

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS COM AVE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE GOIÁS

CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF ADULT PATIENTS HOSPITALIZED FOR STROKE IN A REFERENCE HOSPITAL IN GOIÁS

Ana Sílvia Souza do **Carmo**¹, Fernanda de Souza **Oliveira**², Maria Deluany Guilherme **Duarte**³, Vitoria Braz de Oliveira **Alves**⁴

1. Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás- PUC-GO. Residente do Programa de Pós-Graduação da SES-GO na área de concentração em Urgência e Trauma.
2. Enfermeira pela Faculdade de Inhumas-FacMais. Residente do Programa de Pós-Graduação da SES-GO na área de concentração em Urgência e Trauma.
3. Enfermeira pela Universidade Paulista- UNIP. Residente do Programa de Pós-Graduação da SES-GO na área de concentração em Urgência e Trauma.
4. Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem da UFG. Mestra em enfermagem pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em Saúde Funcional e Reabilitação. Tutora do Programa de Pós-Graduação da SES-GO área de concentração em Urgência e Trauma.

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a principal causa de incapacidades em adultos no mundo, resultado da interrupção do fluxo sanguíneo cerebral, afetando funções cognitivas e motoras. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e sociodemográfico de adultos internados com AVE em um hospital de Goiânia-GO. **Método:** Estudo transversal, descritivo, retrospectivo, quantitativo. Foram incluídos pacientes a partir de 18 anos, com diagnóstico de AVE, admitidos entre setembro de 2023 e março de 2024. **Resultados:** 364 pacientes atenderam aos critérios de inclusão, a maioria do sexo masculino (57,6%), com idade média de 67 anos, casados (35,1%), com ensino fundamental incompleto (48,5%) e regime de trabalho informal (39%). A prevalência de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) foi de 83,6%, com a hipertensão arterial como principal comorbidade (75,6%). O sintoma prevalente foi paresia (56,4%). 24,7% da amostra foi a óbito, sendo 40% por AVEi. Há uma transição epidemiológica e um aumento nas doenças crônicas não transmissíveis. A idade é um importante fator de risco, e necessita de estratégias de prevenção, principalmente em populações de baixa renda e escolaridade. Embora o AVEi seja mais prevalente, o AVEh (Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico) tem um impacto significativo. **Conclusão:** O perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes com AVE mostra a associação entre esses fatores e a gravidade da condição. Recomendam-se mais pesquisas, para aprofundar a compreensão sobre o AVE e suas implicações

PALAVRAS-CHAVE: Acidente vascular encefálico; Fatores socioeconômicos; Fatores de risco; Perfil de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is the leading cause of disability in adults worldwide, resulting from the interruption of cerebral blood flow, affecting cognitive and motor functions. **Objective:** To describe the clinical and sociodemographic profile of adults admitted with stroke to a hospital in Goiânia-GO. **Method:** Cross-sectional, descriptive, retrospective, quantitative study. Patients aged 18 years or older with a diagnosis of stroke, admitted between September 2023 and March 2024, were included. **Results:** 364 patients met the inclusion criteria. The majority were male (57.6%), with a mean age of 67 years, married (35.1%), with incomplete elementary education (48.5%), and informal work (39%). The prevalence of ischemic stroke (iSVA) was 83.6%, with arterial hypertension as the main comorbidity (75.6%). The prevalent symptom was paresis (56.4%). 24.7% of the sample died, 40% due to ischemic stroke. There is an epidemiological transition and an increase in chronic noncommunicable diseases. Age is an important risk factor and requires prevention strategies, especially in low-income and low-education populations. Although ischemic stroke is more prevalent, ischemic stroke has a significant impact. **Conclusion:** The clinical and sociodemographic profile of stroke patients shows an association between these factors and the severity of the condition. Further research is recommended to deepen the understanding of stroke and its implications.

KEYWORDS: Stroke; Socioeconomic Factors; Risk Factors; Health Profile.



INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma condição caracterizada por distúrbios focais e/ou globais nas áreas cognitivas e sensorio-motoras do cérebro. Essa emergência ocorre quando o fluxo sanguíneo cerebral é interrompido, seja por rompimento ou por obstrução dos vasos sanguíneos, configurando-se como um grave problema de saúde pública. A fisiopatologia do AVE permite sua classificação em dois grupos principais: o Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) e o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh)¹.

O AVEi é o tipo mais prevalente, representando 75% a 85% dos casos². Sua característica distintiva consiste na interrupção do fornecimento de oxigênio e nutrientes ao cérebro, resultante da obstrução do fluxo sanguíneo nas artérias que o irrigam, devido à presença de trombos, êmbolos ou hipoperfusão sistêmica³.

O AVEh corresponde a aproximadamente 15% dos casos de AVE. Embora menos frequente, o AVEh apresenta uma taxa de mortalidade superior à do AVEi. Esse tipo é caracterizado pelo rompimento de vasos que irrigam o cérebro, levando ao derramamento de sangue nas regiões subaracnóidea ou epidural, o que compromete a oxigenação de áreas cerebrais adjacentes⁴.

De acordo com informações da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, os principais sinais e sintomas do AVE incluem fraqueza ou formigamento unilateral na face e nos membros, confusão mental, alterações na fala e na percepção, problemas de visão e equilíbrio, além de tontura e cefaleia súbita, intensa e sem causa aparente⁵.

Os fatores de risco associados ao AVE são categorizados em três grupos: os modificáveis, que abrangem hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes mellitus, dislipidemia, fibrilação atrial e outras condições cardiovasculares; os não modificáveis, como idade, gênero e raça; e os potenciais, que incluem sedentarismo, obesidade, uso de contraceptivos orais, terapia de reposição hormonal pós-menopausa, alcoolismo, elevação dos níveis de homocisteína no plasma, síndrome metabólica associada ao aumento da gordura abdominal, bem como o uso de substâncias como cocaína e anfetaminas⁶.

Nesse contexto, um estudo do grupo *Global Burden of Diseases* revelou que, em 2019, a incidência de AVE no mundo atingiu 12,2 milhões de casos, dos quais 6,55 milhões resultaram em óbito⁷. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2030, espera-se que o AVE continue a ser a segunda maior causa de mortes globalmente, representando 12,2% do total de falecimentos nesse ano^{8,9}. No Brasil, dados do DATASUS indicam que, em 2020, o AVE foi responsável por 99.010 mortes¹⁰.

Diante desse quadro alarmante, o presente estudo tem como objetivo principal descrever o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes adultos internados com AVE em um hospital de referência no município de Goiânia-GO, por entender o impacto da doença e seus desdobramentos para o contexto regional de Goiás.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, descritivo e retrospectivo, com uma abordagem quantitativa. Foi realizado em um hospital de grande porte localizado no estado de Goiás, que desempenha papel de destaque na saúde pública, tanto a nível municipal quanto estadual. A instituição é reconhecida como referência no atendimento de urgência e trauma, além de ser especializada no tratamento de pacientes acometidos por AVE. Trata-se de uma unidade pública estadual de saúde, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, situada no município de Goiânia.

Após submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUGO (CAAE), por meio da plataforma Brasil, este artigo obteve parecer favorável sob número 6.671.240.

Os dados foram coletados em prontuários eletrônicos, inseridos no software de gestão hospitalar instituído na unidade (SOUL-MV), conforme Carta Circular n.º 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS. Foi utilizado formulário estruturado para registro dos dados coletados, elaborado pela pesquisadora, contendo: dados pessoais, da internação e dados clínicos dos pacientes. A construção do presente artigo foi orientada seguindo o instrumento STROBE³⁸.

Foram analisados prontuários de todos os pacientes com idade acima de 18 anos e diagnóstico confirmado de AVE, admitidos na emergência da unidade de estudo no período de setembro de 2023 a março de 2024. Foram excluídos aqueles que apresentaram diagnósticos não conclusivos de AVE, registros incompletos ou com divergência de dados.

