

INTERNAÇÕES E MORTALIDADE HOSPITALAR POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CENÁRIO NACIONAL EM 2024

Esther Gouvêa Campos Eleuterio¹
João Fhelipe Soares Ferreira¹
Angélica de Paula Langame²

prof.angelica.langame@gmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

A insuficiência cardíaca (IC) é a principal causa de hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS), representando elevada carga de morbidade e mortalidade no Brasil. O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis ampliam progressivamente sua magnitude. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico das internações por IC no Brasil em 2024, a partir de dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizados pelo DATASUS, com recorte temporal de janeiro a dezembro de 2024, utilizando o código CID-10 I50. Foram registradas 205.373 internações e 24.320 óbitos, resultando em taxa de mortalidade de 11,84%. A cor parda concentrou 52,5% dos casos das internações, todavia a mortalidade foi maior na cor branca (12,04%). O sexo masculino predominou em internações (52,4%), porém a mortalidade foi superior no feminino (12,27%). A região Sudeste respondeu por 42,8% das internações e pela maior taxa de mortalidade (12,91%), enquanto Norte e Centro-Oeste registraram os menores volumes de internações e óbitos em números absolutos, com a região Centro-Oeste apresentando a menor taxa de mortalidade. Os achados revelam persistentes desigualdades raciais, de gênero e regionais, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas ao fortalecimento da atenção primária, à equidade no acesso e à redução das iniquidades em saúde cardiovascular no país.

PALAVRAS-CHAVE: insuficiência cardíaca; assistência hospitalar; epidemiologia; fatores de risco; mortalidade hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

¹ Acadêmicos do 6º ano do curso de Medicina do Centro Universitário Vértice - Univértix

² Médica pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Especialista em Clínica Médica pelo Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais em Belo Horizonte. Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Vértice - Univértix

O aumento da expectativa de vida é um fenômeno observado globalmente, incluindo o Brasil, decorrente dos avanços técnicos e científicos na área da saúde. Essa transição demográfica traz desafios importantes, como a necessidade de revisão das políticas públicas, uma vez que o aumento da sobrevida eleva a demanda por serviços de saúde especializados (Barbosa *et al.*, 2025).

Nesse cenário, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) destacam-se como um dos principais problemas de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são responsáveis por cerca de 74% das mortes no mundo, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa isolada. No Brasil, esse padrão se repete, com destaque nos indicadores de morbidade e mortalidade da população adulta e idosa (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Entre essas condições, a insuficiência cardíaca (IC) se sobressai como a principal causa de hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Arruda *et al.* (2022), entre 2008 e 2018, ocorreram mais de 2 milhões de internações e mais de 252 mil óbitos por IC, segundo dados do DATASUS.

A IC apresenta distribuição heterogênea no país, com maior concentração de internações nas regiões Sudeste e Nordeste, possivelmente relacionada à densidade populacional, ao acesso aos serviços de saúde e às condições socioeconômicas. Além disso, acomete com maior frequência indivíduos com comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença arterial coronariana, também crescentes no Brasil (Marcondes-Braga *et al.*, 2021).

Trata-se de uma condição clínica complexa, caracterizada pela incapacidade do coração de suprir as demandas metabólicas do organismo, manifestando-se por sintomas como dispneia, edema e fadiga, decorrentes de alterações estruturais e funcionais cardíacas (Heidenreich *et al.*, 2022).

Do ponto de vista fisiopatológico, a IC é classificada conforme a fração de ejeção do ventrículo esquerdo em: reduzida (ICFEr), levemente reduzida (ICFEIr) e preservada (ICFEp), cada uma com características clínicas e prognósticas distintas, exigindo abordagens terapêuticas específicas e acompanhamento individualizado (McDonagh *et al.*, 2021).

Nesse contexto, define-se a seguinte questão norteadora: qual o perfil epidemiológico das internações por insuficiência cardíaca no Brasil em 2024 de acordo com variáveis biossociais como sexo, cor/raça e região geográfica, e quais discussões esse perfil pode levantar sobre desigualdades estruturais no Brasil?

