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

Morbidade e gastos públicos hospitalares por insuficiência cardíaca no Brasil

Morbidity and public hospital expenditure due to heart failure in Brazil

Morbilidad y gasto hospitalario público por insuficiencia cardíaca en Brasil

Gabriela Costa Gonçalves[1], Rafaelle Cavalcante de Lira[1], Samya Cristina Lacerda Xavier[2], Talina Carla da Silva[3], Michel Jorge Dias[2], Elisangela Vilar de Assis[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil de morbidade e gastos públicos hospitalares por insuficiência cardíaca no Brasil no período de 2015 a 2024. **Métodos:** Foi realizado um estudo ecológico, observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir de dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Resultados:** No período analisado foram registradas 1.976.524 internações por insuficiência cardíaca no Brasil. A Região Sudeste registrou o maior número de internações (42,1%) e de óbitos (47%). A média nacional de permanência hospitalar foi de 7,8 dias. O valor total gasto com internações foi de R$ 3.748.304.207,94, com custo médio de R$ 1.736,57 por internação. Houve predomínio das internações em pessoas brancas (37,76%), do sexo masculino (51,86%) e na faixa etária de 70 a 79 anos (26,5%). Foram notificados 228.724 óbitos no período, resultando em taxa de mortalidade hospitalar de 11,57%. A maior proporção de óbitos ocorreu em pessoas brancas (37,8%), do sexo feminino (50,07%) e na faixa etária de 80 anos ou mais (33,96%). **Conclusão:** A insuficiência cardíaca permanece como relevante causa de morbimortalidade e elevado custo hospitalar no Brasil. Os achados reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à redução do impacto clínico e socioeconômico da doença.

Palavras-chave: Epidemiologia, Insuficiência cardíaca, Morbidade.

ABSTRACT

Objective: To describe the morbidity profile and public hospital expenditures for heart failure in Brazil from 2015 to 2024. **Methods:** An ecological, observational, retrospective, and descriptive study with a quantitative approach was conducted using secondary data from the SUS Hospital Information System (SIH/SUS). **Results:** During the analyzed period, 1,976,524 hospitalizations for heart failure were recorded in Brazil. The Southeast Region registered the highest number of hospitalizations (42.1%) and deaths (47%). The national average length of hospital stay was 7.8 days. The total amount spent on hospitalizations was R$ 3,748,304,207.94, with an average cost of R$ 1,736.57 per hospitalization. Hospitalizations were predominantly among white individuals (37.76%), males (51.86%), and those aged 70 to 79 years (26.5%). 228,724 deaths were reported during the period, resulting in a hospital mortality rate of 11.57%. The highest proportion of deaths occurred in white people (37.8%), females (50.07%), and in the age group of 80 years or older (33.96%). **Conclusion:** Heart failure remains a significant cause of morbidity and mortality and high

[1] Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB.
[2] Centro Universitário Santa Maria, Cajazeiras – PB.
[3] Secretaria de Educação Especial do Rio Grande do Norte, Pau dos Ferros – RN.

SUBMETIDO EM: 12/2025 | **ACEITO EM: 1/2026** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

hospital costs in Brazil. The findings reinforce the need for public policies aimed at reducing the clinical and socioeconomic impact of the disease.

Keywords: Epidemiology, Heart failure, Morbidity.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de morbilidad y los gastos hospitalarios públicos por insuficiencia cardíaca en Brasil de 2015 a 2024. **Métodos**: Se realizó un estudio ecológico, observacional, retrospectivo y descriptivo con un enfoque cuantitativo utilizando datos secundarios del Sistema de Información Hospitalaria del SUS (SIH/SUS). **Resultados:** Durante el período analizado, se registraron 1.976.524 hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en Brasil. La Región Sudeste registró el mayor número de hospitalizaciones (42,1%) y muertes (47%). La duración media nacional de la estancia hospitalaria fue de 7,8 días. El valor total gastado en hospitalizaciones fue de R$ 3.748.304.207,94, con un coste medio de R$ 1.736,57 por hospitalización. Las hospitalizaciones se produjeron predominantemente entre individuos de raza blanca (37,76%), hombres (51,86%) y personas de 70 a 79 años (26,5%). Se reportaron 228.724 muertes durante el período, lo que resultó en una tasa de mortalidad hospitalaria del 11,57 %. La mayor proporción de muertes se registró en personas de raza blanca (37,8 %), mujeres (50,07 %) y en el grupo de edad de 80 años o más (33,96 %). **Conclusión:** La insuficiencia cardíaca sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad, así como de altos costos hospitalarios en Brasil. Los hallazgos refuerzan la necesidad de políticas públicas dirigidas a reducir el impacto clínico y socioeconómico de la enfermedad.

