

REVISÃO

Perfil epidemiológico, mortalidade e aspectos da reabilitação no acidente vascular cerebral no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura

Epidemiological profile, mortality, and rehabilitation aspects of stroke in Brazil: An integrative literature review

Karla Martins Costa Alves¹, Amanda Gomes de Alvarenga², Elisa Cristina Ferreira¹, Filipe Alves Costa Barbosa³

¹Afya Faculdade de Ciências Médicas, Ipatinga, MG, Brasil

²Centro Universitário Univértix, Matipó, MG, Brasil

³Orientador, Médico CRM: 77580-MG, RQE: 59297 pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC), Caratinga, MG, Brasil

Recebido em: 23 de Setembro de 2026; Aceito em: 1 de Outubro de 2026.

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

Como citar

Alves KMC, Alvarenga AG, Ferreira EC, Barbosa FAC. Perfil epidemiológico, mortalidade e aspectos da reabilitação no acidente vascular cerebral no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura. Fisioter Bras. 2026;27(9):5753-5777. doi: [10.62827/fb.v27i9.1309](https://doi.org/10.62827/fb.v27i9.1309).

Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui importante problema de saúde pública, estando associado a elevada morbidade, mortalidade e incapacidade funcional. No Brasil, sua ocorrência apresenta diferenças segundo características sociodemográficas e distribuição geográfica, além de gerar demandas assistenciais que se estendem do atendimento de urgência à reabilitação. As sequelas decorrentes do evento podem comprometer mobilidade, equilíbrio, marcha e independência funcional, tornando a continuidade do cuidado fundamental para a recuperação dos indivíduos acometidos. **Objetivo:** Analisar as evidências científicas disponíveis acerca do perfil epidemiológico, da mortalidade e dos aspectos relacionados à reabilitação de pacientes com acidente vascular cerebral no Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com buscas executadas em setembro de 2026. Foram utilizados descritores e termos relacionados ao AVC, epidemiologia, morbidade, mortalidade, reabilitação e acesso aos serviços de saúde, organizados em eixos conceituais e combinados entre si por meio do operador booleano

AND. Inicialmente, foram identificados 180 registros; após a remoção de 85 duplicatas, 95 estudos foram submetidos à triagem, 40 foram avaliados em texto completo e oito compuseram a amostra final. **Resultados:** Os estudos evidenciaram expressiva carga de internações e mortalidade associada ao AVC, com participação relevante das faixas etárias mais avançadas e diferenças segundo sexo, raça/cor e distribuição geográfica. Foram observadas variações regionais e temporais nos indicadores, que devem ser interpretadas considerando os denominadores populacionais e as particularidades metodológicas dos estudos. Além dos desfechos epidemiológicos, verificaram-se repercussões motoras e funcionais que demandam acompanhamento e reabilitação, bem como desigualdades no acesso a esses serviços. O suporte familiar e a atuação fisioterapêutica também se mostraram componentes relevantes da recuperação pós-AVC. Os estudos incluídos abordaram predominantemente aspectos relacionados às internações, à mortalidade e às características epidemiológicas e sociodemográficas dos pacientes com acidente vascular cerebral, incluindo variações segundo sexo, faixa etária, raça/cor, região geográfica e período analisado. **Conclusão:** O AVC permanece como condição de importante impacto epidemiológico e assistencial no Brasil. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer ações de prevenção, atendimento oportuno e integração entre os diferentes níveis de atenção, bem como ampliar o acesso equitativo e a continuidade da reabilitação. Novos estudos com maior rigor metodológico e indicadores padronizados são necessários para aprofundar a compreensão das desigualdades epidemiológicas e assistenciais e subsidiar estratégias voltadas à redução da morbimortalidade e das incapacidades decorrentes do AVC. **Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Epidemiologia; Mortalidade; Reabilitação; Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract

Introduction: Stroke is a major public health problem associated with high morbidity, mortality, and functional disability. In Brazil, its occurrence varies according to sociodemographic characteristics and geographic distribution, while also generating healthcare demands that range from emergency care to rehabilitation. Sequelae resulting from the event can compromise mobility, balance, gait, and functional independence, making continuity of care essential for the recovery of affected individuals. **Objective:** To analyze the available scientific evidence regarding the epidemiological profile, mortality, and aspects related to the rehabilitation of stroke patients in Brazil. **Methods:** This is an integrative literature review conducted using the PubMed/MEDLINE, SciELO, and Virtual Health Library (VHL) databases, with searches performed in September 2026. Descriptors and terms related to stroke, epidemiology, morbidity, mortality, rehabilitation, and access to health services were used; these were organized into conceptual themes and combined using the Boolean operator AND. Initially, 180 records were identified; after removing 85 duplicates, 95 studies underwent screening, 40 were evaluated in full text, and eight comprised the final sample. **Results:** The studies revealed a significant burden of hospitalizations and mortality associated with stroke, with a notable contribution from older age groups and differences based on sex, race/color, and geographic distribution. Regional and temporal variations in indicators were observed; these must be interpreted considering population denominators and the methodological specificities of the studies. Beyond epidemiological outcomes, motor and functional consequences requiring follow-up

and rehabilitation were identified, as well as inequalities in access to these services. Family support and physiotherapy also proved to be relevant components of post-stroke recovery. The included studies predominantly addressed aspects related to hospitalizations, mortality, and the epidemiological and sociodemographic characteristics of stroke patients, including variations by sex, age group, race/color, geographic region, and the period analyzed. *Conclusion:* Stroke remains a condition with a significant epidemiological and healthcare impact in Brazil. The findings reinforce the need to strengthen prevention efforts, timely care, and integration across different levels of care, as well as to expand equitable access to and the continuity of rehabilitation. Further studies with greater methodological rigor and standardized indicators are needed to deepen the understanding of epidemiological and care-related inequalities and to inform strategies aimed at reducing morbidity, mortality, and disabilities resulting from stroke.

Keywords: Stroke; Epidemiology; Mortality; Rehabilitation; Access to Health Services.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui uma importante condição neurológica e um relevante problema de saúde pública, em razão de sua associação com elevada morbidade, mortalidade e incapacidade funcional. O evento ocorre em decorrência do comprometimento da circulação sanguínea cerebral, podendo apresentar-se principalmente nas formas isquêmica e hemorrágica. A interrupção do fluxo sanguíneo ou o extravasamento de sangue no tecido cerebral pode provocar diferentes graus de lesão neurológica e resultar em alterações motoras, sensitivas, cognitivas, comunicativas e funcionais, com repercussões significativas sobre a independência e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos [1-3].

A magnitude do AVC está relacionada não apenas à mortalidade, mas também ao elevado número de indivíduos que necessitam de atendimento hospitalar e de acompanhamento após a fase aguda. No Brasil, a doença permanece associada à expressiva demanda sobre os serviços de saúde, envolvendo desde o atendimento pré-hospitalar e hospitalar até a continuidade da assistência e a reabilitação [1-3]. Dessa forma, a abordagem do AVC deve compreender diferentes níveis de atenção, articulando prevenção, reconhecimento

precoce dos sinais e sintomas, atendimento emergencial, tratamento oportuno e acompanhamento dos indivíduos que permanecem com limitações após o evento [1,2].

O atendimento na fase aguda constitui um dos principais componentes da assistência ao paciente com AVC, uma vez que o tempo decorrido entre o início dos sintomas, o reconhecimento do quadro e a instituição das medidas terapêuticas pode interferir nos desfechos clínicos. A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências assume, portanto, papel relevante para assegurar o encaminhamento adequado e o acesso aos serviços especializados. Entretanto, podem existir dificuldades relacionadas aos fluxos assistenciais, à disponibilidade de vagas, ao acesso à avaliação especializada e à chegada de pacientes fora da janela terapêutica, constituindo desafios para a organização da assistência [1].

Nesse contexto, a identificação precoce dos sinais sugestivos de AVC e a busca imediata por atendimento são fundamentais para reduzir atrasos assistenciais. Além disso, avanços tecnológicos relacionados ao diagnóstico e ao tratamento vêm sendo incorporados à assistência, contribuindo

para ampliar as possibilidades de reconhecimento e manejo do evento cerebrovascular. Entretanto, seus benefícios dependem da organização dos serviços, da disponibilidade dos recursos e da capacidade de proporcionar atendimento em tempo oportuno [2].

