young adults and a higher concentration of records in older age groups were also identified, alongside a positive ecological association between municipal human development and hospitalizations of the elderly in the Central-West region ($r = 0.37$; $p = 0.011$). The heterogeneity of indicators, timeframes, and data sources limited the comparability of the results. Hospital records were not considered equivalent to incident cases in the general population. *Conclusion:* AMI imposes a significant burden of hospitalization and mortality in Brazil, characterized by sociodemographic, territorial, and temporal variations. However, the limited sample size, methodological heterogeneity, information system coverage limitations, and the absence of a formal risk-of-bias assessment restrict the generalizability of the findings. Studies utilizing standardized indicators, appropriate population denominators, and broader territorial coverage are needed to accurately characterize AMI-related morbidity and mortality in the country. Cardiovascular and physical therapy rehabilitation were addressed solely as supplementary literature, precluding conclusions regarding their effectiveness based on the analyzed sample.

Keywords: Myocardial Infarction; Epidemiology; Hospitalization; Mortality; Cardiac Rehabilitation.

Introdução

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) constitui uma das principais manifestações da doença arterial coronariana e permanece como importante problema de saúde pública, em razão de sua elevada morbidade, mortalidade e repercussão sobre os serviços de saúde. O evento caracteriza-se pela ocorrência de lesão miocárdica decorrente de isquemia aguda, frequentemente relacionada à redução ou interrupção do fluxo sanguíneo coronariano. Sua fisiopatologia está intimamente associada ao processo aterosclerótico, especialmente à instabilidade e ruptura da placa, com consequente formação de trombo e comprometimento da perfusão do miocárdio [1-3].

A magnitude do IAM ultrapassa os efeitos da fase aguda, uma vez que a doença está relacionada a hospitalizações, risco de complicações, necessidade de acompanhamento após a alta e demanda por estratégias de prevenção secundária e reabilitação cardiovascular. No contexto brasileiro e latino-americano, a elevada mortalidade associada ao IAM reforça a necessidade de organização da assistência por meio de linhas de cuidado capazes de integrar prevenção, reconhecimento dos sintomas, atendimento de urgência, tratamento oportuno e acompanhamento após o evento cardiovascular [1].

A compreensão dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento do IAM também é fundamental para orientar medidas preventivas e terapêuticas. A doença arterial coronariana apresenta papel central nesse processo, sendo influenciada pela presença e progressão da aterosclerose e por fatores associados ao risco cardiovascular. As alterações decorrentes da obstrução coronariana comprometem o suprimento de oxigênio ao tecido cardíaco e, quando mantidas, podem resultar em necrose

miocárdica, comprometimento da função cardíaca e ocorrência de complicações potencialmente graves [3].

Além dos aspectos fisiopatológicos, o conhecimento do comportamento epidemiológico do IAM é necessário para dimensionar sua repercussão sobre a população brasileira. Leite et al. [2], ao analisarem a evolução temporal dos indicadores relacionados ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil entre 2008 e 2024, utilizaram dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo DATASUS, e projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os autores identificaram 1.910.231 registros hospitalares relacionados ao IAM e 199.947 óbitos registrados na base hospitalar, utilizando esses quantitativos para calcular indicadores denominados incidência, mortalidade e letalidade. As taxas de ocorrência e mortalidade foram calculadas considerando estimativas populacionais como denominadores, enquanto a letalidade foi obtida pela razão entre os óbitos e os registros de IAM. O estudo apontou crescimento dos indicadores de ocorrência e mortalidade ao longo da série histórica, acompanhado de redução da proporção de óbitos em relação aos registros analisados. Entretanto, considerando a natureza hospitalar da fonte de dados, esses resultados devem ser interpretados como indicadores derivados dos registros de internação, e não como medidas diretas da incidência populacional, da mortalidade geral ou da letalidade de todos os casos de IAM no Brasil. Essa distinção é necessária porque os registros hospitalares não representam necessariamente indivíduos ou eventos incidentes únicos e não abrangem os óbitos ocorridos fora do ambiente hospitalar.

A distribuição do IAM também apresenta diferenças segundo características demográficas. No estudo de Leite *et al.* [2], os homens apresentaram maior incidência, enquanto as mulheres demonstraram maior letalidade proporcional. Além disso, incidência, mortalidade e letalidade aumentaram expressivamente com o avanço da idade, evidenciando a relevância das faixas etárias mais avançadas na caracterização epidemiológica da doença [2]. Esses achados demonstram a importância de considerar sexo e idade na análise dos indicadores relacionados ao IAM.

Entretanto, a interpretação desses resultados deve considerar a natureza dos indicadores empregados. Incidência, mortalidade e letalidade representam medidas epidemiológicas distintas e fornecem informações complementares sobre a ocorrência e a gravidade da doença. Da mesma forma, números absolutos e proporções de hospitalizações não devem ser interpretados isoladamente como indicadores de maior risco, especialmente quando são comparados grupos populacionais com diferentes características demográficas e territoriais [2,4].

As hospitalizações constituem outro importante componente da carga assistencial relacionada ao IAM. Rodrigues *et al.* [4], ao analisarem as taxas e o perfil de morbidade por IAM no Brasil entre 2018 e 2022 por meio de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), identificaram maior morbidade hospitalar entre homens, indivíduos brancos, pessoas com idade entre 60 e 69 anos e residentes na região Sudeste. Também foi observada predominância de internações em caráter de urgência, evidenciando a importante participação dos serviços hospitalares e de emergência na assistência aos pacientes acometidos.

Essas diferenças devem ser analisadas considerando não apenas as características individuais,

mas também aspectos relacionados à distribuição populacional e ao acesso aos serviços de saúde. A maior frequência de internações registrada em determinado grupo ou região não permite, isoladamente, concluir pela existência de maior risco de IAM, sobretudo quando não são utilizados denominadores populacionais específicos. Dessa forma, a avaliação conjunta de taxas, proporções e números absolutos contribui para uma interpretação epidemiológica mais adequada dos registros de morbidade e mortalidade [2,4].

A elevada carga de hospitalizações e mortalidade também evidencia a importância do atendimento oportuno ao indivíduo acometido por IAM. Por se tratar de uma condição aguda potencialmente grave, a organização dos serviços e a implementação de uma linha de cuidado são relevantes para favorecer o reconhecimento do evento, o encaminhamento adequado e a instituição das medidas terapêuticas necessárias. Nesse contexto, a articulação entre os diferentes níveis de atenção constitui elemento importante para a continuidade da assistência [1].

Além da assistência durante a fase aguda, o cuidado após o IAM assume papel relevante diante das repercussões cardiovasculares e funcionais que podem permanecer após a hospitalização. A continuidade do acompanhamento deve contemplar medidas direcionadas à prevenção de novos eventos, controle dos fatores de risco e recuperação da capacidade funcional, integrando estratégias farmacológicas e não farmacológicas de acordo com as necessidades apresentadas pelo indivíduo [1,5].

Nesse cenário, a reabilitação cardiovascular constitui importante componente da assistência após o IAM. Guo, Gomes e Moreira [5] abordam o impacto da reabilitação cardiovascular na sobrevida após o evento, reforçando a relevância de

sua incorporação ao acompanhamento desses pacientes. A reabilitação integra diferentes estratégias voltadas à recuperação funcional e ao controle cardiovascular, contribuindo para ampliar o cuidado para além da abordagem exclusivamente hospitalar [5].

A atuação fisioterapêutica pode integrar os programas de reabilitação cardiovascular, especialmente por meio de estratégias relacionadas à recuperação da capacidade funcional e à realização de exercícios de maneira progressiva e compatível com as condições clínicas do indivíduo. Dessa forma, a assistência após o IAM deve ser compreendida como parte de um processo contínuo, no qual o acompanhamento e a reabilitação complementam as medidas realizadas durante a fase aguda [5].

Assim, a atenção ao paciente acometido pelo IAM envolve diferentes dimensões, abrangendo a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos, o conhecimento do perfil epidemiológico, a assistência hospitalar e a continuidade do cuidado após a alta [1-5]. Enquanto os indicadores de incidência, mortalidade e letalidade permitem dimensionar a magnitude da doença [2], os dados de hospitalização auxiliam na caracterização da demanda assistencial [4], e as evidências relacionadas à reabilitação cardiovascular ampliam a compreensão das necessidades existentes após o evento agudo [5].

Embora a literatura científica apresente estudos sobre a ocorrência, as hospitalizações e a mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil, observa-se que essas evidências são frequentemente abordadas de maneira fragmentada, com diferenças quanto às populações investigadas, aos períodos analisados, à abrangência territorial, às fontes de dados e aos indicadores epidemiológicos utilizados. Além disso, os estudos

disponíveis contemplam diferentes dimensões da doença, incluindo características sociodemográficas, evolução temporal, morbimortalidade hospitalar, diagnóstico e readmissão, sem necessariamente integrar esses componentes em uma análise conjunta. Essa diversidade metodológica dificulta a comparação direta dos resultados e evidencia a necessidade de distinguir adequadamente os indicadores de ocorrência, hospitalização, mortalidade e letalidade, especialmente quando provenientes de sistemas de informações hospitalares. Nesse contexto, a lacuna que fundamenta a presente revisão não corresponde necessariamente à ausência de investigações sobre o IAM, mas à necessidade de uma síntese crítica e organizada das evidências disponíveis, capaz de identificar convergências, divergências, limitações metodológicas e aspectos ainda insuficientemente esclarecidos na caracterização epidemiológica e assistencial da doença no país. Assim, a contribuição específica desta revisão integrativa consiste em reunir e analisar estudos com diferentes delineamentos, considerando suas particularidades e capacidades inferenciais, para oferecer uma compreensão articulada dos indicadores epidemiológicos, das hospitalizações, da mortalidade e de aspectos relacionados ao diagnóstico e à readmissão hospitalar. Adicionalmente, a reabilitação cardiovascular e a atuação fisioterapêutica são consideradas como elementos de contextualização da continuidade do cuidado após o evento agudo, sem que as evidências provenientes da literatura complementar sejam incorporadas à síntese dos resultados da revisão.

