

ARTIGO ORIGINAL

Análise epidemiológica da morbidade Hospitalar por Acidente Vascular Cerebral no Brasil e a importância da Reabilitação Fisioterapêutica (2016-2025)

Epidemiological analysis of Hospital morbidity due to stroke in Brazil and the importance of Rehabilitation Physiotherapeutic (2016-2025)

Beatriz Montezano Oliveira Agostini¹, Melissa Drey Araujo Soares², Fabiana Salomão Lopes Petruceli³, Filipe Alves Costa Barbosa⁴

¹*Centro Universitário de Caratinga (UNEC), Caratinga, MG, Brasil*

²*Médica pela Faculdade Dinâmica (FADIP), Ponte Nova, MG, Brasil*

³*Médica pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte, MG, Brasil*

⁴*Orientador Médico CRM: 77580-MG, RQE: 59297 pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), Caratinga, MG, Brasil*

Recebido em: 24 de Maio de 2026; Aceito em: 15 de Junho de 2026.

Correspondência: Filipe Alves Costa Barbosa, filipealvescb@hotmail.com

Como citar

Agostini BMO, Soares MDA, Petruceli FSL, Barbosa FAC. Análise epidemiológica da morbidade Hospitalar por Acidente Vascular Cerebral no Brasil e a importância da Reabilitação Fisioterapêutica (2016-2025). Fisioter Bras. 2026;27(4):3575-3591 doi: [10.62827/fb.v27i4.1187](https://doi.org/10.62827/fb.v27i4.1187).

Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma condição neurológica aguda que resulta de mudanças no fluxo sanguíneo cerebral, causadas por problemas vasculares. É uma das principais causas de doenças e mortes em nível global, frequentemente resultando em deficiências severas que afetam a qualidade de vida dos que sobrevivem. **Objetivo:** Descreveu-se o perfil dos indivíduos internados pelo Acidente Vascular Cerebral no Brasil, correlacionando com a importância da reabilitação pós-AVC. **Métodos:** Trata-se de uma abordagem histórica e numérica, a fonte de dados utilizada estará vinculada ao DATASUS, através da morbidade hospitalar do SUS, adotando critérios de inclusão e exclusão, e posteriormente tabulação dos dados. **Resultados:** Em 10 anos, o Brasil registrou 1.720.269 casos de internações por AVC, predomínio na região Sudeste, faixa etária de 70 a 70 anos, cor parda, sexo masculino, de caráter de urgência. Esse crescimento progressivo evidencia a relevância epidemiológica

do AVC como importante causa de morbidade e hospitalização no país, refletindo o impacto das doenças cerebrovasculares sobre o sistema de saúde brasileiro. **Conclusão:** Ressalta-se o papel da equipe multiprofissional no atendimento a pacientes com AVE, especialmente a fisioterapia durante o processo de reabilitação funcional. O atendimento fisioterapêutico precoce é crucial para a diminuição das incapacidades, ampliação da funcionalidade, independência e qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Epidemiologia; Reabilitação Neurológica.

Abstract

Introduction: Stroke is an acute neurological condition resulting from changes in cerebral blood flow caused by vascular problems. It is a leading cause of illness and death globally, often resulting in severe disabilities that affect the quality of life of survivors. **Objective:** This study described the profile of individuals hospitalized for stroke in Brazil, correlating it with the importance of post-stroke rehabilitation. **Methods:** This is a historical and numerical approach; the data source used will be linked to DATASUS, through the SUS hospital morbidity data, adopting inclusion and exclusion criteria, and subsequently tabulating the data. **Results:** In 10 years, Brazil registered 1,720,269 cases of hospitalizations for stroke, predominantly in the Southeast region, age group 70 to 79 years, brown skin color, male sex, and of an urgent nature. This progressive growth highlights the epidemiological relevance of stroke as a significant cause of morbidity and hospitalization in the country, reflecting the impact of cerebrovascular diseases on the Brazilian healthcare system. **Conclusion:** The role of the multidisciplinary team in the care of stroke patients is emphasized, especially physiotherapy during the functional rehabilitation process. Early physiotherapy intervention is crucial for reducing disabilities, increasing functionality, independence, and quality of life for patients.

Keywords: Acute Cerebrovascular Accident; Epidemiology; Neurological Rehabilitation.

Introdução

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma condição neurológica aguda que resulta de mudanças no fluxo sanguíneo cerebral, causadas por problemas vasculares [1]. Esse evento pode ser dividido em duas categorias principais: o AVE isquêmico, que ocorre quando há bloqueio do fluxo sanguíneo por trombos ou êmbolos; e o AVE hemorrágico, que acontece pela ruptura de vasos sanguíneos no cérebro, resultando no derrame de sangue nos tecidos cerebrais, podendo provocar hemorragias intraparenquimatosas ou subaracnóideas [2].

O AVE é uma das principais causas de doenças e mortes em nível global, frequentemente

resultando em deficiências severas que afetam a qualidade de vida dos que sobrevivem. As consequências de um AVE podem variar desde perda de habilidades motoras e sensoriais até dificuldades de linguagem e funções cognitivas, fazendo da reabilitação um processo que é complexo e multifacetado. A fisioterapia se destaca como uma ferramenta fundamental na reabilitação após um AVE, exercendo um papel crucial na recuperação das funções dos pacientes [3].

A taxa de mortalidade e as sequelas oriundas do AVE podem ser reduzidas por meio de intervenções terapêuticas específicas. Durante a fase

hiperaguda, os tratamentos mais eficazes envolvem a aplicação de trombolíticos via endovenosa, a trombólise química por via intra-arterial e a trombectomia endovascular. Para alcançar melhores resultados e diminuir complicações, esses procedimentos precisam ser realizados o mais rápido possível após o início dos sintomas [4].

Vários fatores de risco estão relacionados ao AVE, incluindo condições crônicas e hábitos que prejudicam a saúde. A hipertensão arterial é o principal fator de risco, pois aumenta a pressão nas artérias e favorece obstruções e rupturas. O diabetes mellitus também agrava a situação, promovendo a aterosclerose e diminuindo a elasticidade dos vasos [5]. Ademais, níveis elevados de colesterol, fumo, uso de substâncias ilícitas, obesidade, falta de atividade física e consumo excessivo de álcool são aspectos que elevam a chance de ocorrência do AVE. A prevenção se baseia no controle dessas condições, na adoção de um estilo de vida saudável e na supervisão médica [6].