Palabras clave: Epidemiología, Insuficiencia cardíaca, Morbilidad.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é definida como uma síndrome clínica heterogênea, cujos sinais e sintomas são causados por uma anormalidade cardíaca estrutural e/ou funcional, corroborada por níveis séricos elevados de peptídeo natriurético e evidência objetiva de doença pulmonar ou congestão sistêmica (BOZKURT B, et al., 2021). Estima-se que mais de 26 milhões de pessoas sejam diagnosticadas com a doença em todo o mundo (FERREIRA C, et al., 2019).

A prevalência da IC, assim como a de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tende a aumentar com a idade dos indivíduos (SOUSA JUNIOR E, et al., 2020). Com o crescente envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida de pacientes com doenças cardíacas agudas, espera-se uma elevação no número de casos de IC (LEE K, et al., 2023). A estimativa é que a prevalência da doença no mundo aumente 46% entre 2012 e 2030 (VIRANI S, et al., 2021),

Em sua história natural, a IC é marcada por períodos de descompensação aguda que requerem hospitalizações frequentes e limitam a capacidade funcional dos indivíduos. Desse modo, a enfermidade gera impactos econômicos em termos de utilização governamental de recursos e despesas com cuidados de saúde (KAPELIOS C, et al., 2023). Em 2012, o custo total estimado com a doença nos Estados Unidos da América (EUA) foi de 30,7 mil milhões de dólares e prevê-se que os gastos anuais com a doença no país aumentem para 69,8 milhões de dólares até 2030, um aumento de 127% (VIRANI S, et al., 2021),

No Brasil, estima-se que a doença afete aproximadamente dois milhões de pessoas e sua incidência é de aproximadamente 240.000 novos casos por ano (CESTARI V, et al., 2022). Estudos prévios evidenciaram que, entre os anos de 2008 a 2017, a insuficiência cardíaca foi responsável por 21,3% das internações hospitalares por doenças cardiovasculares em adultos no Brasil (FONSECA C, et al., 2020).

Nesse contexto, a IC tornou-se um desafio de saúde pública mundial em virtude da alta prevalência, da redução da qualidade de vida dos pacientes acometidos e dos elevados custos para o tratamento (TSAO C, et al., 2022). Em decorrência disso, questionou-se qual o perfil da morbidade hospitalar dos indivíduos acometidos por insuficiência cardíaca no Brasil e como os gastos hospitalares com a enfermidade estariam distribuídos geograficamente no país.

Conforme Cestari et al. (2019) observa-se uma associação entre a mortalidade causada pela IC no território brasileiro e os indicadores individuais, sociais e econômicos. Portanto, uma análise epidemiológica da doença pode subsidiar a elaboração de novas estratégias de controle e o planejamento de intervenções que correspondam às demandas específicas das regiões brasileiras, além de permitir a identificação das localidades prioritárias e uma melhor gestão dos recursos governamentais voltados à redução da morbimortalidade da doença. Assim, o objetivo desta pesquisa foi descrever o perfil de morbidade e gastos públicos hospitalares por insuficiência cardíaca no Brasil no período de 2015 a 2024.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da análise de dados secundários disponíveis publicamente no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Foram utilizados dados provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), acessados por meio da plataforma TABNET, no subitem “Epidemiológicas e Morbidade”. Foram selecionados os registros de internações hospitalares cujo diagnóstico principal correspondeu à insuficiência cardíaca (CID-10: I50), abrangendo o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2024.

Foram coletadas informações referentes ao número total de internações hospitalares, caráter da internação (urgência ou eletiva), tempo médio de permanência hospitalar (em dias), valor total e médio das internações, número de óbitos hospitalares e taxa de mortalidade por insuficiência cardíaca, considerando as cinco macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). As variáveis foram estratificadas segundo sexo (masculino e feminino), faixa etária (1–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70–79 e ≥80 anos) e cor/raça (branca, preta, parda, amarela e indígena).

