Pesquisa Multidisciplinar EM SAÚDE
EDIÇÃO XXIII
EDITORA PASTEUR



Capítulo 6

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL

MATHEUS SILVA MOTA[1]
FHILIPE DA SILVA TORRES[1]
ANTONIO ALEXANDRO DE CASTRO[1]
DIOGO TADEU HENRIQUE MENDES DOS SANTOS[1]
PAULO HENRIQUE RODRIGUES MACHADO[1]
MARIA DO SOCORRO LITAIFF RODRIGUES DANTAS[2]
ANDREA CAPRARA[3]

[1]Discente - Acadêmico de Medicina. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará (UECE).
[2]Docente - Pós-Doutoranda em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira. Auditora. Ministério da Saúde (MS).
[3]Docente - PhD em Antropologia Médica. Médico. Professor Titular. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Palavras-chave: *Perfil Epidemiológico; AVC.*

DOI: 10.59290/0294000821

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma condição neurológica caracterizada por lesão do sistema nervoso central decorrente de alterações na circulação sanguínea, podendo ocorrer pela interrupção do fluxo sanguíneo, que provoca isquemia e morte celular, ou pelo rompimento de vasos sanguíneos, resultando em hemorragia. Essa condição pode comprometer o tecido cerebral e ocasionar alterações neurológicas, cuja gravidade depende da localização e da extensão da lesão (SACCO *et al*., 2013). O acidente vascular cerebral pode provocar déficits motores, sensoriais, cognitivos e de linguagem, comprometendo a capacidade funcional, a independência e a autonomia dos indivíduos, além de repercutir na qualidade de vida e na sobrecarga dos cuidadores familiares (SILVA *et al*., 2022). Segundo a *World Stroke Organization*, o AVC permanece entre as principais causas globais de morte e incapacidade, com expressiva carga de doença concentrada em países de baixa e média renda (FEIGIN *et al*., 2022; FEIGIN *et al*., 2025).

A ocorrência do AVC está associada a fatores de risco modificáveis e não modificáveis, destacando-se a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, a dislipidemia, o tabagismo, o sedentarismo e a alimentação inadequada, além da idade avançada (MARQUES *et al*., 2023; BUSHNELL *et al*., 2024). Nesse contexto, a prevenção primária, o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, o acesso oportuno aos serviços de emergência e a instituição adequada do tratamento são fundamentais para reduzir a mortalidade e as sequelas decorrentes do evento cerebrovascular. Além disso, a continuidade do cuidado após a fase aguda, incluindo reabilitação e acompanhamento multiprofissional, representa um componente essencial da assistência, uma vez que as consequências clínicas e funcionais do AVC podem demandar recursos de saúde por períodos prolongados (BRASIL, 2013). No Brasil, a análise das internações hospitalares por AVC é relevante para compreender a distribuição da doença, identificar grupos populacionais mais vulneráveis e subsidiar o planejamento das ações de prevenção e assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizado pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), reúne informações sobre a produção hospitalar financiada pelo sistema público, possibilitando investigar o volume de internações, os óbitos registrados durante as hospitalizações e os valores financeiros associados à assistência. Esses dados constituem uma fonte importante para estudos epidemiológicos e análises de utilização de recursos, embora sua interpretação deva considerar limitações relacionadas à qualidade dos registros, à cobertura do sistema e à natureza administrativa das informações (LIMA *et al*., 2006).

