

Mortalidade por Cardiomiopatias no Brasil

Mortality from Cardiomyopathies in Brazil

André Rodrigues Durães¹ 

Hospital das Clínicas – Universidade Federal da Bahia,¹ Salvador, BA – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: *Análise Têmporo-Espacial da Mortalidade por Cardiomiopatias no Brasil entre 2001 e 2021*

As cardiomiopatias representam um grupo heterogêneo de doenças do músculo cardíaco que, embora individualmente menos prevalentes que a doença arterial coronariana, impõem uma carga substancial de morbimortalidade em escala global. Dados do *Global Burden of Disease* (GBD) 2021 estimam que as cardiomiopatias foram responsáveis por aproximadamente 1,2 milhão de mortes no mundo, com uma taxa de mortalidade padronizada por idade de 14,3 por 100.000 habitantes, e mais de 28 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) perdidos anualmente.^{1,2} A despeito dos avanços terapêuticos das últimas décadas, a trajetória epidemiológica dessas condições permanece marcada por profundas desigualdades regionais, tanto entre países em diferentes continentes, quanto dentro de um mesmo território nacional. É neste cenário que o estudo de Silva et al.,³ oferece uma contribuição oportuna e necessária ao analisar o perfil epidemiológico, além da evolução têmporo-espacial da mortalidade por cardiomiopatias no Brasil entre 2001 e 2021.

Trata-se de um importante estudo epidemiológico ecológico que utilizou dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para examinar mais de 200.000 óbitos por cardiomiopatias no período de duas décadas. Observou-se que a mortalidade média foi de 6,66 por 100 mil habitantes, atingindo 7,64 por 100 mil em 2004 e caindo para 4,15 por 100 mil em 2020. Observou-se redução anual significativa de 1,86% ($p < 0,05$) e a análise espacial revelou aglomerados de alta mortalidade principalmente no Centro-Oeste, Sul e Sudeste.³

Somado a estes dados interessantes, o dado mais impactante e relevante — uma redução média de 1,86% ao ano na taxa de mortalidade padronizada — é, em primeira análise, encorajador. Esse declínio posiciona o Brasil em trajetória semelhante à observada em países de renda média-alta, onde a melhoria no acesso ao diagnóstico e ao tratamento tem contribuído para a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares não isquêmicas.⁴ No entanto, quando comparado à redução global estimada pelo GBD de aproximadamente 2,3% ao ano para o mesmo período,¹ o ritmo brasileiro se revela aquém do desejável, sugerindo que

os ganhos obtidos não foram uniformes nem suficientes para eliminar as disparidades internas.

A heterogeneidade espacial documentada é outro dado notável deste estudo. Enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentaram declínios mais acentuados, com reduções anuais superiores a 2,5% em alguns estados, as regiões Norte e Nordeste exibiram tendências menos favoráveis, com taxas de mortalidade persistentemente mais elevadas e, em algumas áreas, sinais de estabilização ou mesmo aumento. Esse padrão não é idiossincrático do Brasil. Dados do GBD revelam que, globalmente, a carga de cardiomiopatias é desproporcionalmente concentrada em países de baixa e média renda, que respondem por mais de 80% dos DALYs perdidos.² Por exemplo, na África Subsaariana e no Sul da Ásia, as taxas de mortalidade por cardiomiopatias chegam a ser três a quatro vezes superiores às observadas na Europa Ocidental e na América do Norte.^{1,5} O Brasil, com sua vasta extensão territorial e profundas desigualdades socioeconômicas, reproduz em escala nacional o que se observa no plano global: a carga da doença segue o gradiente da pobreza.

Os determinantes desta heterogeneidade são múltiplos e interligados. O estudo de Silva et al.³ aponta para a associação entre maior mortalidade e piores indicadores sociodemográficos, como menor escolaridade e maior proporção de população autodeclarada preta ou parda. Esses achados ecoam evidências robustas da literatura internacional. No Estudo Multicêntrico de Intervenção em Miocárdio e Cardiomiopatia Aguda (IMAC2), McNamara et al.⁶ demonstraram que pacientes com cardiomiopatia dilatada de origem não isquêmica provenientes de comunidades socioeconomicamente desfavorecidas apresentam risco 40% maior de hospitalização por insuficiência cardíaca, independentemente de fatores clínicos e terapêuticos. Outra análise com metodologia similar evidenciou que a mortalidade por cardiomiopatia periparto é significativamente maior entre mulheres negras nos Estados Unidos, refletindo não apenas diferenças biológicas, mas, sobretudo, barreiras estruturais e socioeconômicas no acesso ao cuidado.⁷