Os dados foram organizados e analisados utilizando o programa Microsoft Excel (versão 2007) com emprego de estatística descritiva. A distribuição temporal das internações e dos gastos hospitalares foi analisada por meio da evolução anual dos indicadores, sendo os resultados dispostos em tabelas e gráficos para melhor visualização e interpretação.

RESULTADOS

Entre os anos de 2015 e 2024, foram registradas 1.976.524 internações por insuficiência cardíaca (IC) no Brasil. A doença foi a principal causa de internação hospitalar entre as doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 17,2% do total de internações desse grupo de doenças. O acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico ou isquêmico ocupou a segunda posição, com 1.650.607 internações (14,4%) no período analisado.

A Região Sudeste apresentou o maior número absoluto de internações por IC no período estudado, com 832.819 hospitalizações (42,1%), seguida pela Região Nordeste, com 447.338 internações (22,6%). As demais regiões apresentaram menores proporções, refletindo o padrão de distribuição populacional e de disponibilidade de serviços hospitalares no país (**Tabela 1**). Os estados com maior número de hospitalizações foram São Paulo (392.390 internações), Minas Gerais (294.177), Paraná (203.785) e Rio Grande do Sul (157.274).

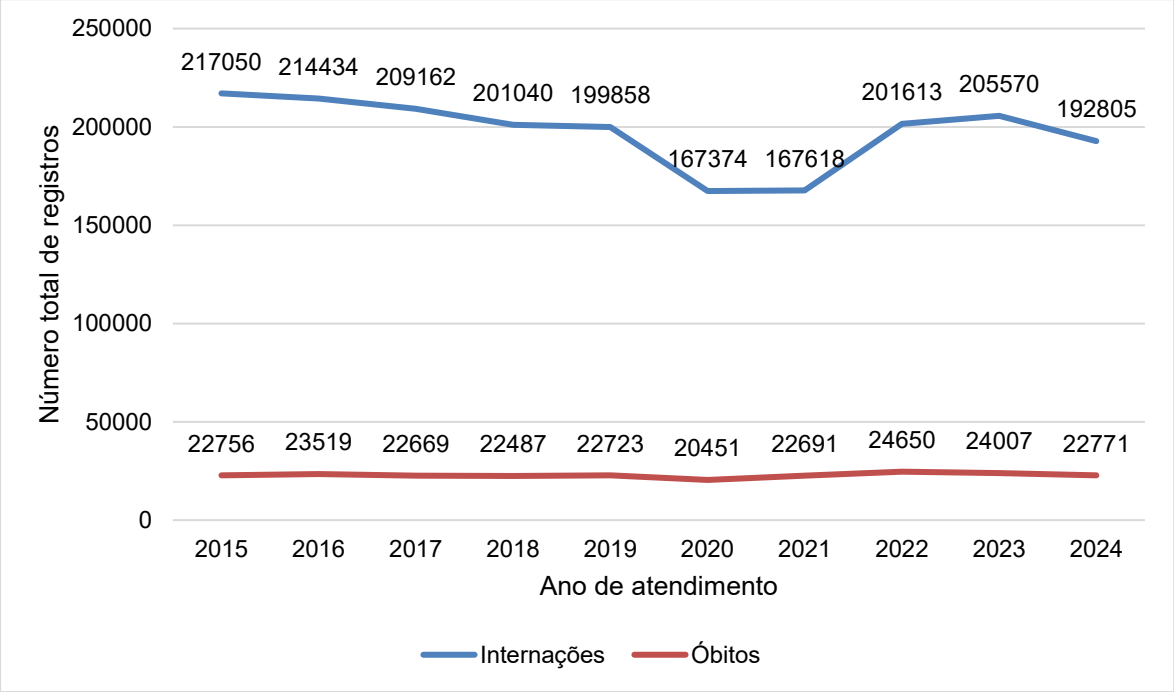
Tabela 1 - Internações por insuficiência cardíaca entre 2015 e 2024 por regiões do Brasil.