Estudos anteriores investigaram as tendências das hospitalizações por Acidente Vascular Cerebral no Ceará entre 2009 e 2020, contribuindo para a caracterização epidemiológica regional e evidenciando a importância da continuidade das investigações sobre o tema (BRAZ *et al*., 2022). Nesse contexto, investigar o comportamento epidemiológico e econômico das hospitalizações por AVC no estado permite ampliar o conhecimento sobre a demanda por serviços hospitalares e sobre a distribuição dos desfechos entre diferentes grupos populacionais e regiões de saúde. A análise conjunta das internações, dos óbitos hospitalares e dos gastos registrados pode contribuir para identificar padrões relevantes para a gestão do SUS,

subsidiar o planejamento da alocação de recursos e fortalecer estratégias de prevenção e organização da rede de atenção às urgências e emergências (SILVA *et al*., 2025).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico das internações, dos óbitos hospitalares e dos custos associados ao acidente vascular cerebral no estado do Ceará, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2025, utilizando dados secundários do DATASUS. Busca-se descrever a distribuição dos registros segundo variáveis sociodemográficas e territoriais disponíveis, bem como caracterizar os desfechos hospitalares e os valores financeiros registrados, de modo a produzir evidências que contribuam para a compreensão da carga assistencial do AVC e para o planejamento de políticas públicas de prevenção, tratamento e reabilitação no âmbito do SUS.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa transversal de caráter quantitativo. A coleta de dados foi feita através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), dando ênfase ao número de internações, óbitos e gastos totais hospitalares causados por casos do AVC no período de 2021 a 2025 no estado do Ceará. Analisou-se os dados de internações, óbitos e gastos totais por AVC no Ceará de acordo com a macrorregião de saúde, faixa-etária, gênero e raça/cor segundo o ano de atendimento, sendo categorizados e tabulados utilizando-se *Microsoft Excel.*

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) surgiu em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), pelo Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no D.O.U. de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19.04.1991. Na época, a Fundação passou a exercer a função de controle e processamento das contas referentes à saúde que antes era da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV). Foi então formalizada a criação e as competências do DATASUS, que tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle.

Em quase 25 anos de atuação, o DATASUS já desenvolveu mais de 200 sistemas que auxiliam diretamente o Ministério da Saúde no processo de construção e fortalecimento do SUS. Atualmente, o Departamento é um grande provedor de soluções de software para as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Ressalta-se que as informações disponibilizadas pelo DATASUS são de livre acesso. Logo, por se tratar de dados públicos e anônimos, esse trabalho não foi preciso ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa.

A representação em tabela do modelo teórico é essencial para a comunicação da pesquisa, pois facilita a visualização das variáveis de inte resse e suas inter-relações, promove aprendizado significativo sobre o fenômeno estudado, melhorar continuamente o modelo teórico, revisando variáveis e observando relações não consideradas inicialmente, e ajuda a criar o modelo de análise e minimizar vieses, melhorando assim o estudo (SOUZA FILHO *et al*., 2022).

A discussão dos resultados foi realizada mediante comparação com a literatura científica pertinente ao tema, incluindo artigos consultados na base PubMed, mantida pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*National Library of Medicine*), na plataforma *ScienceDirect* e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além de documentos institucionais

do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os dados coletados pelos DATASUS disponíveis na **Tabela 6.1**, a distribuição das internações, dos óbitos e dos gastos hospitalares por macrorregião de saúde demonstrou concentração dos registros em Fortaleza, seguida por Sobral, Sertão Central e Cariri. A macrorregião de Fortaleza apresentou 18.671 internações, correspondentes a 50,6% do total estadual, e 3.068 óbitos, equivalentes a 53,3%. Os gastos hospitalares nessa macrorregião alcançaram R$ 32.348.064,55, representando aproximadamente 56,5% do montante registrado no período. Esses resultados denotam a concentração de parte expressiva da demanda hospitalar e dos recursos financeiros relacionados ao atendimento do AVC nessa macrorregião.

Tabela 6.1 Internações, óbitos e gastos hospitalares totais por macrorregião de saúde

Macrorregião de Saúde	Internações (n)	Óbitos (n)	Gastos Totais (R$)
Litoral Leste/Jaguaribe	1.685	151	1.062.672,47
Sertão Central	4.794	357	7.864.621,45
Cariri	4.335	660	6.243.671,28
Sobral	7.407	1.519	9.764.026,74
Fortaleza	18.671	3.068	32.348.064,55
Total	**36.892**	**5.755**	**57.283.056,49**

Fonte: BRASIL, 2026.

Sobral, por sua vez, apresentou o segundo maior número de internações, com 7.407 registros (20,1%), e 1.519 óbitos (26,4%), evidenciando proporção de óbitos em relação às internações de aproximadamente 20,5%, superior à observada em Fortaleza (16,4%), no Cariri (15,2%), no Litoral Leste/Jaguaribe (9,0%) e no Sertão Central (7,4%). Esses resultados sugerem heterogeneidade territorial na demanda hospitalar e nos desfechos registrados, mas não permitem atribuir as diferenças exclusivamente à gravidade dos casos ou à qualidade da assistência, uma vez que a distribuição populacional, a concentração de hospitais de referência, os fluxos de transferência e a composição etária dos pacientes podem influenciar os resultados.

Em estudo anterior realizado no Ceará, Braz *et al*. (2022) identificaram tendência crescente das hospitalizações por AVC entre 2009 e 2020, com diferenças entre as regiões de saúde, evidenciando a relevância do acompanhamento territorial desses eventos. No que concerne ao âmbito nacional, Silva *et al*. (2025) identificaram variações regionais nas tendências de mortalidade e aumento dos custos das internações por doenças cerebrovasculares entre 2017 e 2022, reforçando a importância de considerar as desigualdades territoriais no planejamento assistencial. Entretanto, como o presente estudo utiliza valores absolutos acumulados, sem padronização populacional, a comparação entre macrorregiões deve ser interpretada como descrição da demanda registrada, e não como estimativa direta do risco de adoecimento ou morte.

Além disso, o gasto médio por internação no Litoral Leste/Jaguaribe, de aproximadamente R$ 630,67, foi substancialmente inferior ao observado nas demais macrorregiões, o que reforça a necessidade de verificar a consistência

dos dados financeiros extraídos e a comparabilidade dos registros entre as regiões (**Tabela 6.1)**. Ressalta-se que os valores monetários disponibilizados pelos sistemas administrativos do SUS não necessariamente correspondem ao custo econômico integral dos recursos utilizados na assistência hospitalar (BRASIL, 2014).

Tabela 6.2 Internações, óbitos e gastos hospitalares totais por faixa etária

Faixa etária	Internações (n)	Óbitos (n)	Gastos totais (R$)
Menor de 1 ano	13	4	62.374,75
1 a 4 anos	17	0	23.885,28
5 a 9 anos	7	1	7.750,24
10 a 14 anos	20	3	46.730,38
15 a 19 anos	76	4	121.604,79
20 a 29 anos	429	39	775.904,66
30 a 39 anos	1.143	140	1.944.456,21
40 a 49 anos	2.822	364	4.973.345,07
50 a 59 anos	5.547	726	9.361.283,04
60 a 69 anos	8.391	1.122	13.659.537,50
70 a 79 anos	9.794	1.596	15.054.621,28
80 anos ou mais	8.633	1.756	11.247.563,29
Total	**36.892**	**5.755**	**57.283.056,49**

Fonte: BRASIL, 2026.

A análise segundo a faixa etária (**Tabela 6.2)** demonstrou maior concentração das internações por AVC na população idosa: os indivíduos com 60 anos ou mais totalizaram 26.818 internações (72,7%) e 4.474 óbitos (77,7%) no período analisado. O grupo de 70 a 79 anos apresentou o maior número de internações (9.794; 26,5%) e o maior gasto hospitalar acumulado, de R$ 15.054.621,28, enquanto a faixa de 80 anos ou mais concentrou o maior número de óbitos (1.756; 30,5% do total). A proporção descritiva de óbitos em relação às internações também foi mais elevada entre os pacientes com 80 anos ou mais (20,3%), em comparação com aqueles de 70 a 79 anos (16,3%) e de 60 a 69 anos (13,4%), sinalizando a relevância dos desfechos desfavo-ráveis nas idades mais avançadas.