Os sinais e sintomas de um AVE variam com a região do cérebro que é afetada, contudo, costumam aparecer de maneira abrupta. Os sintomas principais incluem fraqueza ou perda de movimento em um lado do corpo, além de problemas ao falar (disartria) e engolir (disfagia). Também são frequentes alterações na visão, como ver duplo ou uma perda temporária da visão. No caso de um AVE hemorrágico, uma dor de cabeça forte e súbita, acompanhada de náuseas e vômitos, são sinais característicos. A identificação precoce desses sinais é crucial para assegurar um atendimento rápido e eficiente, que possa minimizar as complicações e melhorar os resultados clínicos [5,6].

O tratamento para AVE é muito dependente do tempo, sendo fundamental agir rapidamente para maximizar os resultados. No AVE isquêmico agudo (AIA), a reperfusão emergente pode ser

vital para a recuperação do paciente, enquanto no AVE hemorrágico (AVEH), controlar a hemorragia é essencial. Uma triagem pré-hospitalar eficaz possibilita a identificação de casos graves, como o AIA por oclusão de grande vaso (OGV), que pode ser tratado por meio endovascular. O encaminhamento rápido para centros especializados é determinante para melhorar os resultados clínicos. Novas tecnologias no atendimento pré-hospitalar têm potencial para otimizar essa fase crítica, embora sua eficácia dependa da aplicação de diretrizes fundamentadas em evidências para assegurar um atendimento rápido e de qualidade [7].

A fisioterapia após um AVC tem o objetivo de restaurar a mobilidade, a funcionalidade, aumentar a força muscular, recuperar a coordenação motora e incentivar a autonomia nas atividades cotidianas. As abordagens utilizadas são diversas e incluem exercícios terapêuticos, treinamento de marcha, terapia manual, eletroterapia e atividades funcionais. Ademais, a fisioterapia também se dedica a prevenir complicações secundárias, como contrações musculares, lesões por pressão e problemas respiratórios, que podem ocorrer em decorrência de longos períodos de imobilidade. Os benefícios da fisioterapia na reabilitação pós-AVC são amplamente reconhecidos. Pesquisas indicam que a intervenção precoce e contínua pode aprimorar significativamente os resultados funcionais, diminuindo a dependência e elevando a qualidade de vida dos pacientes. A reabilitação fisioterapêutica vai além da recuperação física, pois também tem um papel importante no suporte emocional e psicológico dos pacientes, ajudando-os a lidar com os desafios trazidos pelo AVC [8].

Diante desse cenário, torna-se fundamental analisar os dados e tendências observadas nos últimos dez anos para compreender o cenário, os avanços, e apontar caminhos para políticas de

prevenção, tratamento e precaução mais eficazes. Descreveu-se e discutiu-se o perfil dos indivíduos internados pelo Acidente Vascular Cerebral no Brasil, correlacionando com a importância da reabilitação pós-AVC.

A questão norteadora que guiou esta pesquisa foi: “Qual é o perfil dos indivíduos internados por Acidente Vascular Cerebral no Brasil e o impacto da reabilitação fisioterapêutica após o acometimento?”. A presente pesquisa justifica-se pela elevada relevância epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral (AVC), considerado uma das principais causas de morbimortalidade e incapacidade funcional no Brasil e no mundo. Além do impacto sobre a mortalidade, o AVC frequentemente resulta em sequelas motoras, cognitivas e funcionais que comprometem a independência e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, gerando importantes repercussões sociais, familiares e econômicas. Nesse contexto,

compreender o perfil dos pacientes internados por AVC possibilita identificar grupos mais vulneráveis, fatores associados ao adoecimento e demandas específicas de cuidado em saúde.

A reabilitação fisioterapêutica desempenha papel fundamental no processo de recuperação funcional após o AVC, contribuindo para a melhora da mobilidade, da funcionalidade e da autonomia dos pacientes. Entretanto, ainda existem desafios relacionados ao acesso aos serviços de reabilitação, à continuidade do tratamento e à efetividade das intervenções fisioterapêuticas em diferentes contextos assistenciais. Dessa forma, investigar descreveu-se sobre o impacto da fisioterapia após o acometimento do AVC torna-se essencial para fortalecer estratégias de prevenção de incapacidades, subsidiar políticas públicas e aprimorar a assistência multiprofissional ofertada aos indivíduos acometidos pela doença.

Métodos

Abordagem histórica e numérica, desenvolvido conforme as diretrizes da ferramenta Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) [9]. A investigação transversal se distingue por examinar tanto a exposição quanto o desfecho dentro de um grupo populacional específico, tudo em um único ponto no tempo. A pesquisa retroativa envolve a análise de dados secundários, com o objetivo de explorar as conexões entre variáveis relevantes fundamentadas em eventos anteriores [10].

As informações analisadas pertenceram aos usuários do sistema de saúde do Brasil, cuja população em 2022 era de 203.080.756 pessoas [11]. A base de dados a ser utilizada está associada ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, denominado DATASUS, através do Sistema

de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e pode ser acessada em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>.

O intervalo da pesquisa foi de 2016 a 2025, compreendendo, em razão da relevância do tempo, as etapas antes, durante e após a crise sanitária ocasionada pelo COVID-19. Entre os critérios que definiram a inclusão, estão as notificações de internações hospitalares devido ao Acidente Vascular Cerebral dos habitantes do Brasil. Por outro lado, foram excluídos os dados que estão incompletos ou em branco. As variáveis que foram analisadas neste estudo incluem: ano de processamento, região, faixa etária, raça/cor, sexo e caráter de atendimento.

As informações foram estruturadas por meio do programa Microsoft Excel 2019, integrante do pacote

Office, e foram analisadas através de estatísticas descritivas, apresentadas em tabelas e gráficos, por meio de dados absolutos e relativos. O estudo focou exclusivamente em dados secundários coletados de fontes públicas. Uma vez que os dados são oriundos de fontes disponíveis ao público e são do tipo secundário, não se fez necessário obter a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa [12].