Região	Internações	% das internações
Norte	111.210	5,6%
Nordeste	447.338	22,6%
Sudeste	832.819	42,1%
Sul	445.864	22,6%
Centro-Oeste	139.293	7,1%
Total	1.976.524	100%

Fonte: Gonçalves GC, et al., 2026; dados extraídos do SIH/SUS.

O ano de 2015 apresentou o maior número absoluto de internações, totalizando 217.050 hospitalizações. Durante o período analisado, observou-se uma redução progressiva no número de hospitalizações entre 2015 e 2020, seguida por estabilidade nos anos de 2020 e 2021 e aumento gradual entre 2021 e 2023. Em 2024, verificou-se nova redução, com 192.805 internações, em comparação às 205.570 registradas em 2023 (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Internações e óbitos hospitalares por insuficiência cardíaca no Brasil entre 2015 e 2024.



Fonte: Gonçalves GC, et al., 2026; dados extraídos do SIH/SUS.

Do total de internações analisadas no período estudado, 1.870.738 (94,6%) ocorreram em caráter de urgência, enquanto 105.786 (5,4%) foram eletivas, evidenciando que a maioria das hospitalizações por IC ocorre em contextos de descompensação clínica da doença. Quanto ao sexo, 1.025.046 (51,86%) das internações corresponderam a pacientes do sexo masculino, enquanto 951.478 (48,14%) foram do sexo feminino, demonstrando discreto predomínio masculino no perfil de morbidade hospitalar por IC.

A maior proporção de internações concentrou-se na faixa etária de 70 a 79 anos, totalizando 523.971 hospitalizações (26,5%). Observou-se um aumento progressivo das internações conforme o avanço da idade, reforçando o caráter crônico e degenerativo da insuficiência cardíaca (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Internações por insuficiência cardíaca no Brasil entre 2015 e 2024 de acordo com a faixa etária.

Faixa etária	Internações	% das internações
Menor de 1 ano	12.174	0,6%
1 a 4 anos	6.229	0,3%
5 a 9 anos	3.557	0,2%
10 a 14 anos	3.641	0,2%
15 a 19 anos	5.340	0,3%
20 a 29 anos	19.608	1,0%
30 a 39 anos	51.837	2,6%
40 a 49 anos	132.405	6,7%
50 a 59 anos	295.787	15,0%
60 a 69 anos	478.699	24,2%
70 a 79 anos	523.971	26,5%
80 anos ou mais	443.276	22,4%
Total	1.976.524	100%

Fonte: Gonçalves GC, et al., 2026; dados extraídos do SIH/SUS.

Em relação à variável cor/raça, 750.610 internações (37,97%) foram registradas em pessoas de cor branca, enquanto 726.711 (36,76%) ocorreram em pessoas de cor parda. As demais categorias (preta, amarela, indígena e ignorada) representaram o restante das notificações. Quanto ao tempo médio de permanência hospitalar, observou-se uma média nacional de 7,8 dias, de modo que as regiões que apresentaram maior média hospitalar foram a Região Norte (8,32 dias), Nordeste (8,25 dias) e Sudeste (8,22 dias).

No período analisado, o valor total gasto com internações por IC no Brasil foi de R$ 3.748.304.207,94.A Região Sudeste apresentou o maior montante gasto, somando R$ 1.660.045.135,46, seguida pela Região Sul, com R$ 818.806.460,54, e pela Região Nordeste, com R$ 774.941.024,71 (**Tabela 3**). O valor médio por internação no período foi de R$ 1.736,57, e observou-se um aumento de 37,8% nos gastos hospitalares relacionados às internações pela enfermidade entre os anos 2015 e 2024.

Tabela 3 - Gastos hospitalares por insuficiência cardíaca entre 2015 e 2024 por regiões do Brasil.

Região	Gastos hospitalares (R$)	% dos gastos
Norte	186.041.459,59	5,0%
Nordeste	774.941.024,71	20,7%
Sudeste	1.660.045.135,46	44,3%
Sul	818.806.460,54	21,8%
Centro-Oeste	308.470.127,64	8,2%
Total	**3.748.304.207,94**	**100%**

Fonte: Gonçalves GC, et al., 2026; dados extraídos do SIH/SUS.

