Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Hospitalização por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral na Bahia

Hospitalization for acute myocardial infarction and stroke in Bahia

Hospitalización por infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular en Bahia

Wellerson Montenegro da Silva[1], Josele de Farias Rodrigues Santa Barbara[2], João Pedro Ferreira Pinho de Almeida[2], Nuno Damácio de Carvalho Félix[1,2], Leví Ramos Oliveira[1], Éder Pereira Rodrigues[2], Joice Oliveira Nascimento Batista[1], Klyvia Sousa Tenório[2], Elis Carla Costa Matos Silva[3], Alaina Vieira Dórea[1].

RESUMO

Objetivo: Avaliar a razão de chance, duração e custo de hospitalizações por IAM e AVC no SUS baiano, entre março de 2020 e abril de 2025. **Métodos:** Estudo ecológico com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares, do Sistema Único de Saúde, para a Bahia entre 2021 e 2024. Foram calculadas frequências para as variáveis categóricas, além de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas. Utilizou-se a análise inferencial, com o teste qui-quadrado de Pearson para verificar a associação entre variáveis categóricas e o teste Mann Whitney para amostras independentes. Para mensurar o risco de internação, foram calculadas as razões de chances com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Adotou-se um nível de significância estatística de $p < 0,05$ para todas as análises. **Resultados:** Foram identificados 119.521 internações. Idosos e indivíduos do sexo masculino apresentaram maior risco para IAM e AVC. Pessoas negras tiveram risco ligeiramente elevado e internações geraram aumento progressivo dos gastos hospitalares. **Conclusão:** Os achados indicam desigualdades significativas por gênero, idade e raça/cor nas internações por DCV na Bahia. O estudo reforça a necessidade de intervenções baseadas nos determinantes sociais da saúde para promover equidade no acesso e nos desfechos clínicos.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral, Infarto do miocárdio, Custos hospitalares, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate odds ratio, duration, and costs of hospitalizations due to acute myocardial infarction (AMI) and stroke in the Unified Health System (SUS) of Bahia between March 2020 and April 2025. **Methods:** Ecological study using secondary data from the SUS Hospital Information System for Bahia (2021–2024). Descriptive statistics included frequencies for categorical variables and measures of central tendency and dispersion for continuous variables. Inferential analysis employed Pearson's chi-square test to assess associations between categorical variables and the Mann-Whitney test for independent samples. Odds ratios with 95% confidence intervals were calculated to estimate hospitalization risk. Statistical significance was set at $p < 0.05$. **Results:** A total of 119,521 hospitalizations were identified. Older adults and males showed higher risk for AMI and stroke. Black individuals presented a slightly increased risk, and hospitalizations generated a progressive rise in hospital costs. **Conclusion:** Findings reveal significant disparities by sex, age, and

[1] Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA.
[2] Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus - BA
[3] Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, BA.

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 10/2025** | **PUBLICADO EM: 11/2025**

race/skin color in cardiovascular disease hospitalizations in Bahia. The study highlights the importance of addressing social determinants of health to promote equity in access and clinical outcomes.

Keywords: Stroke, Myocardial infarction, Hospital costs, Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la razón de posibilidades, duración y costos de hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV) en el Sistema Único de Salud (SUS) de Bahía, entre marzo de 2020 y abril de 2025. **Métodos:** Estudio ecológico con datos secundarios del Sistema de Información Hospitalaria del SUS (2021–2024). Se calcularon frecuencias para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para continuas. El análisis inferencial incluyó la prueba chi-cuadrado de Pearson y la prueba de Mann-Whitney para muestras independientes. El riesgo de hospitalización se estimó mediante razones de posibilidades con intervalos de confianza del 95%, adoptándose $p < 0,05$. **Resultados:** Se identificaron 119.521 hospitalizaciones. Los adultos mayores y los hombres mostraron mayor riesgo de IAM y ACV. Las personas negras presentaron un riesgo algo superior, y las hospitalizaciones ocasionaron incremento progresivo de los costos hospitalarios. **Conclusión:** Los hallazgos muestran desigualdades significativas por sexo, edad y raza/color de piel en las hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares en Bahía. El estudio refuerza la necesidad de intervenciones basadas en determinantes sociales de la salud para favorecer la equidad en el acceso y en los resultados clínicos.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Infarto de miocárdio, Costos hospitalários, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) continuam sendo a principal causa de mortalidade no mundo, responsáveis por aproximadamente 20,5 milhões de óbitos em 2021, o que corresponde a cerca de um terço das mortes globais (WHO, 2025). A maioria desses óbitos decorre de infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC), eventos que, além de gerar elevado impacto clínico, também impõem grandes custos aos sistemas de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que mais de 300 mil pessoas sofram um infarto a cada ano, sendo que aproximadamente 5 a 7 casos evoluem para óbito, enquanto o AVC permanece como a principal causa de incapacidade permanente no país (BRASIL, 2025; BRASIL, 2025). Esses números reforçam a relevância do tema e a necessidade de análises que considerem contextos populacionais e regionais específicos.

