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

Internações por insuficiência cardíaca em um hospital paraibano: perfil epidemiológico, mortalidade e impactos socioeconômicos

Hospitalizations for heart failure in a hospital in Paraíba: epidemiological profile, mortality and socioeconomic impacts

Hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en un hospital en Paraíba: perfil epidemiológico, mortalidad e impactos socioeconómicos

Antônio Leonardo de Souza Furtado[1], Francisca Marina de Souza Freire Furtado[2].

RESUMO

Objetivo: Identificar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes com insuficiência cardíaca internados em um hospital paraibano. **Métodos:** Tratou-se de um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, a partir de dados secundários obtidos no DATASUS e SIH/SUS. Foram coletadas informações sobre sexo, idade, raça, ano e mês de internação, natureza do atendimento, número de óbitos e percentual de mortalidade, tempo de permanência e custos hospitalares. O período analisado foi de dezembro/2024 a novembro/2025. **Resultados:** Dos 202 pacientes internados com insuficiência cardíaca, as maiores prevalências foram entre os homens (55,4%), idosos (80,7%), pardos (99,5%). O tempo de internação foi prolongado (média de 10,7 dias por paciente), caracterizados como atendimento de urgência (99,5%), com maior mortalidade nos idosos mais longevos, acima dos 70 anos (68%), culminando em alto custo hospitalar (R$ 528.011,48 anual). **Conclusão:** A insuficiência cardíaca representou importante carga assistencial no hospital analisado, com predominância em idosos, especialmente nas faixas etárias mais avançadas, sendo um desafio às políticas públicas que visam a criação de estratégias para controle dos fatores de risco, identificação precoce e diminuição dos impactos econômicos.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca, Pacientes internados, Mortalidade, Gastos hospitalares.

ABSTRACT

Objective: To identify the epidemiological and clinical profile of patients hospitalized for heart failure in a hospital in Paraíba, Brazil. **Method:** A retrospective, descriptive and quantitative study was based on secondary data from DATASUS and SIH/SUS. Data collected included sex, age, race, hospitalization period, type of care, number of deaths and mortality rate, length of stay and hospital costs. . Data were analyzed from December 2024 to November 2025. **Results:** The highest prevalence for heart failure was observed in men (55.4%), older adults (80.7%), and individuals identified as mixed race (99.5%). The mean length of hospital stay was prolonged (10.7 days). Most admissions were classified as emergency care (99.5%). Mortality was higher among patients aged over 70 years (68%), resulting in substantial annual hospital costs (R$ 528,011.48). **Conclusion:** Heart failure represented a significant healthcare burden at the analyzed hospital, with a predominance among older adults, particularly in the most advanced age groups. This scenario posing

[1] Centro Universitário UNIFACISA, Campina Grande – PB.
[2] Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC/EBSERH/UFCG, Campina Grande – PB.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

a challenge to public health policies aimed at developing strategies for risk factor control, early detection, and the reduction of economic impacts.