Assim, esse estudo tem o intuito de compreender a real magnitude do problema sobre a saúde cardiovascular no país através da avaliação de dados secundários, como os do DATASUS, permitindo mapear o cenário atual, variações regionais e características demográficas que, em última análise, podem vir a subsidiar tomadas de decisão a nível de saúde pública.

Diante disso, justifica-se a realização desta pesquisa pela relevância clínica e epidemiológica da insuficiência cardíaca (IC) no Brasil e pela necessidade de atualização contínua das evidências, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas voltadas à prevenção, diagnóstico e manejo da doença (Rohde *et al.*, 2018), ao identificar grupos mais vulneráveis às internações e óbitos por IC, orientando, assim, a alocação de recursos no Sistema Único de Saúde de forma mais equitativa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa e de elevada relevância epidemiológica, caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas decorrentes de alterações estruturais e/ou funcionais do coração que comprometem sua capacidade de bombeamento adequado. Clinicamente, manifesta-se por sintomas cardinais como dispneia aos esforços, ortopneia e fadiga, além de sinais como terceira bulha (B3), turgência jugular, estertores pulmonares e edema de membros inferiores, os quais refletem estados de congestão sistêmica e pulmonar associados ao aumento das pressões de enchimento intracardíacas e à redução do débito cardíaco (Savarese *et al.*, 2023).

A apresentação clínica da IC é bastante heterogênea, variando desde formas oligossintomáticas até quadros de descompensação aguda grave com necessidade

de suporte hemodinâmico intensivo. Além dos sintomas clássicos, a doença frequentemente se associa a manifestações sistêmicas que comprometem a função renal, hepática e pulmonar, evidenciando seu caráter multissistêmico. Essa variabilidade torna o diagnóstico um desafio na prática clínica, exigindo integração entre história clínica, exame físico e exames complementares como o ecocardiograma e a dosagem de biomarcadores como o BNP e o NT-proBNP (Bozkurt *et al.*, 2021).

2.2 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Diante do exposto, a insuficiência cardíaca configura-se como um problema de saúde pública que ultrapassa os limites da assistência médica tradicional. No Brasil, essa realidade é ainda mais evidente devido às marcantes disparidades regionais, relacionadas a fatores históricos, econômicos e estruturais. Diferenças na distribuição de renda, no acesso aos serviços de saúde e na qualidade da atenção primária impactam diretamente no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com IC. Dados do Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca Aguda (BREATHE) demonstram que a baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores associados às elevadas taxas de re-hospitalização, evidenciando fragilidades no cuidado longitudinal (Albuquerque *et al.*, 2020).

O impacto econômico da IC sobre o sistema de saúde brasileiro é expressivo. As internações recorrentes por descompensação da doença representam uma das principais causas de gastos hospitalares no âmbito do SUS, gerando sobrecarga financeira tanto para o sistema público quanto para as famílias dos pacientes. Estudos indicam que uma parcela significativa das hospitalizações por IC poderia ser evitada com o fortalecimento da atenção primária e a melhoria do acompanhamento ambulatorial, o que reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à reorganização do cuidado na rede de atenção à saúde (Piola e Vieira, 2024).

Nesse contexto, a implementação de programas estruturados de gestão da IC, com acompanhamento multidisciplinar, educação do paciente e monitoramento remoto de sinais e sintomas, tem demonstrado resultados promissores na redução de

hospitalizações e na melhoria da qualidade de vida. A telemonitorização emerge como uma ferramenta de grande potencial no acompanhamento de pacientes com IC em regiões de difícil acesso, contribuindo para a ampliação da cobertura assistencial sem necessidade de deslocamento do paciente (Inglis *et al.*, 2021).