Os dados obtidos na presente pesquisa foram inseridos em uma planilha utilizando o software Microsoft Office Excel 2019, sendo submetidos a um processo de dupla digitação independente. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, com a elaboração de tabelas de frequência absoluta (n) e percentual (%) para as variáveis categóricas. Além disso, foram calculadas medidas de posição e dispersão (média, mediana, desvio padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis contínuas normais, cujos resultados serão apresentados em formato de tabela nas seções subsequentes. Não foram realizados testes de associação estatística neste estudo, sendo realizada análise descritiva, como mencionado.

RESULTADOS

No período estabelecido para coleta de dados (entre 01 de setembro de 2023 e 01 de março de 2024), 580 pacientes deram entrada na unidade com diagnóstico de AVE. Desse total, apenas 364 atenderam a todos os critérios de inclusão estabelecidos.

De acordo com os dados coletados, a idade média da amostra foi 67 anos, com valores mínimos e máximos de 19 e 96 anos, respectivamente. O mês com maior número de internações foi janeiro de 2024, representando 18,6% do total de admissões. A incidência de AVE em indivíduos com idade superior ou igual há 60 anos foi de 69%.

Tabela 1. Distribuição da amostra por faixa etária do sexo masculino, Goiânia-GO (2024).

Faixa etária	Masculino	Frequência relativa (%)
18 < 40	9	4,3%
40 < 60	59	28,5%
60 < 80	108	52,2%
≥ 80	31	15%
TOTAL	207	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Tabela 2. Distribuição da amostra por faixa etária do sexo feminino, Goiânia-GO (2024).

Faixa etária	Feminino	Frequência relativa (%)
18 < 40	6	3,8%
40 < 60	32	20,4%
60 < 80	76	48,4%
≥ 80	43	27,4%
Total	157	100%

Fonte: dados da pesquisa (2024).

A maioria dos pacientes do estudo era do sexo masculino (56,8%) e (35,1%) eram casados. O perfil de escolaridade, regime de trabalho, renda e residência estão descritos na tabela 3, demonstrando perfil de ensino fundamental incompleto em 48,5% dos casos, 39% cumprem regime de trabalho informal, 59,7% não informaram renda e 96,7% dos pacientes residem em zona urbana. A característica raça/etnia foi descartada, pois todos os pacientes estão classificados como pardos nos prontuários. Com relação ao tipo de admissão, 94,8% dos pacientes deram entrada via regulação e 5,2% por demanda espontânea.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa em Goiânia-GO (2024).

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Fundamental incompleto	177	48,50%
Fundamental completo	29	7,90%
Médio incompleto	17	4,70%
Médio completo	45	12,30%
Superior incompleto	1	0,30%
Superior completo	13	3,60%
Não alfabetizado	68	18,60%
Não relatado	15	4,10%
Estado Civil		
Casado	137	37,60%
Viúvo	85	23,30%
Divorciado	39	10,70%
Solteiro	97	26,60%
Não relatado	7	1,80%
Regime de trabalho		
Aposentado	107	29,40%
Formal	39	11%
Informal	143	39%
Desempregado	72	19,50%
Não relatado	4	1,10%
Renda		
> 3 salário	13	3,50%
2-3 salários	62	17%
até 1 salário	54	14,90%
Zona de residência		
Rural	12	3,30%
Urbana	352	96,70%

Fonte: Dados pesquisa (2024).

De acordo com os dados coletados, 83,6% dos pacientes apresentaram AVEi e apenas 16,4% AVEh, com maior acometimento do hemisfério direito do cérebro (52,3%), tendo como principais comorbidades a HAS (75,6%), DM (30%) e cardiopatia (20,5%). Apenas 8% da amostra total apresentou AVE prévio e 9,6% relataram não ter nenhum tipo de comorbidade. Além disso, 27% eram tabagistas, 25,5% etilistas e 8,8% sedentários. Vale ressaltar que alguns indivíduos apresentaram mais de um fator de risco. Portanto, a soma é superior a 100% quando considerados todos os fatores de risco.