Keywords: Heart failure, Hospitalized patients, Mortality, Hospital costs.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el perfil epidemiológico y clínico de pacientes con insuficiencia cardíaca hospitalizados en un hospital en Paraíba, Brasil. **Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo, basado en datos secundarios obtenidos de DATASUS y del SIH/SUS. Se analizaron variables como sexo, edad, raza, año y mes de hospitalización, tipo de atención, número de defunciones y tasa de mortalidad, duración de la estancia y costos hospitalarios, entre diciembre de 2024 y noviembre de 2025. **Resultados:** Se registraron 202 hospitalizaciones con insuficiencia cardíaca con predominio de hombres (55,4%), adultos mayores (80,7%) y personas de raza parda (99,5%). La estancia media fue de 10,7 días por paciente y el 99,5% de los ingresos correspondió a atención de urgencia. La mayor mortalidad se observó en pacientes mayores de 70 años (68%), o que generó un elevado costo hospitalario anual (R$ 528.011,48). **Conclusión:** La insuficiencia cardíaca representó una importante carga asistencial, principalmente en adultos mayores. Esta situación representa un desafío para las políticas de salud pública orientadas a desarrollar estrategias para controlar los factores de riesgo, detectar tempranamente enfermedades y reducir los impactos económicos.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, Pacientes Hospitalizados, Mortalidad, Gastos hospitalarios.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca é uma síndrome clínica complexa, causada por alterações estruturais e/ou funcionais do coração que resultam em comprometimento da ejeção de sangue, seja pela diminuição do débito cardíaco e/ou aumento das pressões intracardíacas de enchimento, culminando em um conjunto de sinais e sintomas característicos. Em termos clínicos, há diversas classificações para sua avaliação, levando em consideração sua apresentação inicial (se aguda ou crônica); sinais e sintomas (que mostram se a insuficiência está compensada ou descompensada); fração de ejeção (se preservada, intermediária ou reduzida); além de classificação por perfil clínico, estado funcional do paciente, entre outros (ROHDE LEP, et al., 2018).

Considerando os diversos perfis populacionais, os hábitos de saúde, bem como as condições de vida das pessoas, podem refletir numa série de situações clínicas e comportamentais que determinam o adoecimento cardíaco, funcionando como causas iniciais ou desencadeadoras da insuficiência cardíaca, entre as quais se encontram a hipertensão em descontrole, a doença arterial coronariana, as arritmias, os estados cardiomiopáticos e as valvopatias (ROHDE LEP, et al., 2018). Já descompensações de quadros crônicos preexistentes conduzem ao surgimento de novos sintomas ou agudizações sintomáticas e, geralmente, acometem pacientes que apresentam, por exemplo, quadros infecciosos, hipertensão não controlada, ingestão excessiva hidrossalina, adesão inadequada ao tratamento, anemia, estresse, entre outros fatores (RABELO-SILVA ER, et al., 2018).

Em termos epidemiológicos, a insuficiência cardíaca apresenta altas taxas de prevalência, sendo responsável por grande parte da morbidade, mortalidade e internação de pacientes por doença cardíaca. Em revisão de literatura recente realizada por Santos BS, et al. (2024), os autores informam que, mundialmente, a insuficiência cardíaca acomete mais de 23 milhões de pessoas, com 05 milhões apenas nos Estados Unidos, o que equivale em torno de 1% e 2% da sua população. Já no Brasil, segundo dados obtidos por meio do Departamento de Informação de Saúde do Sistema Único de Saúde (DATASUS), os autores relatam que é possível estimar uma prevalência mais alta, em torno de 6,4 milhões de brasileiros, com taxa de mortalidade de 75,5/100.000 habitantes. No perfil populacional, a doença tende a ser mais comum entre os homens e idosos, sendo responsável por 20% das internações hospitalares em pacientes com mais de 65 anos, acarretando gastos hospitalares anuais em torno de 60% para o tratamento desta condição (SANTOS BS, et al., 2024).

Para as políticas assistenciais de saúde, as hospitalizações, de acordo com Oliveira GMM, et al. (2024), são a principal consequência de insuficiência cardíaca descompensada, resultando em pior prognóstico e elevando os custos da assistência, com índices de mortalidade que pode variar de 09% a 17%. Em publicação recente sobre estatística cardíaca no Brasil, os autores citados apresentaram dados que revelaram um total de 3.454.570 de hospitalizações por essa condição clínica no período de 2008 a 2021, representando mais de um terço de todas as admissões hospitalares relacionadas às condições cardiovasculares. Em relação aos custos hospitalares, os autores verificaram, no período avaliado, custos totais em torno de R$ 8.438.025.775, com aumento significativo dos custos por admissão (de R$ 912 em 2008 para R$ 1.787 em 2021), mostrando que a insuficiência cardíaca também foi a principal responsável pelos custos relacionados às admissões clínicas hospitalares entre as doenças cardiovasculares.