Por fim, a perspectiva do cuidado multiprofissional e do modelo de atenção às condições crônicas mostra-se essencial para o enfrentamento da IC como problema de saúde pública. A integração entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e assistentes sociais, aliada à educação em saúde do paciente e de seus familiares, tem demonstrado resultados positivos na redução de hospitalizações e na melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, o investimento em clínicas de IC e em programas de gestão de doenças crônicas representa um caminho promissor para a melhoria dos desfechos clínicos e para a sustentabilidade do sistema de saúde (Bocchi *et al.*, 2023).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, de caráter observacional, retrospectivo, descritivo e quantitativo, conduzido a partir de dados secundários agregados obtidos no portal TABNET do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS – DATASUS), com foco na análise do perfil epidemiológico de internação por insuficiência cardíaca nas cinco regiões brasileiras, com recorte temporal entre os meses de janeiro e dezembro do ano de 2024. Esse tipo de desenho de estudo se baseia na coleta de dados secundários confiáveis com o intuito de elaborar conclusões sólidas e gerar novas hipóteses passíveis de investigação em pesquisas futuras, através da análise de grandes volumes de dados históricos de forma objetiva, tornando-se, portanto, o método mais adequado para identificar e quantificar padrões de morbidade hospitalar da IC, bem como a taxa de mortalidade associada a essas internações em nível nacional, fornecendo resultados estatisticamente robustos sobre a distribuição da doença.

A sistematização desses dados foi realizada por meio da consulta de dados de domínio público, dados oficiais disponibilizados pelo Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde (DATASUS) por meio da Produção Hospitalar (SIH/SUS), que reúne as informações de saúde de abrangência nacional e serve como fonte primária para a epidemiologia em saúde pública. O período analisado foi de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2024, por ser, até o início da elaboração deste estudo, o último ano com dados completos referentes aos 12 meses. Sendo a escolha deste marco temporal crucial para refletir a situação epidemiológica recente da insuficiência cardíaca no contexto do sistema de saúde brasileiro e embasar discussões atuais sobre a carga da doença.

Portanto, para este estudo foram extraídos dados especificamente do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS - DATASUS), ferramenta de domínio público que possibilita o acesso a informações consolidadas sobre indicadores relacionados aos atendimentos hospitalares financiados pelo SUS. Dessa forma, as informações utilizadas neste estudo estão disponíveis em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nibr.def>

Para a pesquisa, foi estabelecido o filtro de abrangência geográfica Brasil por Região, e o universo de casos foi delimitado às internações classificadas sob o código I50 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que corresponde à insuficiência cardíaca. As variáveis extraídas para análise incluem a região, o sexo dos pacientes e o registro de cor/raça autodeclarada, sendo esta última variável essencial para identificar possíveis iniquidades sociais e disparidades no acesso ao tratamento e nos desfechos clínicos. Também foram avaliados os óbitos nas internações por insuficiência cardíaca assim como a taxa de mortalidade a fim de mensurar o risco de morte pela doença e dimensionar a sua magnitude como problema de saúde pública.

Após a etapa de coleta bruta, as informações foram cuidadosamente organizadas e pré-processadas em planilhas eletrônicas no software Excel, onde foram realizadas verificações de consistência e limpeza dos dados para garantir a fidedignidade do estudo. Posteriormente, foram elaboradas tabelas no Google Sheets para contextualizar o assunto abordado no trabalho. Conforme estabelecido pela Resolução nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, estudos que utilizam dados

públicos e agregados, sem identificação individual, estão dispensados de avaliação por Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Assim, este trabalho segue as diretrizes para as pesquisas vigentes dessa natureza (Brasil, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA SEGUNDO COR/RAÇA

Tabela 1 – Internações, óbitos e taxa de mortalidade hospitalar por insuficiência cardíaca segundo cor/raça. Brasil, 2024.

Cor/Raça	Internações	Óbitos	Taxa de Mortalidade (%)
Branca	81.799	9.846	12,04
Preta	12.832	1.491	11,62
Parda	107.873	12.647	11,72
Amarela	2.626	307	11,69
Indígena	243	29	11,93
Total	205.373	24.320	11,84

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024.

Conforme apresentado na tabela 1, ano de 2024, as internações por insuficiência cardíaca (IC) no Brasil totalizaram 205.373 casos, com distribuição desigual entre os grupos raciais. A população parda concentrou o maior número (107.873; 52,5%), seguida pela branca (81.799; 39,8%), preta (12.832; 6,2%), amarela (2.626; 1,3%) e indígena (243; 0,1%). A maior taxa de mortalidade hospitalar ocorreu entre brancos (12,04%), seguida por indígenas (11,93%), pardos (11,72%), amarelos (11,69%) e pretos (11,62%), com média nacional de 11,84%.