Os impactos das DCV vão além do ônus clínico, haja vista que essas enfermidades geram custos diretos e indiretos expressivos para os sistemas de saúde, incluindo internações hospitalares, utilização de unidades de terapia intensiva, reabilitação, absenteísmo laboral e aposentadorias precoces (ARAUJO JM, et al., 2022; OLIVEIRA GMM, et al., 2020). Tais repercussões têm mobilizado esforços internacionais e nacionais para a implementação de estratégias de prevenção mais custo-efetivas e sustentáveis.

No cenário latino-americano, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que as DCV causem cerca de 2 milhões de óbitos por ano, dos quais 30% são mortes prematuras que poderiam ser evitadas mediante o controle adequado de fatores de risco como hipertensão, diabetes, tabagismo e dislipidemia (OPAS, 2025). Estudos brasileiros recentes confirmam essa preocupação: pesquisas ecológicas identificaram aumento superior a 250% nos custos hospitalares por AVC no Nordeste entre 2008 e 2019 (LIMA DMN, et al., 2021), além da elevação progressiva dos gastos médios por internação em países latino-americanos, incluindo o Brasil, com destaque para diferenças regionais significativas nos custos do AVC isquêmico (DITTRICH LB, et al., 2024). Revisões apontam ainda que os perfis mais acometidos são idosos, homens e pessoas negras, grupos que concentram maior vulnerabilidade clínica e social (SOUZA DP e WATERS C, 2023).

Considerando que o Brasil atravessa um processo de transição demográfica e epidemiológica, marcado pelo envelhecimento populacional e pela substituição da carga de doenças transmissíveis por crônicas não

transmissíveis, observa-se uma mudança no perfil de mortalidade. Essa transição resulta em elevada morbidade e aumento progressivo dos gastos em saúde, sobretudo em regiões historicamente marcadas por desigualdades sociais (OLIVEIRA et al., 2017).

Apesar da magnitude do problema, ainda são escassos os estudos que abordam o impacto econômico das DCV, especialmente sob a perspectiva regional, dificultando o planejamento de políticas públicas adaptadas à realidade local. No estado da Bahia, marcado por desigualdades socioeconômicas históricas, a situação é ainda mais crítica. A região apresenta taxas elevadas de internações e óbitos por DCV, concentradas especialmente entre idosos, homens e pessoas negras (PIROPO TG e RAMOS FD, 2024; SILVA JD, et al, 2020). Tais características refletem desigualdades no acesso à atenção básica, subfinanciamento da rede de urgência e emergência e lacunas na continuidade do cuidado (SOARES MAR, 2025).

A escolha dessa análise regional se justifica pela necessidade de produzir evidências que apoiem a gestão estadual e municipal na alocação eficiente dos recursos e no fortalecimento das redes de atenção às condições crônicas. Além disso, a promoção da saúde cardiovascular exige enfrentamento às desigualdades raciais, à pobreza e à baixa escolaridade como fatores estruturantes dos desfechos clínicos em saúde (GAVAZZA MC e FÉLIX NDC, 2025; ALBUQUERQUE PVC e TOMASI E, 2024). Essa perspectiva reforça a importância de investigações que articulem dados clínicos e econômicos de forma integrada, especialmente em territórios onde a população negra e em situação de vulnerabilidade social concentra os maiores índices de mortalidade por causas evitáveis.