Sobre a mortalidade por insuficiência cardíaca, Oliveira GMM, et al. (2024) retrataram estudos que mostraram que esta vem diminuindo nas faixas etárias mais jovens em todo o país, sobretudo entre os idosos entre 50 e 70 anos, porém, com um aumento considerável com o avançar da idade, com maiores ocorrências em indivíduos a partir dos 80 anos. Considerando, não obstante, dificuldades de acesso aos serviços especializados nas diferentes regiões brasileiras, fatores outros precisam ser investigados e analisados para compreender melhor esses dados como, por exemplo, possíveis subnotificações. Por essa razão, a identificação precoce de pacientes com insuficiência cardíaca representa um desafio aos serviços assistenciais nos diferentes níveis de atenção, dos básicos aos mais complexos.

Estudos epidemiológicos que contemplem microrregiões brasileiras e localidades de médio e pequeno porte ainda são escassos. Desigualdades sociais e regionais caracterizam o Brasil e deficiências na rede assistencial, especialmente, na atenção primária à saúde, dada a falta de recursos (técnicos e humanos), se apresentam como obstáculos ao diagnóstico precoce de diversas doenças, culminando em maior hospitalização devido complicações (PALMEIRA NC, et al., 2022). Deste modo, objetivou-se avaliar o perfil epidemiológico e clínico de pacientes com insuficiência cardíaca internados em um hospital paraibano, referência no atendimento a pacientes cardíacos.

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa epidemiológica, retrospectiva, descritiva e quantitativa, utilizando-se de dados de pacientes internados com diagnóstico de insuficiência cardíaca em um hospital paraibano, no período de dezembro de 2024 a novembro de 2025.

Os dados foram coletados de forma secundária, provenientes de sistemas oficiais de informação hospitalar, como o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do DATASUS. Essas bases de dados se constituem em uma das principais ferramentas para a vigilância epidemiológica e planejamento da assistência hospitalar em âmbito nacional. A seleção dos dados foi realizada de forma criteriosa, sendo incluídos registros que apresentavam informações completas referentes ao diagnóstico principal de insuficiência cardíaca, conforme a Classificação Internacional de Doenças,10ª revisão - CID-10 (BRASIL, 2026), com o objetivo reduzir inconsistências nos registros analisados. Excluídos os casos que não atendiam ao critério diagnóstico de insuficiência cardíaca e/ou que estavam incompletos.

A análise foi feita por meio de estatísticas descritivas (frequências absolutas e percentuais), utilizando o utilizando o programa Microsoft Excel versão 2016, envolvendo variáveis como sexo, idade, raça/cor, além de indicadores assistenciais, como ano e mês de internação, número absoluto de óbitos por faixa etária e percentual de mortalidade, tempo de permanência hospitalar e custos totais das internações. O intuito foi observar como essas variáveis se apresentavam em uma instituição hospitalar geral, de médio porte e de administração municipal, como é o caso do hospital analisado.

Como a fidedignidade das informações procederam de registros hospitalares oficiais disponibilizados em plataformas de dados do Ministério da Saúde (MS), a não identificação dos pacientes e o livre acesso público aos dados justificaram a dispensa de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme as diretrizes da Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

A análise dos dados mostrou que no hospital investigado foram registrados 202 pacientes internados com diagnóstico de insuficiência cardíaca entre os meses de dezembro de 2024 a novembro de 2025. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (n=112; 55,4%), majoritariamente, identificados como pardos (n=201; 99,5%) com internações classificadas como atendimentos de urgência (n= 201; 99,5%). A **Tabela 1**, a seguir, apresenta melhor essa distribuição por sexo e mês de internação.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes internados por insuficiência cardíaca por sexo e mês de internação no período de dezembro/2024 a novembro/2025 (N=202).