No mesmo período, foram registrados 228.724 óbitos hospitalares por insuficiência cardíaca no Brasil. Nesse sentido, a enfermidade representou 23,3% do total de óbitos por doenças do aparelho circulatório registrados, configurando-se como a segunda maior causa de óbito hospitalar dentro desse grupo de doenças.

Como mostrado na **Tabela 4**, a Região Sudeste concentrou o maior número de mortes (107.518; 47% do total). Os estados com maior número de óbitos foi São Paulo (55.024), Minas Gerais (29.285) e Rio de Janeiro (19.683). Com base no total de internações, a doença apresentou taxa de mortalidade hospitalar de 11,57%. Observou-se elevação da taxa de mortalidade entre 2015 e 2016, seguida de aumento progressivo até 2021, redução entre 2021 e 2023, e discreta elevação em 2024 em comparação ao ano anterior.

Tabela 4 - Óbitos por insuficiência cardíaca entre 2015 e 2024 por regiões do Brasil.

Região	Óbitos	% dos óbitos
Norte	13.008	5,7%
Nordeste	50.554	22,1%
Sudeste	107.518	47,0%
Sul	43.362	19,0%
Centro-Oeste	14.282	6,2%
Total	228.724	100%

Fonte: Gonçalves GC, et al., 2026; dados extraídos do SIH/SUS.

Do total de óbitos, 218.452 (95,5%) ocorreram em internações de urgência, e 10.272 (4,5%) em internações eletivas. A faixa etária de maior mortalidade foi a de 80 anos ou mais, com 77.678 óbitos (33,96%), seguida pela faixa de 70 a 79 anos, com 63.684 óbitos (27,84%). Quanto ao sexo, observou-se equilíbrio entre os óbitos, sendo 114.191 (49,92%) em homens e 114.533 (50,07%) em mulheres, com discreto predomínio feminino.

Em relação à cor/raça, 86.468 (37,8%) óbitos ocorreram entre pessoas brancas e 81.285 (35,5%) entre pessoas pardas. Destaca-se ainda que 45.322 registros (19,8%) não apresentavam informação sobre a cor, o que pode impactar a completude dos dados e a análise comparativa entre grupos populacionais.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam que, no Brasil, a insuficiência cardíaca (IC) mantém um comportamento epidemiológico compatível com o observado em outros países do mundo. Nos EUA, entre os anos de 2001 a 2009, a IC foi a causa de mais de um milhão de internações anuais e representou 1-2% de todas as internações ocorridas nos EUA (TSAO C, et al., 2022). Esse panorama reflete a magnitude da doença e o desafio que representa para os sistemas de saúde em escala mundial.

Os dados analisados referentes às internações por IC no período de 2015 a 2024 evidenciam que a doença permanece como uma importante causa de hospitalização no Brasil. Entretanto, em contraste com o esperado diante do envelhecimento populacional, não se observou aumento expressivo nas taxas de internação ao longo dos dez anos avaliados, verificando-se apenas variações discretas.

Nesse cenário, sabe-se que o envelhecimento populacional constitui um fenômeno global e progressivo, com repercussões diretas sobre o perfil epidemiológico das populações. Conforme relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), em 2020, aproximadamente 8% da população mundial tinha 65 anos ou mais, com projeção de duplicar esse percentual até 2050 e ultrapassar 30% até o final do século. Essa transição demográfica associa-se a uma transição epidemiológica caracterizada pela predominância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em detrimento das doenças infecciosas e parasitárias, transformando o cenário de morbimortalidade global (ROSETTO C, et al., 2019).

Segundo Pereira F e Correia D (2020), a elevação nas taxas de hospitalização por IC resulta principalmente do envelhecimento populacional associado ao aumento da sobrevida de pacientes com doenças cardiovasculares. De acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2012), o Brasil apresentava 20,5 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais, representando 10,78% da população residente. O Censo de 2022 apontou que o número de idosos no país passou a ser de 31,2 milhões, o que representa 14,7% do número total de brasileiros (IBGE, 2023).