A predominância entre pardos e brancos reflete a composição demográfica do país, sendo esses os grupos mais numerosos. Na região Sudeste, ambos corresponderam a cerca de 90% das internações por IC em 2024 (Souza *et al.*, 2025). Contudo, esses dados devem ser interpretados à luz dos determinantes sociais e das limitações no registro da variável raça/cor no SUS.

Outro fator que contribui para a maior taxa de mortalidade na população branca é a maior proporção de casos diagnosticados e tratados neste grupo. No Brasil, as desigualdades raciais se traduzem em menor acesso da população negra a serviços de saúde de alta complexidade, condições precárias de moradia, menores níveis de escolaridade e renda, fatores esses que dificultam o diagnóstico precoce e a adesão ao tratamento (Tomasiello *et al.*, 2022). Dessa forma, a maior mortalidade registrada entre brancos pode refletir, em parte, uma maior capacidade diagnóstica nessa população, ao passo que, entre negros e pardos, casos de IC podem permanecer subdiagnosticados ou sem tratamento adequado, contribuindo para morte extra-hospitalar, indo ao encontro da análise realizada por Ziaeeian *et al.* (2017) que destacou barreiras significativas no acesso a cuidados cardiovasculares de qualidade para pessoas negras, hispânicas e asiáticas vivendo em comunidades de baixa renda.

No estudo de Ziaeeian *et al.* (2017) também é discutido que a menor mortalidade em curto e longo prazo entre os pacientes negros, hispânicos e asiáticos pode indicar diferenças em relação ao estágio da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEp). Assim, estes pacientes hospitalizados podem incluir uma proporção maior de doença recém diagnosticada, resultando em menores taxas de mortalidade nesses grupos étnicos.

Ao realizar a busca de informações relacionadas à mortalidade hospitalar por IC no ano de 2024, não houve registro, no site do DATASUS, de dados sobre cor/raça “sem informação”, porém, em 2021, conforme analisado por Carvalho *et al.* (2022), 23,3% das internações no Brasil não tiveram o campo raça/cor preenchido no SIH/SUS, percentual ainda relevante apesar da redução em relação a 2008. As maiores taxas de omissão ocorreram nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o que compromete análises comparativas e pode subestimar internações entre populações negras e indígenas (Carvalho *et al.*, 2022).

Além disso, Muniz (2012) aponta que a baixa consistência na autodeclaração racial gera um viés de classificação que distorce estatísticas, impedindo uma análise precisa do impacto da raça/cor em dados epidemiológicos da população brasileira.

Assim, a interpretação dos dados deve considerar desigualdades no acesso à saúde, subdiagnóstico e limitações no preenchimento da variável raça/cor nos sistemas de informação do SUS.

4.2 DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA SEGUNDO SEXO

Tabela 2 – Internações, óbitos e taxa de mortalidade hospitalar por insuficiência cardíaca segundo sexo. Brasil, 2024.

Sexo	Internações	Óbitos	Taxa de Mortalidade (%)
Masculino	107.689	12.333	11,45
Feminino	97.684	11.987	12,27
Total	205.373	24.320	11,84

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024.

De acordo com a tabela 2, em 2024 o sexo masculino foi responsável por 107.689 internações por IC (52,4%), enquanto o feminino respondeu por 97.684 (47,6%). Apesar do maior volume absoluto de internações no sexo masculino, a taxa de mortalidade hospitalar foi superior no feminino (12,27%) em comparação ao masculino (11,45%), configurando um padrão que merece atenção clínica e epidemiológica.

A predominância de internações no sexo masculino é consistente com achados de estudos anteriores. Pesquisa descritiva abrangendo o período de 2019 a 2023 identificou que o sexo masculino predominou nas internações por IC no Brasil, representando 52,19% dos casos (Soares *et al.*, 2024). A maior incidência masculina é atribuída à etiologia isquêmica da IC, mais prevalente em homens, bem como à maior exposição a fatores de risco modificáveis como tabagismo, etilismo e sedentarismo. Associada ao fato de que, culturalmente, existe uma barreira cultural que faz com que a população masculina enxergue a doença como um sinal de fragilidade (Arruda *et al.*, 2022).