	2024	2025											Total
	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	
Homem	8	14	4	11	1	8	7	16	13	8	13	9	112
Mulher	13	7	7	8	6	8	6	8	3	11	8	5	90
Total	21	21	11	19	7	16	13	24	16	19	21	14	202

Fonte: Furtado ALS e Furtado FMSF, 2026. Dados extraídos do DATASUS, 2025.

Apesar de ser constatado internações de pacientes jovens, com menos de 60 anos de idade (n=39; 19,3%), a maioria das internações por insuficiência cardíaca no referido hospital aconteceu a partir da 7° década de vida (n=114; 80,7%), com tempo de internação prolongada, somando-se 2.169 dias totais de internação e média de 10,7 dias por paciente. Os gastos hospitalares giraram em torno de R$ 528.011,48 reais no período avaliado, com valor médio de R$ 2.613,92 reais por paciente, com o aumento dos gastos à medida que aumentavam as faixas etárias, conforme demonstrado na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes internados com insuficiência cardíaca de acordo com faixa etária, somatório dos dias de internação, médias de dias de internação por paciente e custos hospitalares envolvidos (N=202).

	N de pacientes internados	Soma do total de dias de permanência na internação	Média de dias de permanência na internação por paciente	Custo hospitalar (R$) por faixa etária
Faixa etária				
30-39 anos	04	38	9,5	4.953,04
40-49 anos	13	131	10,1	35.083,82
50-59 anos	22	278	12,6	42.379,16
60-69 anos	49	427	8,7	84.394,65
70-79 anos	55	647	11,8	156.758,62
80 ou mais	59	648	11,0	194.442,17
Total	202	2169	10,7	528.011,48

Fonte: Furtado ALS e Furtado FMSF, 2026. Dados extraídos do DATASUS, 2025.

Em relação à mortalidade, dos 202 pacientes com insuficiência cardíaca internados no período avaliado, 47 (23,3%) vieram a óbito, não havendo diferença numérica bruta entre os sexos, sendo 23 mortes femininas e 24 mortes masculinas. Todavia, considerando o número de homens e mulheres internados com insuficiência cardíaca, a mortalidade percentual foi maior entre as mulheres (26,7%). Já em relação à faixa etária, a mortalidade foi maior entre os idosos (n= 43; 78,5%), especialmente os mais longevos, a partir da 7ª década de vida (n=32) com 56,1% do total de óbitos registrados, como retratado na **Tabela 3**.

Tabela 3 - Mortalidade entre os pacientes internados com insuficiência cardíaca no período de dezembro/2024 a novembro/2025, distribuídos por sexo e faixa etária.

	N	Número de óbitos	Mortalidade percentual
Sexo			
Homens	112	23	20,5%
Mulheres	90	24	26,7%
Faixa etária			
30-39 anos	04	1	25,0%
40-49 anos	13	0	-
50-59 anos	22	03	13,6%
60-69 anos	49	11	22,4%
70-79 anos	55	15	27,3%
80 ou mais	59	17	28,8%
Total	202	47	23,3%

Fonte: Furtado ALS e Furtado FMSF, 2026. Dados extraídos do DATASUS, 2025.

DISCUSSÃO

Compreendendo a insuficiência cardíaca como uma doença crônica complexa, ligada a hábitos e condições de vida e saúde, observa-se que ela pode acometer homens e mulheres em diferentes faixas etárias, podendo estar, durante o envelhecimento, associada a um conjunto de outras doenças que potencializam seus sinais e sintomas e são responsáveis pelos desfechos clínicos, inclusive de mortalidade. Seu diagnóstico, quando não realizado de forma precoce, leva a internações hospitalares prolongadas, sendo uma das doenças responsáveis por grandes gastos em saúde (PAIVA MC, et al., 2025; BORGES MM, et al., 2022; BARRETTO ACP, et al., 2008).