Diante disso, considerando o tema, torna-se relevante reunir e analisar as evidências científicas disponíveis acerca da ocorrência do IAM no país, de seu perfil epidemiológico e das hospitalizações e mortes relacionadas à doença. A integração desses achados pode contribuir para uma compreensão mais abrangente da magnitude do IAM no

contexto brasileiro e subsidiar o fortalecimento das estratégias de prevenção, assistência hospitalar e continuidade do cuidado [1-5].

O objetivo do presente estudo é analisar criticamente as evidências científicas acerca do perfil epidemiológico do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil, com ênfase nas hospitalizações, na mortalidade, na evolução temporal dos indicadores e em sua distribuição segundo características sociodemográficas e regionais. Busca-se

identificar convergências, divergências e limitações metodológicas entre os estudos, considerando as diferenças nas fontes de dados, nas populações investigadas e nas medidas epidemiológicas utilizadas. Adicionalmente, pretende-se contextualizar a relevância da reabilitação cardiovascular e da atuação fisioterapêutica no acompanhamento pós-IAM, com base em literatura complementar, sem incorporar essas evidências à amostra ou à síntese dos resultados da revisão integrativa.

Métodos

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa e descritiva, desenvolvida com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis acerca dos aspectos epidemiológicos, das hospitalizações e da mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil, considerando sua evolução temporal, distribuição segundo características sociodemográficas e regionais e repercussões para a assistência à saúde. De forma complementar, foram consideradas evidências relacionadas à reabilitação cardiovascular e à atuação fisioterapêutica após o IAM, buscando contextualizar a continuidade do cuidado após a fase aguda.

Para a condução da revisão, foram adotadas as etapas metodológicas propostas por Whittemore e Knafl, compreendendo a identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados [6]. Complementarmente, foram consideradas as recomendações de Mendes, Silveira e Galvão para definição da questão norteadora, estabelecimento dos critérios de elegibilidade, seleção dos estudos, organização das informações extraídas e síntese dos achados [7]. Considerando a natureza

integrativa, descritiva e qualitativa desta revisão, bem como as diferenças metodológicas entre os cinco estudos primários observacionais incluídos, a etapa de avaliação dos dados foi conduzida por meio de apreciação crítica qualitativa, sem aplicação de instrumentos padronizados para avaliação da qualidade metodológica ou do risco de viés. Foram consideradas características como delineamento, população investigada, fontes de dados, períodos analisados, definição dos indicadores epidemiológicos, desfechos avaliados e limitações relatadas pelos autores. Entretanto, reconhece-se que essa abordagem não substitui uma avaliação crítica estruturada e que sua ausência limita a identificação sistemática de vieses e a confiança nas conclusões da revisão.

Na etapa de identificação do problema, foram delimitados os principais eixos relacionados ao IAM no contexto brasileiro, contemplando aspectos epidemiológicos, incidência, morbidade hospitalar, hospitalizações, mortalidade, letalidade, características sociodemográficas, distribuição regional e temporal dos eventos e continuidade da assistência após a fase aguda. A reabilitação cardiovascular e fisioterapêutica foi considerada como eixo complementar, especialmente em

relação à recuperação funcional, prevenção secundária e acompanhamento dos indivíduos após o evento cardiovascular.

A partir desses elementos, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: “Quais são as principais evidências científicas acerca do perfil epidemiológico do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil, considerando as hospitalizações, a mortalidade, a evolução temporal dos indicadores e sua distribuição segundo características sociodemográficas e regionais, e quais convergências, divergências e limitações metodológicas podem ser identificadas entre os estudos, especialmente em relação às fontes de dados, às populações investigadas e às medidas epidemiológicas utilizadas?”

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em 02 de outubro de 2026. Foram conduzidas duas estratégias de busca independentes, com finalidades distintas. A busca principal foi estruturada em três eixos conceituais: (1) Infarto Agudo do Miocárdio; (2) epidemiologia e indicadores de morbimortalidade, incluindo incidência, morbidade, hospitalizações, mortalidade e letalidade; e (3) Brasil. Paralelamente, foi realizada uma busca complementar sobre reabilitação cardiovascular e fisioterapia após o IAM, utilizada exclusivamente para contextualização teórica e discussão dos achados, sem integrar o processo de seleção ou a amostra final apresentada no Quadro 1.

Foram empregados descritores controlados dos vocabulários *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), quando disponíveis, associados a termos livres e seus correspondentes em português e inglês. Os termos pertencentes ao mesmo eixo foram combinados pelo operador booleano OR,

enquanto os diferentes eixos foram relacionados pelo operador AND. As estratégias foram adaptadas à sintaxe e aos mecanismos de indexação de cada base de dados.

No PubMed/MEDLINE, a busca principal foi realizada mediante descritores MeSH e termos livres pesquisados nos campos *MeSH Terms* e *Title/Abstract*, utilizando a seguinte estratégia: (“Myocardial Infarction”[MeSH Terms] OR “acute myocardial infarction”[Title/Abstract] OR “myocardial infarction”[Title/Abstract]) AND (“Epidemiology”[MeSH Terms] OR epidemiolog*[Title/Abstract] OR incidence[Title/Abstract] OR morbidity[Title/Abstract] OR “Hospitalization”[MeSH Terms] OR hospitalization*[Title/Abstract] OR “Mortality”[MeSH Terms] OR mortality[Title/Abstract] OR lethality[Title/Abstract]) AND (“Brazil”[MeSH Terms] OR Brazil[Title/Abstract] OR Brazilian[Title/Abstract]). A busca complementar empregou: (“Myocardial Infarction”[MeSH Terms] OR “acute myocardial infarction”[Title/Abstract]) AND (“Cardiac Rehabilitation”[MeSH Terms] OR “cardiac rehabilitation”[Title/Abstract] OR physiotherapy[Title/Abstract] OR “physical therapy”[Title/Abstract]) AND (“Brazil”[MeSH Terms] OR Brazil[Title/Abstract] OR Brazilian[Title/Abstract]).

Na BVS, a estratégia principal combinou descritores DeCS e termos livres em português e inglês: (“Infarto Agudo do Miocárdio” OR “Infarto do Miocárdio” OR “Myocardial Infarction” OR “Acute Myocardial Infarction”) AND (“Epidemiologia” OR “Epidemiology” OR “Incidência” OR “Incidence” OR “Morbidade” OR “Morbidity” OR “Hospitalização” OR “Hospitalization” OR “Mortalidade” OR “Mortality” OR “Letalidade”) AND (“Brasil” OR “Brazil”). Na busca complementar, foram associados os termos relacionados ao IAM a (“Reabilitação Cardíaca” OR “Cardiac

Rehabilitation” OR “Reabilitação Cardiovascular” OR “Fisioterapia” OR “Physiotherapy” OR “Physical Therapy”).

Na SciELO, considerando as características da plataforma, foram empregados predominantemente termos livres em português e inglês. A estratégia principal foi: (“infarto agudo do miocárdio” OR “infarto do miocárdio” OR “myocardial infarction”) AND (“epidemiologia” OR “incidência” OR “morbidade” OR “hospitalização” OR “internação” OR “mortalidade” OR “letalidade”) AND (“Brasil” OR “Brazil”). A busca complementar associou os termos referentes ao IAM a (“reabilitação cardiovascular” OR “reabilitação cardíaca” OR “fisioterapia” OR “cardiac rehabilitation” OR “physiotherapy”).

A busca bibliográfica foi realizada em 02 de outubro de 2026 nas bases de dados PubMed/MEDLINE (n=30), Scientific Electronic Library Online (SciELO) (n=40) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (n=60), mediante estratégias específicas adaptadas aos mecanismos de indexação de cada plataforma. Foram utilizados descritores controlados MeSH e DeCS, quando disponíveis, associados a termos livres em português e inglês, combinados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram consideradas publicações nos idiomas português, inglês e espanhol, não sendo informado no protocolo descrito um recorte temporal específico para a seleção dos estudos. Os registros provenientes da busca complementar sobre reabilitação cardiovascular e fisioterapia não foram contabilizados nesse total, uma vez que essa estratégia teve finalidade exclusivamente contextual e não integrou o processo de seleção da revisão.

Os estudos identificados pela busca complementar sobre reabilitação cardiovascular e fisioterapia foram utilizados exclusivamente para fundamentação teórica e contextualização da continuidade

do cuidado pós-IAM. Essas publicações não foram contabilizadas entre os 130 registros da busca principal, não participaram do processo de seleção e não integraram a amostra final de cinco estudos primários observacionais.

Foram incluídos estudos científicos disponíveis na íntegra que abordassem o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no contexto brasileiro e apresentassem relação direta com a questão norteadora da revisão. Os critérios de inclusão contemplaram investigações direcionadas à caracterização epidemiológica da doença, considerando hospitalizações, morbidade hospitalar, mortalidade, letalidade, evolução temporal dos indicadores e distribuição segundo características sociodemográficas e regionais. Foram considerados elegíveis estudos realizados com populações brasileiras ou fundamentados em dados nacionais, regionais ou estaduais, incluindo informações provenientes de sistemas oficiais de saúde, como o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), quando efetivamente utilizados nas publicações.