Ao analisar as disparidades de gênero na insuficiência cardíaca (IC), observa-se que as mulheres, apesar de apresentarem historicamente menores taxas de hospitalização quando comparadas aos homens, enfrentam desfechos de mortalidade mais severos. Estudos evidenciam que a mortalidade proporcional por doença cardiovascular foi maior nas mulheres durante todo o período de 1990 a 2019 (Oliveira *et al.*, 2022). Esse fenômeno pode ser associado à maior longevidade feminina, que resulta em uma manifestação da patologia em idades mais avançadas, em pacientes com maior número de comorbidades e em estágios de maior vulnerabilidade clínica (Oliveira *et al.*, 2022). Conforme aponta a literatura recente, essa expectativa de vida elevada faz com que as mulheres convivam por mais tempo com a doença e suas comorbidades, resultando em uma tendência de aumento proporcional na mortalidade feminina, enquanto os índices masculinos apresentam maior estabilidade (Malta *et al.*, 2019).

Outro aspecto relevante diz respeito às diferenças no manejo clínico entre os sexos. Um estudo sobre eventos cardiovasculares agudos demonstrou que mulheres têm menor probabilidade de receber terapia medicamentosa otimizada na alta hospitalar, o que pode contribuir para um pior prognóstico em longo prazo (Cenko *et al.*, 2023). Essa disparidade no tratamento, somada ao fato de que mulheres frequentemente apresentam sintomas atípicos de IC, favorece um diagnóstico tardio e uma abordagem terapêutica subótima, impactando negativamente nos desfechos clínicos.

4.3 DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA

Tabela 3 – Internações, óbitos e taxa de mortalidade hospitalar por insuficiência cardíaca segundo região geográfica. Brasil, 2024.

Região	Internações	Óbitos	Taxa de Mortalidade (%)
Norte	13.457	1.418	10,54
Nordeste	46.756	5.581	11,94

Sudeste	87.918	11.354	12,91
Sul	43.112	4.533	10,51
Centro-Oeste	14.130	1.434	10,15
Total	205.373	24.320	11,84

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024.

Segundo a Tabela 3, a análise regional evidenciou concentração das internações por insuficiência cardíaca (IC) no Sudeste (87.918; 42,8%), seguido por Nordeste (46.756; 22,8%), Sul (43.112; 21,0%), Centro-Oeste (14.130; 6,9%) e Norte (13.457; 6,5%). A maior taxa de mortalidade hospitalar ocorreu no Sudeste (12,91%), enquanto Centro-Oeste (10,15%), Sul (10,51%) e Norte (10,54%) apresentaram menores índices.

A predominância de internações do Sudeste é recorrente e se relaciona à maior população, expectativa de vida e concentração de serviços especializados, os quais refletem em maior assertividade diagnóstica. Entre 2014 e 2024, a região concentrou 42% das internações e 46% dos óbitos por IC no país (Souza *et al.*, 2025).

A maior mortalidade nessa região também pode refletir o perfil dos casos internados, com predominância de quadros mais graves. A redução de internações associada ao aumento da mortalidade tem sido atribuída à seleção de pacientes mais críticos para hospitalização (Vale *et al.*, 2022).

O estudo de Cestari *et al.* (2022) também aborda a seguinte questão: cidades nas regiões brasileiras com as maiores taxas de mortalidade são as maiores em tamanho da população, e as que têm mais pessoas idosas. Esse mesmo estudo reitera que a alta taxa de mortalidade em cidades na região sudeste pode estar associada à raça/etnia de pessoas afetadas pela IC, já que a doença prevalece nos brancos, mas com a sobrevida prevalecendo entre os negros, hispânicos e asiáticos (Ziaieian *et al.*, 2017; Poffo *et al.*, 2017).

Por outro lado, os menores números no Norte e Centro-Oeste não indicam menor ocorrência da doença. Nessas regiões, fatores como menor acesso aos

serviços, infraestrutura limitada e barreiras geográficas contribuem para subnotificação e maior mortalidade, inclusive, extra-hospitalar (Piola e Vieira, 2024).