Corroborando resultados de pesquisas anteriores (SANTOS BS, et al., 2024; VIANA PAS, et al., 2018; MERZ A e CHENG S, 2016), houve maior prevalência de internações por insuficiência cardíaca em pacientes do sexo masculino, o que pode ser atribuído a fatores hormonais, metabólicos, e comportamentais característicos desta população (MELLER FO, et al., 2022). Além disso, homens tendem a apresentar maiores prevalências de hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, fatores de risco para a insuficiência cardíaca (VALDIVIELSO JM, et al., 2019).

Fatores hormonais e não hormonais, segundo Merz A e Cheng S (2016) estão na base das diferenças sexuais no envelhecimento cardiovascular e no desenvolvimento de doenças relacionadas à idade. De acordo com estas autoras, a queda dos níveis de estrogênio endógeno em mulheres de meia-idade parece aumentar o risco cardiovascular relacionado à idade, o que pôde ser observado em análise realizada com mulheres pós-menopáusicas em comparação com mulheres pré-menopáusicas. Na presente pesquisa, as mulheres só mostraram maiores prevalências de insuficiência cardíaca em relação aos homens a partir dos 80 anos, o que pode indicar maior autocuidado e adoção de hábitos mais saudáveis que, como fatores protetores, contribuem para menor adoecimento crônico neste grupo específico e maior longevidade feminina como já descreve a literatura sobre diferenças e desigualdades comportamentais entre os sexos e gêneros no âmbito da saúde (MELLER FO, et al., 2022).

Nos últimos anos, mudanças epidemiológicas e demográficas, muitas das quais proporcionadas por inovações terapêuticas modernas, desde medicamentos a intervenções mais complexas, contribuíram para o controle de uma série de doenças e, por consequência, para o envelhecimento populacional. Todavia, sabendo-se que o envelhecimento é fator de risco para o adoecimento crônico, apesar da insuficiência cardíaca acometer pacientes jovens, é na velhice que ela apresenta maiores índices, fato também aqui corroborado, somando-se, quiçá, a presença de outros adoecimentos e maiores fatores de risco como hipertensão mal controlada, diabetes mellitus, arritmias e doença arterial coronariana, especialmente, entre os idosos mais longevos, dados já amplamente discutidos na literatura médica (BENJAMIN EJ, et al., 2019).

Em termos sociais, a prevalência entre os pardos foi aqui verificada, seguindo a distribuição populacional característica do Brasil e da região Nordeste de acordo com último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE, 2022). Todavia, no tocante à cor/raça, autores como Cestari VRF, et al. (2022) afirmam que o efeito desta variável no prognóstico da insuficiência cardíaca não é claro quando analisado isoladamente, dado aos resultados divergentes apresentados em diferentes estudos. Reforçam, portanto, a necessidade de mais pesquisas que foquem a associação desta variável com outras de natureza socioeconômica e clínica.

Apesar de não ter sido possível avaliar, no momento, outras variáveis socioeconômicas, considera-se que a variável cor/raça se encontra aqui associada a desigualdades socioeconômicas e educacionais que, também, caracterizam a região Nordeste e o estado da Paraíba (IBGE, 2022). Em estudo realizado por Guimarães ALSC, et al. (2025) sobre análise epidemiológica da insuficiência cardíaca no Brasil entre os anos de 2014 e 2024, a região Nordeste aparece como a segunda região com maior número de casos para a doença, sinalizando, de acordo com os autores, que regiões cujo perfil socioeconômico populacional remete a maiores vulnerabilidades sociais tendem a apresentar, também, maiores números e casos mais graves de adoecimento cardíaco. Ao analisar, por exemplo, a relação entre mortalidade por insuficiência cardíaca e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Brasil e em suas regiões geográficas, Santos SC, et al. (2021) constataram uma relação inversa, com taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca maior em regiões com menor IDH. Os autores também mostraram resultados de estudos que apontam que quando o IDH de um país ou região é baixo, os pacientes tendem a apresentar insuficiência cardíaca em idade mais jovem, são reinternados com mais frequência e em menor tempo após o diagnóstico, com maior tempo de internação e maior taxa de mortalidade.