O estudo articulado das internações por IAM e AVC, fundamenta-se na inter-relação fisiopatológica, epidemiológica e assistencial dessas condições. Ambas são desfechos agudos de um mesmo processo aterosclerótico, compartilham fatores de risco e, frequentemente, demandam estratégias semelhantes de prevenção, cuidado e alocação de recursos. Sob a ótica da gestão em saúde, essa abordagem integrada permite ampliar a robustez das análises, identificar padrões comuns de desigualdade e gerar evidências aplicáveis a políticas públicas mais abrangentes e custo-efetivas no enfrentamento das doenças cardiovasculares. Esse estudo teve como objetivo avaliar a razão de chance, duração e custo de hospitalizações por IAM e AVC no Sistema Único de Saúde (SUS) baiano, entre março de 2020 e abril de 2025.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, analítico e de abordagem quantitativa, tomando por base dados secundários oriundos de registros oficiais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). A redação desse manuscrito seguiu as recomendações da diretriz STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), apropriada para estudos observacionais.

A pesquisa foi realizada com registros do Estado da Bahia, considerando internações com diagnóstico principal de IAM (CID-10 I21.x) ou AVC (CID-10 I60–I64), ocorridas entre março de 2020 e abril de 2025. Foram incluídas todas as internações hospitalares de pacientes com 18 anos ou mais. Excluíram-se os registros com dados faltantes nas variáveis: sexo, idade, raça/cor, tempo de internação ou valores econômicos. O impacto da exclusão foi estimado a partir da proporção de registros perdidos para cada variável, sendo destacadas em seção de limitações.

Os dados foram obtidos por meio da plataforma pública do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) (http://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/), processados via TabWin® e exportados para análise no software IBM SPSS Statistics® v23.0. As variáveis extraídas incluíram: diagnóstico, idade, sexo, raça/cor, tempo de internação, valor total da internação e valor associado à utilização de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva em que foram calculadas frequências para as variáveis categóricas (sexo, faixa etária, raça/cor, diagnóstico, tempo de internação), além de medidas de tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para as variáveis contínuas (valores

econômicos). Posteriormente, utilizou-se a análise inferencial com o teste qui-quadrado de Pearson para verificar a associação entre variáveis categóricas, além do teste Mann Whitney para amostras independentes para avaliar se havia associação entre as variáveis escalares referentes a custos e as categóricas relativas a diagnóstico de DCV. Para mensurar o risco de internação por perfil sociodemográfico, foram calculadas as razões de chances (OddsRatio – OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Adotou-se um nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises.

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários, de domínio público, sem identificação nominal dos pacientes, e em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, o que dispensa a necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os princípios de integridade científica e respeito à privacidade das informações foram rigorosamente observados.

RESULTADOS

Foram analisadas 119.521 internações hospitalares por IAM e AVC no Estado da Bahia, entre março de 2020 e abril de 2025. A maioria dos pacientes internados foi do sexo masculino (54,21%), com idade igual ou superior a 60 anos (69,08%) e de raça/cor parda (72,04%). Pessoas pretas representaram 6,43% das internações. A variável escolaridade não pôde ser analisada devido à alta taxa de omissão nos registros do SIH/SUS.

Razão de chance segundo sexo, idade e raça/cor

A análise inferencial revelou que pessoas com 60 anos ou mais apresentaram risco 2,42 vezes maior de internação por IAM/AVC em relação aos mais jovens. O sexo masculino também esteve associado a maior risco (OR = 1,93; IC95%: 1,91–1,95; $p < 0,001$). Quanto à variável raça/cor, pessoas negras (pretas e pardas) apresentaram risco 6% maior de internação em comparação a pessoas não negras (OR = 1,06; IC95%: 1,03–1,09; $p < 0,001$).

Tabela 1 - Razão de chances para internação por IAM/AVC segundo sexo, idade e raça/cor (n = 119.521).

Variável	Categoria de comparação	Odds Ratio	Intervalo de confiança 95%	p-valor
Sexo	Masculino vs. feminino	1,93	1,91–1,95	<0,001
Idade	≥60 anos vs. 18–59 anos	2,42	2,40–2,44	<0,001
Raça/Cor	Negra vs. não negra	1,06	1,03–1,09	<0,001

Fonte: Silva WM, et al., 2025; dados extraídos do SIH/SUS.

