

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇA REUMÁTICA CRÔNICA DO CORAÇÃO NO BRASIL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO COM DADOS DO DATASUS (2020-2024)

BAGGIO, Raíssa Salles¹
FOGAÇA, Karlla Danciger Magalhães²
RADAELLI, Patrícia Barth³
GARBIN, Gessica⁴

RESUMO

A Doença Reumática Crônica do Coração (DRCC) é uma das principais causas de morbimortalidade cardiovascular evitável no Brasil. Especialmente naquelas populações em situação de vulnerabilidade social. Sua origem está atrelada à evolução da febre reumática não tratada adequadamente, decorrente de infecção estreptocócica, que provoca lesões valvares progressivas e complicações graves, como insuficiência cardíaca, arritmias e acidentes vasculares cerebrais. No país, o cenário é agravado pela falta de informação, diagnóstico precoce insuficiente e barreiras de acessos aos serviços especializados, fatores que contribuem para hospitalizações recorrentes e aumento de mortalidade. O objetivo desta pesquisa é analisar o perfil epidemiológico e demográfico das internações por DRCC no Brasil, entre os anos de 2020 e 2024, a partir de dados secundários disponibilizados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS/DATASUS). Metodologia: trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, descritivo, correlacional e documental, que considera variáveis como faixa etária, sexo, raça/cor, região geográfica e desfechos clínicos, com ênfase na ocorrência de óbitos. Conclusão: os resultados apontam que a DRCC permanece como um grave problema de saúde pública, com maior acometimento em adultos de meia-idade e idosos, predominância no sexo feminino e impacto significativo em populações pardas e residentes das regiões Sudeste e Nordeste. Conclui-se que a doença exige políticas públicas voltadas à prevenção primária e secundária, ao fortalecimento da atenção básica e à ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno, visando reduzir hospitalizações e mortalidade associadas à patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Doença reumática crônica do coração. Epidemiologia. Perfil demográfico. Internações hospitalares.

EPIDEMIOLOGICAL AND DEMOGRAPHIC PROFILE OF HOSPITALIZATIONS DUE TO CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE IN BRAZIL: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DATASUS DATA(2020-2024)

ABSTRACT

Chronic Rheumatic Heart Disease (CRHD) is one of the leading causes of preventable cardiovascular morbidity and mortality in Brazil, particularly among socially vulnerable populations. Its origin is related to the progression of untreated rheumatic fever caused by streptococcal infection, leading to progressive valvular damage and severe complications such as heart failure, arrhythmias, and stroke. In Brazil, this scenario is worsened by the lack of information, insufficient early diagnosis, and barriers to specialized care, which contribute to recurrent hospitalizations and increased mortality rates. The objective of this study is to analyze the epidemiological and demographic profile of hospital admissions due to CRHD in Brazil between 2020 and 2024, based on secondary data from the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH-SUS/DATASUS). Methodology: this is an epidemiological, quantitative, descriptive, correlational, and documental study that considers variables such as age group, sex, race/skin color, geographic region, and clinical outcomes, with emphasis on deaths. Conclusion: the results indicate that CRHD remains a major public health problem, with greater occurrence in middle-aged and elderly adults, predominance among females, and significant impact on brown-skinned populations and residents of the Southeast and Northeast regions. It is concluded that the disease requires

¹ Graduanda em Medicina pela Instituição Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (2022-2027).E-mail: raissasallesbaggio@gmail.com

² Graduanda em Medicina pela Instituição Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (2022-2027).E-mail: karllamaga14@gmail.com

³ Graduada em Letras pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (1997-2000). Mestre em Letras pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (2003-2005). Doutora em Letras pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (2014-2016).E-mail: patricia@fag.edu.br

⁴ Graduada em Medicina pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (2008-2013). Residência em Clínica Médica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Residência em Reumatologia pela Universidade Estadual de Londrina.

public health policies aimed at primary and secondary prevention, strengthening of primary care, and expansion of access to timely diagnosis and treatment, in order to reduce hospitalizations and mortality associated with this condition.

KEYWORDS: Chronic Rheumatic Heart Disease. Epidemiology. Demographic Profile. Hospital Admissions.

1. INTRODUÇÃO

A Doença Reumática Crônica do Coração (DRCC) constitui um relevante problema de saúde pública no Brasil, particularmente entre populações em situação de vulnerabilidade social, com limitado acesso às ações básicas de prevenção e tratamento da faringoamigdalite estreptocócica (Fioroto; Freire; Rodrigues *et al.*, 2024). Esta infecção, quando não tratada adequadamente, pode evoluir para febre reumática e, em sua forma crônica, comprometer estruturas cardíacas, levando à cardiopatia reumática crônica. Suas complicações incluem insuficiência cardíaca, valvopatias e arritmias, sendo responsáveis por hospitalizações recorrentes e aumento da mortalidade por causas evitáveis.