Com relação aos sinais e sintomas, a maior incidência evidenciada foi paresia, seguido de disartria, como disposto na tabela abaixo. Outros sinais e sintomas evidenciados com menor frequência foram: cefaleia, vertigem, perda visual, confusão mental, rebaixamento de nível de consciência, entre outros. Destaca-se que a soma dos sintomas ultrapassou 100%, pois a maioria dos indivíduos apresentou mais de um sintoma.

Tabela 4. Principais sinais e sintomas apresentados pela população de estudo, Goiânia-GO (2024).

Principais sinais e sintomas	%
Paresia	56,40%
Disartria	28,50%
Plegia	21,10%
Desvio de rima	17,30%

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Além disso, nossos resultados apontaram a média de escore da avaliação da escala de coma de Glasgow em 13,5 pontos, o que é considerado uma pontuação de lesão encefálica leve. Essa escala varia entre 1 a 15 pontos. Com isso, 75,3% dos casos evoluíram para alta hospitalar, enquanto 24,7% resultaram em óbito. Entre os casos fatais 73,4% foram decorrentes do AVEh, enquanto 26,6% estavam associados ao AVEi.

DISCUSSÃO

Mediante análise dos dados e comparação com a literatura, no contexto global da saúde, observa-se que a idade é o principal fator de risco não modificável para o AVE e um forte indicativo de piores desfechos clínicos e neurológicos¹¹, principalmente entre indivíduos a partir dos 60 anos. Corroborando com esses achados, um estudo que analisou a incidência e mortalidade por AVE no Brasil, no período de 2018 a 2023, revelou que, na região Centro-Oeste, o maior número de internações foi entre a faixa etária de 60 a 69 anos¹².

A prevalência do sexo masculino com idade entre 60 e 80 anos é um fator amplamente evidenciado na literatura, o que pode estar relacionado à tendência de exposição a comportamentos de risco do gênero, além de hábitos de vida como tabagismo e etilismo, os quais geram maior suscetibilidade ao acometimento de agravos^{9,12,13,14,15}.

Em contrapartida, conforme a idade avança, esse cenário se modifica, uma vez que, ao analisar a faixa etária a partir dos 80 anos, foi evidenciado que houve maior predomínio do sexo feminino. Esse achado, em geral, pode ser explicado pelo fato de a população mundial e nacional ser composta majoritariamente por esse gênero e devido ao fato de as mulheres possuírem maior expectativa de vida em relação aos homens, o que as tornam mais suscetíveis às comorbidades que surgem com o avançar dos anos¹⁶.

A maior frequência de casos em pessoas com baixo nível de escolaridade e socioeconômico pode ser resultado do menor acesso a informações sobre saúde e ao tratamento de doenças, em especial as crônicas não transmissíveis, por esse grupo populacional¹⁷. Concomitantes a isso, estudos recentes apontam que, no Brasil, em geral, as práticas de saúde na atenção primária ainda permanecem centradas no serviço clínico e no tratamento de doenças, ao invés de direcionar os esforços para a promoção da saúde e a prevenção de agravos, visto que ações preventivas têm maior efetividade e menor sobrecarga aos serviços de saúde¹⁸.

A prevalência de indivíduos casados é um fator positivo, uma vez que a existência de um parceiro pode interferir no grau de recuperação pós AVE, visto que vários pacientes acometidos por essa comorbidade podem ter sequelas que perduram por toda a vida, afetando suas atividades cotidianas. Por isso, é fundamental o apoio da família ao paciente em suas rotinas diárias, como cuidados físicos, interação social, suporte emocional e assistência financeira¹⁹.

Em um cenário mundial, observa-se uma transição epidemiológica caracterizada por mudanças significativas nos padrões de saúde e doença, influenciados por fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. Apesar da persistência das doenças infecciosas, tem-se verificado um aumento considerável nas doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares em geral e diabetes, que são responsáveis por altas taxas de mortalidade e redução da qualidade de vida, como no caso do AVE. Essas condições também podem resultar em incapacidades e limitações significativas nas atividades diárias, criando, assim, uma pressão considerável sobre os serviços de saúde^{20,21,22,23}.