Tempo de permanência hospitalar

A maior concentração de internações ocorreu nos primeiros 4 dias de hospitalização. Observou-se ainda uma segunda concentração entre 8 e 14 dias (19,33%). Não foi possível calcular a média ou mediana do tempo de internação devido à categorização da variável na base de dados. A **Tabela 1** apresenta a distribuição completa.

Tabela 2 - Distribuição das internações por tempo de internação hospitalar (n = 119.521).

Tempo de internação (dias)	n	%
<1	4875	4,08
1	10068	8,42
2	10475	8,76
3	17170	14,37
4	12651	10,58
5	9576	8,01
6	8354	6,99
7	7810	6,53
8-14	23105	19,33
15-21	7923	6,63
22-29	3411	2,85
>29	4103	3,43

Fonte: Silva WM, et al., 2025; dados extraídos do SIH/SUS.

Custos das internações

O custo total das internações no período analisado foi de aproximadamente R$ 281 milhões, dos quais cerca de um terço (34,5%) foram associados à utilização de UTI. A média do custo total por internação foi de R$ 2.357,47, enquanto o custo médio relativo à UTI foi de R$ 814,06. A alta dispersão dos dados (DP = R$ 3.939,91) e os valores máximos elevados sugerem que uma parcela dos casos demandou internações prolongadas ou intervenções de alta complexidade. A **Tabela 3** resume esses valores.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos custos das internações por IAM e AVC (n = 119.521).

Tipo de custo	Total	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Valor total	281.766.735,80	2.357,47	1.500,00	3.939,91	21,98	76.390,61
Valor com UTI	97.297.210,07	814,06	500,00	2.464,44	0,00	73.600,00

Fonte: Silva WM, et al., 2025; dados extraídos do SIH/SUS.

Para comparar os custos médios das internações por IAM e AVC com os demais tipos de hospitalizações no mesmo período, utilizou-se o teste de Mann-Whitney U. Os resultados demonstraram diferença estatisticamente significativa ($U = 169.682.050.541$; $Z = -190,373$; $p < 0,001$), com valores médios consideravelmente mais elevados para IAM/AVC.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo confirmam a predominância das internações hospitalares por IAM e AVC entre indivíduos com 60 anos ou mais, do sexo masculino e autodeclarados pretos ou pardos, refletindo tendências amplamente documentadas na literatura nacional e internacional sobre DCV (WHO, 2025; OLIVEIRA GMM, et al., 2020; RIBEIRO ALP, et al., 2022). Esses grupos, por múltiplas razões (biológicas, comportamentais e, sobretudo, sociais), apresentam maior vulnerabilidade a eventos cardiovasculares agudos e à necessidade de hospitalização.

O envelhecimento populacional brasileiro, acelerado e desigual, tem ampliado a prevalência de doenças crônicas em um contexto de fragilidade da atenção primária e das redes de cuidado continuado, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (SOARES FILHO, et al., 2022). Nessa perspectiva, a maior proporção de internações em idosos é coerente com o perfil epidemiológico, mas também aponta para lacunas no manejo ambulatorial de condições como hipertensão e diabetes, determinantes centrais para o desenvolvimento de IAM e AVC (RIBEIRO ALP, et al., 2022; FÉLIX NDC, et al., 2024).

A maior chance de hospitalização entre homens (OR = 1,93) pode ser parcialmente explicada por exposições mais frequentes a fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo abusivo de álcool e menor adesão aos serviços de saúde, sobretudo para ações preventivas (SOARES FILHO, et al., 2022). Esse padrão já foi evidenciado em outras análises populacionais no Brasil e reforça a importância de estratégias de saúde com recorte de gênero.

Com relação à raça/cor, ainda que o aumento do risco relativo entre pessoas negras tenha sido modesto (OR = 1,06), o dado é estatisticamente significativo e deve ser interpretado como indicativo de desigualdades raciais e sociais acumuladas. A literatura aponta que a autodeclaração racial no Brasil está fortemente associada a desvantagens econômicas, educacionais e de acesso aos serviços de saúde, o que pode explicar, em parte, o padrão observado. À luz do racismo estrutural presente nas instituições, é plausível que esse pequeno aumento no risco reflita desigualdades históricas que afetam a saúde cardiovascular ao longo da vida (SANTOS ACM, et al., 2024; CONSTANTE, HM, et al., 2021). Além disso, as políticas públicas ainda falham em incorporar, de forma sistemática, ações interseccionais voltadas à população negra nos cuidados cardiovasculares.