Apesar da existência de políticas públicas de prevenção primária e secundária da febre reumática, observa-se escassez de estudos atualizados que caracterizem o perfil dos pacientes hospitalizados por DRCC no Brasil, especialmente no que diz respeito às variáveis sociodemográficas e aos desfechos clínicos. Essa lacuna no conhecimento limita a formulação de estratégias de saúde mais específicas, dificultando a alocação de recursos e a implementação de ações de prevenção e manejo direcionadas às populações mais afetadas.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico das internações hospitalares por Doença Reumática Crônica do Coração no Brasil, no período de 2020 a 2024, com base em dados secundários extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A análise considerará variáveis como faixa etária acima de 20 anos, sexo, raça/cor, região geográfica e desfechos clínicos, com ênfase na ocorrência de óbitos. A investigação visa subsidiar o planejamento de políticas públicas mais eficazes na redução da morbimortalidade associada à DRCC, além de contribuir para o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e atenção à saúde cardiovascular.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO E FISIOPATOLOGIA

A doença reumática crônica do coração provém de complicações de uma doença denominada febre reumática aguda, sendo esta uma resposta inflamatória do corpo que ocorre de forma anômala pela presença de uma bactéria dos estreptococos do grupo A (Chitolina *et al.*, 2024). Essa patologia crônica inicia com a infecção da faringe por esse grupo de bactérias, em especial pelo *Streptococcus pyogenes*, gerando, no primeiro momento, a faringite estreptocócica (Santos, 2024).

A faringite estreptocócica é mais comum na idade entre 5 e 15 anos e possui alguns sintomas como odinofagia (dor ao engolir), dor na região acometida, febre de 38,3 a 40 graus e dor de cabeça. Podem também os pacientes pediátricos apresentarem sintomas como dores abdominais, náuseas e vômitos e alguns outros achados no exame físico como linfadenite cervical e eritema na faringe, tendo ou não material exsudativo (Lobo *et al.*, 2024; Santos, 2024).

Em grande parte dos casos essa infecção na faringe tende a ser autolimitada, podendo os sintomas desaparecerem em poucos dias e a temperatura se normalizando em torno de 3 a 5 dias. Já a odinofagia tende a desaparecer após uma semana do aparecimento dos outros sintomas (Santos, 2024).

Após essa infecção faríngea, pode-se observar que há uma apresentação do antígeno (neste caso partes específicas da bactéria) há algumas células como neutrófilos, macrófagos, células dendríticas e linfócitos T, o que gera toda uma resposta imune a doença, tendo, em um primeiro momento, a produção de anticorpos de classe IgM e IgG pelo paciente, para, posteriormente, ter a ativação de tipos específicos de linfócitos, os TCD4 (Santos, 2024).

Posteriormente a essa resposta imune inicial, o que ocorre é um processo denominado de mimetização celular, em que o corpo reconhece uma parte idêntica (denominada Proteína M) entre uma parte da bactéria que também está presente nas células cardíacas. Desta forma, o paciente começa a produzir anticorpos contra a bactéria, mas que também afetarão o tecido cardíaco, por os dois possuírem essa estrutura em comum (Lobo *et al.*, 2024; Santos, 2024).

A cardite por conta da febre reumática vai ocorrendo à medida que esses anticorpos se acoplam nas válvulas cardíacas, em resposta a proteína M. Além da inflamação recorrente, o que também ocorre é uma infiltração das células T, levando a formação de granulomas na região abaixo do endocárdio (Santos, 2024).

2.2 FATORES DE RISCO

Em relação aos fatores de risco, os principais estão associados a idade, parte socioeconômica e ao sexo (Figueira *et al.*, 2020). É importante salientar que a febre reumática, causa da doença crônica reumático do coração, é mais comum em crianças dos 5 aos 14 anos, embora possam existir casos de crianças com 2 a 3 anos até adultos acima dos 30, não sendo o mais comum. Já a doença crônica, a consequência dessa infecção aguda, tem prevalência na idade adulta – entre 25 e 45 anos, sendo a maioria dos internamentos costuma ser entre 40 a 69 anos (Lobo *et al.*, 2024; Azevedo *et al.*, 2024).

Tabela 1 – Internamentos de 2020 a 2024 por doença reumática crônica do coração de acordo com faixa etária

Faixa Etária 1	Internações
20 a 29 anos	1623
30 a 39 anos	3582
40 a 49 anos	6485
50 a 59 anos	8646
60 a 69 anos	8287
70 a 79 anos	4848
80 anos e mais	880

Fonte: Brasil (2025) organizado pelos autores.

Já em relação ao sexo, obteve-se maior incidência da doença no sexo feminino e principalmente aquelas de raça parda (Costa *et al.*, 2024). Quando se analisa a parte socioeconômica, observa-se que quando um maior número de pessoas que moram na mesma casa, mais fácil o contágio da causa base da doença crônica. Ademais, cabe ressaltar que as condições socioeconômicas também impactam no quesito acesso a cuidados médicos adequados, o que impacta ainda mais nos maiores índices da doença (Santos, 2024; Chitolina *et al.*, 2024).

2.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E COMPLICAÇÕES

Quando se trata das manifestações clínicas, na fase aguda da febre reumática pode haver artrite (principalmente uma poliartrite dolorosa e migratória), cardite, movimentos involuntários como a coreia, lesões cutâneas e subcutâneas sobre os ossos ou tendões e, em mais de 50% dos casos, a miocardite – sendo está uma das principais manifestações da patologia, sendo a única associada a mortalidade e danos irreversíveis (Maria *et al.*, 2024).

Após a fase aguda da febre reumática, o que pode ocorrer é a progressão tardia para a fase de cardiopatia reumática crônica, a qual acomete majoritariamente as valvas esquerdas, com maior

afinidade à valva mitral. Pode ocorrer também uma pancardite, em que a inflamação envolverá os três folhetos cardíacos – pericárdio, endocárdio e miocárdio (Maria *et al.*, 2024).

A manifestação vascular precoce e mais comum é a regurgitação mitral patológica, que pode ser identificada na ausculta cardíaca com sopros regurgitantes. Pode também haver, concomitantemente, regurgitação aórtica e, em alguns casos, regurgitação tricúspide. As complicações da cardiopatia reumática incluem insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral embólico, e endocardite (Maria *et al.*, 2024; Carapetis *et al.*, 2016).