O fato da maioria absoluta dos atendimentos analisados terem sido classificados como de urgência, pode indicar deficiências na rede de assistência ao paciente com adoecimento cardíaco, muitas vezes, sem acesso adequado a serviços básicos e especializados de saúde, com falha de métodos de profilaxia e acompanhamento inadequado, contribuindo para que a doença se torne sintomática apenas em estágio evolutivo mais avançado (YANCY CW, et al., 2017). No Brasil, até 37% dos adultos com 60 anos ou mais já se encontram, pelo menos, no Estágio B da doença, com alto risco de morbimortalidade nos próximos anos (HEIDEMANN JR AI, et al., 2025).

Estudos de âmbito nacional apontam que a eficiência da Estratégia Saúde da Família (ESF) atua como um regulador direto das internações hospitalares por insuficiência cardíaca, reduzindo-as em 8% para cada aumento na cobertura (OLIVEIRA AC, et al., 2020). Entretanto, em algumas regiões brasileiras, esse recurso protetor é fragilizado pelas desigualdades tanto socioeconômicas quanto distributivas dos serviços de saúde. Apesar de, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde ser universal e gratuito e um direito garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelo SUS, o que se observa, segundo Palmeira NC, et al. (2022) é que o acesso a tais serviços vai depender tanto da oferta e disponibilidade quanto da percepção de necessidade do indivíduo e da comunidade. Todavia, os autores, ao citarem pesquisas nacionais e internacionais enfatizam que o aumento da oferta de serviços de saúde não é suficiente para garantir o maior acesso e utilização desses serviços, principalmente quando as populações são mais vulneráveis.

Um estudo retrospectivo e de revisão de literatura realizado por Santos BS, et al. (2024) sobre insuficiência cardíaca no Nordeste entre os anos de 2013 e 2023 mostrou, por exemplo, que a região é responsável pelos maiores números de internações e mortalidade pela doença no país. Essa realidade pode ser compreendida diante da má distribuição ou mesmo escassez de profissionais médicos em algumas localidades como as de médio e pequeno porte, o que dificulta o acesso equitativo da população e o acompanhamento contínuo e integral de suas doenças. Autores como Oliveira GMM, et al. (2024), por exemplo, apontam que municípios com menos de 1,5 médico/1.000 habitantes registram hospitalizações por acometimento cardíaco 40% superiores à média nacional, revelando que as prevalências de doenças cardiovasculares tendem a se concentrar em localidades com maior vazio assistencial, contribuindo para maiores complicações da doença em sua população.

Independente da causa primária de internação por insuficiência cardíaca, o período de internação dos pacientes diagnosticados tende a ser longo e a mortalidade hospitalar é elevada quanto mais complexas e/ou numerosas forem as comorbidades presentes, devido ao maior tempo necessário para a compensação do quadro clínico, o que contribui para os altos custos da internação, acarretando impacto econômico significativo sobre o SUS (WAJNER A, et al., 2017; BARRETTO ACP, et al., 2008).

Dados nacionais, apontam que a reinternação hospitalar por insuficiência cardíaca tem impacto significativo, mas de difícil mensuração, com até 42% dos pacientes recebendo alta hospitalar sem os medicamentos basais recomendados, contribuindo para percentuais de reinternação de 44 % em doze meses (LOPES RD, et al., 2023). Inclusive, a adesão a betabloqueadores e IECA/BRA-II, medicamentos necessários no tratamento de doenças cardíacas, mostrou-se menor em hospitais das regiões economicamente mais carentes (ALBUQUERQUE DC, et al., 2024), o que reforça a necessidade do aumento de estudos baseados em evidência nestas localidades.