O emprego de dados secundários apresenta limitações consideráveis que devem ser

consideradas ao analisar os achados, como a probabilidade de subnotificação, erros no preenchimento das informações e ausência de detalhes clínicos mais abrangentes. Ademais, a dependência de registros já existentes restringe o controle sobre a qualidade e a uniformidade dos dados, o que pode gerar vieses informacionais. Assim, essas limitações podem impactar a precisão das análises e a utilização dos resultados, sendo crucial que sejam reconhecidas no contexto da pesquisa.

Resultados

A investigação das hospitalizações devido ao Acidente Vascular Cerebral no Brasil entre 2016 e 2025 revelou um aumento crescente nas ocorrências, totalizando 1.720.269 casos. Em 2016 registrou-se o menor número de internações,

em que foram 149.616 (8,69%) internações, aumentando sucessivamente nos anos seguintes, atingindo os maiores registros em 2025, com 205.357 (11,98%) internações, como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultados sobre as internações por Acidente Vascular Cerebral segundo ano de processamento no Brasil (2016-2025).

Ano do processamento	Internações	%
2016	149.616	8,69
2017	152.538	8,86
2018	156.626	9,10
2019	163.120	9,48
2020	153.714	8,93
2021	162.017	9,42
2022	184.929	10,75
2023	196.266	11,40
2024	196.086	11,39
2025	205.357	11,98
Total	1.720.269	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

De tal modo, cabe mencionar sobre os dados conforme a região, em que se destacou a região Sudeste 722.147 internações por Acidente Vascular Cerebral, seguindo pela região Nordeste com 482.400, Sul com 311.624, Centro-Oeste com 105.098 e Norte com 99.000, como descrito na Figura 1.

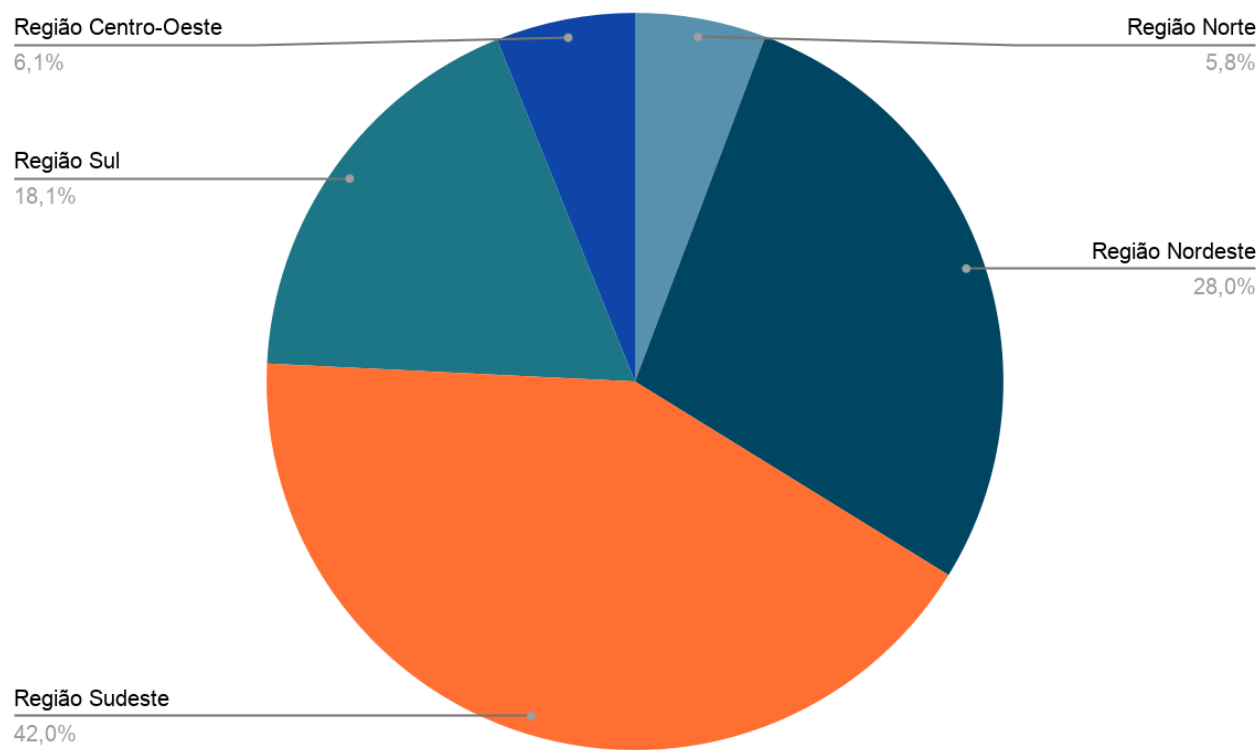


Figura 1 – Resultados sobre as internações por Acidente Vascular Cerebral conforme a Região no Brasil (2016-2025).

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

No entanto, cabe destacar sobre a faixa etária predominante nos casos de Acidente Vascular Cerebral no Brasil prevalecendo os indivíduos de 70 a 79 anos, com 455.367 (26,47%) registros, como descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Resultados sobre as internações por Acidente Vascular Cerebral segundo a faixa etária no Brasil (2016-2025).

Faixa Etária	Internações	%
Menor de 1 ano	805	0,05
1 a 4 anos	600	0,03
5 a 9 anos	683	0,04
10 a 14 anos	1.475	0,08

15 a 19 anos	4.067	0,23
20 a 29 anos	18.738	1,08
30 a 39 anos	49.169	2,85
40 a 49 anos	131.951	7,67
50 a 59 anos	270.079	15,70
60 a 69 anos	433.818	25,14
70 a 79 anos	455.367	26,47
80 anos e mais	353.517	20,66
Total	1.720.269	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A Tabela 3 demonstra os registros sobre cor/raça, sendo o maior registro na cor parda, com 743.086 (43,19%) casos, e o menor registro entre os indígenas, com 1.499 (0,08%) casos.