Já a sintomatologia está atrelada a essa manifestação cardíaca, ocorrendo dispneia aos esforços como sintomatologia inicial, a qual pode piorar de forma gradual, à medida que as valvas cardíacas vão sofrendo mais danos (Maria *et al.*, 2024). Quando há estenose mitral, há um aumento das pressões exercidas pelo sangue no átrio esquerdo e, com isso, uma resposta inflamatória acaba sendo gerada, secundariamente a cardite. Tudo isso, em conjunto, leva a uma fibrose intersticial da parede desse átrio, gerando disfunção e dilatação do átrio esquerdo, que, por fim, tem suas propriedades elétricas alteradas e com isso pode surgir a fibrilação atrial (Stassen *et al.*, 2022).

Além disso, uma vez que a valva mitral sofre a estenose, o fluxo sanguíneo acaba sendo limitado e o funcionamento do coração, como bomba, não ocorre de forma plena que deveria, gerando sobrecarga para o átrio esquerdo e culminando em insuficiência cardíaca (Bitan *et al.*, 2020). Outras complicações estão relacionadas a parte cerebral, como acidentes vasculares cerebrais, que se relacionam com a estenose mitral e a própria fibrilação atrial (Karthikeyan *et al.*, 2020).

2.4 DIAGNÓSTICO

Quando se trata do diagnóstico da doença reumática crônica do coração, devem ser levados em consideração a variedade das manifestações clínicas da doença, sejam elas miocardite, insuficiência cardíaca, arritmias como a fibrilação atrial e própria doença cardíaca valvar (Gerber *et al.*, 2009).

Nos casos de miocardite, é necessário avaliar os distúrbios de condução do coração. Para isso, um eletrocardiograma se faz imprescindível, pois pode mostrar as diferentes formas de bloqueio atrioventriculares, sejam eles de primeiro, segundo ou terceiro grau (Gerber *et al.*, 2009).

Pode-se também solicitar uma radiografia de tórax para casos de cardiomegalia ou até mesmo congestão vascular do pulmão, manifestações comuns associadas aos quadros de insuficiência cardíaca. O exame ecocardiograma transtorácico é complementar a ausculta durante o exame físico, oferecendo maior sensibilidade e especificidade diagnóstica para a cardiopatia reumática (Gerber *et al.*, 2009).

No ano de 2012, a Federação Mundial do Coração divulgou alguns critérios para o diagnóstico da cardiopatia reumática por meio do que é observado no exame de ecocardiograma. Os critérios dependem da idade e são divididos em idade superior ou inferior a 20 anos (Gerber *et al.*, 2009).

Entre esses critérios, estão os graus de estenose, características morfológicas, acometimento de valva mitral e/ou aórtica. Entre as morfológicas podem ser avaliados espessamentos dos folhetos, espessamento das cordas tendíneas do coração, movimento restrito do folheto e movimento excessivos do folheto durante a sístole. De acordo com essas análises, os pacientes são classificados em um dos 3 grupos: doença cardíaca reumática definitiva; doença reumática limítrofe ou resultados ecocardiográficos normais (Gerber *et al.*, 2009).

2.5 TRATAMENTO

O tratamento da cardiopatia reumática pode ser subdividido tanto em prevenção da doença como o tratamento a longo prazo. Quando se fala de prevenção primária, é basicamente o reconhecimento precoce da presença do patógeno e com isso o tratamento da faringite estreptocócica do grupo A para prevenir o aparecimento da febre reumática aguda. Para isso, deve ser utilizado a penicilina G benzatina, de administração intramuscular, sendo o antibiótico mais amplamente utilizado para o tratamento da faringite (Gerber *et al.*, 2009).

Caso a pessoa tenha firmado o diagnóstico comprovado da febre reumática aguda, o que se pode realizar é a profilaxia secundária, de forma a suprimir a resposta inflamatória do coração e das articulações. Para isso, pode ser utilizada a mesma injeção de penicilina, de forma recorrente, a cada 3 a 4 semanas para prevenir a infecção recorrente pela bactéria. Para isso, pode-se classificar os indivíduos em dois grupos – aqueles que não tem a doença valvar residual e aqueles que já possuem uma valvulite com doença valvular persistente (Gerber *et al.*, 2009).

O primeiro grupo, aqueles sem doença valvar residual, recomenda-se a profilaxia secundária por um período de 10 anos após o último ataque ou pelo menos até completar 21 anos (o que for mais longo). Já para os pacientes com a valvulite, a profilaxia também é sugerida por 10 anos após o último ataque ou até os 40 anos (o que for mais longo). Já para aqueles com danos mais graves, pode-se utilizar a profilaxia secundária vitalícia (Ferreira *et al.*, 2024; Alves *et al.*, 2024).

Em relação a valva mitral, o que pode ser realizado é um procedimento denominado de valvuloplastia mitral por balão, em que há uma substituição da valva mitral em casos de estenose sem regurgitação, arritmias e trombos. A intervenção cirúrgica normalmente é a base de tratamento para os quadros mais graves da doença (Gerber *et al.*, 2009).

Caso o paciente tenha insuficiência cardíaca, o tratamento pode ser clínico com medicamentos, o que inclui inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA), diuréticos e betabloqueadores. É importante salientar que, ainda hoje, não há cura para a doença cardíaca reumática (Gerber *et al.*, 2009).