Quanto aos delineamentos metodológicos, foram considerados elegíveis exclusivamente estudos primários observacionais, incluindo investigações transversais, ecológicas, descritivas e retrospectivas, desde que apresentassem resultados diretamente relacionados aos desfechos epidemiológicos estabelecidos. A seleção desses delineamentos buscou assegurar maior correspondência entre os objetivos da revisão, as características das populações investigadas e os indicadores utilizados para descrever a ocorrência e a distribuição do IAM no Brasil. Dessa forma, a amostra foi delimitada a estudos que apresentassem análises originais de dados epidemiológicos, permitindo examinar

convergências, divergências e particularidades dos registros hospitalares e de mortalidade em diferentes períodos e regiões brasileiras.

Foram excluídas publicações duplicadas, estudos disponíveis exclusivamente na forma de resumo, editoriais, cartas ao editor, capítulos de livros, dissertações, teses, relatos de caso, artigos de opinião, revisões narrativas, revisões sistemáticas, metanálises, revisões de escopo e demais estudos secundários de síntese. Também foram excluídas investigações que não apresentassem resultados diretamente relacionados aos indicadores epidemiológicos de interesse, estudos desenvolvidos exclusivamente com populações de outros países e publicações que não permitissem identificar adequadamente a população investigada, a abrangência territorial ou os desfechos relacionados ao IAM. Estudos direcionados exclusivamente à acurácia diagnóstica, às estratégias terapêuticas, à assistência de emergência, à readmissão hospitalar ou às intervenções de reabilitação foram considerados fora do escopo da amostra principal quando não apresentavam análise epidemiológica compatível com a questão norteadora.

Para fins de organização e análise, os estudos incluídos foram distribuídos segundo quatro eixos temáticos: perfil epidemiológico e sociodemográfico; hospitalizações e morbidade hospitalar; mortalidade e letalidade; e evolução temporal e distribuição regional dos indicadores. Essa classificação considerou os objetivos, as populações investigadas, os períodos analisados, as fontes de informação e os resultados efetivamente apresentados em cada publicação. Os estudos que contemplaram mais de um eixo foram analisados de maneira integrada, respeitando a natureza dos indicadores e evitando a duplicação ou interpretação isolada de resultados provenientes de uma mesma investigação.

Especial atenção foi destinada à definição operacional e à interpretação das medidas epidemiológicas. Os registros hospitalares foram diferenciados de casos incidentes na população, considerando que uma mesma pessoa pode apresentar mais de uma internação e que os sistemas de informações hospitalares não representam necessariamente a totalidade dos eventos ocorridos. Da mesma forma, os óbitos registrados durante hospitalizações foram distinguidos dos indicadores de mortalidade populacional, que dependem de fontes de informação e denominadores apropriados. Quando disponíveis, foram consideradas taxas de hospitalização, incidência e mortalidade, bem como proporções de letalidade, observando-se os respectivos numeradores, denominadores, unidades de medida e períodos de referência. Frequências absolutas e proporções não foram interpretadas isoladamente como indicadores de maior risco entre grupos definidos por sexo, faixa etária, raça/cor ou região geográfica. Essas precauções buscaram preservar a comparabilidade dos resultados e evitar inferências que ultrapassassem as informações fornecidas pelos estudos originais.

A análise das evidências foi conduzida de maneira descritiva e qualitativa, considerando as particularidades metodológicas dos cinco estudos primários observacionais incluídos. Foram examinadas convergências e divergências entre os resultados, especialmente quanto à distribuição dos registros de hospitalizações e óbitos, às tendências temporais, às características sociodemográficas e às diferenças territoriais. A interpretação conjunta considerou a heterogeneidade das populações, das fontes de dados, dos períodos investigados e das medidas epidemiológicas, sem atribuir equivalência a indicadores construídos com diferentes definições ou denominadores. As limitações metodológicas relatadas pelos autores também foram consideradas na apreciação crítica dos achados,

reconhecendo-se que essa análise qualitativa não substitui uma avaliação formal da qualidade metodológica ou do risco de viés.

As publicações relacionadas especificamente ao diagnóstico, tratamento, assistência de emergência, readmissão hospitalar, reabilitação cardiovascular e atuação fisioterapêutica foram utilizadas exclusivamente como literatura complementar, quando pertinentes à fundamentação conceitual e à contextualização da trajetória assistencial após o IAM. Os estudos sobre reabilitação cardiovascular e fisioterapia foram provenientes de estratégia de busca independente, com finalidade exclusivamente teórica e contextual.

A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores, de forma independente, inicialmente por meio da leitura dos títulos e resumos dos registros identificados. Os estudos considerados potencialmente elegíveis por pelo menos um dos revisores foram encaminhados para leitura na íntegra. Posteriormente, os textos completos foram avaliados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Eventuais divergências identificadas durante a seleção dos estudos foram solucionadas por consenso entre os dois revisores e, não sendo necessário a avaliação de um terceiro revisor. A extração das informações foi realizada por um revisor e posteriormente conferida por um segundo pesquisador, mediante comparação com as publicações originais. Foram verificadas as informações relativas à autoria, ao delineamento metodológico, à população investigada, às fontes de dados, aos períodos analisados e aos principais indicadores epidemiológicos. Eventuais divergências foram solucionadas por consenso, buscando reduzir possíveis erros de transcrição, classificação e interpretação dos resultados.

Essa verificação buscou contemplar a correspondência entre os estudos originais e os dados

registrados no quadro sinóptico, incluindo autoria, ano de publicação, delineamento metodológico, população investigada, objetivos e principais desfechos, buscando minimizar possíveis erros de transcrição, classificação e interpretação dos resultados, especialmente diante da heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos.

Para a extração dos dados, foram consideradas informações referentes à autoria, ano de publicação, título, delineamento metodológico, objetivo, população investigada, abrangência territorial, período analisado, fontes de informação, principais resultados e limitações identificadas em cada estudo, mantendo-se a estrutura de apresentação adotada no Quadro 1. A extração priorizou os resultados efetivamente apresentados nas publicações, contemplando, quando disponíveis, números absolutos de hospitalizações e óbitos, taxas de incidência, hospitalização e mortalidade, proporções de letalidade, distribuição por sexo, faixa etária e região geográfica, além dos respectivos denominadores utilizados no cálculo dos indicadores. Especial atenção foi destinada à identificação da origem e da natureza dos dados, distinguindo-se registros provenientes de sistemas de informações hospitalares, estimativas baseadas em denominadores populacionais e resultados derivados de estudos secundários. Nos estudos primários, foram consideradas as características das populações, os métodos de obtenção dos dados e as definições operacionais dos indicadores, evitando interpretar registros de internação como casos incidentes ou óbitos hospitalares como representativos da mortalidade geral por IAM.

Nos cinco estudos primários observacionais incluídos na revisão, a extração dos dados contemplou as características das populações investigadas, os períodos de referência, a abrangência territorial, os sistemas de informação utilizados,

os procedimentos de obtenção dos dados e as definições operacionais dos indicadores epidemiológicos. Foram identificados e diferenciados registros de hospitalizações, óbitos hospitalares, taxas de base populacional, proporções e medidas de associação, considerando os respectivos numeradores e denominadores, quando disponíveis. As informações foram sistematizadas de acordo com a natureza dos indicadores e as características metodológicas de cada investigação, buscando assegurar a rastreabilidade dos resultados e evitar a interpretação de medidas epidemiológicas distintas como equivalentes.

A análise dos dados foi conduzida de forma descritiva e qualitativa, com o objetivo de identificar convergências, divergências e lacunas nas evidências selecionadas. Os resultados foram organizados em quatro eixos analíticos: perfil epidemiológico e sociodemográfico; hospitalizações e morbidade hospitalar; mortalidade e letalidade; e evolução temporal e distribuição regional dos indicadores. A comparação entre os estudos considerou as diferenças metodológicas e contextuais previamente identificadas na etapa de extração, sendo realizada apenas quando os indicadores apresentavam definições e condições de análise suficientemente compatíveis. As publicações relacionadas à assistência e à reabilitação cardiovascular foram utilizadas exclusivamente para contextualização teórica na discussão, não integrando a síntese dos resultados nem constituindo um eixo analítico da revisão. Essa abordagem permitiu preservar a correspondência entre a questão norteadora, os critérios de elegibilidade e os achados efetivamente apresentados, sem estabelecer associações ou relações causais não investigadas diretamente pelos estudos.

Não foi aplicado instrumento padronizado para avaliação formal da qualidade metodológica

ou do risco de viés dos cinco estudos primários observacionais incluídos. A avaliação dos dados foi realizada por meio de apreciação crítica qualitativa, considerando o delineamento metodológico, a população investigada, as fontes de informação, os períodos analisados, as definições operacionais dos indicadores, os desfechos avaliados e as limitações relatadas pelos autores. Entretanto, reconhece-se que essa abordagem não substitui uma avaliação crítica estruturada, impossibilitando a classificação sistemática do risco de viés e a comparação da robustez metodológica das evidências. Essa limitação foi considerada na interpretação dos resultados, evitando inferências que ultrapassassem a capacidade dos delineamentos e das informações disponíveis. Durante a síntese, contudo, foram consideradas qualitativamente características como delineamento, população, fonte e período de obtenção dos dados, desfechos avaliados e limitações relatadas pelos autores. As evidências foram interpretadas de acordo com a capacidade inferencial de cada delineamento, sem atribuição de peso equivalente aos diferentes desenhos metodológicos. A ausência de avaliação formal da qualidade metodológica e do risco de viés foi considerada uma limitação desta revisão.

Por fim, os dados extraídos dos cinco estudos primários observacionais foram organizados em quadro sinóptico e submetidos à síntese narrativa, considerando os principais indicadores epidemiológicos, as características das populações investigadas e as diferenças metodológicas entre as publicações. As evidências provenientes da literatura complementar sobre assistência e reabilitação cardiovascular foram utilizadas exclusivamente para contextualização teórica, sem integrar a amostra, a apresentação dos resultados ou as conclusões epidemiológicas da revisão.