Tabela 3 – Resultados sobre as internações por Acidente Vascular Cerebral segundo a cor/raça no Brasil (2016-2025).

Cor/Raça	Registros	%
Branca	582.762	33,87
Preta	89.093	5,18
Parda	743.086	43,19
Amarela	34.547	2,01
Indígena	1.499	0,08
Sem informação	269.282	15,67
Total	1.720.269	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A Figura 2 apresenta os registros sobre sexo, sendo o maior registro entre os homens, com 902.336 (52,5%) casos, enquanto o sexo feminino registrou 817.933 casos (47,5%).

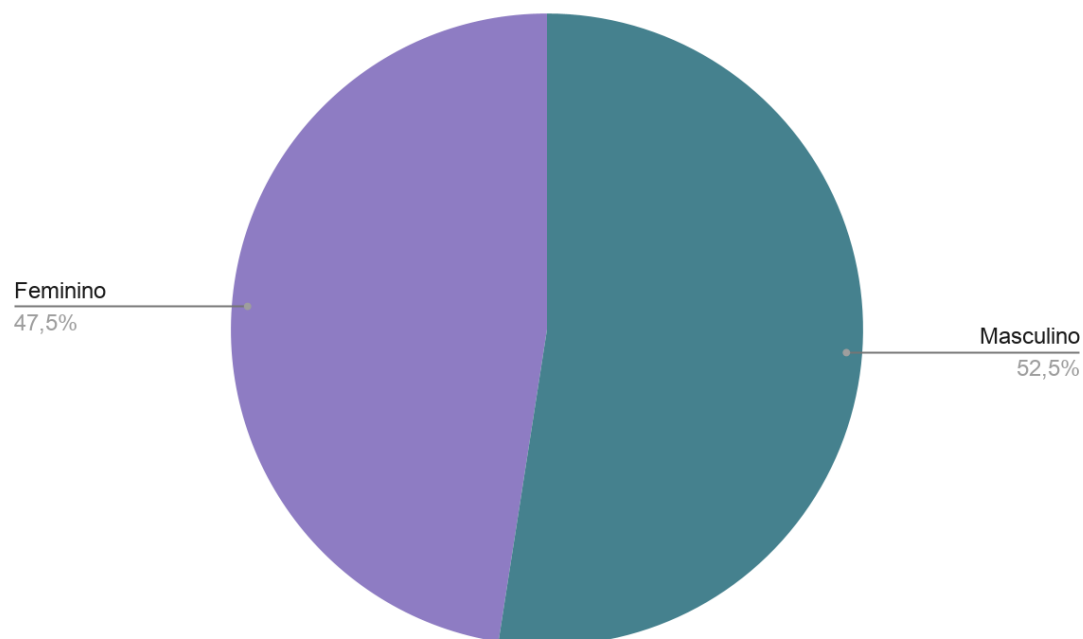


Figura 2 – Resultados sobre as internações por Acidente Vascular Cerebral mediante o sexo no Brasil (2016-2025).

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A Figura 3 apresenta os registros sobre o caráter de atendimento, sendo a urgência com os maiores registros, apresentando 1.663.079 (96,7%) casos, enquanto a forma eletiva registrou 57.190 casos (3,3%).

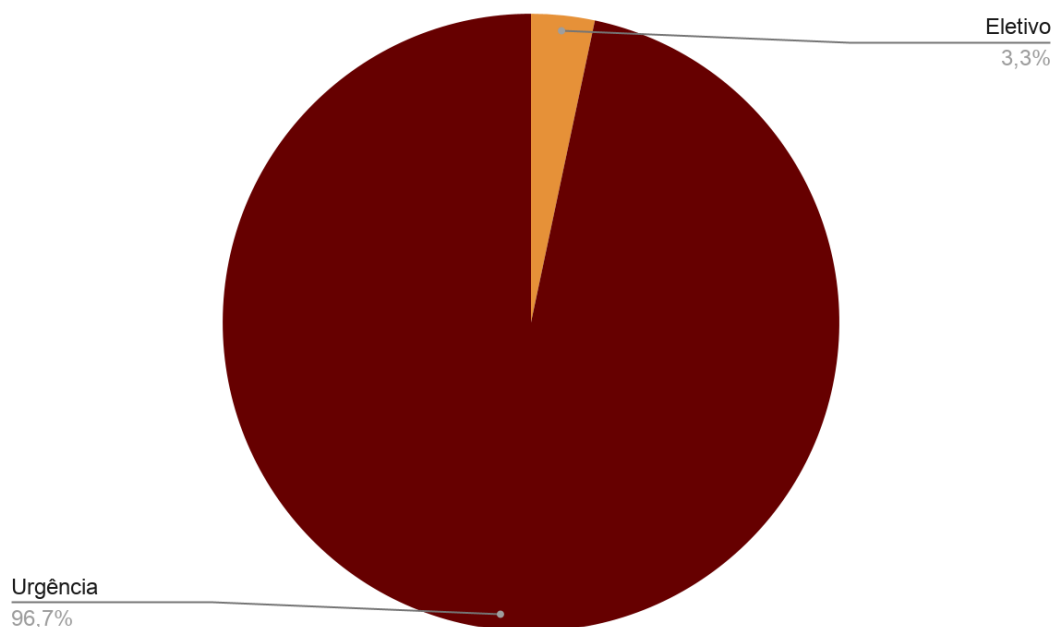


Figura 3 – Resultados sobre as internações por Acidente Vascular Cerebral mediante o caráter de atendimento no Brasil (2016-2025).

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Discussão

Os resultados apresentados conforme o ano de registro demonstram uma tendência crescente no número de internações por AVE no Brasil entre os anos de 2016 e 2025. Esse crescimento progressivo evidencia a relevância epidemiológica do AVE como importante causa de morbidade e hospitalização no país, refletindo o impacto das doenças cerebrovasculares sobre o sistema de saúde brasileiro. Entre os anos de 2016 e 2019, verificou-se aumento contínuo das internações, fato que pode estar associado à pandemia da COVID-19. Durante esse período, houve diminuição na procura por serviços hospitalares devido ao receio de contaminação, além da sobrecarga dos sistemas de saúde, o que pode ter contribuído para subnotificações ou atraso na busca por atendimento médico. Apesar dessa queda temporária, os números voltaram a crescer nos anos subsequentes, demonstrando a persistência do AVE como problema de saúde pública [13].