Além das características relacionadas ao atendimento, a compreensão do impacto do AVC requer o conhecimento de seu perfil epidemiológico. No Brasil, estudos demonstram diferenças na ocorrência e nos desfechos do AVC segundo características como idade, sexo, raça/cor, região geográfica e período analisado, evidenciando uma distribuição heterogênea da doença entre os diferentes grupos populacionais [3,4]. Nesse contexto, a presente revisão delimita-se à análise do perfil epidemiológico e da mortalidade por AVC no país, considerando, entre os aspectos investigados, as hospitalizações e sua distribuição segundo características sociodemográficas, geográficas e temporais. A análise desses indicadores permite identificar populações mais frequentemente representadas nos registros de internação e mortalidade e pode contribuir para o planejamento das estratégias de prevenção e assistência [3-6].

A idade apresenta particular importância nesse cenário. O envelhecimento está relacionado à maior ocorrência de doenças crônicas e fatores de risco cardiovasculares e, nos estudos epidemiológicos sobre AVC, as faixas etárias mais avançadas apresentam participação expressiva nos indicadores de hospitalização e mortalidade [3,5,6]. Santos *et al.* [3], ao analisarem a mortalidade por AVC no Brasil entre 2019 e 2023, demonstraram importante concentração dos óbitos entre indivíduos com 80 anos ou mais, reforçando a relevância das faixas etárias mais avançadas para a compreensão da mortalidade associada à doença.

Além da idade, diferenças relacionadas ao sexo e à raça/cor também são observadas nos

registros epidemiológicos. No Nordeste brasileiro, Lima *et al.* [5] identificaram 23.944 internações relacionadas ao AVC isquêmico transitório e síndromes relacionadas entre 2018 e 2023, com predomínio do sexo masculino, de indivíduos pardos e de pessoas com idade superior a 50 anos. Esses resultados demonstram a importância de considerar as características sociodemográficas na descrição da população acometida e na interpretação dos indicadores relacionados à doença [5].

A distribuição territorial também constitui aspecto relevante na análise epidemiológica do AVC. As diferenças observadas entre regiões e estados podem estar relacionadas a múltiplos fatores, incluindo características demográficas, condições socioeconômicas e organização da assistência à saúde. No estudo realizado no Nordeste brasileiro, foram observadas diferenças entre os estados quanto à distribuição das internações e dos óbitos relacionados ao AVC, demonstrando a existência de particularidades regionais que devem ser consideradas na interpretação da morbimortalidade [5].

De maneira semelhante, Araújo *et al.* [6], ao analisarem o padrão espacial e temporal da mortalidade por AVC no Ceará entre 2009 e 2019, registraram 24.552 óbitos, com predomínio de pessoas pardas, indivíduos com 60 anos ou mais e pessoas sem escolaridade. A taxa média bruta observada foi de 25,42 óbitos por 100 mil habitantes, sendo identificada redução significativa da mortalidade entre 2016 e 2019. Esses resultados demonstram a contribuição das análises temporais e espaciais para compreender a distribuição da mortalidade e identificar mudanças nos indicadores ao longo dos anos [6].

Entretanto, a análise das diferenças entre grupos populacionais deve considerar as características metodológicas dos estudos e os indicadores

empregados. Números absolutos de internações ou óbitos, isoladamente, não permitem estabelecer maior risco para determinado sexo, raça/cor ou região quando não são considerados os respectivos denominadores populacionais. Assim, a interpretação epidemiológica deve distinguir frequência absoluta, proporção e taxa, evitando atribuir diferenças de risco exclusivamente a partir da quantidade de registros observada [3,5,6].

Além da mortalidade, uma das principais repercussões do AVC corresponde às incapacidades que podem permanecer após a fase aguda. As sequelas podem envolver alterações de força muscular, controle motor, equilíbrio, coordenação, mobilidade e marcha, além de comprometer a realização das atividades de vida diária. A intensidade dessas limitações varia entre os indivíduos e depende das características do evento cerebrovascular e das repercussões neurológicas resultantes [7,8].