2.6 CUSTOS E IMPACTO ECONÔMICO

Analisando o período entre 2018 e 2022 no Brasil, ocorreram cerca de 5.528.773 internações associadas a problemas circulatórios, das quais 33.791 (0,61%) foram atribuídas a doença reumática crônica do coração. É importante ressaltar que o fator econômico é intrinsecamente ligado tanto a descoberta precoce da doença como ao tratamento eficaz. No período analisado, foram gastos em média R\$57.987.825,6/ ano, número elevado quando se leva em consideração o cenário de escassez de recursos para saúde em lugares mais pobres no país. Os gastos acabam se tornando cíclicos, à medida que, uma vez a região sendo mais pobre, menor a quantidade de diagnósticos precoces, menor o acesso ao tratamento e com isso a necessidade maior de gastos com quadros mais graves (Alves *et al.*, 2024).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, de caráter descritivo, retrospectivo e com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da análise de dados secundários de domínio público, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A coleta de dados foi realizada através da plataforma TABNET, utilizando as informações do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Foram selecionados os registros de internações hospitalares classificadas sob a Categoria "Doenças Reumáticas Crônicas do Coração", abrangendo o período de 1º de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2024, com recorte espacial para todo o território brasileiro.

Os dados extraídos foram organizados e estratificados com base nas seguintes variáveis de interesse: sexo, faixa etária (a partir de 20 anos), raça/cor, região geográfica de internação e desfecho clínico (óbito). Foram incluídos na análise todos os registros de internações que ocorreram no período estipulado e que continham as informações necessárias para a estratificação pretendida. Foram excluídos registros referentes a pacientes com idade inferior a 20 anos, bem como dados duplicados ou inconsistentes que pudessem comprometer a fidedignidade da análise.

A análise dos dados foi conduzida por meio de estatística descritiva, utilizando as próprias ferramentas de tabulação da plataforma DATASUS, complementada pelo uso de planilhas eletrônicas para a organização, cálculo de frequências absolutas e percentuais, e elaboração de tabelas e gráficos. A abordagem do estudo seguiu uma perspectiva indutiva, na qual os padrões e tendências emergiram da análise direta dos dados coletados. Os resultados foram interpretados e discutidos à luz da literatura científica pertinente, com o objetivo de caracterizar o perfil das hospitalizações por DRCC no Brasil e subsidiar o planejamento de políticas públicas de saúde.

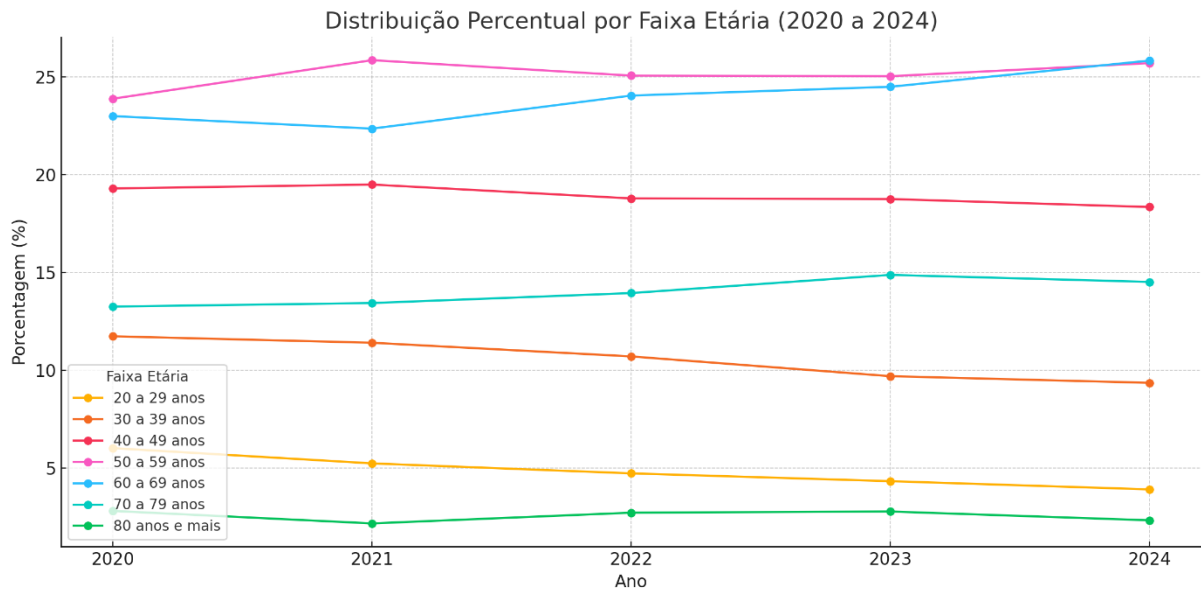
Por se tratar de uma pesquisa fundamentada exclusivamente em dados secundários de acesso público e irrestrito, que não permitem a identificação individual dos pacientes, o projeto dispensou a submissão e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao analisar os dados no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024, foram contabilizadas um total de 34351 internações devido a doença reumática crônica do coração. Deste total, houve uma predominância de casos na faixa etária de 50 a 59 anos (25,16%), seguido do grupo de 60 a 69 anos (24,12%), dados que, em conjunto, contabilizam quase 50% do total das internações entre as faixas etárias analisadas (Gráfico 1).

Esses dados relacionados à faixa etária reforçam a importância de se analisar o envelhecimento populacional como um fator principal na saúde cardiovascular. As faixas que se encontram entre os 50 até os 70 anos apresentam maiores taxas de internações por conta de se encontrarem em um grupo de maior vulnerabilidade a complicações cardíacas decorrentes da febre reumática (principalmente as de origem valvares). Esse aumento de risco está intrinsicamente ligado a maior prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade, que contribuem significativamente para o agravamento do estado cardiovascular. Com isso, além do surgimento de novas alterações cardíacas, pode haver piora do quadro clínico básico de cardiopatia reumática. Além disso, o acúmulo de múltiplos fatores de risco ao longo da vida pode aumentar o número de desfechos adversos (Fioroto; Freire; Rodrigues *et al.*, 2024).