No contexto da realidade brasileira observada neste estudo, verificou-se que, mesmo diante de um processo contínuo de envelhecimento populacional, as taxas de internação por IC não apresentaram aumento expressivo no período de 2015 a 2024. Tal estabilidade pode refletir avanços no manejo clínico e melhoria no controle de fatores de risco cardiovasculares. Conforme Marcondes-Braga FG, et al. (2020), as inovações no tratamento farmacológico da IC, como a adição dos inibidores de SGLT2 e estimuladores da Guanilato Ciclase Solúvel (GCs) à terapia padrão, bem como o uso de dispositivos implantáveis melhoraram o prognóstico de pacientes com a doença nas últimas décadas.

Ademais, limitações técnicas dos sistemas de informação podem influenciar nos números registrados. Nesse sentido, o estudo de Roger V (2021), ao observar que a prevalência da IC nos EUA aumentou menos do que o projetado, destacou que os indicadores assistenciais dependem dos casos que chegam à atenção médica, de modo que estimativas obtidas por triagem ecocardiográfica sistemática revelam valores substancialmente maiores. Esse achado sugere que a estabilidade observada nas internações brasileiras pode igualmente refletir limitações de registro, variações nos critérios diagnósticos ou subnotificação.

Quanto ao perfil dos pacientes, observou-se discreto predomínio masculino nas internações por IC, com maior concentração entre indivíduos de 70 a 79 anos, o que reforça o caráter predominantemente senil da doença. A cor branca apresentou maior número de hospitalizações, e a maioria ocorreu em caráter de urgência, evidenciando o impacto das descompensações agudas e da dificuldade de manejo ambulatorial.

A literatura aponta que raça e sexo influenciam de maneira significativa não apenas a incidência da IC, mas também o acesso ao cuidado, as taxas de hospitalização e os desfechos clínicos (YAN A, et al., 2025). Chang P, et al. (2018) destacam que há diferenças bem estabelecidas na distribuição dos fatores de risco cardiovasculares segundo raça e sexo, como a maior prevalência de hipertensão entre pessoas negras e a maior prevalência de obesidade entre mulheres negras quando comparadas às brancas. Esses elementos poderiam, em princípio, sugerir maior vulnerabilidade dessas populações ao desenvolvimento da enfermidade.

Contudo, o perfil dos pacientes internados por IC encontrado no presente estudo apresenta particularidades que contrastam parcialmente com dados internacionais. Savitz S, et al. (2021) observaram que os pacientes negros apresentaram taxas mais elevadas de hospitalização por IC na Califórnia entre 2012 e 2016 quando comparados aos pacientes brancos. Achados semelhantes foram descritos por Chang P, et al. (2018), que relataram taxas de internação por descompensação aguda significativamente maiores entre indivíduos negros (38,1 por 1.000 homens negros e 30,5 por 1.000 mulheres negras), quando comparados aos pacientes brancos.

Tais divergências em relação aos dados internacionais reforçam a necessidade de estudos nacionais mais aprofundados capazes de explorar como o sexo, a raça/cor e os determinantes sociais modulam os desfechos da insuficiência cardíaca no Brasil.

Além do fator etário, a IC está frequentemente associada à presença de múltiplas comorbidades, como hipertensão arterial, doença arterial coronariana, diabetes mellitus, doença renal crônica e doenças pulmonares (MESQUITA E, et al., 2017), que contribuem para descompensações clínicas e maior taxa de hospitalização. Estudos apontam que mais de 50% dos pacientes apresentam pelo menos uma comorbidade significativa, o que eleva o risco de readmissão hospitalar precoce (PEREIRA F e CORREIA D, 2020).

Estima-se que cerca de 25% dos pacientes sejam readmitidos em até 30 dias após a alta, e que essa proporção alcance 50% em seis meses (ALBUQUERQUE N, et al., 2020). Além disso, entre idosos hospitalizados, 25 a 35% desenvolvem algum grau de comprometimento funcional após a alta, potencializando um declínio funcional prévio (XAVIER S e FERRETTI-REBUSTINI R, 2019).

Durante o período analisado, observou-se um aumento de 37,8% nos gastos hospitalares relacionados às internações por IC, o que reforça o impacto econômico crescente dessa condição sobre o sistema de saúde brasileiro. Considerando tratar-se de uma doença crônica e frequentemente associada a múltiplas comorbidades, as despesas relacionadas ao tratamento da IC são elevadas em escala global, representando cerca de 1 a 3% do orçamento total destinado à saúde em países da Europa e nos Estados Unidos (FONSECA L, et al., 2017).