A incidência do tipo de AVE pode ser relativa, a depender da abordagem utilizada nos estudos. Os elementos que influenciam essa variação incluem o grupo populacional analisado, a estrutura do estudo e as particularidades da região estudada. Todavia, comumente, o AVE isquêmico tem maior prevalência sobre o hemorrágico^{2,18,24,25}.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é o principal fator de risco modificável para o AVE. Além disso, eleva em cerca de quatro vezes as chances do acometimento desse agravo em relação a indivíduos normotensos de mesma faixa etária, uma vez que compromete os principais vasos cerebrais, seja de grande, médio ou pequeno calibre^{9,14,26,27,28,29}.

Outro fator de risco de relevante destaque foi o tabagismo, que é apontado como responsável por elevar de duas a quatro vezes o risco de acometimento de AVE e está diretamente ligado à doença carotídea, intensificando os impactos negativos na saúde vascular cerebral. Além disso, tanto o fumante ativo quanto o passivo elevam a pressão arterial sistólica, o que contribui para a formação de coágulos sanguíneos e a progressão da aterosclerose, demonstrando, portanto, que os hábitos de vida se correlacionam diretamente com o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis ao longo do tempo¹⁴.

De acordo com dados da *American Stroke Association* os impactos de um AVE variam de acordo com diversos fatores, como a posição da obstrução e a quantidade de tecido cerebral comprometido. Além disso, considerando que cada hemisfério do cérebro controla o lado oposto do corpo, uma lesão no lado direito resultará em complicações neurológicas no lado esquerdo³⁰.

Um estudo sobre o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com AVE realizado em Bragança Paulista revelou que a grande maioria de sua amostra apresentou alterações de fala, principalmente afasia, uma vez que em 61% dos casos as lesões acometeram o hemisfério esquerdo encefálico. Porém, os dados levantados neste estudo apontam o hemisfério direito como o mais acometido, o que pode ser justificado pela prevalência de paresia como principal sinal clínico³¹.

Os efeitos prolongados de um AVE no hemisfério direito podem variar de leves a graves, dependendo da extensão da área afetada e da rapidez do início do tratamento. Esse hemisfério é responsável por funções específicas, como raciocínio espacial, compreensão musical, reconhecimento de objetos, habilidades criativas, emoções e imaginação, o que implica que o comprometimento dessa região pode trazer diversas consequências, tais como: perda de mobilidade, negligência unilateral e hemiespacial, alterações cognitivas, entre outros³¹.

Referente ao cenário de desfechos negativos como o índice de mortalidade, um estudo recente sobre o panorama de mortalidade por acidente vascular encefálico no Brasil revela que a tendência das taxas de mortalidade por essa comorbidade é de aumento ao longo dos próximos anos¹⁰.

O AVEh possui menor frequência, porém maior letalidade⁴. Além disso, um estudo sobre a prevenção e controle do AVE revelou que, no Brasil, cerca de 34,3% dos pacientes internados com AVE apresentam mortalidade precoce, sendo a quarta pior taxa de mortalidade entre os países da América Latina³². Isso pode ser justificado devido a poucos recursos das unidades hospitalares, falha no preparo das equipes, baixa conscientização e conhecimento populacional dos sinais e sintomas, estilo de vida sedentário, entre outros¹⁰.

Assim, em escala mundial, inúmeros são os esforços dispensados para que se possa amenizar a morbimortalidade em decorrência do AVE. No entanto, segundo estimativas da WHO, a cada seis pessoas no mundo, uma sofrerá um evento trombotico ao longo da vida³³. Além disso, não existe nenhum país no mundo que tenha apresentado uma redução no ônus das doenças, tanto em relação ao número absoluto de pessoas afetadas quanto ao número de óbitos por AVE nas últimas duas décadas³⁴.

No Brasil, o cenário não é diferente. A desigualdade no acesso aos cuidados de saúde representa um desafio importante no tratamento do AVE. Estudos mostram que existem grandes variações na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde nas diferentes regiões do país. Essas disparidades geográficas podem prejudicar os resultados clínicos dos pacientes, ressaltando a urgência de políticas públicas que assegurem a equidade no acesso aos cuidados de saúde³⁵.