No contexto brasileiro, a questão racial e socioeconômica adquire contornos particularmente complexos. A população miscigenada de não brancos (pretos, pardos, mulatos), que constitui a maioria nas regiões Norte e Nordeste (região economicamente mais pobre com piores indicadores), enfrenta não apenas menor acesso a serviços de saúde especializados, mas também maior exposição a fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial não controlada, diabetes mellitus e doença de Chagas — esta última, uma causa relevante de cardiomiopatia no Brasil, com distribuição geográfica que se sobrepõe às áreas de maior vulnerabilidade social.⁸ A interação entre determinantes sociais, etiologias

Palavras-chave

Cardiomiopatias; Mortalidade; Brasil

Correspondência: André Rodrigues Durães •

R. Basílio da Gama, 30. CEP 40110-040, Canela, Salvador, BA - Brasil

E-mail: andreduraes@gmail.com

Artigo recebido em 28/05/2026, revisado em 03/06/2026, aceito em 03/06/2026

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20260438>

infecciosas e acesso desigual ao cuidado cria um ciclo de perpetuação da doença que políticas de saúde fragmentadas dificilmente conseguem romper.

As implicações clínicas e de saúde pública são profundas. Do ponto de vista da prática médica, o reconhecimento de que a mortalidade por cardiomiopatias não se distribui aleatoriamente no território nacional impõe a necessidade de estratégias diagnósticas e terapêuticas regionalizadas. A incorporação de ecocardiografia *point-of-care* em unidades básicas de saúde de regiões remotas, a capacitação de médicos da atenção primária para o reconhecimento precoce de sinais de insuficiência cardíaca, e a criação de linhas de cuidado integradas entre atenção primária e serviços especializados, são medidas factíveis e com potencial de impacto significativo.⁹ Um ensaio clínico realizado na Índia por Agarwal et al.¹⁰ demonstrou que programas de cuidado coordenado para insuficiência cardíaca em comunidades de baixa renda reduziram a mortalidade em 25% em dois anos.

No plano das políticas públicas, o estudo de Silva et al.³ oferece um mapa claro das prioridades. As regiões Norte e Nordeste, assim como áreas específicas do Centro-Oeste e do interior do Nordeste, demandam investimentos direcionados em infraestrutura diagnóstica, oferta de medicamentos essenciais e fortalecimento da atenção especializada. A experiência internacional, documentada em análises sobre sistemas de saúde universais, sugere que a redução das desigualdades em saúde cardiovascular requer não apenas aumento de recursos, mas redesenho dos modelos de atenção para garantir que os serviços cheguem a quem mais precisa.^{11,12}

Olhando para o futuro, algumas questões emergem como prioridades de pesquisa e ação. Primeiro, é necessário compreender em maior profundidade os determinantes locais da heterogeneidade observada — estudos ecológicos identificam associações, mas não estabelecem causalidade. Investigações com desenhos multinível, que integrem dados individuais e contextuais, são essenciais para orientar intervenções precisas. Segundo, a vigilância epidemiológica

das cardiomiopatias no Brasil precisa ser aprimorada, com a incorporação de registros clínicos que permitam distinguir subtipos etiológicos — dilatada, hipertrófica, restritiva, periparto, chagásica — cujas trajetórias e respostas ao tratamento diferem substancialmente.¹³ Terceiro, é imperativo que as políticas de saúde incorporem explicitamente o princípio da equidade, alocando recursos de forma proporcional à necessidade, e não apenas à demanda. Quarto, a atuação enérgica e efetiva no controle dos fatores de risco modificáveis e condições crônicas cujo tratamento trazem grande impacto na redução de eventos cardiovasculares maiores, como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, obesidade, tabagismo, etilismo etc.

O estudo de Silva et al.³ não é apenas mais uma análise epidemiológica. É um chamado à ação. Em um país de dimensões continentais e desigualdades históricas, a constatação de que a mortalidade por cardiomiopatias está diminuindo, mas de forma desigual, deve servir como alerta e como roteiro. A redução de 1,86% ao ano é insuficiente quando contrastada com o potencial de prevenção e tratamento que a medicina cardiovascular oferece na atualidade. A heterogeneidade espacial documentada é inaceitável em um sistema de saúde que tem a universalidade e a equidade como princípios constitucionais. Recentemente o Brasil se enquadrou na categoria de desenvolvimento humano “muito alto” pelo IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de 0,805 através da análise de três dimensões: longevidade (saúde), acesso ao conhecimento (educação) e padrão de vida (renda). Contudo, a conhecida universalização do acesso, embora exitosa em estabelecer um piso elevado de longevidade, encontra limites na capacidade de equalizar desfechos em condições que demandam cuidado especializado contínuo, como as cardiomiopatias.¹⁴

Cabe agora à comunidade científica, aos gestores de saúde e aos formuladores de políticas públicas transformar os dados deste estudo em ação concreta. As cardiomiopatias no Brasil têm nome, endereço e determinantes sociais. Ignorá-los não é apenas um erro científico — é uma falha ética.