A partir de 2021, observa-se aumento expressivo das internações, cenário este que pode estar relacionado ao envelhecimento populacional, ao aumento da prevalência de fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e sedentarismo, e às sequelas vasculares associadas ao período pós-pandemia. Além disso, a ampliação do acesso ao diagnóstico e aos serviços hospitalares pode ter contribuído para maior identificação e registro dos casos de AVE [14].

O ano de 2025 apresentou o maior quantitativo de internações do período analisado, reforçando a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à prevenção e ao controle dos fatores de risco modificáveis. Nesse contexto, ações de promoção da saúde, educação em saúde e

acompanhamento multiprofissional tornam-se fundamentais para reduzir a incidência do AVE e suas complicações. Ademais, destaca-se a importância da fisioterapia no processo de reabilitação funcional desses pacientes, contribuindo para recuperação motora, melhora da independência funcional e qualidade de vida após o evento cerebrovascular [1,13].

De tal modo, os dados mostraram uma significativa desigualdade regional nas hospitalizações por AVE no Brasil, com uma forte predominância da região Sudeste durante o período analisado. Logo depois, apresentaram-se as regiões Nordeste com Sul, Centro-Oeste e Norte, respectivamente. Esse panorama pode inicialmente estar atrelado à maior densidade populacional do Sudeste, que é a área mais populosa e urbanizada do país, além de concentrar um número maior de serviços hospitalares de média e alta complexidade, o que favorece o diagnóstico e a notificação dos casos [15].

A alta taxa de internações no Sudeste também pode ter relação com o perfil epidemiológico local, que evidencia uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares, condições que são reconhecidas como fatores de risco significativos para o AVE. Ademais, o envelhecimento populacional mais pronunciado nessa área contribui diretamente para o aumento de casos de eventos cerebrovasculares, dado que a idade avançada é um dos principais fatores de risco para a condição [2,14].

No que diz respeito à região Nordeste, o alto índice de internações também merece atenção, pois pode ser um reflexo tanto do aumento populacional quanto das desigualdades socioeconômicas e das barreiras no acesso a medidas de prevenção

e controle dos fatores de risco. Em diversas localidades, as dificuldades para acessar os serviços de saúde, manter um acompanhamento adequado e garantir diagnósticos precoces podem agravar as condições de saúde, resultando em hospitalizações mais frequentes [2,3].

Por outro lado, as regiões Norte e Centro-Oeste registraram números menores de internações, o que pode estar ligado à menor densidade populacional, mas também a possíveis subnotificações e limitações na disponibilidade de serviços especializados em saúde. Nesse sentido, as descobertas sublinham a necessidade de reforçar as políticas públicas voltadas para prevenção, diagnóstico precoce e cuidado integral para os pacientes afetados por AVE em todas as regiões do Brasil, levando em consideração as particularidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada área [3,4].

No que tange às faixas etárias, os achados corroboram a literatura, que aponta o envelhecimento populacional como um dos principais fatores associados ao aumento da incidência e hospitalizações por AVE. O processo de envelhecimento está relacionado ao maior acúmulo de fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias, sedentarismo e doenças ateroscleróticas, condições que aumentam significativamente a vulnerabilidade ao desenvolvimento do evento cerebrovascular [15].

Observa-se ainda que as faixas etárias intermediárias também apresentaram números expressivos de internações, evidenciando que o AVE não se restringe apenas à população extremamente idosa. Estudos epidemiológicos nacionais e internacionais têm demonstrado crescimento progressivo da ocorrência de AVE em adultos de meia-idade, especialmente devido ao aumento da obesidade, estresse, tabagismo, consumo excessivo de álcool e hábitos de vida inadequados. Além disso, a

exposição prolongada a fatores de risco cardiovasculares ao longo da vida favorece o aparecimento precoce de alterações vasculares e metabólicas, contribuindo para o aumento das internações em indivíduos economicamente ativos [3,15].

Em contrapartida, as menores proporções foram identificadas nas faixas etárias pediátricas e adolescentes. Embora raros, os casos de AVE em crianças e jovens possuem relevância clínica importante, sendo frequentemente associados a doenças congênitas, cardiopatias, distúrbios hematológicos, infecções e alterações vasculares específicas. A baixa frequência observada na presente análise está em consonância com a literatura, que descreve o AVC pediátrico como uma condição incomum quando comparada à população adulta e idosa [4,16].

Outro aspecto importante refere-se ao elevado número de internações nas faixas acima de 60 anos, que juntas representam mais de 70% do total analisado. Esse cenário reforça o impacto epidemiológico do envelhecimento populacional brasileiro sobre o sistema de saúde, especialmente em relação à demanda por hospitalizações prolongadas, reabilitação e cuidados contínuos. Autores destacam que idosos acometidos por AVE frequentemente apresentam maiores índices de incapacidade funcional, dependência nas atividades de vida diária e mortalidade, o que amplia os custos sociais e econômicos relacionados à doença [16].

Nesse contexto, destaca-se também a importância das estratégias de prevenção primária e secundária direcionadas principalmente à população adulta e idosa. A literatura evidencia que o controle adequado dos fatores de risco modificáveis, aliado à promoção de hábitos saudáveis e ao acompanhamento multiprofissional, pode reduzir significativamente a incidência de AVE e suas complicações [5,13].

De tal modo, os registros conforme a cor/raça evidenciaram predominância das internações por AVE entre indivíduos autodeclarados pardos, seguidos pela população branca. Esses achados acompanham a composição demográfica brasileira descrita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que demonstra maior representatividade da população parda no país. Entretanto, além da distribuição populacional, a literatura aponta que fatores socioeconômicos, desigualdades no acesso aos serviços de saúde, menor escolaridade e dificuldades no acompanhamento contínuo das doenças crônicas contribuem diretamente para maior vulnerabilidade ao AVC em grupos racialmente mais vulneráveis [13,14].