O perfil populacional destes pacientes, com clara tendência a idades mais avançadas, implica ainda no relativo impacto da polifarmácia neste grupo, em que esquemas medicamentosos complexos, efeitos adversos, interações medicamentosas e automedicação representam riscos de complicações do controle de doenças crônicas não transmissíveis e de abandonos à terapia, precarização do estado de saúde e reinternações hospitalares (LICOVISKI PT, et al., 2025).

A soma de dias de internação em torno de 2.169 dias, com média de 10,7 dias por paciente significou um custo hospitalar total acima de 500 mil reais no período de um ano, estando esse gasto diretamente proporcional às maiores faixas etárias, aumentando o impacto monetário do envelhecimento e a presença de comorbidades na assistência à insuficiência cardíaca. É relevante destacar que cerca de 33% dos gastos do SUS decorrem de doenças do aparelho circulatório e essa proporção tende a aumentar considerando que o envelhecimento da população tem contribuído para a ampliação do número de pessoas afetadas por essas enfermidades, culminando em maiores índices de mortalidade, como também aqui apresentado, especialmente, entre idosos mais longevos (BORGES MM, et al., 2022; VIANA PAS, et al., 2018).

Com o envelhecimento associado a maior presença de comorbidades crônicas, é preciso considerar que a insuficiência cardíaca pode, nestes casos, ser tanto causa básica como causa múltipla de morte. Estudo citado por Oliveira GMM, et al. (2024), que analisou as declarações de óbito registradas no Brasil entre os anos de 2006 a 2016 que tiveram a insuficiência cardíaca como causa, revelou que ela tende a ser três vezes maior como causa múltipla do que causa básica, estando diretamente associada a outras causas de morte como cardiopatia hipertensiva, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus, cardiomiopatia dilatada, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença de chagas.

Investigações epidemiológicas sobre insuficiência cardíaca no Brasil e nos estados do Nordeste ainda são limitados e carecem de mais evidências. Tal dado deve ser considerado levando em conta também a escassez de pesquisas que contemplem cidades de médio e pequeno porte, como é o caso da cidade paraibana onde o hospital investigado está localizado, haja vista que essa se constitui em polo de referência estadual para a assistência de várias condições de saúde das populações de cidades circunvizinhas, com menos de 10 mil habitantes, inclusive, para as doenças cardíacas. Além do mais, também são mínimas as investigações que envolvem instituições hospitalares gerais ou de referência no estado da Paraíba. Limitações estão inerentes ao uso de dados secundários, estes dependentes da qualidade e completude dos registros hospitalares disponibilizados. A utilização de prontuários eletrônicos pode gerar viés de informação, em razão de erros de codificação, inconsistências nos registros e subnotificação diagnóstica. Além disso, a ausência de variáveis clínicas detalhadas limitou a análise de fatores individuais associados à progressão da insuficiência cardíaca e outras possíveis variáveis na população pesquisada.

CONCLUSÃO

A insuficiência cardíaca representou importante carga assistencial no hospital analisado, com predominância em idosos, especialmente nas faixas etárias mais avançadas, com mortalidade hospitalar e impacto econômico significativo. As internações ocorreram majoritariamente em caráter de urgência, o que pode refletir fragilidades na continuidade do cuidado e na organização dos serviços assistenciais. Tais achados reforçam a necessidade de fortalecimento das estratégias de prevenção nos serviços básicos de saúde, acompanhamento ambulatorial e acesso aos serviços especializados e hospitalares. Estudos com maior abrangência territorial, incluindo municípios de médio porte, voltados à análise de variáveis clínicas