Referências

1. GBD 2021 Risk Factors Collaborators. Global Burden and Strength of Evidence for 88 Risk Factors in 204 Countries and 811 Subnational Locations, 1990-2021: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2162-203. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00933-4.
2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(25):2982-3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010.
3. Kubrusly LF, Lopes ACA, Souza FR, Dieter GF, Nadolny L, Dias LM, et al. Análise Têmporo-Espacial da Mortalidade por Cardiomiopatias no Brasil entre 2001 e 2021. *Arq Bras Cardiol*. 2026; 123(6):e20260064. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20260064>.
4. Bragazzi NL, Zhong W, Shu J, Abu Much A, Lotan D, Grupper A, et al. Burden of Heart Failure and Underlying Causes in 195 Countries and Territories from 1990 to 2017. *Eur J Prev Cardiol*. 2021;28(15):1682-90. doi: 10.1093/eurjpc/zwaa147.
5. Zühlke L, Engel ME, Karthikeyan G, Rangarajan S, Mackie P, Cupido B, et al. Characteristics, Complications, and Gaps in Evidence-Based Interventions in Rheumatic Heart Disease: The Global Rheumatic Heart Disease Registry (the REMEDY Study). *Eur Heart J*. 2015;36(18):1115-22a. doi: 10.1093/eurheartj/ehu449.
6. McNamara DM, Starling RC, Cooper LT, Boehmer JP, Mather PJ, Janosko KM, et al. Clinical and Demographic Predictors of Outcomes in Recent Onset Dilated Cardiomyopathy: Results of the IMAC (Intervention in Myocarditis and Acute Cardiomyopathy)-2 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58(11):1112-8. doi: 10.1016/j.jacc.2011.05.033.
7. McNamara DM, Elkayam U, Alharethi R, Damp J, Hsieh E, Ewald G, et al. Clinical Outcomes for Peripartum Cardiomyopathy in North America: Results of the IPAC Study (Investigations of Pregnancy-Associated Cardiomyopathy). *J Am Coll Cardiol*. 2015;66(8):905-14. doi: 10.1016/j.jacc.2015.06.1309.
8. Nunes MCP, Beaton A, Acquatella H, Bern C, Bolger AF, Echeverría LE, et al. Chagas Cardiomyopathy: An Update of Current Clinical Knowledge and Management: A Scientific Statement From the American Heart

- Association. *Circulation*. 2018;138(12):e169-e209. doi: 10.1161/CIR.0000000000000599.
9. Kwan GF, Bukhman AK, Miller AC, Ngoga G, Mucumbitsi J, Bavuma C, et al. A Simplified Echocardiographic Strategy for Heart Failure Diagnosis and Management Within an Integrated Noncommunicable Disease Clinic at District Hospital Level for Sub-Saharan Africa. *JACC Heart Fail*. 2013;1(3):230-6. doi: 10.1016/j.jchf.2013.03.006.
 10. Agarwal A, Mohanan PP, Kondal D, Baldrige A, Davies D, Devarajan R, et al. Effect of a Quality Improvement Intervention for Acute Heart Failure in South India: An Interrupted Time Series Study. *Int J Cardiol*. 2021;329:123-9. doi: 10.1016/j.ijcard.2020.12.048.
 11. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: Pathways to Achieving Sustainable Development Goal Target 3.4. *Lancet*. 2020;396(10255):918-34. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31761-X.
 12. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu L, et al. Cardiovascular Risk and Events in 17 Low-, Middle-, and High-Income Countries. *N Engl J Med*. 2014;371(9):818-27. doi: 10.1056/NEJMoa1311890.
 13. Maron BJ, Gardin JM, Flack JM, Gidding SS, Kurosaki TT, Bild DE. Prevalence of Hypertrophic Cardiomyopathy in a General Population of Young Adults. Echocardiographic Analysis of 4111 Subjects in the CARDIA Study. *Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults*. *Circulation*. 1995;92(4):785-9. doi: 10.1161/01.cir.92.4.785.
 14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro. Radar IDHM: Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e de seus Componentes [Internet]. Brasília: PNUD, IPEA, FJP; 2026 [cited 2026 May 29]. Available from: <https://www.undp.org/pt/brazil/desenvolvimento-humano/painel-idhm>.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons