

Determinantes sociais da saúde no acidente vascular encefálico isquêmico em um município do Nordeste brasileiro

Social determinants of health in ischemic stroke in a municipality in Northeast Brazil

Lydia Maria Tavares,¹ Manoel Mateus Xavier do Nascimento,¹ Sara Teixeira Braga,¹ Eglídia Carla Figueiredo Vidal,¹ Luis Rafael Leite Sampaio,¹ Isaac de Sousa Araújo,² Marco Akerman,³ João Marcos Ferreira de Lima Silva,² Amanda Ramos da Cunha³ Woneska Rodrigues Pinheiro¹

RESUMO

Objetivo: analisar as relações dos determinantes sociais da saúde na incidência do acidente vascular encefálico em um município do Nordeste brasileiro. **Método:** trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado nos setores de Emergência, Clínica Intermediária I, Unidade de AVC e Unidade de Cuidados Especiais (UCE) de um hospital da rede pública do Ceará. A população do estudo foi composta por 60 pacientes, com média de idade de 69,6 anos. **Resultados:** observou-se a predominância do sexo masculino, com 36 participantes (60%), e da raça autodeclarada não branca, com 46 participantes (76,7%). Entre os fatores de risco modificáveis, constatou-se a predominância da baixa escolaridade (menos de oito anos de instrução), totalizando 49 participantes (81,7%). Em relação ao ambiente laboral, embora 97% tenham declarado satisfação favorável, cabe destacar que um terço dos participantes (68,3%) não adotavam medidas de proteção à saúde. Observou-se predominância de insuficiência nos componentes relacionados à infraestrutura das residências, especialmente quanto à pavimentação, à rede de esgoto e às condições de moradia em áreas urbanas. **Conclusão:** em suma, pode-se inferir que os fatores sociais necessitam de cuidadosa atenção de modo intersetorial, além da ambiência da saúde, e que os fatores de risco devem ser prioridade para as políticas públicas. **Palavras-chave:** determinantes sociais da saúde; AVC isquêmico; incidência; fatores de risco; política pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between the social determinants of health and the incidence of ischemic stroke in a municipality in the Brazilian Northeast. **Method:** This is an exploratory, descriptive, and cross-sectional study with a quantitative approach, conducted in the Emergency Department, Intermediate Care Unit I, Stroke Unit, and Special Care Unit (SCU) of a public hospital in the state of Ceará. The study population consisted of 60 patients, with a mean age of 69.6 years. **Results:** A predominance of male participants was observed, totaling 36 individuals (60%), as well as a predominance of self-declared non-white individuals, with 46 participants (76.7%). Among the modifiable risk factors, low educational attainment (less than eight years of schooling) was the most prevalent, affecting 49 participants (81.7%). Regarding the work environment, although 97% reported favorable satisfaction, it is noteworthy that one-third of the participants (68.3%) did not adopt health protection measures. There was a predominance of deficiencies in components related to housing infrastructure, especially concerning street paving, sewage systems, and housing conditions in urban areas. **Conclusion:** In summary, it can be inferred that social factors require careful and intersectoral attention beyond the health environment, and that risk factors should be prioritized in public policies. **Keywords:** social determinants of health; ischemic stroke; incidence; risk factors; public policy.

¹ Universidade Regional do Cariri (URCA) – Crato (CE), Brasil.

² Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (Unileão) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil.

³ Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Manoel Mateus Xavier do Nascimento

Universidade Regional do Cariri (URCA) - Av. Teodorico Teles, 722, CEP.: 63100-160 – Crato (CE), Brasil

E-mail: mateusxavier477@gmail.com

Recebido em 08/11/2024 – Aceito para publicação em 04/07/2025.



INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade no mundo e a principal causa de mortalidade global, com percentual de 80% nos países de baixa e média renda.¹ Entre elas, destaca-se o acidente vascular encefálico (AVE), que pode ocasionar graves sequelas e limitações na autonomia dos indivíduos, predispondo a incapacidades físicas, sensoriais e cognitivas, além de causar impactos econômicos e sociais.²

Com efeito, analisam-se as condições multifatoriais que predis põem o indivíduo a ser acometido pelo AVE, salientando-se que o processo saúde-doença está relacionado ao estilo de vida das pessoas e, também, aos determinantes sociais da saúde (DSS), os quais estão associados às condições de vida e trabalho de indivíduos e grupos da população.³

No início do século 21, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os DSS de modo holístico, relacionando-os às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, imbuídas em um sistema de saúde, relacionadas a um amplo conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essas forças e sistemas incluem políticas econômicas, agendas de desenvolvimento, normas e políticas sociais.⁴

Assim, as DCNT estão fortemente relacionadas aos determinantes sociais da saúde que, por si, evidenciam a complexidade dos fenômenos e apontam as desigualdades sociais, assim como as diferenças no acesso aos bens e serviços, além de englobarem a abordagem dos fatores de risco modificáveis e os componentes econômicos, sociais, políticos e culturais.⁵ Logo, este estudo se faz relevante, uma vez que fomenta reflexões sobre a melhoria e a implementação de políticas públicas que contemplem a população mais vulnerável ao AVE.

Este estudo tem como objetivo identificar, entre os DSS, os fatores mais prevalentes associados à incidência de AVE isquêmico em um hospital público de um município do Nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital terciário da rede estadual da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), realizado entre março e maio de 2019.

O referido hospital, construído na cidade de Juazeiro do Norte pelo governo do Estado do Ceará, atende à população de 44 municípios da macrorregião Sul do estado.⁶ As unidades assistenciais que contemplaram os objetivos do estudo e constituíram os lócus da pesquisa foram o setor de Emergência, a Clínica Intermediária I, a Unidade de AVC e a Unidade de Cuidados Especiais (UCE).

A população do estudo foi composta por pacientes vítimas de AVE isquêmico, cujos dados sobre os DSS foram obtidos diretamente com eles ou com seus familiares/cuidadores, considerando os critérios de inclusão.

Utilizou-se a fórmula para cálculo da população finita para determinar o tamanho da amostra (n), com base na estimativa da média populacional. Assim, foram diagnosticada-

os, nos últimos seis meses que antecederam a coleta, os seguintes números: outubro (57), novembro (72), dezembro (77), janeiro (72), fevereiro (63) e março (74). A média da amostra foi 69, assumindo um erro amostral de 5%, totalizando 60 pacientes.

A média de idade dos pacientes foi de 69,6 anos, variando entre 31 e 92 anos. Considerando o consenso da literatura sobre a idade como fator de risco para eventos de AVE, as idades foram categorizadas em dois grupos: menores de 60 anos e iguais ou superiores a 60 anos.

A elegibilidade para a amostra considerou os seguintes critérios: pacientes vítimas de AVE isquêmico dispostos a participar da pesquisa e com capacidade de comunicação oral, tendo em vista que muitos apresentam afasia e/ou disartria como sequela do AVE; além disso, familiares ou cuidadores com convivência superior a um ano ou que conheçam aspectos da vida do paciente relacionados a questões sociais, hábitos de vida e histórico de saúde e doença.

Os critérios de exclusão foram baseados nas seguintes condições: pacientes cujo *Los Angeles Prehospital Stroke Screen* (LAPSS) tenha sido negativado pelo enfermeiro classificador de risco; e aqueles com LAPSS positivo, mas sem confirmação do diagnóstico de AVE pelo médico plantonista.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário previamente estruturado, com perguntas que possibilitaram obter informações sobre a história social e de saúde da pessoa acometida por AVE. A construção do formulário baseou-se em instrumentos previamente validados para a elaboração dos questionários. Entre eles, destaca-se o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (VIGITEL), implementado em 2006 com o objetivo de gerar informações para mensurar as DCNT. Outro instrumento utilizado na formulação das questões foi o *The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref*.

Esse instrumento foi idealizado pela OMS e estruturado em perguntas com o objetivo de estabelecer parâmetros sobre a qualidade de vida, subdividido nos domínios: físico, psicológico, ambiental e relações sociais.⁷ Para a validação do conteúdo do formulário, três especialistas na temática do estudo foram consultados para analisar a adequação dos itens do instrumento de coleta de dados. Após a análise dos juízes, o instrumento foi considerado apto para aplicação. Além disso, para confirmar a viabilidade do questionário, foi realizado um pré-teste com o objetivo de validar e garantir a segurança de sua utilização na pesquisa. Com efeito, o instrumento selecionado possibilita uma descrição abrangente dos indicadores de saúde, além de uma análise contextual dos dados obtidos, permitindo identificar e descrever as fragilidades sociais imbricadas no acometimento do AVE.

A análise de dados baseou-se em estatística descritiva e inferencial. As respostas dos questionários foram digitadas em uma planilha no software Microsoft Excel 2013 e, a partir dela, foi construído um banco de dados no programa SPSS, versão 23. Nesse ambiente, foram realizadas análises descritivas por meio de contagem de frequência, porcentagens, médias e desvios-padrão, além da aplicação do teste de



inferência Qui-Quadrado de Pearson, relacionando os achados com o intervalo etário. Adotou-se o valor de $p < 0,05$ como critério para identificação de diferenças ou associações estatisticamente significativas.

A presente pesquisa seguiu integralmente os protocolos éticos exigidos para sua condução, tendo sido devidamente registrada na Plataforma Brasil e submetida à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA), que emitiu o parecer consubstanciado de número 3.155.630, e do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), sob o parecer de número 3.187.130.

O estudo atende às especificações das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes que concordaram em par-

ticipar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as variáveis consideradas pelos DSS como fatores de risco não modificáveis. Ela descreve os achados referentes ao sexo, idade e raça/cor da pele observados neste estudo, em que sexo e raça são analisados em função da idade dos pacientes. Verifica-se diante dos achados a predominância do sexo masculino 36 (60%). Ao considerar a idade, observa-se que a faixa etária mais acometida concentra-se a partir da sexta década de vida. Ademais, é visível a prevalência da raça/cor da pele autodeclarada não branca 46 (76,7%).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes acometidos por AVE-I quanto ao sexo e à raça/cor da pele em função da idade – Juazeiro do Norte, Brasil, 2019.

Variável	Categoria	Menos de 60 anos		Pelo menos 60 anos		Geral	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	7	35,0	17	42,5	24	40,0
	Masculino	13	65,0	32	57,5	36	60,0
Raça/Cor	Branco	6	30,0	8	20,0	14	23,3
	Não branco	14	70,0	32	80,0	46	76,7

Fonte: os autores.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos participantes conforme o nível de escolaridade, estratificado por faixa etária. Observa-se que a maior parte dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico possui menos de oito anos de estudo, abrangendo indivíduos analfabetos e

aqueles com ensino fundamental incompleto. Destaca-se, ainda, a existência de associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a faixa etária, conforme indicado pelo teste do qui-quadrado de Pearson ($X^2 = 5,000$; $p = 0,025$).

Tabela 2. Distribuição do perfil educacional em relação ao intervalo etário – Juazeiro do Norte, Brasil, 2019.

Variável	Categoria	Menos de 60 anos		Pelo menos 60 anos		Geral	
		N	%	N	%	N	%
Educação*	Menos de 8 anos de estudo	12	60,0	37	92,5	49	81,7
	8 anos ou mais de estudo	8	40,0	3	7,5	11	18,3

Fonte: os autores.

Na Tabela 3, observa-se que todas as residências dos participantes dispõem de fornecimento de energia elétrica, bem como, majoritariamente, de serviços de coleta de lixo e abastecimento com água tratada. Em contrapartida, os indicadores mais deficitários referem-se à cobertura da rede de

esgoto e à pavimentação das vias, disponíveis, respectivamente, para apenas 53,3% e 48,3% dos indivíduos. Esses dados evidenciam a insuficiência de infraestrutura básica em parcela significativa dos domicílios analisados.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Tabela 3. Distribuição dos componentes relacionados à infraestrutura do local no qual residem os participantes em função do intervalo etário – Juazeiro do Norte, 2019.

Variável	Menos de 60 anos		Pelo menos 60 anos		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Rede elétrica	20	100,0	40	100,0	60	100,0
Pavimentação	8	40,0	21	52,5	29	48,3
Água tratada	15	75,0	33	82,5	48	80,0
Coleta de lixo	17	85,0	32	80,0	49	81,7
Rede de esgoto	13	65,0	19	47,5	32	53,3

Fonte: os autores.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes à acessibilidade dos participantes aos serviços públicos de saúde e educação, bem como à autoavaliação da qualidade de vida. Observa-se um predomínio de respostas afirmativas quanto ao acesso a esses serviços, evidenciando que, majoritariamente, essa

população recorre à rede pública para atendimento em saúde e educação. No que se refere à percepção subjetiva da qualidade de vida, o parâmetro mais frequente foi a classificação “boa”, sendo citado por 40 participantes, o que corresponde a 66,7% do total.

Tabela 4. Distribuição da autodeclaração de acesso aos serviços de saúde/educação e autoavaliação da qualidade de vida – Juazeiro do Norte, 2019.

Variável	Categoria	Menos de 60 anos		Pelo menos 60 anos		Geral	
		N	%	N	%	N	%
Acesso à educação e à saúde pública	Sim	16	80,0	31	77,5	47	78,3
	Não	3	15,0	5	12,5	8	13,3
	Às vezes	1	5,0	4	10,0	5	8,3
Tipo de serviço de saúde utilizado	Público	14	70,0	25	62,5	39	65,0
	Privado	1	5,0	0	0,0	1	1,7
	Misto	5	25,0	15	37,5	20	33,3
Autoavaliação da qualidade de vida	Ruim / Nem ruim nem boa	4	20,0	7	17,5	11	18,3
	Boa	11	55,0	29	72,5	40	66,7
	Muito boa	5	25,0	4	10,0	9	15,0

Fonte: os autores.

No que tange ao local e ao tipo de residência, conforme demonstrado na Tabela 5, observa-se uma predominância de residências próprias, correspondendo a 85% da amostra.

Além disso, a maioria dos pacientes reside em áreas urbanas, representando 55% do total. Esses dados indicam que a maior parte dos participantes possui moradia própria e está concentrada em zonas urbanas.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Tabela 5. Quantidade e percentual de pacientes identificados quanto ao local de moradia e ao tipo de residência – Juazeiro do Norte, 2019.

Variável	Categoria	Menos de 60 anos		Pelo menos 60 anos		Geral	
		N	%	N	%	N	%
Local de moradia	Zona rural	8	40,0	19	47,5	27	45,0
	Zona urbana	12	60,0	21	52,5	33	55,0
Tipo de residência	Própria	17	85,0	34	85,0	51	85,0
	Não própria	3	15,0	6	15,0	9	15,0

Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

Diante desses achados, percebe-se que os DSS contemplam diversas facetas da vida do indivíduo, assim como evidenciam a importância de se analisar sua relação com o AVE para uma compreensão mais abrangente dessa patologia. Nesse sentido, é válido destacar que o território e o estilo de vida estão diretamente relacionados aos riscos de predisposição ao AVE.

Dessa forma, ao descrever o perfil epidemiológico dessas vítimas, torna-se viável a consolidação da visão holística prevista constitucionalmente, tendo em vista que colabora para a percepção dos DSS que predominam nesse grupo. Assim, ao considerar as condições de vida e trabalho, nota-se que esses determinantes modificáveis possuem maior prevalência nas taxas de acometimento do AVE.

Destaca-se que o fator educacional é condicionante para outros fatores de risco, como condições econômicas, habitacionais e de autocuidado. Almejando contextualizar e associar a afecção do AVE com essas premissas constitucionalmente vigentes no Brasil, insere-se a discussão das categorias dos resultados.

A hegemonia do capitalismo, aliada à mecanização do trabalho, contribui decisivamente para a adoção do estilo de vida das pessoas, de modo que os hábitos são moldados pela textura à qual pertencem. Desse modo, na contemporaneidade, é perceptível que as condições de vida e trabalho favoreçam a adesão a práticas que predisponham ao AVE.¹⁰

De acordo com o IBGE, a estimativa é que, em 2060, a população idosa no Brasil corresponda a, praticamente, um quarto da população total, cerca de 58 milhões de indivíduos (25,5%). Consequentemente, as doenças prevalentes nessa faixa etária tendem a aumentar, como o AVE. Com isso, é válido ampliar as pesquisas com enfoque nessa população e em suas características.

A média de idade dos pacientes no estudo foi de 69,6 anos, com variação entre 31 e 92 anos. Em relação à análise da idade como fator de risco para os eventos de AVE, os resultados foram organizados em dois grupos: um composto

por indivíduos com menos de 60 anos e outro por aqueles com 60 anos ou mais. Essa distribuição ocorreu em conformidade com a literatura pertinente ao tema. Como exemplo, em um estudo realizado com pacientes acometidos pela doença, observou-se que o AVE isquêmico apresenta maior prevalência após a sexta década de vida, sendo mais expressivo no sexo masculino antes dos 85 anos.¹²

Logo, a idade configura-se como um importante fator de risco associado à ocorrência de AVE na população. Sabe-se que, após os 55 anos, esse risco é duplicado, e que 70% dos casos de AVE ocorrem na faixa etária acima dos 65 anos. Esse contexto evidencia a importância de intensificar ações e intervenções voltadas aos condicionantes e determinantes sociais que afetam essa parcela da população, considerando que a estimativa do IBGE para 2028 é de que 38 milhões de indivíduos sejam idosos.¹³

Em relação à escolaridade associada à ocorrência de AVE, os dados do presente estudo estão em concordância com a análise de dados secundários de uma pesquisa realizada nos estados brasileiros, utilizando informações do IBGE e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Essa pesquisa demonstrou que o baixo nível de escolaridade é predominante entre as pessoas vítimas de AVC. A amostra total foi de 2.231.000 pessoas, das quais 1.559.000 (69,8%) possuíam menos de oito anos de instrução.¹⁴

Além disso, outro estudo com pacientes vítimas de AVE constatou que, do total de 20 participantes, 16 (80%) foram classificados com baixa escolaridade,¹⁵ enquanto um estudo observacional, de abordagem transversal, realizado com 35 pacientes concluiu que cerca de 68,6% dos entrevistados pertenciam ao grupo de baixa escolaridade, que inclui pessoas sem escolaridade e com ensino fundamental incompleto.¹⁶

A despeito disso, pondera-se a relação existente entre a baixa escolaridade e o AVE. Assim, convém realizar uma análise multidimensional, uma vez que está imbricada nessa conjuntura, pois evidencia um entrave social relacionado à



limitação de acesso aos serviços de saúde. Isso ocorre porque o baixo nível de instrução abrange aspectos socioeconômicos, hábitos de vida, informação e adesão ao tratamento de modo restrito.¹⁷

Esse paradigma educacional engloba indicadores de cunho cultural, formação pessoal, renda, oportunidades e possibilidades às quais o indivíduo foi exposto ao longo da vida. No âmbito da saúde, o paciente pode apresentar maior dificuldade na recepção das atividades de educação em saúde, na adesão ao tratamento e às recomendações, bem como na interação com os profissionais de saúde.¹⁸

Diante dessas implicações, considera-se relevante atuar sobre os determinantes que contribuem para os índices de baixa escolaridade, tendo em vista que um sistema de saúde resolutivo e efetivo precisa estar interligado com outros setores da sociedade. Outrossim, a instrução educacional também colabora significativamente para a adesão ao tratamento após a ocorrência do AVE.¹⁹

No tocante ao acesso aos serviços de saúde, o Brasil rompeu um ciclo histórico de desigualdades, sobretudo no setor da saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura acesso gratuito e universal. A partir disso, todo cidadão passou a ter direito à saúde, considerando que a maior parcela da população não contava com qualquer tipo de assistência em razão de sua condição financeira. Após a implementação do SUS, essas pessoas passaram a ser atendidas, e, mesmo diante das fragilidades ainda latentes na gestão desse sistema, sua criação foi decisiva para a promoção da equidade na assistência.¹⁷

Embora os avanços sejam evidentes, é preciso refletir sobre a vasta dimensão que abrange as desigualdades sociais em saúde, com vistas à intervenção nas injustiças sociais. Observa-se que práticas de cunho biologicista ainda persistem, reforçando o que alguns autores denominam como uma “universalidade radicalmente excludente”, evidenciando a existência de uma dicotomia entre o discurso e a prática. Diante disso, é imprescindível que os ideários propostos pelos DSS ocupem lugar central nas pautas das políticas públicas, de modo que as iniquidades sejam combatidas na busca pela equidade em saúde.²⁰

Isso corrobora para a magnitude no conceito do termo Qualidade de Vida (QV), que abrange a dinamicidade dos aspectos sociais e individuais. A percepção da QV é intrínseca para cada indivíduo, pois refere-se aos seus sentimentos, projeções, subjetividade e comportamentos diante da sua situação de vida.²¹

Ademais, torna-se central a consideração da terceira camada neste estudo como foco de discussão, por tratar das condições de vida e de trabalho do indivíduo, uma vez que situações de desvantagem social estão associadas a inúmeros riscos. Tais riscos decorrem do contexto habitacional precário, da exposição a condições perigosas no ambiente laboral, bem como do acesso mais restrito aos serviços de saúde.²²

Nesse mesmo sentido, é imprescindível investigar, além das características socioeconômicas individuais, a influência de aspectos relacionados ao local de residência que possam estar associados a um maior risco de ocorrência de AVE.

Em consonância com o que é relatado na literatura, este

estudo identificou maior incidência de AVE entre pacientes residentes na zona urbana, fato que pode estar relacionado ao estilo de vida estressante e insalubre ao qual muitos indivíduos estão submetidos nos centros urbanos, que funcionam como propulsores do surgimento das DCNT. Portanto, é perceptível que pessoas e grupos populacionais em condições de vida desfavoráveis, tanto do ponto de vista econômico quanto social, apresentem uma predisposição ampliada às vulnerabilidades e riscos à saúde quando comparados aos grupos mais privilegiados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca de novas expectativas que concebem o processo saúde-doença, salienta-se a importância deste estudo, tendo em vista que foi desenvolvido em um centro de saúde de referência para o atendimento de AVE, abordando o holismo do processo saúde-doença do paciente e tornando visíveis as condições sociais que contribuem para a patologia.

Nesse ínterim, é possível apontar que as redes de apoio precisam ser fortalecidas, com o intuito de desenvolver metas estratégicas e políticas públicas efetivas e mais acessíveis, principalmente para os grupos que são historicamente menosprezados pelo sistema social, como a população periférica e de baixo nível de instrução. Assim, também se constata que essa responsabilidade é missão dos múltiplos extratos e organizações da sociedade, tendo em vista que é elementar assegurar o direito à cidadania e à qualidade de vida das pessoas.

Em suma, faz-se necessário que esta reflexão sobre os DSS e sua influência na incidência do AVE permeie todas as esferas públicas, visando intervir de forma sistêmica e em todos os níveis hierárquicos da saúde para consolidar uma assistência equânime e qualificada para todos os envolvidos, seja paciente, familiar, cuidador ou a comunidade em geral.

REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para o enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):126-34. doi: 10.1590/S0034-89102012000700017.
2. Reis RD, Pereira EC, Pereira MIM, Soane AMNC, Silva JV. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC). *Interface Comun Saúde Educ*. 2017;21(62):641-50. doi: 10.1590/1807-57622016.0206.
3. Brasilino CEM. Determinantes sociais da saúde e os casos de dengue no município de Quixadá-CE no período de 2010 a 2015. *Mostra Interdisc Curso Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 13 fev. 2024];2(1):1-10. Disponível em: <http://publicacoes-sacademicas.fcrs.edu.br/index.php/mice/article/view/1109>
4. Organização Mundial da Saúde. Fechando a lacuna em uma geração: equidade em saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2008 [acesso em 24 mar. 2024]. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 25 mar. 2024]. Disponível em:



- https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf
6. Brasil. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Unidade Hospitalar [Internet]. Juazeiro do Norte: Hospital Regional do Cariri; 2022 [acesso em 18 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.isgh.org.br/onde-estamos/hospital-regional-do-cariri>
 7. Gomes JRAA, Hamann EM, Gutierrez MMU. Aplicação do WHO-QOL-BREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2):495-516. doi: 10.1590/1809-4503201400020016ENG.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. [acesso em 21 mar. 2024] Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 [Internet]. [acesso em 23 mar. 2024]. Normas de pesquisas cujos procedimentos metodológicos utilizem dados diretamente obtidos com os participantes. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
 10. Dias KC, Duarte MANM, Silva NB, Lopes MIRM, Nogueira MARJ. Caracterização do paciente acometido por acidente vascular encefálico atendido no centro de reabilitação Lucy Montoro de São José dos Campos. *Acta Fisiatr*. 2017;24(1):13-16. doi: 10.5935/0104-7795.20170003.
 11. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047 [Internet]. [acesso em 22 fev. 2024]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>
 12. Rodrigues MS, Santana LF, Galvão IM. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Rev Med*. 2017;96(3):187-92. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192.
 13. Costa TF, Gomes TM, Viana LRC, Martins KP, Costa KNFM. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):933-9. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0064.
 14. Schimdt MH, Selau CM, Soares PA, Franchi EF, Piber VD, Quatrin LB. Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR* [Internet]. 2019 [acesso em 23 mar. 2024];23(2):139-44. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-996725>
 15. Damata SRR, Formiga LMF, Araújo AKS, Oliveira EAR, Oliveira AKS, Formiga RCF. Perfil epidemiológico de idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Rev Interd* [Internet]. 2016 [acesso em 23 mar. 2024];9(1):107-17. <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revinter/article/view/751>
 16. Pontes ES, Amaral AKFJ, Rego FLC, Azevedo EHM, Silva POC. Quality of life in swallowing of the elderly patients affected by stroke. *Arq Gastroenterol*. 2017;54(1):27-32. doi: 10.1590/S0004-2803.2017v54n1-05.
 17. Dutra MOM, Coura AS, França ISX, Enders BC, Rocha MA. Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev Bras Epidemiol*. 2017(1):124-35. doi: 10.1590/1980-5497201700010011.
 18. Irewall AL, Ögren J, Bergström L, Laurell K, Söderström L, Moee T. Nurse-led, telephone-based secondary preventive follow-up benefits stroke/TIA patients with low education: a randomized controlled trial sub-study. *Trials*. 2019;20(1):52. doi: 10.1186/s13063-018-3131-4.
 19. Cho SK, Sohn J, Cho J, Noh J, Ha KH, Choi YJ, Pae S. Effect of socioeconomic status and underlying disease on the association between ambient temperature and ischemic stroke. *Yonsei Med J*. 2018;59(5):686-92. doi: 10.3349/ymj.2018.59.5.686.
 20. Marmot M. Nordic leadership and global activity on health equity through action on social determinants of health. *Scand J Public Health*. 2018;46(20):27-9. doi: 10.1177/1403494818756795.
 21. Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(12):4723-35. doi: 10.1590/1413-812320202512.15902020.
 22. Organização Mundial da Saúde. Estratégia e plano de ação para melhorar a qualidade da atenção na prestação de serviços de saúde 2020-2025 [Internet]. Genebra: OMS; 2019 [acesso em 24 mar. 2024]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51621/CD57-12-p.pdf>
 23. Locatelli MC, Furlaneto AF, Cattaneo TN. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital. *Rev Soc Bras Clin Med* [Internet]. 2017 [acesso em 24 mar. 2024];15(3):150-4. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioreference/2017/11/875193/sbcm_153_150-154.pdf

Como citar este artigo:

Tavares LM, Nascimento MMX, Braga ST, Vidal ECF, Sampaio LRL, Araújo IS, Akerman M, Silva JMFL, Cunha AR, Pinheiro WR. Determinantes sociais da saúde no acidente vascular encefálico isquêmico em um município do Nordeste brasileiro. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2025;27:e69030. doi: 10.23925/1984-4840.2025v27a17.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC BY 4.0.