O detalhamento das etapas de identificação, remoção de duplicatas, triagem, avaliação de elegibilidade e inclusão dos estudos, bem como os respectivos quantitativos, encontra-se apresentado

na Figura 1. A correspondência entre os números apresentados no fluxograma e aqueles descritos no texto foi mantida em todas as etapas do processo de seleção.

Resultados

Conforme apresentado na Figura 1, a busca principal realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) resultou na identificação de 130 registros. Antes da triagem, foram removidos 60 registros duplicados e 20 registros classificados como tipos documentais não elegíveis, como editoriais, cartas ao editor, capítulos de livros e outros materiais incompatíveis com os delineamentos previamente estabelecidos. Essas exclusões preliminares foram fundamentadas nas informações bibliográficas disponíveis, especialmente na classificação do tipo de publicação, sem avaliação antecipada da pertinência temática ou do conteúdo dos estudos. Não houve exclusões por ferramentas de automação ($n = 0$), permanecendo 50 registros para triagem por títulos e resumos, dos quais 25 foram excluídos. As 25 publicações restantes foram recuperadas

integralmente, sem perdas nessa etapa ($n = 0$), e submetidas à avaliação de elegibilidade conforme os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Após a leitura dos textos completos, 20 publicações foram excluídas: 10 por não abordarem o IAM no contexto epidemiológico, das hospitalizações ou da mortalidade; 4 por apresentarem desfechos não relacionados à questão norteadora; e 6 por apresentarem delineamentos metodológicos não elegíveis, correspondentes a duas revisões narrativas, um relato de caso, um artigo de opinião, uma revisão de escopo e uma revisão sistemática com metanálise. Ao final, 5 estudos atenderam aos critérios estabelecidos e compuseram a amostra da revisão integrativa. Os quantitativos descritos correspondem às etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão apresentadas no fluxograma.

Identificação de novos estudos via bases de dados e repositórios

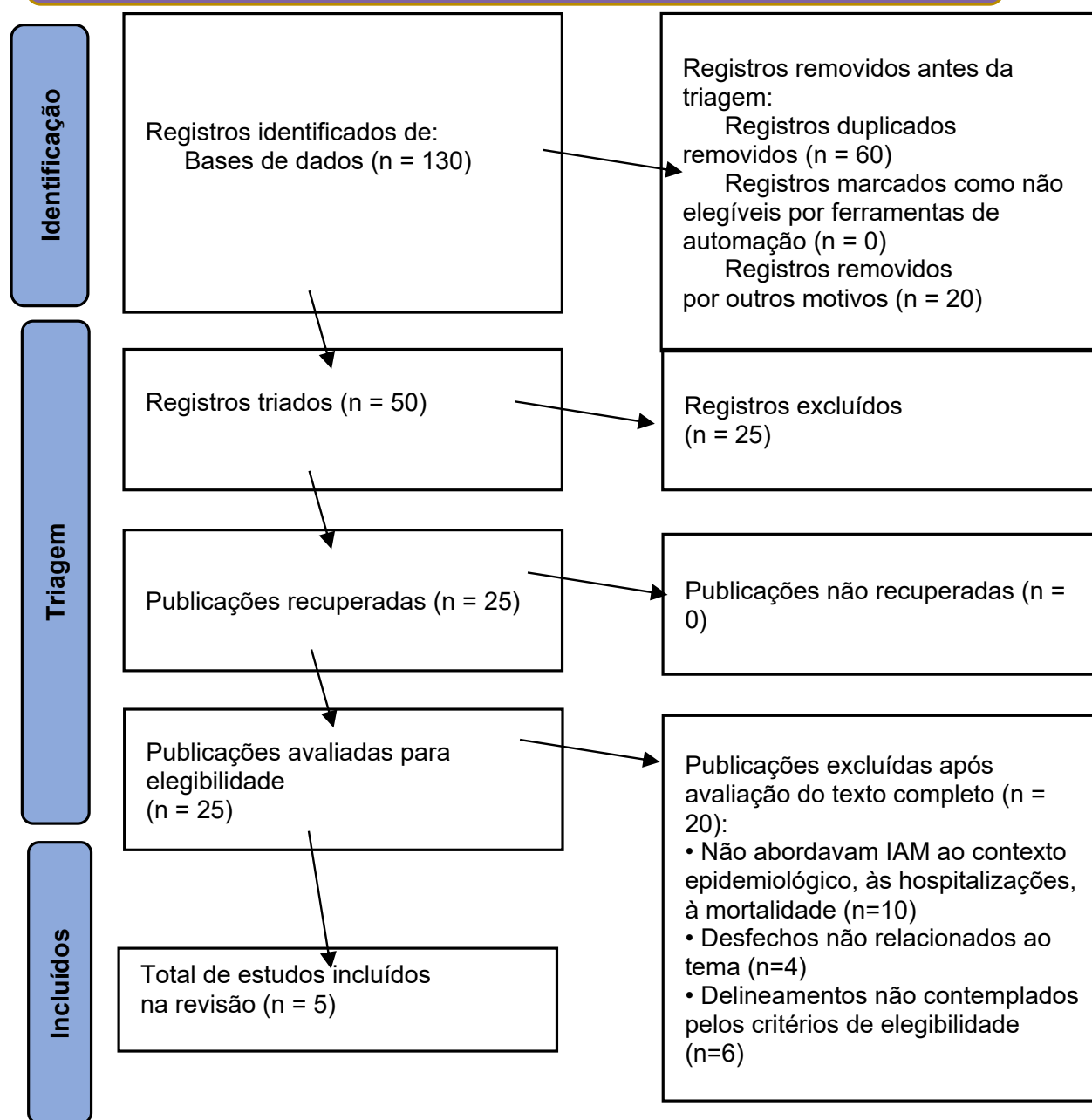


Figura 1 – Fluxograma das etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos da busca principal sobre aspectos epidemiológicos, hospitalizações e mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A amostra final desta revisão integrativa foi composta por cinco estudos primários observacionais, direcionados à caracterização dos aspectos epidemiológicos, das hospitalizações e da mortalidade

por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil. Leite et al. (2025) investigaram a evolução temporal dos indicadores de ocorrência, mortalidade e letalidade relacionados ao IAM no país; Rodrigues et

al. (2024) analisaram o perfil das hospitalizações e da morbidade hospitalar, considerando características sociodemográficas e regionais; Miossi et al. (2025) abordaram o perfil epidemiológico da mortalidade por IAM entre adultos jovens; Silva e Breda (2025) examinaram a distribuição dos óbitos por IAM no Paraná; e Mendes e Matida (2026) investigaram a relação entre o desenvolvimento humano municipal e as hospitalizações de idosos na região Centro-Oeste. Esses estudos contemplaram diferentes populações, períodos, fontes de dados e recortes territoriais, permitindo reunir evidências sobre a magnitude e a distribuição das hospitalizações e dos óbitos associados à doença no contexto brasileiro.

Considerando os objetivos e os desfechos investigados, os estudos foram organizados em quatro eixos analíticos: perfil epidemiológico e sociodemográfico; hospitalizações e morbidade hospitalar; mortalidade e letalidade; e evolução temporal e distribuição regional dos indicadores. Essa organização possibilitou analisar as diferentes dimensões da morbimortalidade por IAM, respeitando as particularidades metodológicas de cada investigação. Embora os cinco estudos apresentassem delineamentos observacionais, foram identificadas diferenças quanto à abrangência territorial, às populações analisadas, aos períodos de referência e às medidas epidemiológicas utilizadas, aspectos considerados na síntese descritiva e qualitativa dos resultados.

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos cinco estudos incluídos, contemplando autoria, ano de publicação, título, delineamento metodológico, objetivo e principais desfechos. Os trabalhos compreenderam investigações quantitativas, descritivas, transversais, ecológicas e retrospectivas, predominantemente fundamentadas em dados secundários de sistemas de informação em saúde. As

publicações abordaram a distribuição epidemiológica do IAM, a frequência das hospitalizações e dos óbitos, as características sociodemográficas dos indivíduos registrados, as tendências temporais e as diferenças regionais. Também foram contempladas análises direcionadas a grupos populacionais específicos, como adultos jovens e idosos, e à associação entre indicadores territoriais e registros de hospitalização.

Entre os principais desfechos analisados destacaram-se os números absolutos de hospitalizações e óbitos, as taxas de ocorrência e mortalidade, as proporções de letalidade e a distribuição dos registros segundo sexo, faixa etária, localização geográfica e caráter das internações. Leite et al. (2025), ao investigarem a evolução temporal dos indicadores relacionados ao IAM no Brasil entre 2008 e 2024, identificaram 1.910.231 registros hospitalares e 199.947 óbitos na base de dados analisada. Os autores descreveram crescimento do indicador de ocorrência e redução da letalidade ao longo da série histórica, além de aumento dos indicadores com o avanço da idade. Entretanto, considerando a natureza hospitalar da fonte de informação, esses quantitativos não representam necessariamente casos incidentes únicos nem a totalidade dos óbitos por IAM na população brasileira.

Na análise quantitativa apresentada por Leite et al. (2025), foram relatadas taxas de ocorrência de 68,6 por 100 mil habitantes entre homens e 38,0 por 100 mil habitantes entre mulheres, além de taxas de mortalidade de 6,7 e 5,1 por 100 mil habitantes, respectivamente. As proporções de letalidade informadas foram de 9,9% no sexo masculino e 13,7% no feminino. Embora os autores tenham denominado essas medidas como indicadores de incidência, mortalidade e letalidade, sua interpretação requer considerar a

origem hospitalar dos numeradores, os denominadores empregados e a definição operacional de cada medida. Dessa forma, os resultados foram apresentados conforme descritos na publicação original, sem equiparar automaticamente a ocorrência de registros hospitalares à incidência populacional ou os óbitos hospitalares à mortalidade geral por IAM.

Rodrigues et al. (2024), por sua vez, analisaram o perfil das hospitalizações por IAM no Brasil entre 2018 e 2022, utilizando dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Durante o período, foram registradas 675.374 internações, das quais 331.542 (49,09%) ocorreram na região Sudeste, 430.066 (63,67%) envolveram indivíduos do sexo masculino, 209.976 (31,09%) corresponderam à faixa etária de 60 a 69 anos e 613.540 (90,84%) foram classificadas como atendimentos de urgência. Os percentuais apresentados tiveram como denominador o total de internações analisadas e caracterizaram a distribuição dos registros hospitalares segundo variáveis sociodemográficas, territoriais e assistenciais, não constituindo, isoladamente, medidas de risco populacional.

A análise dos grupos etários demonstrou que, embora os registros de hospitalizações e óbitos por IAM apresentassem participação expressiva de indivíduos em faixas etárias mais avançadas, a ocorrência desses eventos não se restringiu à população idosa. Miossi et al. (2025), ao investigarem o perfil epidemiológico da mortalidade por IAM entre adultos jovens no Brasil entre 2019 e 2024, identificaram registros de hospitalizações e óbitos nessa população, com diferenças segundo sexo, região geográfica e período analisado. Esses resultados ampliaram a caracterização da distribuição etária dos eventos, demonstrando sua ocorrência também em grupos populacionais

mais jovens, embora a magnitude dos indicadores não possa ser diretamente comparada àquela observada nos estudos que contemplaram outras faixas etárias e períodos.

Em relação à mortalidade, Silva e Breda (2025) analisaram o perfil dos óbitos por IAM no Paraná entre 2019 e 2023, identificando predominância do sexo masculino, correspondente a 61,6% dos registros, e maior ocorrência entre indivíduos com idade superior a 75 anos. Quanto ao local de ocorrência, 50,9% dos óbitos foram registrados em ambiente hospitalar e 34,2% no domicílio. Esses resultados permitiram caracterizar a distribuição dos óbitos segundo sexo, faixa etária e local de ocorrência no contexto estadual investigado. Entretanto, os percentuais representam proporções dos registros analisados e não devem ser interpretados como taxas de mortalidade específicas sem a utilização dos respectivos denominadores populacionais.

Mendes e Matida (2026) investigaram a relação entre desenvolvimento humano municipal e hospitalizações por IAM entre idosos na região Centro-Oeste do Brasil, no período de 2020 a 2025. Foram identificadas 50.667 internações, com correlação positiva estatisticamente significativa entre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o indicador de hospitalizações analisado ($r = 0,37$; $p = 0,011$). O resultado demonstrou uma associação ecológica positiva entre as variáveis investigadas, sem permitir estabelecer relação causal ou concluir que o desenvolvimento humano, isoladamente, determine maior ocorrência de IAM. A interpretação dessa associação deve considerar a natureza agregada dos dados e as diferenças territoriais existentes entre os municípios estudados.

Em conjunto, os cinco estudos apresentaram convergência quanto à relevância epidemiológica

do IAM no Brasil e à expressiva participação das hospitalizações e dos óbitos na caracterização da doença. As investigações identificaram diferenças relacionadas ao sexo, à faixa etária, à localização geográfica e ao período analisado, com participação predominante de homens em determinados indicadores e maior concentração de registros em faixas etárias avançadas, embora também tenham sido identificados eventos entre adultos jovens. As principais divergências decorreram das diferenças entre populações, abrangência territorial, fontes de dados, períodos investigados e medidas epidemiológicas empregadas. Enquanto Leite et al. (2025) analisaram tendências temporais e indicadores de ocorrência, mortalidade e letalidade, Rodrigues et al. (2024) priorizaram a distribuição

das hospitalizações, Miossi et al. (2025) e Silva e Breda (2025) concentraram-se em características da mortalidade em populações e contextos específicos, e Mendes e Matida (2026) investigaram associações entre hospitalizações e indicadores territoriais. Essa diversidade limitou a comparação direta entre todas as estimativas, particularmente diante da utilização de números absolutos, proporções, taxas e medidas de associação com diferentes definições e denominadores. Dessa forma, os resultados permitiram caracterizar distintas dimensões da morbimortalidade por IAM no Brasil, preservando as particularidades e os limites inferenciais de cada estudo, sem incorporar evidências provenientes de revisões secundárias ou da literatura complementar à síntese da amostra principal.



Quadro 1 – Síntese dos estudos utilizados na construção do presente estudo.

Autor/Ano	Título	Delineamento Metodológico	Objetivo	Principais desfechos
Leite <i>et al.</i> (2025)	Evolução Temporal e Perfil Epidemiológico da Incidência, Mortalidade e Letalidade do Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil (2008–2024): Um Estudo Transversal	Estudo quantitativo, descritivo e transversal, com dados secundários do DATASUS e IBGE	Analisar a evolução temporal da incidência, mortalidade e letalidade por IAM no Brasil entre 2008 e 2024, segundo sexo e faixa etária.	Análise de registros relacionados ao IAM no Brasil, entre 2008 e 2024, com identificação de 1.910.231 registros hospitalares e 199.947 óbitos. Foram relatadas taxas de ocorrência de 68,6 por 100 mil habitantes entre homens e 38,0 por 100 mil habitantes entre mulheres, além de taxas de mortalidade de 6,7 e 5,1 por 100 mil habitantes, respectivamente. As proporções de letalidade informadas foram de 9,9% no sexo masculino e 13,7% no feminino. Os autores descreveram crescimento do indicador de ocorrência, redução da letalidade ao longo da série histórica e aumento dos indicadores com a idade. As medidas derivadas de registros hospitalares não devem ser equiparadas automaticamente à incidência ou à mortalidade da população geral.
Rodrigues <i>et al.</i> (2024)	Infarto Agudo do Miocárdio em território brasileiro: Análise das taxas e do perfil de morbidade	Estudo ecológico, retrospectivo, com dados secundários do SIH/SUS	Analisar as taxas e caracterizar o perfil das internações por IAM no Brasil entre 2018 e 2022.	Análise de 675.374 hospitalizações por IAM no Brasil, entre 2018 e 2022, com dados do SIH/SUS. Do total, 430.066 (63,67%) corresponderam ao sexo masculino, 209.976 (31,09%) à faixa etária de 60 a 69 anos e 331.542 (49,09%) à região Sudeste. As internações de urgência totalizaram 613.540 (90,84%). Os resultados caracterizaram a distribuição das hospitalizações segundo sexo, idade, região e caráter do atendimento, tendo o total de internações como denominador dos percentuais apresentados.





Miossi <i>et al.</i> (2025)	Análise do perfil epidemiológico da mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em adultos jovens no Brasil entre 2019 e 2024	Estudo epidemiológico, observacional, descritivo e retrospectivo, com dados secundários	Avaliar o perfil epidemiológico da mortalidade por IAM entre adultos jovens no Brasil entre 2019 e 2024.	Análise epidemiológica da mortalidade por IAM entre adultos jovens no Brasil, de 2019 a 2024, contemplando hospitalizações e óbitos segundo sexo, região e período. Foram identificados registros de eventos nessa população, com diferenças sociodemográficas, territoriais e temporais. Os quantitativos de internações e óbitos, assim como as respectivas taxas e proporções, não estão discriminados nas informações disponíveis do estudo, impossibilitando apresentar estimativas numéricas adicionais sem consulta às tabelas originais.
Silva; Breda (2025)	Análise da prevalência de óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio no Paraná, no período de 2019 a 2023	Estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo	Analisar o perfil dos óbitos por IAM no Paraná entre 2019 e 2023.	Análise dos registros de óbitos por IAM no Paraná, entre 2019 e 2023, segundo sexo, faixa etária e local de ocorrência. O sexo masculino correspondeu a 61,6% dos óbitos, com maior concentração de registros entre indivíduos acima de 75 anos. Quanto ao local de ocorrência, 50,9% dos óbitos foram registrados em hospitais e 34,2% em domicílios. Os percentuais representam a distribuição proporcional dos óbitos analisados, não constituindo taxas de mortalidade populacional.
Mendes; Matida (2026)	Desenvolvimento humano e hospitalizações por infarto agudo do miocárdio no Centro-Oeste do Brasil: Estudo ecológico, 2020–2025	Estudo ecológico, retrospectivo e quantitativo, com dados do SIH/SUS e Atlas Brasil	Analisar a relação ecológica entre o IDH e as taxas de hospitalização por IAM em idosos no Centro-Oeste brasileiro entre 2020 e 2025.	Estudo ecológico das hospitalizações por IAM entre idosos da região Centro-Oeste do Brasil, entre 2020 e 2025, com identificação de 50.667 internações. Foi observada correlação positiva estatisticamente significativa entre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o indicador de hospitalizações analisado ($r = 0,37$; $p = 0,011$). A associação corresponde a uma medida ecológica, não permitindo estabelecer causalidade ou inferir maior risco individual de IAM em municípios com maior IDHM.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).