Além disso, o nível socioeconômico influencia diretamente o manejo da IC, impactando a adesão ao tratamento e autocuidado, o que agrava o cenário em regiões mais vulneráveis, como Norte e Nordeste (Piola e Vieira, 2024).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados de 2024 confirmam que a insuficiência cardíaca permanece como grave problema de saúde pública no Brasil, com mais de 205 mil internações e expressiva taxa de mortalidade hospitalar, com um total de 24.320 óbitos. Percebe-se que, enquanto o Sudeste concentra o maior volume de casos de internação e de óbitos devido à densidade populacional e oferta de serviços, as mulheres e a população branca apresentam as maiores taxas de mortalidade, evidenciando que fatores como longevidade, sintomas atípicos e disparidades no acesso impactam diretamente nas estatísticas de mortalidade.

Todavia, é importante ressaltar que esse estudo tem como limitação a natureza dos dados do SIH/SUS, os quais indicam dados dos hospitais públicos e de apenas uma parcela dos hospitais privados, pois a plataforma compila as informações apenas de hospitais da iniciativa privada que apresentam convênio com o SUS (BRASIL, 2008). Além disso, inconsistências no preenchimento de variáveis como raça/cor, subnotificação e recorte temporal de um único ano são fatores que podem camuflar a real magnitude da carga da doença e dificultar uma análise precisa das tendências históricas e das barreiras de acesso em regiões remotas do país.

Para transformar este cenário, é imperativo que pesquisas futuras foquem em estudos longitudinais e na investigação de como variáveis biossociais podem impactar na taxa de mortalidade hospitalar. Dessa forma, além de melhorias na qualidade da coleta de dados pelos sistemas de informação e notificações, é essencial o fortalecimento da atenção primária à saúde, a redução das iniquidades no acesso ao

sistema de saúde público e a ampliação de programas multiprofissionais com foco no cuidado cardiovascular a fim de garantir isonomia na saúde para melhor qualidade de vida dos pacientes e, assim, reduzir hospitalizações evitáveis no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D. C. *et al.* Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca Aguda – BREATHE: aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 3, p. 443–452, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/vHhqJrqBQ8VW4jjPr7DvT5H/>. Acesso em: 05 dez. 2025.

ARRUDA, V. L.; MACHADO, L. M. G.; LIMA, J. C.; SILVA, P. R. S. Tendência da mortalidade por insuficiência cardíaca no Brasil: 1998 a 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, e220021, 2022. DOI: 10.1590/1980-549720220021.2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sRPvQmSptS6Tj9D9QVR9rfC/>. Acesso em: 29 maio 2026.

BARBOSA, R. V. M. *et al.* Desafios do envelhecimento populacional para o sistema de saúde. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 8, p. 377–388, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n8p377-388. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/6152>. Acesso em: 26 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação – a partir de 2008: notas técnicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/Morb_geral_loc_int_2008.pdf. Acesso em: 25 mai. 2025.

BOCCHI, E. A. *et al.* Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 120, n. 3, p. e20230091, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Zp6KZnFkDqWWBqFWwBpYPLr/>. Acesso em: 17 set. 2025.

BOZKURT, B. *et al.* Universal definition and classification of heart failure. **Journal of Cardiac Failure**, v. 27, n. 4, p. 387–413, abr. 2021. Disponível em: [https://www.onlinejcf.com/article/S1071-9164\(21\)00050-6/fulltext](https://www.onlinejcf.com/article/S1071-9164(21)00050-6/fulltext). Acesso em: 05 dez. 2025.

CARVALHO, Carolina *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise do quesito raça/cor. **Boletim Informativo do PROADESS**, Rio de Janeiro, n. 10, dez. 2022. Disponível em: https://proadess.fiocruz.br/Boletim_n10_PROADESS_ICsap_racacor_dez2022.pdf. Acesso em: 27 maio 2026.

CENKO, E. *et al.* Sex Differences in Heart Failure Following Acute Coronary Syndromes. **JACC: Advances**, v. 2, n. 3, p. 100294, 2023. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacadv.2023.100294>. Acesso em: 28 maio 2026.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa *et al.* Spatial distribution of mortality for heart failure in Brazil, 1996–2017. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 118, p. 41-51, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/xWDCdBYMxQRMVfLYdcB4gGq/?format=html&lang=pt#> Acesso em: 28 mai. 2026.