Vale destacar que, embora o AVE isquêmico tenha menor taxa de mortalidade se comparado ao hemorrágico, o impacto causado na vida dos acometidos por esse agravo e nos serviços públicos é considerável, uma vez que há aumento dos custos hospitalares e previdenciários, além da perda de autonomia e consequente dependência, reduzindo a parcela ativa e produtiva da sociedade; realidade essa evidenciada por um estudo realizado no norte do país, que demonstrou um aumento significativo de 210% no recebimento de auxílio governamental, aliado ao desemprego de 94,1%, e resultando em significativa queda na contribuição da renda familiar³⁶.

Por conseguinte a isso, visto o aumento na expectativa de vida da população em geral, e sabendo que o avançar da idade é diretamente proporcional ao aumento das chances de se ter um evento trombotico, vale ressaltar a importância da disponibilidade da terapia fibrinolítica e implementação da linha do cuidado do AVE dentro das unidades de referência.

No entanto, recentemente, a *American Stroke Association* lançou um guia sobre prevenção primária do AVE, onde afirma que 80% dos AVE's poderiam ser evitados por meio da prevenção primária³⁷.

Os dados supracitados reafirmam a possibilidade de negligência e/ou baixo grau de esclarecimento da população de média/baixa renda e de baixo grau de escolaridade a respeito das complicações e desfechos de doenças crônicas não transmissíveis e dos maus hábitos de vida, o que evidencia a necessidade de investimento em ações e serviços de saúde na atenção primária, por meio do fortalecimento de políticas públicas voltadas para a promoção de hábitos de vida saudáveis específicas para as faixas etárias mais acometidas, pois desempenham um papel fundamental na redução da incidência e controle de comorbidades em geral.

Este estudo teve a limitação de dados preenchidos incorretamente no prontuário como cor de pele (todos os pacientes incluídos na amostra foram classificados como pardos). Além disso, houve falta de dados mais detalhados sobre fatores socioeconômicos que limitam uma análise mais abrangente.

CONCLUSÃO

Diante do exposto ficou evidenciado que os pacientes internados com AVE na unidade de estudo eram, em sua maioria, idosos, homens, casados, com baixo grau de escolaridade, idade média de 67 anos e baixa renda. Houve maior frequência de AVE isquêmico, acometendo, principalmente, o hemisfério encefálico direito, tendo como principais fatores de risco a HAS, e, como hábito de vida, o tabagismo. As principais manifestações clínicas foram parestesia e disartria, e a maioria dos óbitos foram por AVEh.

Esse cenário evidencia que fatores sociodemográficos estão associados a maiores índices de ocorrência e gravidade dessa comorbidade. Isso contribui para o planejamento de estratégias que visam aprimorar a preparação dos profissionais da atenção primária, permitindo que conheçam o perfil da população de sua localidade e implementem práticas efetivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e ações educativas em saúde, visando melhorar a qualidade de vida da população e reduzir o aumento das doenças crônicas, sendo a prevenção primária a melhor forma de combater o AVE, especialmente em relação aos fatores de risco modificáveis.

Além disso, fornece dados relevantes para as unidades onde os estudos são realizados, permitindo um melhor entendimento do perfil dos pacientes e a distribuição adequada dos recursos hospitalares, visando oferecer assistência qualificada e eficiente, aprimorando protocolos e treinamentos.

Entretanto, é necessário o desenvolvimento de novos estudos, especialmente longitudinais e qualitativos, sobre o tema para obter perfis mais representativos da população regional, permitindo a implementação de intervenções específicas, considerando as diversas nuances nas manifestações do AVE.