Discussão

Os estudos reunidos no Quadro 1 evidenciam que o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) apresenta relevante impacto epidemiológico no Brasil, caracterizado por expressiva ocorrência de hospitalizações e óbitos, com diferenças segundo sexo, faixa etária, características sociodemográficas, localização geográfica e período analisado. Os cinco estudos primários observacionais demonstraram convergências quanto à importância da morbimortalidade associada à doença, embora tenham apresentado diferenças na magnitude e na distribuição dos indicadores, relacionadas às populações investigadas, aos períodos de referência, à abrangência territorial e às fontes de dados utilizadas. Enquanto algumas investigações priorizaram a evolução temporal e os indicadores de mortalidade e letalidade, outras concentraram-se no perfil das hospitalizações, na distribuição dos óbitos entre grupos populacionais específicos e nas associações entre características territoriais e registros hospitalares. A heterogeneidade das medidas empregadas, incluindo números absolutos, proporções, taxas e coeficientes de correlação, limita a comparação direta entre os resultados e exige atenção às definições operacionais e aos respectivos denominadores. Dessa forma, a análise conjunta das evidências permite caracterizar diferentes dimensões do perfil epidemiológico do IAM no contexto brasileiro, identificando convergências, divergências e limitações metodológicas, sem extrapolar os achados para além das populações e dos indicadores efetivamente investigados.

Dessa forma, os achados provenientes dos cinco estudos primários foram utilizados principalmente para descrever o comportamento epidemiológico, as hospitalizações e a mortalidade por

IAM nas populações e nos períodos investigados. Essa distinção foi mantida ao longo da apresentação e da interpretação dos resultados, evitando a equivalência entre achados derivados diretamente de bases de dados ou populações investigadas e aqueles provenientes da síntese de estudos previamente publicados.

Leite et al. [2], ao analisarem a evolução temporal dos indicadores de hospitalização, mortalidade hospitalar e letalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil, entre 2008 e 2024, identificaram 1.910.231 registros hospitalares e 199.947 óbitos registrados na base analisada. Os autores observaram aumento dos registros de hospitalização ao longo do período, acompanhado de redução da letalidade hospitalar, além de diferenças na distribuição dos indicadores segundo sexo e faixa etária. Os homens apresentaram maior frequência de registros hospitalares, enquanto as mulheres apresentaram maior letalidade proporcional, observando-se também aumento dos indicadores com o avanço da idade. Ressalta-se que os quantitativos derivam de registros de assistência hospitalar, não correspondendo necessariamente a casos incidentes únicos de IAM na população geral, uma vez que podem incluir reinternações de um mesmo indivíduo. Dessa forma, o crescimento dos registros hospitalares não deve ser interpretado diretamente como aumento da incidência populacional da doença. Esses achados evidenciam a importância de distinguir frequência de hospitalizações, mortalidade hospitalar e letalidade, considerando as características das fontes de dados e os respectivos denominadores, para evitar interpretações inadequadas sobre a magnitude e a evolução epidemiológica do IAM no Brasil.

A relevância desses resultados pode ser contextualizada por Brant e Passaglia [1], que destacam a elevada mortalidade por IAM na América Latina e no Caribe e defendem o fortalecimento de uma linha de cuidado estruturada no Brasil. A ocorrência do IAM deve ser analisada dentro de uma trajetória assistencial que envolve reconhecimento dos sintomas, atendimento pré-hospitalar, diagnóstico, tratamento e acompanhamento posterior. Dessa maneira, os indicadores epidemiológicos apresentados por Leite *et al.* [2] não representam apenas a frequência do evento, mas também refletem uma condição que exige organização dos diferentes componentes da assistência cardiovascular.

Os aspectos fisiopatológicos discutidos por Bizinotto *et al.* [3] contribuem para compreender a magnitude clínica desses indicadores. A estreita relação entre doença arterial coronariana, aterosclerose, instabilidade da placa e comprometimento do fluxo sanguíneo coronariano explica a possibilidade de evolução para isquemia e necrose miocárdica. Nesse contexto, fatores relacionados ao desenvolvimento e à progressão da doença aterosclerótica assumem importância para a prevenção do IAM, reforçando que a redução de sua carga epidemiológica depende também de estratégias direcionadas aos fatores de risco cardiovascular [3]. A referência encontra-se entre aquelas utilizadas pelo estudo para fundamentar os aspectos fisiopatológicos do IAM.

Em relação às hospitalizações, Rodrigues *et al.* [4] analisaram dados do SIH/SUS referentes ao período de 2018 a 2022 e identificaram maior morbidade hospitalar entre homens, indivíduos brancos, pessoas de 60 a 69 anos e residentes na região Sudeste, além de predominância das internações em caráter de urgência. Esses resultados complementam os achados de Leite *et*

al. [2], particularmente em relação ao sexo e à influência da idade, embora os estudos utilizem indicadores e períodos distintos e, portanto, não devam ser interpretados como medidas diretamente equivalentes.

A maior frequência absoluta de internações em determinado sexo, faixa etária, raça/cor ou região geográfica deve ser interpretada com cautela, considerando que os registros do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) refletem a demanda hospitalar atendida no âmbito do SUS e não representam, necessariamente, a ocorrência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na população geral. Além das diferenças na estrutura demográfica e no acesso aos serviços de saúde, fatores como a abrangência da cobertura assistencial do sistema, a não inclusão de internações exclusivamente privadas, a possibilidade de múltiplas hospitalizações de um mesmo indivíduo e eventuais inconsistências na qualidade e no preenchimento dos registros podem influenciar a magnitude e a distribuição dos indicadores. Dessa forma, números absolutos e proporções de internações não devem ser interpretados isoladamente como medidas de incidência ou de maior risco individual, uma vez que sua comparação entre grupos populacionais e regiões exige denominadores apropriados e consideração das características das fontes de informação. Essa distinção é fundamental para evitar a extrapolação de indicadores de morbidade hospitalar para estimativas de ocorrência do IAM na população brasileira, preservando a precisão epidemiológica e os limites inferenciais dos resultados analisados.

A predominância de registros hospitalares não demonstra, isoladamente, maior risco individual, uma vez que comparações de risco exigem denominadores populacionais adequados. Além

disso, diferenças na estrutura etária da população, disponibilidade de serviços, capacidade diagnóstica e acesso à assistência podem influenciar o número de internações registrado em cada território. Essa questão torna-se particularmente relevante quando são comparadas regiões brasileiras com diferentes características demográficas e assistenciais.

Outro componente importante da assistência corresponde ao período posterior ao evento agudo. Guo, Gomes e Moreira [5], ao abordarem o impacto da reabilitação cardiovascular na sobrevivência após o IAM, reforçam a importância da continuidade do cuidado após a hospitalização. A reabilitação cardiovascular amplia a abordagem para além do tratamento da fase aguda e incorpora medidas voltadas à recuperação funcional e à prevenção secundária. Nesse contexto, a fisioterapia pode integrar o processo de reabilitação por meio de estratégias individualizadas e progressivas, especialmente relacionadas à capacidade funcional e à tolerância ao exercício [5].

Outro aspecto relevante identificado no Quadro 1 corresponde à ocorrência do IAM em adultos jovens. Miossi *et al.* [8], ao analisarem a mortalidade por IAM nesse grupo no Brasil entre 2019 e 2024, demonstraram ocorrência relevante de hospitalizações e óbitos, com diferenças segundo sexo, região e período analisado. Embora a idade avançada permaneça fortemente representada nos indicadores relacionados ao IAM, esses resultados mostram que a doença não está restrita à população idosa e sustentam a importância da prevenção cardiovascular também em faixas etárias mais jovens.

A influência da idade volta a ser observada no estudo de Silva e Breda [9], que avaliaram os óbitos por IAM no Paraná entre 2019 e 2023. Os homens corresponderam a 61,6% dos óbitos, e a

maior ocorrência foi identificada entre indivíduos com mais de 75 anos. O hospital representou o principal local de ocorrência dos óbitos, com 50,9%, seguido pelo domicílio, com 34,2%. A elevada participação de pessoas idosas converge, em termos descritivos, com Leite *et al.* [2], que observaram aumento da incidência, mortalidade e letalidade conforme o avanço da idade. Entretanto, a comparação entre esses achados deve considerar que Silva e Breda [9] analisaram especificamente o Paraná, enquanto Leite *et al.* [2] utilizaram dados referentes ao Brasil e a um período temporal mais amplo.

Os resultados relacionados à distribuição territorial também merecem destaque. Mendes e Matida [10], em estudo ecológico sobre hospitalizações por IAM em idosos no Centro-Oeste brasileiro entre 2020 e 2025, registraram 50.667 internações e identificaram correlação positiva significativa entre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e as hospitalizações ($r=0,37$; $p=0,011$). Os autores discutem que diferenças relacionadas ao acesso e à capacidade diagnóstica podem influenciar os registros hospitalares. Esse achado é especialmente relevante porque demonstra que maior número de hospitalizações em áreas com determinados indicadores socioeconômicos não deve ser automaticamente interpretado como maior risco de IAM. A maior disponibilidade e utilização dos serviços também podem aumentar a identificação e o registro dos eventos.

Em conjunto, Rodrigues *et al.* [4] e Mendes e Matida [10] demonstram a necessidade de cautela na interpretação das diferenças regionais. O predomínio de hospitalizações no Sudeste encontrado por Rodrigues *et al.* [4] e a relação ecológica observada no Centro-Oeste por Mendes e Matida [10] foram obtidos por metodologias distintas.

Assim, os achados permitem caracterizar padrões de registros hospitalares, mas não são suficientes, isoladamente, para atribuir causalidade às condições socioeconômicas ou estabelecer maior risco individual de IAM em determinada região.

Os achados dos cinco estudos primários incluídos nesta revisão evidenciam a relevância epidemiológica do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil, com expressiva ocorrência de hospitalizações e óbitos e diferenças segundo sexo, faixa etária, localização geográfica e período analisado [2,4,8-11]. Entretanto, a interpretação conjunta desses resultados exige atenção às particularidades das fontes de informação e dos indicadores utilizados, especialmente porque números absolutos de internações, proporções de óbitos, taxas de mortalidade e medidas de associação representam dimensões distintas da morbimortalidade. Nesse contexto, Leite et al. [2] identificaram crescimento do indicador de ocorrência relacionado ao IAM ao longo da série histórica, acompanhado de redução da letalidade hospitalar. Esses resultados, contudo, devem ser interpretados considerando a natureza dos registros utilizados, uma vez que hospitalizações não correspondem necessariamente a casos incidentes únicos e os óbitos registrados no ambiente hospitalar não representam a totalidade das mortes por IAM na população brasileira.

As diferenças sociodemográficas constituíram outro ponto de convergência entre os estudos. Leite et al. [2] e Rodrigues et al. [4] identificaram maior participação masculina em determinados indicadores, enquanto Miossi et al. [8] demonstraram a ocorrência de hospitalizações e óbitos também entre adultos jovens. Silva e Breda [9], por sua vez, observaram maior concentração de óbitos em faixas etárias avançadas no Paraná. Apesar dessas aproximações, os resultados não

são diretamente equivalentes, pois foram obtidos em populações, períodos e recortes territoriais distintos. Além disso, diferenças nas frequências absolutas entre grupos não permitem estabelecer, isoladamente, maior risco individual, sendo necessária a utilização de taxas específicas e denominadores populacionais adequados para comparações epidemiológicas consistentes.

Em relação à distribuição territorial, Rodrigues et al. [4] identificaram maior concentração de hospitalizações na região Sudeste, enquanto Mendes e Matida [10] observaram associação ecológica positiva entre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e o indicador de hospitalizações por IAM entre idosos do Centro-Oeste. Esses resultados evidenciam diferenças na distribuição dos registros, mas não permitem concluir que determinadas regiões ou municípios apresentem necessariamente maior incidência da doença. A interpretação deve considerar a estrutura etária da população, a cobertura dos sistemas de informação, o acesso aos serviços hospitalares, a disponibilidade de recursos diagnósticos e a possibilidade de internações repetidas de um mesmo indivíduo. Adicionalmente, por se tratar de associação ecológica, os resultados de Mendes e Matida [12] não permitem estabelecer relações causais ou inferir que as características observadas em nível municipal correspondam ao risco individual de IAM.

Outro aspecto relevante refere-se às limitações dos sistemas de informação utilizados nos estudos epidemiológicos. Os registros do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) representam internações financiadas pelo SUS, não abrangendo necessariamente a totalidade dos atendimentos realizados no setor privado. Além disso, possíveis inconsistências de preenchimento, diferenças na

codificação diagnóstica e a ocorrência de múltiplas hospitalizações de um mesmo paciente podem influenciar os quantitativos apresentados. Dessa forma, a utilização desses dados permite caracterizar a demanda hospitalar registrada, mas exige cautela quando os resultados são empregados para estimar a ocorrência de IAM na população geral. A diferenciação entre registros hospitalares, casos incidentes, óbitos hospitalares e mortalidade populacional constitui, portanto, um elemento fundamental para a interpretação dos achados [2,4,10-12].

Embora a presente revisão tenha priorizado os indicadores epidemiológicos, a literatura complementar permite contextualizar algumas implicações assistenciais dos resultados encontrados. A predominância de internações em caráter de urgência identificada por Rodrigues et al. [4], por exemplo, pode ser discutida à luz das publicações de Brant e Passaglia [1], Melo et al. [11] e Silva et al. [14], que abordam aspectos relacionados à organização da assistência cardiovascular, ao reconhecimento diagnóstico e ao atendimento durante a fase aguda. Essas referências contribuem para contextualizar a demanda hospitalar observada, sem constituírem evidências adicionais sobre a frequência, a distribuição ou a mortalidade por IAM na população brasileira.

No período posterior ao evento agudo, as publicações de Guo, Gomes e Moreira [5], Pires et al. [12] e Baratti et al. [13] permitem contextualizar a importância da prevenção secundária, do acompanhamento clínico e da reabilitação cardiovascular, incluindo a atuação fisioterapêutica. Essas abordagens integram a continuidade do cuidado após o IAM e podem ser discutidas em relação à carga assistencial evidenciada pelos estudos epidemiológicos. Entretanto, como as intervenções de reabilitação não constituíram objeto dos cinco

estudos incluídos na amostra, a presente revisão não permite determinar sua efetividade, comparar modalidades terapêuticas ou estabelecer associações diretas entre essas intervenções e a redução de hospitalizações ou mortalidade. Assim, essas referências foram utilizadas exclusivamente como suporte teórico, preservando a distinção entre os resultados da revisão integrativa e a literatura complementar.

De maneira geral, os cinco estudos analisados convergiram ao demonstrar a relevância das hospitalizações e da mortalidade por IAM no Brasil, embora apresentassem diferenças na magnitude e na distribuição dos indicadores epidemiológicos [2,4,10-12]. As principais divergências estiveram relacionadas às populações investigadas, aos períodos analisados, à abrangência territorial, às fontes de informação e às definições operacionais das medidas utilizadas. Enquanto alguns estudos priorizaram números absolutos e proporções de internações ou óbitos, outros investigaram tendências temporais, taxas e associações entre indicadores territoriais, dificultando comparações diretas. Essa heterogeneidade, associada às limitações dos dados secundários e à ausência de avaliação formal da qualidade metodológica e do risco de viés na presente revisão, restringe a confiança e a generalização das conclusões. Portanto, os resultados sustentam principalmente a caracterização da morbimortalidade registrada nos contextos investigados, sem permitir estimativas abrangentes da incidência populacional ou inferências causais sobre os fatores associados à distribuição do IAM no Brasil.

Apesar da relevância dos resultados encontrados, algumas limitações metodológicas da presente revisão integrativa devem ser consideradas na interpretação das evidências e no alcance das conclusões. Inicialmente, destaca-se

a heterogeneidade dos cinco estudos primários observacionais incluídos, que apresentaram diferenças quanto aos delineamentos, às populações investigadas, aos períodos analisados, à abrangência territorial, às fontes de dados e aos indicadores epidemiológicos utilizados. Embora todos tenham abordado aspectos relacionados à morbimortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil, a utilização de números absolutos, proporções, taxas e medidas de associação com diferentes definições operacionais e denominadores restringiu a comparabilidade dos resultados e impossibilitou a realização de uma síntese quantitativa conjunta. Além disso, a concentração da amostra em estudos observacionais, predominantemente fundamentados em dados secundários, limita a identificação de relações causais e exige cautela na generalização dos achados para a população brasileira.

Outra limitação importante refere-se à ausência de avaliação formal e sistematizada da qualidade metodológica e do risco de viés dos estudos incluídos. Embora tenham sido consideradas qualitativamente características como delineamento, população, fontes de informação, métodos de análise, desfechos investigados e limitações relatadas pelos autores, não foram aplicados instrumentos padronizados específicos para avaliação crítica das evidências. Essa decisão restringiu a identificação sistemática de possíveis vieses de seleção, informação e mensuração, bem como a comparação da robustez metodológica entre as publicações. Consequentemente, não foi possível estabelecer níveis formais de confiança nos resultados, o que reduz a segurança das inferências derivadas da síntese e exige que as conclusões sejam interpretadas como uma descrição crítica das evidências disponíveis, e não como estimativas definitivas da magnitude epidemiológica do IAM no país.

Quanto ao processo de revisão, a estratégia de busca foi conduzida nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com consideração de publicações em português, inglês e espanhol. Apesar de essas fontes contemplarem importante parcela da produção científica em saúde, a ausência de outras bases bibliográficas e de uma busca sistemática em literatura cinzenta pode ter limitado a identificação de estudos relevantes, especialmente investigações regionais e publicações não indexadas nas plataformas consultadas. Adicionalmente, a exigência de disponibilidade do texto completo e a restrição linguística podem ter introduzido vieses de seleção. A amostra final, composta por apenas cinco estudos, também constitui uma limitação, pois reduz a diversidade de evidências disponíveis para comparação e dificulta a identificação de padrões epidemiológicos consistentes entre diferentes regiões, grupos populacionais e períodos. Dessa forma, os resultados não devem ser interpretados como uma representação exhaustiva de toda a produção científica nacional sobre o IAM.

Também devem ser consideradas as limitações relacionadas à cobertura, à completude e à qualidade dos sistemas de informação utilizados pelos estudos primários. Investigações fundamentadas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), por exemplo, refletem internações financiadas pelo SUS e não abrangem necessariamente a totalidade dos eventos ocorridos na população brasileira. A ausência de registros referentes a internações exclusivamente privadas, a possibilidade de hospitalizações repetidas de um mesmo indivíduo, eventuais inconsistências na codificação diagnóstica e diferenças na qualidade do preenchimento dos dados podem influenciar os indicadores apresentados. Além disso, a utilização de registros hospitalares como numeradores de

medidas denominadas incidência ou mortalidade exige atenção às definições operacionais e aos denominadores empregados, uma vez que internações não correspondem necessariamente a casos incidentes únicos e óbitos hospitalares não representam a totalidade das mortes por IAM. Essas características podem produzir diferenças aparentes entre grupos e regiões que não refletem exclusivamente variações na ocorrência da doença, mas também desigualdades na cobertura assistencial, no acesso aos serviços e na qualidade dos registros.

Por fim, a delimitação da amostra a estudos primários observacionais sobre aspectos epidemiológicos, hospitalizações e mortalidade permitiu maior correspondência entre a questão norteadora e os resultados analisados, mas restringiu a investigação direta de outras dimensões da trajetória assistencial, como diagnóstico, readmissão hospitalar, prevenção secundária e reabilitação cardiovascular. Essas temáticas foram consideradas apenas por meio de literatura complementar, não integrando a síntese dos resultados. Assim, as conclusões da presente revisão devem permanecer restritas à caracterização dos indicadores epidemiológicos e hospitalares efetivamente investigados pelos cinco estudos selecionados. Apesar dessas limitações, a síntese contribui para

identificar convergências, divergências e lacunas na produção científica nacional, especialmente quanto à necessidade de maior padronização dos indicadores, utilização de denominadores apropriados, aprimoramento da qualidade dos sistemas de informação e desenvolvimento de estudos com maior abrangência territorial e rigor metodológico. Essas medidas poderão favorecer avaliações mais consistentes da magnitude e da distribuição do IAM no Brasil.

Assim, a análise integrada das evidências indica que o enfrentamento do IAM requer uma abordagem que contemple prevenção cardiovascular, reconhecimento e diagnóstico oportunos, assistência emergencial e hospitalar, continuidade do acompanhamento e reabilitação cardiovascular e fisioterapêutica [1-5,8-14]. Os estudos do Quadro 1 fornecem principalmente elementos para caracterizar a ocorrência, as hospitalizações, a mortalidade e outros aspectos assistenciais do IAM, enquanto as demais referências ampliam a discussão sobre fisiopatologia, linha de cuidado, tratamento, prevenção secundária e reabilitação. Essa integração permite compreender o IAM não apenas como um evento cardiovascular agudo, mas como uma condição com repercussões que se estendem ao longo da trajetória de cuidado do indivíduo.

Conclusão

A presente revisão integrativa permitiu reunir e analisar criticamente as evidências científicas acerca do perfil epidemiológico, das hospitalizações e da mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no Brasil, com base em cinco estudos primários observacionais. Os resultados evidenciaram a relevância epidemiológica da doença e sua expressiva demanda para os

serviços hospitalares, identificando diferenças na distribuição dos registros de internações e óbitos segundo sexo, faixa etária, localização geográfica e período analisado. Entre os principais achados, destacaram-se as variações temporais dos indicadores relacionados ao IAM, a predominância de hospitalizações em caráter de urgência, a maior participação masculina em determinados registros

e a concentração de óbitos nas faixas etárias mais avançadas, embora também tenham sido identificados eventos entre adultos jovens.

A análise conjunta dos estudos demonstrou convergências quanto à importância da morbimortalidade associada ao IAM, mas também evidenciou diferenças relacionadas às populações investigadas, à abrangência territorial, às fontes de informação e às medidas epidemiológicas utilizadas. Nesse contexto, a interpretação dos resultados exige distinguir registros hospitalares de casos incidentes na população, assim como óbitos ocorridos durante internações de indicadores de mortalidade populacional. Além disso, números absolutos e proporções não permitem, isoladamente, estabelecer maior risco entre grupos ou regiões, sendo necessária a utilização de denominadores adequados. Aspectos relacionados à cobertura dos sistemas de informação, à possibilidade de internações repetidas, à qualidade dos registros e às diferenças de acesso aos serviços também devem ser considerados na avaliação da magnitude e da distribuição dos eventos.

A interpretação das evidências deve considerar, ainda, as limitações metodológicas da própria revisão, especialmente a composição reduzida da amostra, a heterogeneidade dos estudos, as restrições da estratégia de busca e a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica e do risco de viés. Essas características limitaram a comparabilidade dos indicadores, a avaliação da robustez das evidências e a generalização dos resultados para a população brasileira. Dessa forma, as conclusões sustentam principalmente a caracterização da morbimortalidade registrada nas populações e nos períodos investigados, não permitindo estabelecer estimativas definitivas da incidência populacional do IAM ou relações causais entre características sociodemográficas, territoriais e ocorrência da doença.

Conclui-se que o IAM permanece como importante problema de saúde pública no Brasil, cuja caracterização epidemiológica requer a análise criteriosa de indicadores de hospitalização e mortalidade, considerando suas definições operacionais, fontes de dados e abrangência populacional. Os achados reforçam a relevância do aprimoramento dos sistemas de informação e da utilização de medidas epidemiológicas padronizadas para subsidiar o planejamento das ações de prevenção e assistência cardiovascular. Embora o diagnóstico, a readmissão hospitalar e a reabilitação cardiovascular e fisioterapêutica constituam componentes relevantes da trajetória assistencial após o IAM, essas dimensões foram abordadas exclusivamente por meio de literatura complementar, não sendo possível estabelecer conclusões sobre seus resultados ou sua efetividade a partir da amostra desta revisão. Nesse sentido, são necessários estudos nacionais com maior abrangência territorial, indicadores claramente definidos, denominadores populacionais apropriados e maior rigor metodológico, capazes de aprofundar a compreensão das diferenças epidemiológicas e assistenciais relacionadas ao IAM. Investigações específicas sobre a continuidade do cuidado e os desfechos clínicos e funcionais da reabilitação cardiovascular também poderão contribuir para ampliar o conhecimento sobre o acompanhamento dos indivíduos após o evento agudo.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Rachid CM; Obtenção de dados: Oliveira LCC; Análise e interpretação dos dados: Cunha GN; Redação do manuscrito: Machado GA; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Barbosa FAC.

Referências

1. Brant LCC, Passaglia LG. Alta Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio na América Latina e Caribe: Defendendo a Implementação de Linha de Cuidado no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [Internet]. 2022 [cited 2026 Set 22]; 119(6):979–80. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/j8DkqkXF3nmpbTCZpWzK6jk/?lang=pt>. DOI: 10.36660/abc.20220825
2. Leite TG, Nascimento JPA, Cardoso GBCB, Gomes JEN, Gonçalves AFN, Araújo ITM, Monteiro AICS, Barros VND, Mendes MG, Nascimento LB, Santana KJD, Cardoso CMB. Evolução Temporal e Perfil Epidemiológico da Incidência, Mortalidade e Letalidade do Infarto Agudo do Miocárdio no Brasil (2008-2024): Um Estudo Transversal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [Internet]. 2025 May 30 [cited 2026 Set 22];7(5):1695–712. Available from: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5876>. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n5p1695-1712
3. Bizinotto GBA, Pereira AG, Matusin BS, Luize LM, Koch JS, Galo JM, Beraldo SO, Portelinha ALZ, Fernandes FE, Vituri BB. Aspectos fisiopatológicos relacionados ao Infarto Agudo do Miocárdio e a Doença Arterial Coronariana. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2024 Jun 11 [cited 2026 Set 22]; 7(3):e70399. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/70399>. DOI: 10.34119/bjhrv7n3-308
4. Rodrigues PVM, Farias ECMH, Cameli JGM, Almeida MB, Ribeiro BV, Cavalcante DF, Campos JS, Leopoldino CFL, Coelho VPA, Araújo ALR. Infarto Agudo do Miocárdio em território brasileiro: Análise das taxas e do perfil de morbidade. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [Internet]. 2024 Feb 8 [cited 2026 Set 22]; 6(2):793–802. Available from: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1419/1616>. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n2p793-802
5. Guo M, Gomes GES, Moreira GEG. Impacto da reabilitação cardiovascular na sobrevivência após o infarto agudo do miocárdio: Revisão de literatura. *Fisioterapia Brasil* [Internet]. 2026 Mar 26 [cited 2026 Set 22];27(2):3211–9. Available from: <https://ojs.atlanticaeditora.com.br/index.php/Fisioterapia-Brasil/article/view/701>. DOI: 10.62827/fb.v27i2.1148
6. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. [cited 2026 Set 02]; 2005;52(5):546-553. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. [cited 2026 Set 02]; 2008;17(4):758-764. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
8. Miossi AN, Gava RP, Cruz AC, Jesus AM, Seixas JO, Silva HPL. Análise do perfil epidemiológico da mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em adultos jovens no Brasil entre 2019 e 2024. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [Internet]. 2025 Mai 01 [cited 2026 Set 22]; 7(5):16-31. Available from: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5703>. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n5p16-31

9. Silva BRR, Breda D. Análise da prevalência de óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio no Paraná, no período de 2019 a 2023. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* [Internet]. 2025 Mai 06 [cited 2026 Set 22]; 11(5):969-982. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19012>. DOI: 10.51891/rease.v11i5.19012
10. Mendes MQ, Matida LKP. Desenvolvimento humano e hospitalizações por infarto agudo do miocárdio no centro-oeste do Brasil: Estudo ecológico, 2020–2025. *Research, Society and Development* [Internet]. 2026 Abr 13 [cited 2026 Set 22]; 15(4):e3415450900. Available from: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/50900>.
11. Melo DF; Fonseca GB; Moura GG; Rodrigues IG; Fernandes JPMA; Brunetti Filho JC; Pereira NT; Cardoso VP; Rizo WF. AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* [Internet]. 2026 Jan 13 [cited 2026 Set 22]; 12(1): 1-14. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/23724>. DOI: 10.51891/rease.v12i1.23724
12. Pires IVC, Fontes Filho LA, Batisti AFCA, Bastos LS, Coqueiro RN, Primo AJS, Borges IAB, Vasconcelos PF. A EFICÁCIA DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO-REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Foco (Interdisciplinary Studies Journal)* [Internet]. 2024 Dez 10 [cited 2026 Set 22]; 17(2): e4470. Available from: https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aagd%3A4%3A26747892/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aagd%3A176289529&crl=c&link_origin=scholar.google.com.
13. Baratti ME, Becegatto TF, Mota AC, Bueno SM. PREVENÇÃO PÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: O PAPEL DA REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR E MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA. *Revista Corpus Hippocraticum* [Internet]. 2025 Mar 20 [cited 2026 Set 22]; 1(2):1-8. Available from: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/1204>.
14. Silva AMS, Oliveira IMR, Sousa MS, Sousa IJB, Sales AA, Rodrigues NS, Herculano SGC, Silva MVPF, Martins TM, Souza LVSC, Santos AGP, Pinho MAB. ABORDAGEM DE PACIENTES ACOMETIDOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [Internet]. 2024 Jul 15 [cited 2026 Set 22]; 6(7):1432–40. Available from: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2594>. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p1432-1440



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.