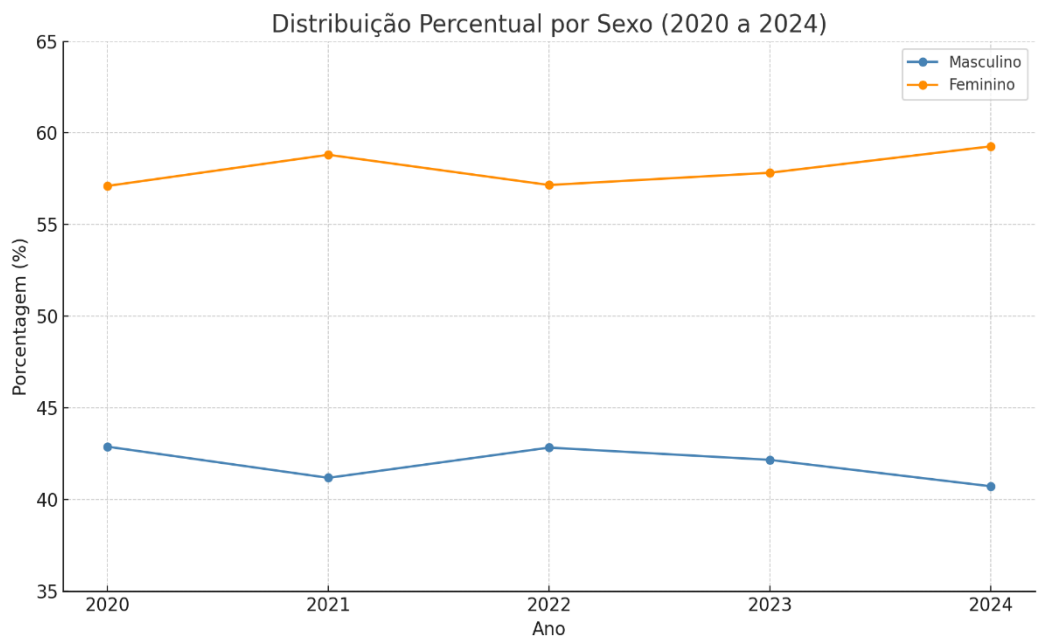
Gráfico 1 - Distribuição Percentual por Faixa Etária (2020 a 2024)



Fonte: Brasil (2025) organizado pelos autores.

Em relação ao sexo mais acometido, os dados evidenciam maiores taxas de acometimento na população feminina, visto que do total de internações, 19.953 foram de mulheres, o que reflete em uma porcentagem de 58,09%, em comparação ao sexo masculino que obteve um total de 14.398 internações, no mesmo período, representando uma porcentagem de 41,91% (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição Percentual por Sexo (2020 a 2024)

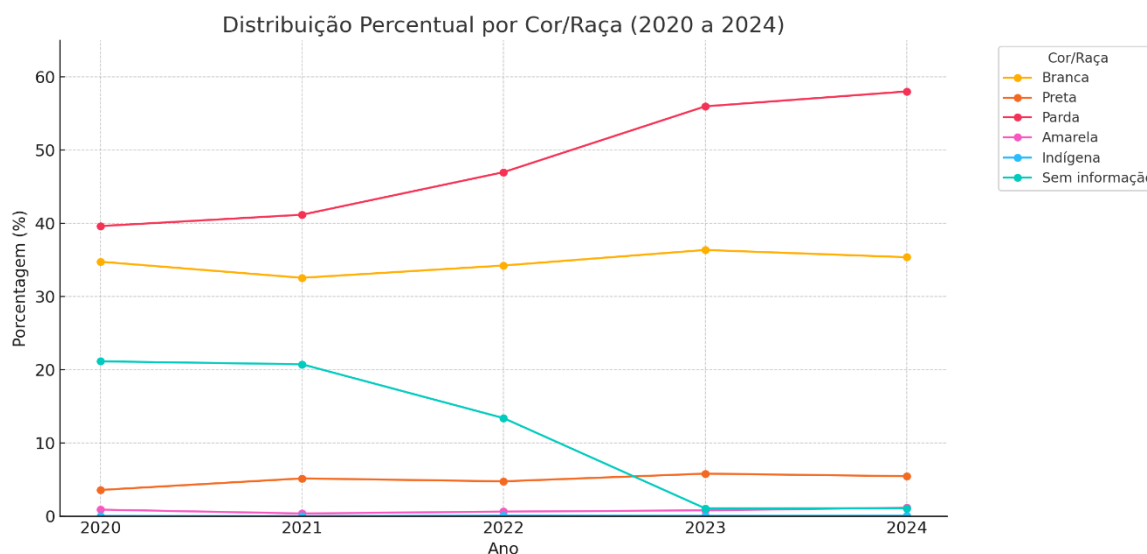


Fonte: Brasil (2025) organizado pelos autores.