O elevado registros de internações na população parda também pode estar relacionada à maior exposição aos fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade e sedentarismo. Estudos epidemiológicos demonstram que indivíduos pardos e pretos frequentemente enfrentam barreiras estruturais e sociais que dificultam o diagnóstico precoce e o controle adequado dessas condições. Além disso, questões relacionadas à desigualdade social e ao acesso tardio aos serviços especializados favorecem maior incidência de complicações cerebrovasculares e internações hospitalares [15].

A população branca apresentou o segundo maior número de registros, resultado que pode ser explicado tanto pela representatividade populacional em determinadas regiões brasileiras, especialmente Sul e Sudeste, quanto pelo maior envelhecimento dessa população. A literatura evidencia que o envelhecimento é um dos principais fatores associados ao AVE, uma vez que indivíduos idosos apresentam maior prevalência de doenças cardiovasculares e degenerativas. Assim, a elevada proporção de internações entre pessoas brancas

também pode refletir o perfil etário da população em algumas regiões do país [7].

No que se refere à população preta, estudos apontam que esse grupo apresenta importante vulnerabilidade ao AVE, especialmente devido à maior prevalência de hipertensão arterial resistente, diabetes e doenças cardiovasculares. Além disso, pesquisas demonstram que indivíduos pretos frequentemente apresentam maiores taxas de mortalidade e incapacidade funcional após o AVE, fenômeno associado às desigualdades raciais históricas, dificuldades de acesso ao cuidado integral e menor acesso às estratégias preventivas e de reabilitação [6,14].

As menores proporções observadas entre indígenas e amarelos podem estar relacionadas tanto à menor representatividade populacional quanto à possível subnotificação e dificuldades no registro adequado das informações em saúde. Em populações indígenas, a literatura destaca ainda limitações no acesso aos serviços especializados, principalmente em áreas remotas, o que pode comprometer a identificação e o acompanhamento adequado dos casos de AVE [14].

Outro aspecto relevante refere-se ao elevado percentual de registros sem informação de cor/raça. Esse dado evidencia fragilidades nos sistemas de informação em saúde e limita análises epidemiológicas mais precisas sobre as desigualdades raciais relacionadas ao AVE no Brasil. A literatura ressalta que o preenchimento incompleto das notificações compromete o planejamento de políticas públicas direcionadas às populações mais vulneráveis, dificultando o desenvolvimento de estratégias específicas de prevenção, promoção da saúde e reabilitação [13,15].

Dessa forma, os achados reforçam que o AVE apresenta importante relação com determinantes sociais e desigualdades raciais em saúde. Nesse

contexto, torna-se fundamental o fortalecimento de políticas públicas voltadas ao controle dos fatores de risco cardiovasculares, ampliação do acesso aos serviços de saúde e desenvolvimento de ações preventivas direcionadas às populações mais vulneráveis. Além disso, a atuação multiprofissional, incluindo a fisioterapia no processo de reabilitação, possui papel essencial na redução das sequelas funcionais e na promoção da qualidade de vida após o AVE [15].

A análise dos registros de internações segundo o sexo demonstrou predominância do sexo masculino em relação feminino. Esses achados estão em consonância com a literatura científica, que evidencia maior incidência de AVE entre homens, especialmente nas faixas etárias adultas e idosas mais jovens. Estudos apontam que os homens apresentam maior exposição aos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, sedentarismo e menor adesão às medidas preventivas e ao acompanhamento em saúde [13].

Além dos hábitos de vida, fatores biológicos e hormonais também influenciam essa diferença entre os sexos. A literatura descreve que o estrogênio exerce efeito protetor cardiovascular nas mulheres durante o período reprodutivo, contribuindo para menor ocorrência de doenças cerebrovasculares antes da menopausa. Após essa fase, entretanto, ocorre aumento progressivo do risco cardiovascular feminino, aproximando-se dos índices observados na população masculina. Isso pode justificar a diferença relativamente pequena entre os percentuais encontrados neste estudo [1].

Outro aspecto importante refere-se ao comportamento de busca por serviços de saúde. Pesquisas demonstram que homens tendem a procurar assistência médica com menor frequência e geralmente apresentam maior resistência às

práticas preventivas e ao controle contínuo de doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, principais fatores associados ao AVE. Essa menor adesão ao acompanhamento clínico favorece o diagnóstico tardio e maior ocorrência de complicações cerebrovasculares [1,2].

Embora os homens tenham apresentado maior número de internações, a literatura ressalta que as mulheres frequentemente evoluem com maior gravidade funcional após o AVE, especialmente devido à maior expectativa de vida e ao acometimento em idades mais avançadas. Além disso, estudos indicam que mulheres podem apresentar sintomas atípicos, o que pode dificultar o reconhecimento precoce da doença e atrasar o início do tratamento adequado [2,3].

Os achados evidenciam, portanto, que o AVE apresenta diferenças importantes relacionadas ao sexo, tanto nos registros quanto nos desfechos clínicos. Nesse contexto, torna-se fundamental o fortalecimento de estratégias preventivas direcionadas à população masculina, especialmente quanto ao controle dos fatores de risco cardiovasculares e à promoção da saúde. Da mesma forma, é essencial ampliar o rastreamento e a assistência integral às mulheres, principalmente em idades avançadas, visando reduzir complicações, incapacidades e mortalidade relacionadas ao AVE [2].

Os resultados demonstraram predominância expressiva das internações em caráter de urgência, enquanto os atendimentos eletivos representaram baixos números das internações. Esses achados estão em conformidade com a literatura, que caracteriza o AVE como uma emergência médica de instalação súbita, exigindo atendimento imediato para redução da mortalidade e das sequelas neurológicas. A elevada frequência de admissões em regime de urgência reflete a natureza aguda da doença, marcada por déficit neurológico abrupto,

necessidade de intervenção rápida e alto risco de complicações clínicas [3,4].

A literatura destaca que o tempo entre o início dos sintomas e o atendimento hospitalar é determinante para o prognóstico dos pacientes acometidos por AVE. Estratégias terapêuticas como trombólise e trombectomia mecânica dependem diretamente da rapidez no reconhecimento e encaminhamento do indivíduo ao serviço especializado. Dessa forma, o predomínio das internações de urgência evidencia a necessidade de estruturas hospitalares preparadas para atendimento imediato, incluindo equipes multiprofissionais capacitadas, suporte diagnóstico e unidades especializadas em doenças cerebrovasculares [4,16].

Outro aspecto relevante refere-se ao fato de que muitos indivíduos chegam aos serviços de saúde já em fase aguda e sintomática, frequentemente devido ao controle inadequado dos fatores de risco cardiovasculares. Estudos apontam que hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade e sedentarismo continuam sendo importantes determinantes para a ocorrência súbita do AVE. Além disso, a baixa adesão às medidas preventivas e o desconhecimento da população acerca dos sinais e sintomas contribuem para a elevada demanda por atendimentos emergenciais [16].

Os baixos índices de internações eletivas podem estar relacionados principalmente às admissões destinadas à investigação complementar, reabilitação ou tratamento de complicações decorrentes do AVE. Entretanto, a literatura demonstra que o manejo preventivo e o acompanhamento ambulatorial adequado poderiam reduzir significativamente a ocorrência de episódios agudos e, conseqüentemente, a necessidade de hospitalizações de urgência. Nesse contexto, políticas públicas voltadas à atenção primária e ao controle das

doenças crônicas possuem papel fundamental na diminuição da incidência do AVE [13,15].

Além disso, a predominância do atendimento de urgência gera importante impacto sobre o sistema público de saúde, especialmente devido à necessidade de leitos especializados, cuidados intensivos, exames de alta complexidade e reabilitação prolongada. Estudos evidenciam que o AVE representa uma das principais causas de incapacidade funcional e mortalidade no Brasil, ocasionando elevados custos hospitalares e sociais [15].

No mesmo quesito, a fisioterapia desempenha papel fundamental no processo de recuperação funcional após o acometimento por AVE, sendo considerada uma das principais estratégias de reabilitação para redução das sequelas motoras, sensoriais e funcionais. A literatura evidencia que a intervenção fisioterapêutica precoce contribui significativamente para melhora da mobilidade, equilíbrio, força muscular, marcha e independência nas atividades de vida diária, favorecendo maior qualidade de vida aos indivíduos acometidos [16].

Além disso, a fisioterapia auxilia na prevenção de complicações secundárias, como contraturas, úlceras por pressão, trombose venosa profunda e perda funcional progressiva, fatores que podem prolongar o tempo de internação e aumentar os custos assistenciais. Dessa forma, a reabilitação fisioterapêutica possui impacto direto na diminuição das incapacidades e na reintegração social e funcional do paciente [17].

No contexto das políticas públicas, a fisioterapia representa importante componente da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nos serviços de reabilitação e atenção especializada. O aumento expressivo das internações por AVE no Brasil evidencia a necessidade de fortalecimento das políticas voltadas à reabilitação neurológica, ampliação do acesso

aos serviços fisioterapêuticos e descentralização do cuidado, principalmente em regiões com menor cobertura assistencial [18].

Apontam-se que a insuficiência de centros especializados, longas filas de espera e desigualdades regionais dificultam o acesso precoce à reabilitação, comprometendo os desfechos clínicos e funcionais dos pacientes. Nesse sentido, investimentos públicos em programas de reabilitação multiprofissional, capacitação de equipes e fortalecimento da atenção básica são essenciais para reduzir incapacidades, minimizar impactos socioeconômicos e promover melhor qualidade de vida após o AVE [19].

Contudo, ainda existem desafios relacionados

ao acesso a serviços especializados de reabilitação, particularmente em áreas com infraestrutura de saúde deficitária, evidenciando a necessidade de fortalecer as políticas públicas voltadas à atenção integral às doenças cerebrovasculares. Assim, os achados deste estudo sublinham a urgência de investimentos contínuos em políticas públicas focadas na prevenção, diagnóstico precoce, assistência hospitalar e reabilitação pós-AVE. Além disso, a compreensão do perfil epidemiológico das internações pode auxiliar no planejamento de intervenções estratégicas em saúde, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade, dos impactos socioeconômicos e das sequelas decorrentes do AVE no Brasil.

Conclusão

O perfil epidemiológico das internações por AVE no Brasil, nos últimos dez anos, revela a importância e a gravidade dessa condição como um sério problema de saúde pública. Foi observada uma predominância de internações entre pessoas idosas, especialmente aquelas com mais de 60 anos, ressaltando a conexão entre o envelhecimento da população e o aumento de doenças cerebrovasculares. Além disso, notou-se uma maior taxa de internações entre homens, indivíduos de cor/raça parda e em situações de urgência, evidenciando a influência de fatores biológicos, sociais e comportamentais na saúde e nos resultados relacionados ao AVE.

Os resultados também revelam significativas disparidades regionais e sociodemográficas, além de lacunas nos sistemas de informação em saúde, como o elevado número de registros com a variável cor/raça inadequadamente preenchida. A maior incidência de admissões em caráter de urgência

reitera a natureza aguda do AVE e demonstra a necessidade de reforço em ações preventivas e na identificação precoce dos fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão arterial, diabetes, obesidade e sedentarismo. Neste contexto, é fundamental expandir as estratégias de promoção da saúde, educação em saúde e acompanhamento contínuo na atenção primária, buscando diminuir a incidência e as complicações desta doença. Além disso, é importante ressaltar o papel da equipe multiprofissional no atendimento a pacientes com AVE, especialmente a fisioterapia durante o processo de reabilitação funcional. O atendimento fisioterapêutico precoce é crucial para a diminuição das incapacidades, ampliação da funcionalidade, independência e qualidade de vida dos pacientes.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Desenho da pesquisa: Soares MDA; Obtenção de dados: Agostini BMO; Análise e interpretação dos dados: Petruceli

FSL; Redação do manuscrito: Soares MDA, Agostini BMO, Petruceli FSL; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Barbosa FAC.