Em consonância com a revisão bibliográfica conduzida por Souza DP e Waters C (2023), que evidenciou maior prevalência de AVC em homens e idosos, nossos achados reforçam esse padrão, mas acrescentam um dado relevante: o risco aumentado de internação entre pessoas negras. Essa disparidade racial não foi abordada de forma direta nos estudos de referência, o que confere originalidade à presente análise. Ao

considerar o contexto baiano, em que a população negra é maioria, a identificação de maior vulnerabilidade nesse grupo sinaliza para a necessidade de políticas interseccionais de saúde cardiovascular. A comparação com estudos de outras regiões do país sugere que as desigualdades raciais podem estar mascaradas quando os dados são analisados de forma agregada, mas se tornam mais evidentes quando observados em recortes locais

O tempo de internação hospitalar, conforme registrado na base do SIH/SUS, é apresentado como uma variável categorizada, o que limita a obtenção de medidas mais precisas, como a média ou mediana global de permanência. A categorização é feita de forma crescente até sete dias (1, 2, 3, ..., 7), e depois em faixas amplas: 8–14, 15–21, 22–29 e mais de 29 dias.

Apesar dessa limitação, é possível observar uma distribuição bimodal nos dados, com concentrações relevantes de internações entre 3 e 4 dias e um segundo pico entre 8 e 14 dias. Esse padrão pode indicar dois perfis clínicos distintos: casos agudos com resolução rápida e casos de maior gravidade ou com complicações clínicas que demandam maior tempo de internação.

A ausência de granularidade na variável impede análises mais refinadas sobre a correlação entre tempo de permanência e desfechos clínicos ou custo hospitalar, como indicado pela variação média apresentada em estudos sobre quedas entre idosos (5,2–7,5 dias) (LIMA JS, et al., 2020) e a tendência de queda discreta no tempo médio de internação na população geral (média de 5 dias, com variação de –0,04 dias/ano) (ZHAO Q, et al., 2020) o que aponta a importância de aprimorar os sistemas de informação em saúde para apoiar decisões mais eficazes na gestão de recursos.

Quanto aos custos, o impacto financeiro das internações por IAM e AVC foi expressivo, ultrapassando R$ 281 milhões no período analisado, com destaque para os gastos em UTI, que representaram mais de um terço do total. A comparação com outras internações hospitalares, conforme demonstrado pelo teste de Mann-Whitney U, reforça a magnitude do problema, já que IAM e AVC apresentaram custos médios significativamente mais altos, em consonância com achados de Dittrich LB et al. (2024), que identificaram elevação consistente dos custos hospitalares do AVC isquêmico em países latino-americanos, inclusive no Brasil. Esses resultados evidenciam a importância de políticas públicas voltadas para a prevenção primária e secundária, capazes de reduzir tanto a carga da doença quanto os gastos associados à hospitalização.

O custo médio das internações encontrado em nosso estudo (R$ 2.357,47) foi expressivamente superior aos valores descritos em outras regiões e países latino-americanos. Dittrich LB et al. (2024) identificaram custos médios variáveis do AVC isquêmico, com destaque para o Brasil, onde as despesas hospitalares figuraram entre as mais elevadas do continente, enquanto Lima DMN, et al. (2021), no Nordeste, relataram média de R$ 1.050,65 por internação.

Essa diferença pode ser explicada pelo maior percentual de uso de UTI registrado na Bahia, bem como pelo impacto da pandemia da COVID-19 sobre a gravidade clínica dos casos hospitalizados. Os dados indicam que a realidade baiana reflete um padrão de internações mais complexas e onerosas, o que reforça a necessidade de estratégias preventivas capazes de reduzir a pressão sobre os serviços hospitalares e otimizar o uso dos recursos financeiros do SUS.