Essas porcentagens maiores no sexo feminino estão associadas a múltiplos fatores. Biologicamente, as mulheres possuem maior predisposição a algumas doenças autoimunes, a exemplo da doença reumática crônica do coração. Isso se deve a influência hormonal, principalmente do estrogênio, e a genética (presença de dois cromossomos X), o que pode gerar uma resposta imunológica e inflamatória mais exacerbada do que nos homens. Além disso, nas mulheres, há um padrão de acometimento valvar diferente, envolvendo principalmente as valvas mitral e tricúspide, o que gera lesões estenóticas e regurgitantes, que tendem a evoluir clinicamente com maior impacto funcional e maior necessidade de internamentos. Ademais, outros fatores podem contribuir para as maiores taxas no sexo feminino, como a detecção mais frequente durante a idade reprodutiva, principalmente por conta do pré-natal e condições socioeconômicas que podem atrasar o diagnóstico e o tratamento adequado (Negi *et al.*, 2020)

Já quando o parâmetro analisado é a diferença por raça, as maiores porcentagens de internações ocorrem na raça parda, totalizando 17.023 (49,57%), seguido da raça branca que contabiliza 11.943 internações (34,77%) (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição Percentual por Cor/Raça (2020 a 2024)



Fonte: Brasil (2025) organizado pelos autores.

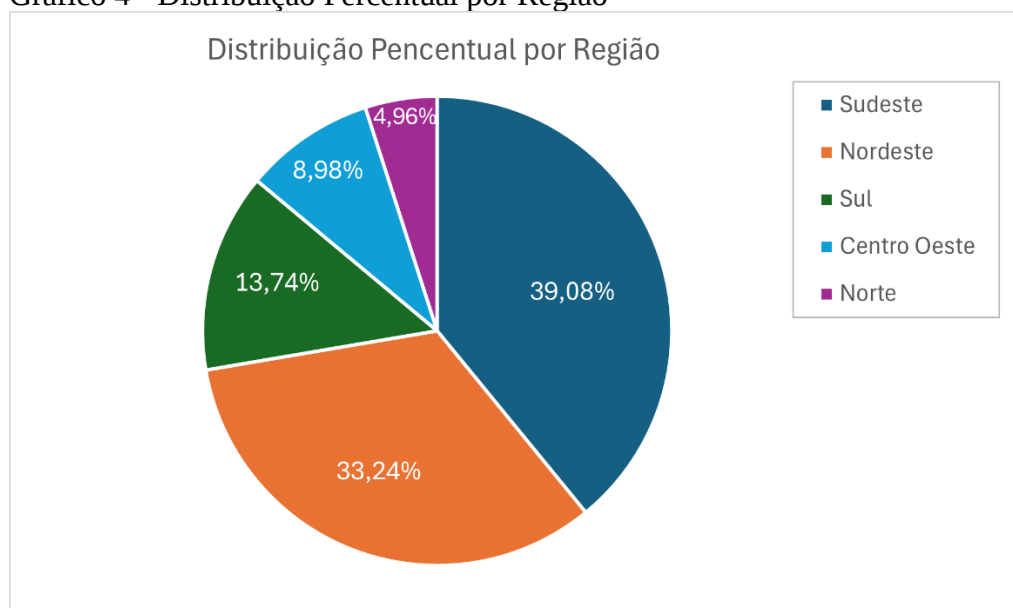
A alta ocorrência da doença entre indivíduos pardos evidencia uma relação já conhecida entre a doença reumática crônica do coração e os contextos de vulnerabilidade social, levando em consideração o acesso a cuidados médicos, saneamento básico e habitação digna (Bussmann *et al.*, 2025). Além disso, é preciso salientar que não existem muitos estudos que relacionem diretamente a prevalência da doença em relação as diferentes etnias. Essa realidade em que pardos e brancos possuem maior número de internações também pode ser explicada pela composição étnica do país,

em que a maioria da população se autodeclara parda, seguida da população branca (De Góis Carvalho Silva *et al.*, 2025).

No que tange as regiões geográficas brasileiras, há liderança da região sudeste com 13426 internações (39,09%), seguida pela região nordeste com 11418 (33,24%). O terceiro lugar está ocupado pela região sul, com 4719 (13,74%). Em contrapartida, as regiões menos afetadas são a região centro oeste 3085 (8,98%) e a norte 1703 (4,96%) (Gráfico 4).

Esses dados podem ser explicados tanto pela maior densidade populacional dessas áreas quando pela presença de populações em situação de vulnerabilidade social (Azevedo *et al.*, 2024). Isso inclui menor acesso a serviços de saúde de qualidade, diagnóstico tardio da base da doença (infecção estreptocócica) e consequentemente da obtenção de tratamento adequado. Em contraponto, as regiões menos afetadas (centro oeste e norte), podem indicar tanto uma verdadeira redução na incidência da doença quanto eventuais falhas nos registros de novos casos – seja por subnotificação ou dificuldades de acesso ao sistema de saúde (Bussmann *et al.*, 2025).

Gráfico 4 - Distribuição Percentual por Região



Fonte: Brasil (2025) organizado pelos autores.

Por fim, o número de óbitos por Doença Reumática Crônica do Coração apresentou crescimento constante, no período de 2020 a 2024, passando de 486 mortes em 2020 para 673 em 2024. Em termos proporcionais, a letalidade entre os internados evoluiu de 16,95% em 2020 para 23,46% em 2024.