Referências

1. Brandão PC, Lanzoni GMM, Pinto, ICM. Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet], 2023 Fev 06 [cited 2026 May 23]; 36(1)eAPE00061. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/B4vf4P5HV3MmTtGx7wHb7dy/?format=html&lang=pt>. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AO00061.
2. Macedo LS, Barros LFM, Gonçalves KS, Silva JAM, Alves JIM, Ribeiro MV, Nunes BMY, Alves IMM, Bandeira MR, Ribeiro BTS, Jardim VT, Moraes JCSO. Urgência no atendimento e inovações tecnológicas no acidente vascular cerebral: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, [Internet], 2025 Fev 28 [cited 2026 May 23]; 7(2):2649-2665. Available from: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5362>. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n2p2649-2665.
3. 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. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [Internet], 2025 Mar 16 [cited 2026 May 23]; 7(3):1429-1439. Available from: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5472>. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n3p1429-1439.
4. Souto SR, Anderle P, Goulart BNG. Iniquidades raciais no acesso à reabilitação após acidente vascular cerebral: estudo da população brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], 2022 May 02 [cited 2026 May 23]. 27(5)1919-1928. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n5/1919-1928/pt/>. DOI: 10.1590/1413-81232022275.09452021.
5. Lima LCO, Santos AVF, Junior VCC, Menezes MCL, Martins SSA, Feitosa FRS. Perfil epidemiológico do acidente vascular cerebral isquêmico transitório (AVC) e síndromes relacionadas em adultos e idosos no Nordeste brasileiro de 2018 a 2023. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* [Internet], 2025 Fev 11 [cited 2026 May 23]. 8(18) e081820-e081820. Available from: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1820>. DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1820.
6. Araújo AVEC, Figueira JNR, Abreu AM, Brito PV, Silva IG, Silva TL, Maranhão TA. Padrão espacial e temporal de mortalidade por acidente vascular cerebral no estado do Ceará, Brasil, no período entre (2009-2019) *Revista Pan-Amazônica de Saúde* [Internet], 2024 Mar 27 [cited 2026 May 23]. 27(05):1-9. Available from: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n5/1919-1928/pt/>. DOI: 10.1590/1413-81232022275.09452021.
7. Dutra D, Medino SE, Brito SD. A atuação da fisioterapia em pacientes com disfunções motoras pós Acidente Vascular Cerebral. *NATIVA-Revista de Ciências, Tecnologia e Inovação* (ISSN: 2764-1295) [Internet], 2024 Jul 22 [cited 2026 May 23]. 6(1):80-87. Available from: <https://jiparana.emnuvens.com.br/riacti/article/view/1163>.

8. LOPES RS, Pinheiro EA, Sousa LGO. O papel da fisioterapia na reabilitação pós acidente vascular cerebral (AVC). ARACÊ [Internet] 2025 Jul 08 [cited 2026 May 23] 7(7): 36701-36717 Available from: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/6456>. DOI: 10.56238/arev7n7-090.
9. Von EE, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. The Lancet [Internet]. 2007 Oct [cited 2026 May 23]; 370(9596):1453–7. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61602-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61602-X/fulltext). DOI: S0140-6736(07)61602-X
10. Rouquayrol [Internet]. Google Books. 2021 [cited 2026 May 23]. Available from: https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=I70oEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1944&dq=Rouquayrol+Epidemiologia+e+sa%C3%BAde.+Rio+de+Janeiro:+MedBook+Editora&ots=BN9pMGaewr&sig=-BJEDcVO0cnz76PpE37sE_6clKSo.
11. Brasil | Cidades e Estados | IBGE [Internet]. [cited 2026 May 23]. www.ibge.gov.br. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>.
12. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 — Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Wwww.gov.br. 2016 [cited 2026 May 23]. Available from: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>.
13. Júnior NSV, Quiala JAA, Dantas PL, Lins LAA, Silva AM, Zanetti MR, Monte AG, Preste RC, Lima MP, Ferreira FS. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral no Brasil. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences [Internet], 2023 Out 05 [cited 2026 May 23] 5(5):361-369, 2023. Available from: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih.s/article/view/633>. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p361-369.
14. Silva RCS, Carmo MS. Acidente Vascular Cerebral: fisiopatologia e o papel da atenção primária a saúde. Revista de Estudos Multidisciplinares UNDB [Internet], 2023 Dez 28 [cited 2026 May 23] 3(3), 2023. Available from: <https://periodicos.undb.edu.br/rem/article/view/170>.
15. Andrade CD, Miranda DB. Reabilitação pós-Acidente Vascular Cerebral: perspectiva do cuidador familiar. Revista JRG de Estudos Acadêmicos [Internet]. 2026 Fev 23 [cited 2026 May 23], 9(20): e092972. Available from: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2972>. DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2972.
16. Vasconcelos CAL, Halej VA, Valeiro FR, Pereira RRN, Sales LM, Machado E, Cardoso DAS, Santos RAF, Alves GML, Silva IP, Cardoso MJS, Milacki C. Perfil epidemiológico de pacientes internados por acidente vascular cerebral. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences [Internet]. 2024 Jul 01 [cited 2026 May 23], 6(7):36-45 Available from: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih.s/article/view/2467>. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p36-45.
17. Martins ER, Silva LGB, Osório LMO, Souza RCJ, Costa ES, Santana GM, Farias RRS. Abordagem fisioterapêutica em pacientes com acidente vascular encefálico (AVE). Revista de Casos e Consultoria [Internet]. 2022 Oct 09 [cited 2026 May 23], 13 (1): e29139. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/29139>.

18. Rodrigues VS; Santos BP. O papel da fisioterapia na reabilitação de pacientes pós-acidente vascular encefálico: uma revisão de literatura. Research, Society and Development [Internet]. 20 Nov 2025 [cited 2026 Jun 14], 14(11): e156141150052. Available from: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/50052>. DOI: 10.33448/rsd-v14i11.50052
19. Martins MEF, Zaccariotti AJ, Borges ALM, Sousa COC, Peres LFA, Júnior JPO. Epidemiologia das taxas de internação e de mortalidade por acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil. Brazilian Medical Students [Internet]. 2023 Set 11 [cited 2026 May 23], 8(12). Available from: <https://revistas.ifmsabrazil.org/bms/article/view/323>. DOI: 10.53843/bms.v8i12.323



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.