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um [link](#) para o Creative Licença Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (BR). Acidente Vascular Cerebral [Internet]. Brasília-DF: MS; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>.
- Ma H, Campbell BCV, Parsons MW, Churilov L, Levi CR, Hsu C, et al. Thrombolysis guided by perfusion imaging up to 9 hours after onset of stroke. *N Engl J Med*. 2019;380(19):1795-803.
- Lobo PGG, Prado GM, Medeiros M, Almeida TMS, Lima NL. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária. *Braz J Health Rev*. 2021;4(1):3498-505.
- Krinski F, Teixeira J, Scheffler M, Costa S, Schierholt R. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: uma análise epidemiológica entre 2008 e 2022. *Rev Soc Desenv*. 2022;11(14):e433111436381.
- Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. São Paulo: SBDCV; 2021. Disponível em: www.sbdcv.org.br/publica_AVE.asp
- Oliveira M, Maciel R. A importância da prevenção dos fatores de riscos no acidente vascular encefálico: revisão integrativa da literatura. *Res, Soc Dev [Internet]*. 2021;10:e482101624294. doi: 10.33448/rsd-v10i16.24294
- Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Roth GA, Bisignano C, Abady GG, et al. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol*. 2021;20(10):795-820.
- Sociedade Brasileira de AVE. Números do AVE no Brasil e no mundo [Internet]. 2022. Disponível em: <https://AVE.org.br/sobre-a-sbAVE/numeros-do-AVE-no-brasil-e-no-mundo>.
- Araújo JP, Silva AM, Fernandes MD, Gonçalves MS, Cecilio LCN. Tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no município de Maringá, Paraná entre os anos de 2005 a 2015. *Int J Cardiovasc Sci*. 2018;31(1):56-62.
- Caetano JM, Lima FL, Souza AJ, Nunes PM, Oliveira JF. Panorama de mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil (2018-2025). *Braz J Implant Health Sci*. 2024;6(8):4572-84.
- Marques DS, Veras RO, Faturi CLN, Costa FHS, Diniz AN, Mouzinho LSN, et al. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis associados ao desenvolvimento de Acidente Vascular Cerebral. *Contrib Cienc Soc*. 2023;16(10):19411-25.
- Silva GS, Martins LM, Bezerra TA. Análise da incidência e mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil de 2018 a 2023. *Rev Contemp*. 2024;4(8):e5326.
- Silva SLA, Ygnatios NTM, Mambrini JVL, Lima-Costa MF, Torres JL. Diferenças entre homens e mulheres na prevalência da fragilidade e fatores associados entre adultos mais velhos: evidências do ELSI-Brasil. *Cad. Saúde Pública [online]*. 2024;40(3):e00144923. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT144923>.
- Oliveira GG, Waters C. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa SP*. 2021;66(1u):1.
- Lopes J, Batista F, Marques R, Oliveira E. Caracterização sensorio-motora de indivíduos após acidente vascular encefálico submetidos a fisioterapia neurofuncional. *Braz J Health Rev*. 2021;4(3):13268-78.