Esse aumento na mortalidade pode ser atribuído a diversos fatores, como o diagnóstico tardio, obstáculos no acesso a tratamentos especializados e a maior vulnerabilidade de determinadas populações a condições de risco. Pesquisas epidemiológicas anteriores confirmam essa tendência,

evidenciando que, mesmo com os progressos no tratamento clínico, a Doença Reumática Crônica do Coração continua apresentando altos índices de óbito no Brasil, sobretudo em áreas com menor oferta de serviços de saúde. Além disso, a pandemia da COVID-19 contribuiu, significativamente, nos óbitos por esta doença ao provocar atrasos nos diagnósticos e, consequentemente, nos tratamentos, seja em razão de cancelamentos ou adiamento de consultas ou por falta de procedimentos médicos. Isso corroborou para a piora clínica de muitos pacientes. Somado a isso, houve baixa adesão a profilaxia secundária nesse período, o que contribuiu para a progressão da doença. Esses fatores evidenciam a urgência de políticas públicas voltadas ao fortalecimento da atenção primária e à ampliação do acesso a intervenções precoces, com o objetivo de reduzir a mortalidade relacionada à Doença Reumática Crônica do Coração no país (Oliveira, 2024).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, ao analisar o perfil epidemiológico e demográfico das internações por Doença Reumática Crônica do Coração (DRCC) no Brasil entre 2020 e 2024, confirma a persistência desta patologia como um relevante problema de saúde pública. Os dados extraídos do DATASUS revelam um cenário preocupante, marcado não apenas por um número expressivo de 34.351 hospitalizações, mas também por um aumento progressivo na letalidade, que subiu de 16,95% para 23,46% ao longo do período analisado.

Os resultados demonstram que a DRCC afeta desproporcionalmente populações específicas. Houve uma clara predominância de internações no sexo feminino (58,09%) e em indivíduos autodeclarados pardos (49,57%). A análise etária indicou que as faixas de 50 a 69 anos concentram quase metade dos casos, evidenciando o impacto da doença na população adulta e idosa. Geograficamente, as regiões Sudeste e Nordeste foram responsáveis pela maioria das hospitalizações, refletindo as desigualdades socioeconômicas e de acesso à saúde no país.

A associação entre a maior prevalência em mulheres, pardos e residentes de regiões com maiores bolsões de pobreza reforça o caráter da DRCC como uma doença de vulnerabilidade social. Fatores como o diagnóstico tardio da febre reumática, a descontinuidade da profilaxia secundária e a dificuldade de acesso a tratamentos especializados, agravados por desafios conjunturais como a pandemia de COVID-19, contribuem para a progressão da doença e para os desfechos fatais observados.

Diante do exposto, os achados deste estudo ressaltam a urgência de fortalecer as políticas públicas voltadas para o controle da DRCC. É imperativo intensificar as ações de prevenção primária, com o diagnóstico e tratamento adequados da faringoamigdalite estreptocócica, e garantir a adesão à

profilaxia secundária. Ademais, é crucial direcionar recursos para as populações e regiões mais vulneráveis, ampliando o acesso a serviços cardiológicos especializados e a intervenções cirúrgicas quando necessárias. A contínua vigilância epidemiológica e a realização de novas pesquisas são fundamentais para monitorar a efetividade das estratégias implementadas e reduzir a morbimortalidade associada a esta doença evitável no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. F.; PEREIRA, P. H. S.; VIDAL, T. G. S.; SCHULZ, M. E. B.; CARVALHO, L. B.; PINHO, M. L. B.; FRANÇA, J. V. T. Impacto da doença reumática crônica do coração no Brasil: um estudo pela perspectiva do SUS. **Revista Contemporânea**, [S. l.], v. 4, n. 12, e6891, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/6891>. Acesso em: 13 maio 2025.
- AZEVEDO, Y. M. C. de; PAULA, A. C. N. de; SOUZA, L. K. F. de; SILVA, N. S. N.; ARAUJO, B. M. de. Panorama da cardiopatia reumática em mulheres no Brasil entre os anos de 2013 a 2023. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 3, e70412, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/70412>. Acesso em: 13 maio 2025.
- BITAN, A.; MAZOR-DRAY, E.; WEINSTEIN, J.; CARMEL, S.; ILIA, R. Rheumatic mitral stenosis: long-term follow-up of adult patients with nonsevere initial disease. **Cardiology**, [S. l.], v. 145, n. 3, p. 155-160, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de saúde: TABNET**. Brasília, DF, 2025. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 13 maio 2025.
- BUSSMANN, E.; RODRIGUES, G. S.; MATOS, A. de; SENA, M. B. de; GOMES, P. A. M. C.; HARTMANN, L. B. B.; PORCIÚNCULA, L. V.; BELLOTTO, M. E. Perfil epidemiológico da febre reumática aguda: incidência e prevalência no Brasil (2019-2024). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 821-836, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n5p821-836>. Acesso em: 16 ago. 2025.
- CARAPETIS, J. R.; BEATON, A.; CUNNINGHAM, M. W.; GUILHERME, L.; KARTHIKEYAN, G.; MAYOSI, B. M. et al. Acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. **Nature Reviews Disease Primers**, [S. l.], v. 2, 15084, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.84>.
- CHITOLINA, B. C.; SOUZA, R. J. V. de; SANTANA, A. H.; ROSADO ÁLVARO, B.; VIEIRA, L. M.; BRITO, W. L. de; MAGALHÃES, L. H. de; SOARES, M. G. P.; LEMOS, I. D. C. de C.; VALENTE, M. dos S.; SOUZA, L. H. de; FIGUEIRA, K. P.; ALBERNAZ, F. F.; DIAS, J. P.; SOUSA, A. L. M. V. de; BARROSO, L. B. S.; BAIANO, V. C. B.; DIAS, A. X.; ARAGÃO, E. F. Cardiopatia reumática: uma avaliação da incidência de internações e seus desafios para a saúde pública. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 2365-2376, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2239>. Acesso em: 13 maio 2025.

COSTA, W. A.; VALENTE, L. M. V.; HARROP, T. A.; LOPES, G. R.; AZEVEDO, M. E. G.; SANTOS, K. M. C.; DANTAS, H. V. P. Tendência de internações por cardiopatia reumática crônica na região Nordeste nos últimos 10 anos e impacto da pandemia de COVID-19. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, 79., 2024, Brasília, DF. **Anais [...]**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2024.

DE GÓIS CARVALHO SILVA, A.; NERYS, S. R. G.; DIAS DE FREITAS, M. V. G.; ALCEBÍADES, M. A. B.; ASSUNÇÃO, F. S.; BARBOSA, A. T.; DA SILVA, D. B. M.; BUENO, Â. C. A.; LUNA, B. M. A.; BETTONI, A. V. M.; DORNAS, S. G. B.; DE BRITO, T. B. Internações e óbitos por doença reumática do coração: tendências epidemiológicas e impacto na saúde pública. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 1228-1244, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p1228-1244>. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5443>. Acesso em: 16 ago. 2025.

FERREIRA, R. M.; REQUEIJO, N. M.; RODRIGUES, G. M.; SANTOS, J. V. T. M. dos; SIQUEIRA, E. C. de. Uma análise da cardiopatia reumática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 24, n. 2, e14296, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14296>. Acesso em: 13 maio 2025.

FIGUEIRA, C. B.; DIAS, C. S.; COSTA, C. R.; MACENA MARTINS, K.-L.; BANDEIRA DA SILVA, M.; VIEIRA RUELA, M. et al. Perfil epidemiológico e óbitos em pacientes internados com doença reumática crônica do coração entre 2012 a 2018 em Estado de Tocantins. **Revista de Patologia do Tocantins**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 37-40, 2020. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/10730>. Acesso em: 13 maio 2025.

FIOROTO, G.; FREIRE, I. R.; RODRIGUES, J. H.; ABREU, M. M. de C.; MOURA, M. L. V. Doença reumática crônica do coração: análise epidemiológica dos anos 2017 a 2022. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 9, e76147, 2024. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-435>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/76147>. Acesso em: 16 ago. 2025.

GERBER, M. A.; BALTIMORE, R. S.; EATON, C. B.; GEWITZ, M.; ROWLEY, A. H.; SHULMAN, S. T.; TAUBERT, K. A. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis. **Circulation**, [S. l.], v. 119, n. 11, p. 1541-1551, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.191959>.

KARTHIKEYAN, G.; CONNOLLY, S. J.; YUSUF, S. Overestimation of stroke risk in rheumatic mitral stenosis and the implications for oral anticoagulation. **Circulation**, [S. l.], v. 142, n. 18, p. 1697-1699, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050347>.

LOBO, B. R.; NOVAES, E. M.; ANDRADE, G. A. de; VAZQUEZ, L. V. C.; SOARES, L. de A. S. K.; AMARAL, L. da C. T.; SILVEIRA, L. C.; RIBEIRO, T. Considerações epidemiológicas e clínicas relacionadas à febre reumática aguda e à doença cardíaca reumática. **Epitaya**, [S. l.], v. 1, n. 59, p. 455-482, 2024. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/1002>. Acesso em: 13 maio 2025.

MARIA, Y.; COSTA, S.; JÚLIA, M.; DE C, E.; EDUARDA, M.; GUSTAVO, L. Cardiopatia reumática: aspectos clínicos e terapêuticos. In: FERREIRA, E. (org.). **Cardiopatias na atenção primária à saúde**. São Paulo: Editora Pasteur, 2024. p. 8-16.

NEGI, P. C.; KANDORIA, A.; ASOTRA, S.; GANJU, N. K.; MERWAHA, R.; SHARMA, R.; MAHAJAN, K.; RAO, S. Gender differences in the epidemiology of rheumatic fever/rheumatic heart disease (RF/RHD) patient population of hill state of northern India: 9 years prospective hospital based, HP-RHD registry. **Indian Heart Journal**, [S. l.], v. 72, n. 6, p. 552-556, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2020.09.011>.

OLIVEIRA, Isabel Pereira de. Perfil epidemiológico da doença reumática crônica do coração no Brasil entre 2020 e 2024. In: CONGRESSO NACIONAL DE CARDIOLOGIA MULTIDISCIPLINAR, 1., 2024, Sete Lagoas. **Anais [...]**. Sete Lagoas: [s. n.], 2024. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/i-congresso-nacional-de-cardiologia-multidisciplinar-454358/905036-PERFIL-EPIDEMIOLOGICO-DA-DOENCA-REUMATICA-CRONICA-DO-CORACAO-NO-BRASIL-ENTRE-2020-E-2024>. Acesso em: 16 ago. 2025.

SANTOS, G. V. dos. Febre reumática: fatores de risco, fisiopatologia e diagnóstico. **Revista Foco**, [S. l.], v. 17, n. 5, e4877, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4877>. Acesso em: 13 maio 2025.

SANTOS, Maria da Silva; OLIVEIRA, João Carlos. Análise epidemiológica das internações por doenças cardiovasculares no Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 10, n. 2, p. 45-58, jul./ago. 2025. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/76147/52975>. Acesso em: 16 ago. 2025.

STASSEN, J.; BUTCHER, S. C.; NAMAZI, F.; AJMONE MARSAN, N.; BAX, J. J.; DELGADO, V. Left atrial deformation imaging and atrial fibrillation in patients with rheumatic mitral stenosis. **Journal of the American Society of Echocardiography**, [S. l.], v. 35, n. 5, p. 486-494.e2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.echo.2021.12.010>.