mais detalhadas poderão ampliar a compreensão dos determinantes associados às hospitalizações e aos desfechos observados, fortalecendo o planejamento de ações multisetoriais em relação ao adoecimento por insuficiência cardíaca, sendo um desafio às políticas públicas que visam a criação de estratégias para controle dos fatores de risco, identificação precoce da doença e diminuição dos impactos econômicos.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE DC, et al. In-Hospital Management and Long-term Clinical Outcomes and Adherence in Patients With Acute Decompensated Heart Failure: Primary Results of the First Brazilian Registry of Heart Failure (BREATHE). J. Cardiac Fail, 2024; 30(5): e639-50.
2. BARRETTO ACP, et al. Re-hospitalizações e morte por insuficiência cardíaca - índices ainda alarmantes. Arq Bras Cardiol., 2008; 91(5): e309-314.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2026.
4. BENJAMIN EJ, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, 2019; 139(10): e526- e528.
5. BORGES MM, et al. Tendência da mortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil: 1998 a 2019. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2022, [s. l.], 25: e220021.
6. CESTARI VRF, et al. Spatial distribution of mortality for heart failure in Brazil, 1996–2017. Arq Bras Cardiol., 2022; 118(1): 41-51.
7. GUIMARÃES ALSC, et al. Análise Epidemiológica da Insuficiência Cardíaca no Brasil: Distribuição Regional, Impactos e Desafios no Período de 2014 a 2024. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025; 7(1) : 1434-1447.
8. HEIDEMANN JR AI, et al. Prevalence and mortality of heart failure stages in a free-living older adult population: data from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health. J. Am. Heart Assoc., 2025; 14(5): e038993.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR. Acesso em 09 de janeiro de 2026.
10. LICOVISKI PT, et al. Polifarmácia na população idosa brasileira e as doenças crônicas não transmissíveis associadas: estudo de base nacional. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2025; 28(1): e240165
11. LOPES R, et al. In-hospital management and long-term outcomes in patients with acute decompensated heart failure: primary results of the Brazilian BREATHE registry. J. Cardiac Fail., 2023; (31): 215–224.
12. MELLER FO, et al. Desigualdades nos comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis: Vigitel, 2019. Cadernos de Saúde Pública, 2022, (38): e00273520, 2022.
13. MERZ A, CHENG S. Sex differences in cardiovascular ageing. Heart., 2016; 102(11):825–831.
14. OLIVEIRA AC, et al. Determinantes sociais em saúde e internações por insuficiência cardíaca no Brasil. Rev. Esc. Enferm. USP, 2020; 54, e03641.
15. OLIVEIRA GMM, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2023. Arq. Bras. Cardiol. 2024; 121(2): e20240079.
16. PAIVA MC, et al. Epidemiologia das Internações por Insuficiência Cardíaca no Brasil nos Últimos 10 Anos (2014-2024). Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025; 7(2): e1916-1928.
17. PALMEIRA NC, et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2022; (31): e2022966.
18. RABELO-SILVA ER, et al. Fatores precipitantes de descompensação da insuficiência cardíaca relacionados à adesão ao tratamento: um estudo multicêntrico-EMBRACE. Rev Gaúcha Enferm. 2018, (39): e86276.
19. ROHDE LEP, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Agudizada. Arq Bras Cardiol. 2018, 111(3):e436-539.
20. SANTOS BS, et al. Análise clínica e epidemiológica dos casos de insuficiência cardíaca na região nordeste. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(11): e1650-1670.
21. SANTOS SC, et al. Mortality due to heart failure and socioeconomic development in Brazil between 1980 and 2018. Arq Bras Cardiol, 2021, 117(1): 944-951.
22. VIANA PAS, et al. Perfil de pacientes internados para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada. SNARE, Revista de Políticas Públicas, Sobral, 2018; 17(01): e15-23.
23. YANCY CW, et al. ACC/AHA/HFSA Focused Update on the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. Journal of the American College of Cardiology. Circulation, 2017; 136(6): e137-e161.
24. WAJNER A, et al. Causas e preditores de mortalidade intra-hospitalar em pacientes que internam com ou por insuficiência cardíaca em hospital terciário no Brasil. Arq Bras Cardiol., 2017; 109(4): e321-330.
25. VALDIVIELSO JM, et al. Sex hormones and theie influence on chronic kidney disease. Current Opinion in Nephrology and Hypertension, 2019; 28(1): e1-9.