Em Portugal, estimativas preveem que as despesas associadas ao tratamento da IC irão aumentar cerca de 28% até o ano de 2036, tornando a doença um desafio para o sistema de saúde português (GOUVEIA M, et al., 2019). Dessa forma, observa-se que o padrão de elevação dos custos hospitalares verificado no Brasil acompanha a tendência mundial, refletindo o aumento da demanda assistencial e o manejo contínuo exigido pela cronicidade da IC.

No que tange à mortalidade, a expressiva proporção de óbitos hospitalares por IC dentro do grupo das doenças do aparelho circulatório reforça a gravidade da enfermidade e sugere que, apesar dos avanços terapêuticos, ainda persistem desafios quanto ao diagnóstico precoce, à adesão ao tratamento e à coordenação entre os diferentes níveis de atenção. Observou-se um discreto predomínio de mortalidade entre mulheres, com maior frequência de óbitos em pessoas de 80 anos ou mais, de raça branca e em internações de caráter urgente, o que reforça o impacto da doença na população idosa e vulnerável.

Nesse contexto, a maior mortalidade observada entre as mulheres pode estar relacionada ao perfil clínico distinto da insuficiência cardíaca nesse grupo. Estudos epidemiológicos descrevem que a população feminina apresenta maior prevalência de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP), condição associada a elevada morbimortalidade, menor arsenal terapêutico comprovado e maior dificuldade diagnóstica. Shahim B, et al. (2023), em ampla revisão sobre o tema, destacam que as mulheres não apenas são mais frequentemente acometidas por ICFEP, como também tendem a apresentar mais comorbidades, como hipertensão e obesidade, que agravam o prognóstico da doença.

O perfil étnico da mortalidade por insuficiência cardíaca observado neste estudo apresentou comportamento semelhante ao descrito por Savitz S, et al. (2021) nos Estados Unidos. Embora o maior volume de internações tenha ocorrido entre indivíduos negros, a mortalidade foi proporcionalmente mais

elevada entre pessoas brancas, sugerindo que fatores estruturais podem influenciar desfechos de forma distinta entre os grupos étnicos. Além disso, pacientes negros com ICFEP apresentam maior prevalência de hipertensão, diabetes mellitus e obesidade, mas menos doença arterial coronariana em comparação com pacientes brancos, o que pode justificar a mortalidade por IC nesse grupo populacional (SHARMA K, et al., 2020).

Os resultados deste estudo reafirmam a IC como uma condição de elevada relevância em saúde pública no Brasil, com expressivo impacto em termos de morbidade, mortalidade e custos assistenciais. Consoante Calaça H, et al. (2021) a adoção de estratégias como programas de acompanhamento multiprofissional, reabilitação cardiovascular e ações de educação em saúde podem contribuir significativamente para a redução das readmissões hospitalares e para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos por insuficiência cardíaca.