Esse padrão é compatível com estudos epidemiológicos brasileiros. No Ceará, Braz *et al*. (2022) identificaram a maior média anual de hospitalizações por AVC na faixa de 70 a 79 anos durante o período de 2009 a 2020. Em âmbito nacional, De Góis Carvalho Silva *et al*. (2025) também observaram predominância das internações entre indivíduos com 60 anos ou mais. Adicionalmente, Silva *et al*. (2025) analisaram a distribuição das internações, da mortalidade e dos custos hospitalares por doenças cerebrovasculares segundo grupos etários e regiões brasileiras, evidenciando a importância de considerar as características demográficas na avaliação da carga da doença.

A maior concentração de internações e óbitos nas faixas etárias mais avançadas pode estar relacionada ao acúmulo de fatores de risco cerebrovasculares, à coexistência de doenças

crônicas e à maior frequência de fragilidade clínica e complicações associadas ao envelhecimento. Entretanto, como essas variáveis não foram diretamente investigadas, sua contribuição individual para os resultados observados não pôde ser estabelecida. Além disso, por se tratar de uma análise de valores acumulados entre 2021 e 2025, não foi possível identificar tendências temporais ou demonstrar uma relação causal entre idade e desfechos hospitalares.

Do ponto de vista financeiro, as maiores despesas foram registradas entre 70 e 79 anos (R$ 15.054.621,28), 60 e 69 anos (R$ 13.659.537,50) e 80 anos ou mais (R$ 11.247.563,29). Esses valores reforçam a participação expressiva das faixas etárias mais avançadas no consumo de recursos hospitalares relacionados ao AVC. Nesse contexto, a maior despesa na faixa de 70 a 79 anos, apesar do maior número de óbitos entre os indivíduos com 80 anos ou mais, demonstra que a distribuição dos gastos não acompanha necessariamente a distribuição dos óbitos. Essa diferença pode estar relacionada ao volume de internações, à duração da permanência hospitalar e à complexidade assistencial, embora a investigação desses fatores exija um estudo adicional.

Tabela 6.3 Internações, óbitos e gastos hospitalares totais por sexo

Sexo	Internações (n)	Óbitos (n)	Gastos totais (R$)
Masculino	20.017	2.914	32.051.344,59
Feminino	16.875	2.841	25.231.711,90
Total	**36.892**	**5.755**	**57.283.056,49**

Fonte: BRASIL, 2026.

Na distribuição por sexo (**Tabela 6.3**), observa-se uma predominância masculina nas internações por AVC no Ceará entre 2021 e 2025, com 20.017 registros (54,3%), em comparação com 16.875 internações entre mulheres (45,7%). O sexo masculino também concentrou a maior parcela dos gastos hospitalares, totalizando R$ 32.051.344,59 (56,0% do total). Entretanto, a diferença entre os sexos foi menos expressiva quanto aos óbitos: registraram-se 2.914 mortes entre homens e 2.841 entre mulheres, correspondendo, respectivamente, a 50,6% e 49,4% dos óbitos informados. Quando se calcula a razão bruta entre óbitos e internações de cada sexo, obtêm-se aproximadamente 14,6% para homens e 16,8% para mulheres. Essa diferença constitui um achado descritivo relevante, mas não comprova maior letalidade intrínseca do AVC no sexo feminino, pois a idade dos pacientes, a gravidade clínica, as comorbidades e o tempo até o atendimento podem influenciar os desfechos.

Esses resultados devem ser interpretados à luz das evidências epidemiológicas nacionais. Silva *et al*. (2025), por exemplo, observaram redução das taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares no Brasil entre 2017 e 2022 em ambos os sexos, com diferenças regionais e etárias nas tendências observadas. No Nordeste, a redução da mortalidade foi particularmente associada ao sexo feminino, enquanto a tendência masculina permaneceu estatisticamente estacionária. Oliveira *et al*. (2026), por sua vez, em estudo nacional sobre internações e óbitos hospitalares por AVC entre 2016 e 2024, observaram diferenças nos desfechos segundo o sexo, com maior mortalidade entre mulheres. Embora esses resultados forneçam elementos

para a comparação epidemiológica, as diferenças entre os períodos, as populações e os indicadores utilizados devem ser consideradas na interpretação dos achados.

No presente estudo, a maior participação masculina nas internações não foi acompanhada por uma diferença proporcional semelhante nos óbitos. Além disso, a proporção de óbitos em relação às internações foi maior entre as mulheres. Esse resultado, entretanto, não permite afirmar que elas apresentaram maior risco de morte por AVC, uma vez que a análise foi realizada com dados agregados, sem ajuste por idade ou outras características clínicas. Da mesma forma, a ausência de denominadores populacionais específicos por sexo impede comparar diretamente o risco de internação ou de morte entre homens e mulheres no estado.

Quanto aos gastos hospitalares, a maior despesa registrada entre os homens acompanha o maior número de internações nesse grupo. Contudo, os dados não permitem determinar se houve diferença no gasto médio por internação ou se os valores estiveram relacionados à gravidade dos casos, ao tempo de permanência hospitalar ou aos procedimentos realizados. Essas questões exigem informações adicionais.

Assim, os resultados da **Tabela 6.3** descrevem diferenças na distribuição das internações, dos óbitos e dos gastos entre os sexos, mas não esclarecem, isoladamente, os fatores responsáveis por essas diferenças. Para aprofundar a interpretação, recomenda-se, em estudos posteriores, investigar conjuntamente sexo e faixa etária, bem como calcular taxas populacionais e indicadores ajustados, a fim de esclarecer se as diferenças observadas refletem principalmente a composição demográfica ou desigualdades nos desfechos hospitalares.

Tabela 6.4 Internações, óbitos e gastos hospitalares totais por cor/raça

Cor/raça	Internações (n)	Óbitos (n)	Gastos Totais (R$)
Branca	2.539	329	3.856.344,36
Preta	359	38	552.685,00
Parda	32.236	5.111	50.584.699,38
Amarela	348	33	579.453,16
Indígena	8	3	20.275,30
Sem informação	1.302	241	1.689.599,29
Total	**36.892**	**5.755**	**57.283.056,49**

Fonte: BRASIL, 2026.

A distribuição por cor/raça (**Tabela 6.4)** demonstra predominância da categoria parda nos registros hospitalares por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Ceará, entre 2021 e 2025. Foram contabilizadas 32.236 internações nessa categoria (87,4% do total estadual), 5.111 óbitos (88,8% do total) e R$ 50.584.699,38 em gastos (88,3% do montante registrado). Essa concentração deve ser interpretada considerando a composição étnico-racial da população cearense, a qual a população parda representa a categoria majoritária, conforme os dados do Censo Demográfico de 2022, que revelou que os indivíduos autodeclarados pardos correspondiam a 64,7% da população residente no estado (IBGE, 2022). Embora essa predominância demográfica ajude a contextualizar os resultados, a participação dos pardos nas internações

registradas foi proporcionalmente superior à sua representação na população estadual. Entretanto, essa diferença não permite concluir que esse grupo apresenta maior risco de hospitalização por AVC, uma vez que não foram utilizadas taxas populacionais específicas por cor/raça, nem realizados ajustes por idade ou outras características demográficas e clínicas.

A predominância de registros entre pessoas pardas também se refletiu na distribuição dos gastos hospitalares, que acompanharam a maior concentração de internações no referido grupo. Todavia, os valores absolutos não permitem determinar se houve diferenças no gasto médio por internação entre as categorias de cor/raça, tampouco identificar os fatores responsáveis pela distribuição das despesas. Assim, a interpretação dos resultados deve se restringir à descrição dos registros hospitalares e financeiros, sem estabelecer relações diretas entre cor/raça e risco individual de adoecimento ou morte.

A qualidade do preenchimento dessa variável também merece atenção: além de 1.302 internações estarem classificadas como sem informação (3,5% do total), a soma das internações nas categorias apresentadas (36.792 registros) é inferior ao total geral informado (36.892). Essa divergência indica a necessidade de conferir a extração e a tabulação dos dados. A relevância desse cuidado é reforçada por Souza, Araújo e Silva Filho (2024), que identificaram problemas de incompletude no preenchimento da variável raça/cor em sistemas nacionais de informação em saúde, incluindo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Essas limitações podem comprometer a precisão das análises estratificadas e dificultar a identificação de possíveis desigualdades entre grupos populacionais.

A discussão das desigualdades raciais é pertinente porque a literatura brasileira identificou diferenças no acesso à reabilitação após o AVC, com menor acesso entre participantes negros e pessoas autodeclaradas amarelas ou indígenas em comparação com participantes brancos (SOUTO *et al*., 2022). Esse estudo, contudo, investigou o acesso à reabilitação e não explica diretamente a distribuição das internações e dos óbitos observada no Ceará. Portanto, os dados da presente tabela são úteis para caracterizar o perfil dos registros hospitalares e orientar investigações sobre equidade, mas conclusões acerca de desigualdades raciais na ocorrência do AVC, na mortalidade ou no acesso à assistência exigem análises adicionais específicas, denominadores adequados e avaliação da qualidade da informação registrada.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil epidemiológico e econômico das internações, dos óbitos hospitalares e dos gastos associados ao acidente vascular cerebral (AVC) no estado do Ceará, no período de janeiro de 2021 a dezembro de 2025, a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizados pelo DATASUS. Os resultados evidenciaram uma expressiva demanda por assistência hospitalar, com concentração dos registros na macrorregião de Fortaleza, seguida por Sobral, além de maior ocorrência de internações e óbitos entre indivíduos com 60 anos ou mais. Observou-se, ainda, predominância masculina nas internações e nos gastos hospitalares, enquanto a categoria parda concentrou a maior proporção dos registros relacionados à raça/cor. Em conjunto, esses achados demonstram a relevância do AVC para a organização dos serviços de saúde e para a utilização de recursos públicos destinados à assistência hospitalar.

As diferenças identificadas entre as macrorregiões, as faixas etárias, os sexos e as catego-

rias de raça/cor reforçam a necessidade de estratégias de prevenção e cuidado que considerem as particularidades demográficas e territoriais da população cearense. Nesse sentido, o fortalecimento da atenção primária à saúde, com ênfase no controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e de outros fatores de risco cardiovasculares, associado ao reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, à agilidade no atendimento de urgência e à ampliação do acesso à reabilitação, constitui uma abordagem fundamental para reduzir as complicações e os impactos do AVC. Além disso, a concentração dos registros e dos gastos em determinadas macrorregiões evidencia a importância de avaliar a distribuição dos recursos assistenciais, a capacidade instalada dos serviços e os fluxos de encaminhamento dos pacientes, visando à organização de uma rede de atenção mais integrada e equitativa.

Apesar da contribuição dos resultados para a compreensão da carga hospitalar do AVC no Ceará, algumas limitações devem ser consideradas. A utilização de dados secundários, agregados e de natureza administrativa restringe a análise das características clínicas individuais, dos fatores associados aos desfechos e dos custos econômicos integrais da assistência. Ademais, os valores absolutos apresentados não permitem estimar diretamente o risco de internação ou de morte entre os diferentes grupos populacionais, sendo necessária a utilização de taxas específicas, denominadores populacionais adequados e, quando possível, ajustes por fatores de confusão. As inconsistências identificadas nos registros de raça/cor também ressaltam a importância do aprimoramento da qualidade e da completude das informações nos sistemas de saúde.

Conclui-se, portanto, que o AVC representa um importante desafio epidemiológico, assistencial e econômico para o Sistema Único de Saúde no Ceará. Os achados deste estudo oferecem subsídios para o planejamento de políticas públicas voltadas à prevenção, ao diagnóstico oportuno, ao tratamento e à reabilitação, bem como para a identificação de necessidades assistenciais nos diferentes territórios. Recomenda-se que pesquisas futuras aprofundem a análise das tendências temporais, das desigualdades sociodemográficas e territoriais, da mortalidade hospitalar e dos gastos por internação, incorporando indicadores populacionais e métodos analíticos que permitam comparações mais consistentes. Dessa forma, será possível ampliar a compreensão dos fatores relacionados à carga do AVC e contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais efetivas, equitativas e sustentáveis na rede de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS). DATASUS, 2026. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus/. Acesso em: 10 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 11 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_diretriz_avaliacao_economica.pdf. Acesso em: 11 out. 2026.

BRAZ, A. I. D. *et al*. Tendências de hospitalizações por acidente vascular cerebral no Ceará 2009-2020. Research, Society and Development, v. 11, n. 8, art. e11611830819, p. 1-12, 2022. DOI: https://doi.org/10.34488/rsd-v11i8.30819.

BUSHNELL, C. *et al*. 2024 Guideline for the primary prevention of stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, v. 55, n. 12, p. e344-e381, 2024. DOI: https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000475.

FEIGIN, V. L. *et al*. World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. International Journal of Stroke, v. 17, n. 1, p. 18-29, 2022. DOI: https://doi.org/10.1177/17474930211065917.

FEIGIN, V. L. *et al*. World Stroke Organization: global stroke fact sheet 2025. International Journal of Stroke, v. 20, n. 2, p. 132-146, 2025. DOI: https://doi.org/10.1177/17474930241308142.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: população por cor ou raça — resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html. Acesso em: 10 out. 2026.

LIMA, C. R. A. *et al*. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1855-1864, 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900016.

MARQUES, D. S. *et al*. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis associados ao desenvolvimento de acidente vascular cerebral. Contribuciones a Las Ciencias Sociales, v. 16, n. 10, p. 19411-19428, 2023. DOI: https://doi.org/10.55905/revconv.16n.10-043.

OLIVEIRA, S. A. *et al*. Internações, mortalidade e letalidade hospitalar por acidente vascular cerebral no Brasil: estudo epidemiológico. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 12, n. 2, p. 1-15, 2026. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v12i2.24230.

SACCO, R. L. *et al*. An updated definition of stroke for the 21st century. Stroke, v. 44, n. 7, p. 2064-2089, 2013. DOI: https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca.

SILVA, E. C. *et al*. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores informais de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 30, art. e3169, p. 1-14, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao243631691.

SILVA, G. M. C. D. *et al*. Acidente vascular cerebral: análise das hospitalizações e aspectos epidemiológicos. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 7, n. 11, p. 182-194, 2025. DOI: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n11p182-194.

SILVA, G. M. C. D. *et al*. Carga econômica, mortalidade e incidência de internações hospitalares por doenças cerebrovasculares no Brasil de 2017 a 2022: uma perspectiva do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 59, art. e44, p. 1-12, 2025. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2025059006781.

SOUTO, S. D. R. *et al*. Iniquidades raciais no acesso à reabilitação após acidente vascular cerebral: estudo da população brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1919-1930, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.09452021.

SOUZA FILHO, B. A. B. *et al*. Relato teórico: reflexões e considerações para autores, revisores e editores. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 56, art. 30, p. 1-10, 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003766.

SOUZA, I. M. *et al*. Tendência temporal da incompletude do registro da raça/cor nos sistemas de informação em saúde do Brasil, 2009-2018. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, art. e05092023, p. 1-12, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05092023.