O estudo encontrou limitações relacionadas ao delineamento e à fonte de dados utilizada. Por se tratar de dados secundários, não foi possível ter acesso a dados relevantes, como comorbidades prévias e terapêuticas adotadas tornando limitante a compreensão integral dos casos. A base de dados também não contempla variáveis comportamentais e socioeconômicas, como hábitos de vida e renda, e embora o nível de escolaridade estivesse disponível no sistema, foi constatada uma elevada taxa de omissão no preenchimento dessas informações, o que impossibilitou a avaliação desses fatores de risco que são relevantes no processo de adoecimento cardiovascular. A ausência de uma análise multivariada impede o controle de possíveis variáveis de confusão, restringindo a robustez das associações identificadas (GOMES SC, et al., 2021).

Apesar dessas limitações, os achados reforçam a reavaliação de políticas públicas integradas e territorializadas de prevenção cardiovascular, com foco em fatores de risco modificáveis e Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Para além de ações de controle de doenças de base como hipertensão arterial e

diabetes mellitus, deve-se pensar estratégias de prevenção para IAM/AVC (FÉLIX NDC, et al., 2024; CDSS, 2010). Os fatores de risco antecedem o adoecimento, de modo que o seu controle pode vir a ser uma estratégia mais custo-efetiva para prevenção de DCV, assim, diminuindo o impacto socioeconômico na saúde pública (MARINHO F, 2024; FÉLIX NDC, et al., 2024; SANTOS JV, 2020).

A análise integrada de nossos resultados com os de LIMA DMN, et al. (2021) e Dittrich LB et al. (2024) evidencia uma tendência regional e latino-americana de elevação progressiva dos custos com internações por AVC isquêmico, sendo que a Bahia apresenta valores ainda mais elevados, agravando o impacto socioeconômico das DCV. Além do aumento das despesas hospitalares, os grupos mais afetados (idosos, homens e pessoas negras) acumulam condições que limitam o retorno ao trabalho e aumentam a demanda por reabilitação, conforme também apontado por Souza DP e Waters C (2023). Assim, enquanto os estudos de outras regiões descrevem a evolução dos gastos, nossa análise demonstra como desigualdades sociais e raciais potencializam esse ônus, exigindo políticas de saúde que articulem prevenção primária, reabilitação e enfrentamento dos DSS.

A análise dos dados a partir da ótica dos DSS permite compreender que o risco ampliado de internações por IAM e AVC entre idosos, homens e pessoas negras decorre não apenas de fatores clínicos, mas também de desigualdades estruturais que afetam o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado em saúde (SOARES MAR, 2025). Além disso, a Teoria de Médio Alcance de Enfermagem para o Cuidado no Contexto de Risco Cardiovascular (TEORISC), proposta por Félix NDC (2024), oferece uma estrutura teórica valiosa para compreender os achados desse estudo e orientar intervenções práticas.

Essa teoria reconhece o risco cardiovascular como um constructo dinâmico, influenciado por múltiplos fatores sociais, comportamentais e clínicos, que se expressam de forma diferenciada nos territórios e grupos populacionais. A partir da TEORISC, entende-se que o cuidado de enfermagem deve ser direcionado para ações educativas, vigilância contínua e abordagem sensível às especificidades culturais e sociais da população, especialmente nos grupos mais vulneráveis, como idosos e pessoas negras. Ao integrar essa perspectiva teórica à vigilância epidemiológica dos dados secundários do SIH/SUS, amplia-se a capacidade de planejamento de ações de enfermagem mais resolutivas e custo-efetivas no enfrentamento das DCV.

Por fim, destaca-se a relevância da vigilância epidemiológica e do uso de dados secundários para subsidiar o planejamento em saúde. A utilização de bases como o SIH/SUS permite identificar perfis de risco, alocar recursos de forma racional e planejar políticas públicas mais equitativas e baseadas em evidência, mesmo com limitações como ausência de dados clínicos detalhados, histórico de comorbidades e desfechos pós-internação.