Nesse contexto, a fisioterapia constitui um dos componentes da assistência multiprofissional ao paciente após o AVC, especialmente diante da presença de disfunções motoras e limitações funcionais. Sua atuação pode envolver avaliação funcional, treinamento de mobilidade, equilíbrio e marcha, fortalecimento muscular e estratégias direcionadas à recuperação ou compensação das alterações motoras, de acordo com as necessidades individuais e os objetivos estabelecidos para cada paciente [7,8].

Dutra *et al.* [7], ao abordarem a atuação fisioterapêutica em pacientes com disfunções motoras pós-AVC, destacaram a importância da fisioterapia no processo de recuperação funcional. As intervenções são direcionadas principalmente às limitações motoras decorrentes da lesão neurológica, buscando favorecer a funcionalidade e reduzir o impacto das sequelas sobre a realização das atividades cotidianas [7]. Dessa maneira, a assistência

fisioterapêutica deve considerar as manifestações apresentadas pelo indivíduo e seu grau de comprometimento funcional.

De forma semelhante, Lopes *et al.* [8] destacam a relevância da fisioterapia no processo de reabilitação após o AVC, especialmente diante dos comprometimentos que podem afetar mobilidade, equilíbrio, marcha e independência funcional. Entretanto, a recuperação pós-AVC é multifatorial e pode ser influenciada não apenas pelas estratégias terapêuticas utilizadas, mas também pela gravidade das sequelas, condições clínicas do paciente, continuidade da assistência e suporte disponível durante o processo de reabilitação [8].

O acesso à reabilitação, contudo, não ocorre de maneira uniforme na população brasileira. Souto, Anderle e Goulart [4], em estudo de base populacional com adultos após AVC, investigaram a associação entre raça/cor e acesso aos serviços de reabilitação no Brasil. Os resultados evidenciaram a existência de iniquidades raciais nesse acesso, indicando que características sociodemográficas e clínicas estão relacionadas à utilização dos serviços de reabilitação [4].

Esse aspecto amplia a compreensão do impacto do AVC, uma vez que a disponibilidade de intervenções de reabilitação não garante, por si só, que todos os indivíduos tenham as mesmas possibilidades de utilizá-las. Assim, a análise da assistência pós-AVC deve considerar também as condições relacionadas ao acesso aos serviços, sobretudo diante das incapacidades motoras e funcionais que podem permanecer após o evento e demandar acompanhamento continuado [4,7,8].

Dessa forma, a atenção ao indivíduo acometido pelo AVC deve ser compreendida como um processo contínuo, iniciado com o reconhecimento dos sintomas e atendimento de urgência e estendido ao

tratamento hospitalar e à reabilitação das possíveis sequelas [1,2,7,8]. A integração entre os diferentes níveis de atenção é importante diante da complexidade da doença e da diversidade de necessidades apresentadas pelos pacientes durante as diferentes fases da assistência.

Apesar dos avanços na organização do atendimento e das possibilidades de reabilitação, os estudos disponíveis evidenciam diferentes dimensões do impacto do AVC no Brasil. Enquanto algumas pesquisas concentram-se na organização da rede de urgência e na necessidade de atendimento oportuno [1,2], outras analisam mortalidade, internações e características sociodemográficas [3,5,6], desigualdades no acesso à reabilitação [4] e estratégias voltadas à recuperação das disfunções motoras e funcionais [7,8]. A análise integrada

dessas evidências permite compreender o AVC não apenas como evento agudo, mas como condição capaz de produzir repercussões prolongadas e demandas assistenciais em diferentes níveis do sistema de saúde.

Diante disso, torna-se relevante reunir e analisar as evidências científicas disponíveis acerca do perfil epidemiológico, da mortalidade e dos aspectos relacionados à reabilitação de pacientes com acidente vascular cerebral no Brasil. A síntese desses achados poderá contribuir para compreender a distribuição da doença, as características dos indivíduos acometidos, as diferenças territoriais, os desafios relacionados à assistência e as necessidades de reabilitação, fornecendo subsídios para o fortalecimento das estratégias de prevenção, atendimento oportuno e continuidade do cuidado após o AVC.