16. Melo LA, Lima KC. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(10):3879-88.
17. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Silva AG, Szwarcwald CL, Barros MBA. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(suppl 2):e210011.
18. Gallo L, Farias F, Silva R, Oliveira G, Miranda D. Reflexões acerca dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar quanto à integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Rev JRG Estud Acadêmicos*. 2024;7(14):e14973.
19. Nascimento SP, Barbosa D, Chaves FR, Mendes CG. Os acometimentos pós-acidente vascular cerebral em pacientes idosos e a importância do convívio familiar: uma revisão integrativa. *Rev Iberoam Humanid Cienc Educ*. 2023;9(8):357-364.
20. Martins TCF, Silva JHCM, Máximo GC, Guimarães RM. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(10).
21. Barbosa AML, Silva AG, Santos JM, Souza IS. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral no Nordeste do Brasil. *Rev Eletr Acervo Saude*. 2021;13(1):e5155.
22. Santos JV, Leopoldino DJS, Silva ABB, Lima ACG, Teshima IENS, Neto EBO, Milones MESV, Maria KCS, Bomfim LC, Maranhão EBA, Duarte KF, Cordeiro KIC, Freitas SSF. Acidente vascular cerebral no Brasil: aspectos epidemiológicos da mortalidade no período de 2019 a 2023. *Braz J. Implantol. Health Sci*. 2025;7(3):1429-3.
23. Martins MEF, Araujo Y, Costa RM. Epidemiologia das taxas de internação e de mortalidade por acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil. *Braz Med Students*. 2023;8(12).
24. Zhao Y, Guo Y, Wang L, Zhang H. Neuronal injuries in cerebral infarction and ischemic stroke: from mechanisms to treatment. *Int J Mol Med*. 2021;49(2).
25. Rios MM, Alves MVM, Silva GFP, Sousa Júnior JA, Bernardo HME, Couto KG, et. al. Aspectos fisiopatológicos do acidente vascular isquêmico: uma revisão narrativa. *Res, Soc Dev* [Internet]. 2023;12:e24112240218. doi: 10.33448/rsd-v12i2.40218.
26. Costa A, Cunha V, Dias R, Macedo M, Sampaio S. Caracterização e funcionalidade de indivíduos atendidos em uma unidade de AVE do Planalto Norte de Santa Catarina (Brasil). *Med*. 2024;57(1).
27. Preto LSR, Gonçalves ABR, Barreira IMM, Ribas BPP, Preto JFB. Pacientes hospitalizados com acidente vascular cerebral: caracterização sociodemográfica, clínica e antropométrica. In: *Open Science Research XV*. São Paulo: Cient Digit Ebooks; 2024. p. 101-9.
28. Bombing MTN, Francisco YA, Bianco HT. Acidente vascular cerebral e hipertensão: relação, metas e recorrência. *Rev Bras Hipertens*. 2021;28(3):232-37.
29. Vasconcelos ALM, Oliveira JO, Carneiro TLL, Jesus JR, Fenelon Júnior MA, Bezerra DM. O impacto e as consequências da hipertensão arterial no acidente vascular cerebral. *RECIMA21* [Internet]. 2023;4:e473379. doi:10.47820/recima21.v4i7.3379.
30. American Stroke Association. Effects of stroke. USA: ASA; 2019. Disponível em: www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke
31. Cantarellas GP, Pinto RVC. Perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes internados com acidente vascular cerebral no Hospital Universitário São Francisco [trabalho de conclusão de curso]. Bragança Paulista: Universidade São Francisco, Curso de Fisioterapia; 2016.
32. Silva LKC, Sousa CDD, Viana RT, Jucá RVBM, Lopes JM, Faria CDCM, et al. Stroke in Brazil: prevalence, activity limitations, access to healthcare, and physiotherapeutic treatment. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2024;82(12):1-11.
33. World Health Organization. WHO STEPS Stroke Manual: the WHO STEPwise approach to stroke surveillance [Internet]. Geneva: WHO; 2025. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-43420>.
34. krishnamurthi RV, Gall S, Martins SO, Norrving B, Pandian JD, Feigin VL, Owolabi. Pragmatic solutions to reduce global stroke burden: World Stroke Organization – Lancet Neurology Commission Report. *Neuroepidemiology*. 2023;58(4):310-16.
35. Palmeira NC, Silva EB, Santos LM. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiol Serv Saude*. 2022;31(3):e2022966.
36. Custódio AD, Falcão D, Freire MAM. Características e aspectos epidemiológicos do acidente vascular encefálico [Internet]. In: *Tópicos em ciências da saúde: contribuição, desafios e possibilidades*. São Paulo: Amplla; 2022. doi:10.51859/ampla.tcs2438-27.
37. Bushnell C, Howard VJ, Lisabeth L, Case LD, Gonzales NR, Holloway R, et al. 2024 guideline for the primary prevention of stroke: a guideline from the American Heart Association. *Stroke*. 2024;55(12).
38. Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche, Vandembroucke JP, et. al. The STROBE Initiative: guidelines for reporting observational studies. *Lancet* [Internet]. 2007;370(9596):1453-7. doi:10.1016/S0140-6736(07)61501-2.

DATA DE PUBLICAÇÃO: 24 de setembro de 2025