CONCLUSÃO

As internações por infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral na Bahia, entre 2020 e 2025, concentraram-se em homens, idosos e pessoas negras, com custos médios elevados e forte impacto associado ao uso de UTI. Esses achados evidenciam desigualdades raciais e sociais que ampliam o ônus das doenças cardiovasculares no SUS. Como limitações, destacam-se a utilização de dados secundários, sem variáveis clínicas e socioeconômicas detalhadas, e a categorização do tempo de internação. Ainda assim, os resultados reforçam a necessidade de políticas de prevenção e equidade em saúde, além de estudos futuros que integrem fatores clínicos e sociais para orientar estratégias mais custo-efetivas no enfrentamento das DCV.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE PVC, TOMASI, E. Assessing hypertension care quality in Brazil: gender, race, and socioeconomic intersection in public and private services, 2013 and 2019 national health surveys. BMC Health Services Research. 2024; 24, n. 1, p. 939.
2. ARAÚJO JM, et al. The direct and indirect costs of cardiovascular diseases in Brazil. PlosOne. 2022;17(12):e0278891.

3. BRASIL. 2025. Ministério da Saúde. Infarto agudo do miocárdio. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infarto. Acessado em: 12 de setembro de 2025
4. BRASIL. 2025. Ministério da Saúde. Acidente Vascular Cerebral. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/avc. Acessado em: 12 de setembro de 2025
5. CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final. Genebra: OMS, 2010; 276p.
6. CONSTANTE HM, et al. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 3981-3990, 2021.
7. DITTRICH LB, et al. Costevaluationofacuteischemicstroke in LatinAmerica: a multicentricstudy. Frontiers in Neurology, v. 41, 2025.
8. FÉLIX NDC, et al. Teoria de médio alcance de enfermagem para o cuidado no contexto de risco cardiovascular. RevBrasEnferm [Internet]. 2024.
9. GAVAZZA MC, FÉLIX NDC. Book do coração: promoção da saúde cardiovascular [Internet]. Santo Antônio de Jesus - BA: Superintendência de Educação Aberta e a Distância - UFRB; 2025; 28 p.
10. GOMES CS, et al. Factors associated with cardiovascular disease in the Brazilian adult population: National Health Survey, 2019. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 24, p. e210013, 2021.
11. LIMA JS, et al. Costs of hospital admission authorizations due to falls among older people in the Brazilian National Health System, Brazil, 2000-2020: a descriptive study. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 31, p. e2021603, 2022.
12. LIMA DMN, et al. Uma análise dos custos e internações por acidente vascular cerebral no Nordeste, 2008-2019. Revista Brasileira de Administração Científica, 2021; v. 12, ed. 1.
13. MARINHO F. O impacto das doenças cardiovasculares nas perdas econômicas. ArqBrasCardiol [Internet]. 2024;121(3).
14. OLIVEIRA GMM, et al. Cardiovascular statistics - Brazil 2020. ArqBrasCardiol. 2020; 115(3):308–439.
15. PIROPO TG, RAMOS FD. Impacto do serviço de telediagnóstico nas internações por doenças cardiovasculares: uma abordagem em municípios da Bahia, Brasil. CadSaúdePública, 2024; 40(10).
16. OPAS. 2025. Doenças cardiovasculares. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares. Acessado em: 12 de setembro de 2025.
17. RIBEIRO ALP, et al. Cardiovascular Health in Brazil: Trends and Perspectives. Circulation, 2022;146(9):728–45.
18. SANTOS ACM, et al. Racismo e acesso à saúde da população negra: uma revisão integrativa. Rev Cienc Saude Nova Esperança, 2024;22(3):413-25.
19. SANTOS JV, et al. Cost of cardiovascular disease prevention: towards economic evaluations in prevention programs. Ann Transl Med., 2020;8(7):512.
20. SILVA JD, et al. Prevalência de morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis em Salvador (BA): dados DATASUS. RevCienc Medicas Biol., 2020;19(3):495.
21. SOARES MAR. Políticas Públicas e Desigualdades no Acesso ao Cuidado Cardiovascular. Revista Cedigma, 2025;3(5).
22. SOARES FILHO, et al. Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. Ciência & Saúde Coletiva, 2022; 27(1): 377-386.
23. SOUZA DP, WATERS C. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral: pesquisa bibliográfica. Brazilian Journal of Health Review, 2023; 6(1): 1466-1478.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2025. Cardiovascular diseases. Geneva: WHO. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds). Acessadoem: 12 de setembro de 2025
25. ZHAO Q, et al. Trends in hospital admission rates and associated direct healthcare costs in Brazil: a nationwide retrospective study between 2000 and 2015. The Innovation, 2020; 1(1).