Métodos

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis acerca do perfil epidemiológico e da mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Brasil, com ênfase na distribuição das internações e dos óbitos, nas características sociodemográficas dos indivíduos acometidos e nas diferenças geográficas e temporais observadas nos indicadores analisados. Aspectos relacionados à reabilitação e à continuidade da assistência após o evento cerebrovascular foram considerados, quando pertinentes, como dimensão assistencial complementar, com a finalidade de contextualizar as repercussões do AVC e ampliar a compreensão dos achados epidemiológicos, sem constituírem o eixo central da revisão.

Para a condução desta revisão, foram adotadas as etapas metodológicas propostas por Whittemore

e Knafl, compreendendo a identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados [9]. Complementarmente, foram consideradas as recomendações de Mendes, Silveira e Galvão para definição da questão norteadora, estabelecimento dos critérios de elegibilidade, seleção dos estudos, organização das informações extraídas e síntese dos achados [10].

Na etapa de identificação do problema, foram delimitados os principais eixos relacionados ao perfil epidemiológico e à mortalidade por acidente vascular cerebral no contexto brasileiro, contemplando morbidade hospitalar, mortalidade e características sociodemográficas, geográficas e temporais. Para operacionalizar esses componentes na estratégia de busca, os descritores e termos correspondentes foram organizados em eixos conceituais referentes ao acidente vascular

cerebral, aos aspectos epidemiológicos e à mortalidade, sendo posteriormente combinados entre si por meio do operador booleano AND, de modo a direcionar a recuperação de estudos compatíveis com o escopo estabelecido para a revisão. A partir desses elementos, foi formulada a questão norteadora da presente revisão. A etapa de busca na literatura compreendeu a definição das bases de dados, dos descritores controlados e termos livres, dos operadores booleanos e dos critérios de inclusão e exclusão, seguida da identificação, triagem e seleção dos estudos elegíveis.

Na etapa de avaliação dos dados, os estudos incluídos foram caracterizados segundo autoria e ano de publicação, título, objetivo, população investigada, delineamento metodológico, período e local de realização, variáveis epidemiológicas ou assistenciais avaliadas e principais resultados. Considerando a heterogeneidade dos estudos selecionados, também foi realizada a distinção entre trabalhos direcionados à caracterização epidemiológica do AVC, estudos relacionados à mortalidade e hospitalizações e investigações voltadas ao acesso e à continuidade da reabilitação. Essa classificação foi considerada durante a interpretação dos resultados, evitando a comparação direta entre indicadores ou desfechos obtidos por metodologias distintas.

A etapa de análise dos dados foi realizada por meio de síntese descritiva e qualitativa, buscando identificar convergências, divergências e lacunas entre os estudos. Os achados foram agrupados de acordo com sua relação com a questão da revisão, contemplando perfil epidemiológico e sociodemográfico, internações hospitalares, mortalidade, distribuição espacial e temporal e acesso à reabilitação. As diferenças quanto às populações, períodos analisados, fontes de dados, regiões geográficas, delineamentos metodológicos e indicadores

empregados foram consideradas na comparação e interpretação dos resultados, não sendo estudos com diferentes objetivos e metodologias tratados como fontes equivalentes de evidência.

Não foi aplicado instrumento padronizado específico para avaliação da qualidade metodológica ou do risco de viés dos estudos incluídos. Considerando a heterogeneidade dos delineamentos que compuseram a amostra, incluindo estudos ecológicos, transversais, retrospectivos e qualitativos, essa ausência limita a avaliação sistemática da robustez das evidências e dificulta a comparação da qualidade metodológica entre os estudos. Dessa forma, os achados foram sintetizados de maneira descritiva e devem ser interpretados com cautela, uma vez que não foi possível estabelecer, de forma padronizada, o grau de confiabilidade ou a influência potencial de vieses metodológicos sobre os resultados apresentados. Dessa forma, embora as características e limitações metodológicas dos diferentes delineamentos tenham sido consideradas qualitativamente durante a síntese, não foi realizada classificação formal da qualidade ou da certeza das evidências. Essa ausência foi reconhecida como uma limitação metodológica da presente revisão e considerada durante a interpretação e generalização dos resultados.