CONCLUSÃO

Em síntese, os resultados demonstram que, embora o número de internações e óbitos por IC no Brasil tenha se mantido relativamente constante ao longo da última década, a doença permanece como a principal causa de hospitalização entre as doenças do aparelho circulatório e a segunda principal causa de mortalidade nesse grupo. Tal persistência, aliada ao acelerado envelhecimento da população brasileira, suscita preocupação quanto ao possível aumento da prevalência da doença nos próximos anos. Dessa forma, torna-se imprescindível o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e a elaboração de estratégias nacionais voltadas à detecção precoce, otimização terapêutica e prevenção de complicações, a fim de reduzir a morbimortalidade e o impacto socioeconômico da IC no país.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE N, et al. Determinantes sociais em saúde e internações por insuficiência cardíaca no Brasil. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2020; 54: e03641.
2. BOZKURT B, et al. Universal definition and classification of heart failure: a report of the heart failure society of America, heart failure association of the European society of cardiology, Japanese heart failure society and writing committee of the universal definition of heart failure. Journal of Cardiac Failure, 2021; 27(4): 387-413.
3. CALAÇA H, et al. Avaliação de pacientes com insuficiência cardíaca admitidos em hospital secundário. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, 2021; 19(2): 89-96.
4. CESTARI V, et al. Insuficiência Cardíaca: Interface com a Vulnerabilidade em Saúde. Fortaleza: Editora CRV, 2019.
5. CESTARI V, et al. Spatial distribution of mortality for heart failure in Brazil, 1996–2017. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2022; 118: 41-51.
6. CHANG P, et al. Trends in Hospitalizations and Survival of Acute Decompensated Heart Failure in Four US Communities (2005-2014): ARIC Study Community Surveillance. Circulation, 2018; 138(1): 12-24.
7. FERREIRA J, et al. World heart federation roadmap for heart failure. Global Heart, 2019; 14(3): 197-214.
8. FONSECA C, et al. For the improvement of Heart Failure treatment in Portugal-Consensus statement: Position Paper endorsed by the Heart Failure Working Group of the Portuguese Society of Cardiology, the Heart Failure Nucleus of the Portuguese Society of Internal Medicine, the College of General Practitioners of the Portuguese Medical Council, the Cardiovascular Disease Nucleus of the Portuguese Association of General Practitioners, and the Nursing Nucleus of the Portuguese Society of Cardiology (Appendix 1). Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition), 2017; 36(1): 1-8.
9. FONSECA L, et al. Characterization of Brazilian hospital admissions due to cardiovascular diseases: a longitudinal study. BMC Cardiovascular Disorders, 2020; 20(1): 311.
10. GOUVEIA M, et al. The current and future burden of heart failure in Portugal. ESC Heart Failure, 2019; 6(2): 254-261.

11. IBGE. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br/. Acessado em 03 de dezembro de 2025.
12. IBGE. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acessado em 03 de dezembro de 2025.
13. KAPELIOS C, et al. Epidemiology, Clinical Characteristics and Cause-specific Outcomes in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. Cardiac Failure Review, 2023; 9: 1-xx.
14. LEE K, et al. Relationship between comorbidity and health outcomes in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. BMC Cardiovascular Disorders, 2023; 23(1): 498.
15. MARCONDES-BRAGA FG, et al. Emerging Topics Update of the Brazilian Heart Failure Guideline - 2021. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(6): 1174-1212.
16. MESQUITA E, et al. Understanding hospitalization in patients with heart failure. International Journal of Cardiovascular Sciences, 2017; 30: 81-90.
17. OMS. The UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030 in a climate-changing world. Decade of Healthy Ageing Connection Series, 2022; 3. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-connection-series-climatechange.pdf?sfvrsn=e926d220_1. Acessado em 03 de dezembro de 2025.
18. PEREIRA F, CORREIA D. A insuficiência cardíaca em uma cidade brasileira mineira: um panorama epidemiológico de 10 anos. Enfermagem em Foco, 2020; 11(2): 81-90.
19. ROGER V. Epidemiology of Heart Failure: A Contemporary Perspective. Circulation Research, 2021; 128: 1421-1434.
20. ROSSETTO C, et al. Causas de internação hospitalar e óbito em idosos brasileiros entre 2005 e 2015. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2019; 40: e20190201.
21. SAVITZ S, et al. Contemporary Reevaluation of Race and Ethnicity With Outcomes in Heart Failure. Journal of the American Heart Association, 2021; 10(3): e016601.
22. SHAHIM B, et al. Global Public Health Burden of Heart Failure: An Updated Review. Cardiac Failure Review, 2023; 9: e11.
23. SHARMA K, et al. Predictors of Mortality by Sex and Race in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: ARIC Community Surveillance Study. Journal of the American Heart Association, 2020; 9(19): e014669.
24. SOUZA JÚNIOR E, et al. Perfil epidemiológico da morbimortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil entre 2013 a 2017. Enfermería Actual de Costa Rica, 2020; 39: 156-169.
25. TSAO C, et al. Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association. Circulation, 2022; 145(8): e153-e639.
26. VIRANI S, et al. Heart disease and stroke statistics-2021 update: a report from the American Heart Association. Circulation, 2021; 143(8): e254-e743.
27. XAVIER S, FERRETTI-REBUSTINI R. Características clínicas da Insuficiência Cardíaca associadas à dependência funcional admissional em idosos hospitalizados. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2019; 27: e3137.
28. YAN A, et al. Disparidades na Epidemiologia, Diagnóstico, Manejo e Desfechos da Insuficiência Cardíaca. Cureus, 2025; 17(9): e91788.