HEIDENREICH, P. A. *et al.* 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 79, n. 17, p. e263–e421, maio 2022. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2021.12.012>. Acesso em: 17 set. 2025.

INGLIS, S. C. *et al.* Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, p. CD007228, 2021. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007228.pub3/full>. Acesso em: 15 dez. 2025.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, p. 4s, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6W4NJSZ3bRkXjTcnKJkJTpv/>. Acesso em: 15 dez. 2025.

MARCONDES-BRAGA, F. G. *et al.* Atualização de tópicos emergentes da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 116, n. 6, p. 1174-1212, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/atualizacao-de-topicos-emergentes-da-diretriz-brasileira-de-insuficiencia-cardiaca-2021/>. Acesso em: 28 maio 2026.

McDONAGH, T. A. *et al.* 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **European Heart Journal**, Oxford, v. 42, n. 36, p. 3599–3726, set. 2021. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/36/3599/6358045>. Acesso em: 10 out. 2025.

MUNIZ, J. O. Preto no branco? Mensuração, relevância e concordância classificatória no país da incerteza racial. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 85-119, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/h5MfN9HqYTvsxsfsVsZDcbJ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2026.

OLIVEIRA, Glaucia Maria Moraes de *et al.* Posicionamento sobre a saúde cardiovascular nas mulheres–2022. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 119, n. 5, p. 815-882, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/d3WptpKVSbrdDWVf7vJT8Ry/?lang=pt>. Acesso em: 28 mai. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Doenças não transmissíveis**. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 03 dez. 2025.

PIOLA, Sergio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil: um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022**. Brasília: Ipea, 2024. 55 p. (Texto para Discussão, n. 3010). DOI: 10.38116/td3010-port. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14118>. Acesso em: 25 maio 2026.

POFFO, Milton Ricardo *et al.* Perfil dos pacientes internados por insuficiência cardíaca em hospital terciário. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, p. 189-198, 2017. Disponível em: https://ijcscardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/2359-4802-ijcs-30-03-0189/2359-4802-ijcs-30-03-0189-pt.x87136.pdf. Acesso em: 28 mai. 2026.

ROHDE, L. E. P. *et al.* Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 111, n. 3, p. 436–539, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/7nQfRV4gLQXdBSxfBYJCHfj/>. Acesso em: 03 dez. 2025.

TOMASIELLO, D. B. *et al.* **Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras**. Texto para Discussão n. 2832. Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/7c874904-171d-477e-af94-14ecd83a56d6>. Acesso em: 24 abr. 2025.

SAVARESE, G. *et al.* Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. **Cardiovascular Research**, v. 118, n. 17, p. 3272–3287, 2023. Disponível em: <https://academic.oup.com/cardiovasres/article/118/17/3272/6354076>. Acesso em: 15 dez. 2025.

SOUZA, A. *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. Disponível em: <https://bjihis.emnuvens.com.br/bjihis/article/view/4957>. Acesso em: 22 jan. 2026.

SOARES, K. C. B. *et al.* Perfil epidemiológico das internações por insuficiência cardíaca no Brasil entre 2018 e 2023. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 2, 2024. Disponível em: <https://bjihis.emnuvens.com.br/bjihis/article/view/1879/2098>. Acesso em: 29 maio 2026.

VALE, B. F. *et al.* Epidemiologia das internações hospitalares por insuficiência cardíaca no estado de Goiás. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 2666-2679, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/43988>. Acesso em: 22 jan. 2026.

ZIAEIAN, B.; HEIDENREICH, P. A.; XU, H.; DEVORE, A. D.; MATSOUAKA, R. A.; HERNANDEZ, A. F.; BHATT, D. L.; YANCY, C. W.; FONAROW, G. C. Race/ethnic differences in outcomes among hospitalized Medicare patients with heart failure and preserved ejection fraction. **JACC: Heart Failure**, v. 5, n. 7, p. 483-493, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5524150/>. Acesso em: 28 mai. 2026.