Por fim, na etapa de apresentação dos resultados, as informações extraídas foram organizadas em quadro sinóptico e apresentadas de forma descritiva, mantendo-se a distinção entre os diferentes eixos epidemiológicos e assistenciais analisados. Essa organização buscou proporcionar maior transparência à síntese das evidências e evitar conclusões que extrapolassem os dados efetivamente fornecidos pelos estudos incluídos.

A questão norteadora estabelecida para esta investigação foi: “Quais são as principais evidências científicas disponíveis acerca do perfil

epidemiológico, da mortalidade e dos aspectos relacionados à reabilitação de pacientes com acidente vascular cerebral no Brasil?”.

A busca bibliográfica foi realizada em setembro de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como critério temporal de elegibilidade, foram incluídos estudos publicados entre janeiro de 2016 e setembro de 2026, delimitando-se aproximadamente dez anos de evidências sobre o perfil epidemiológico e a mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) no Brasil.

A estratégia de busca foi estruturada em três eixos conceituais: (1) acidente vascular cerebral; (2) epidemiologia, morbidade hospitalar e mortalidade; e (3) contexto brasileiro. Foram utilizados descritores MeSH e DeCS, quando disponíveis, associados a termos livres e sinônimos em português e inglês. Os termos de um mesmo eixo foram combinados por OR, e os diferentes eixos por AND, com adaptações à sintaxe de cada base.

No PubMed/MEDLINE, utilizou-se: (“Stroke”[MeSH Terms] OR stroke[Title/Abstract] OR “Cerebrovascular Accident”[Title/Abstract] OR “cerebrovascular accidents”[Title/Abstract]) AND (“Epidemiology”[MeSH Terms] OR epidemiolog[Title/Abstract] OR “Hospitalization”[MeSH Terms] OR hospitalization*[Title/Abstract] OR “Mortality”[MeSH Terms] OR mortality[Title/Abstract] OR morbidity[Title/Abstract]) AND (“Brazil”[MeSH Terms] OR Brazil[Title/Abstract] OR Brazilian[Title/Abstract])*.

Na BVS, utilizou-se: (“Acidente Vascular Cerebral” OR “AVC” OR “Stroke” OR “Acidente Cerebrovascular” OR “Cerebrovascular Accident”) AND (“Epidemiologia” OR “Epidemiology” OR “Morbidade” OR “Morbidity” OR “Hospitalização” OR “Hospitalization” OR “Mortalidade” OR “Mortality”) AND (“Brasil” OR “Brazil”).

Na SciELO, utilizou-se: (“acidente vascular cerebral” OR “AVC” OR “stroke” OR “acidente cerebrovascular”) AND (“epidemiologia” OR “epidemiology” OR “morbidade” OR “morbidity” OR “internação” OR “hospitalização” OR “mortalidade” OR “mortality”) AND (“Brasil” OR “Brazil”). Em todas as bases, foi adotado o período de elegibilidade de janeiro de 2016 a setembro de 2026.

As buscas foram executadas em PubMed/MEDLINE, BVS e SciELO em setembro de 2026. Foram priorizadas publicações em português, inglês e espanhol. Os critérios que não possuíam filtros específicos disponíveis nas plataformas foram verificados durante as etapas de leitura dos títulos e resumos e avaliação dos textos completos. As estratégias de busca foram registradas de acordo com os descritores, termos livres, operadores booleanos, campos de pesquisa e filtros empregados em cada plataforma, visando ampliar a transparência e a possibilidade de reprodução do processo de identificação dos estudos.

Foram incluídos estudos que investigassem o acidente vascular cerebral na população brasileira e apresentassem relação com pelo menos um dos eixos de interesse desta revisão: perfil epidemiológico, internações hospitalares, mortalidade, características sociodemográficas e distribuição geográfica ou temporal da doença. A elegibilidade foi estabelecida com base na pertinência temática e nos critérios metodológicos previamente definidos, não sendo a disponibilidade gratuita do texto completo considerada requisito para inclusão.

Foram considerados elegíveis estudos que analisassem dados nacionais, regionais, estaduais ou de base populacional brasileira e apresentassem informações pertinentes à questão norteadora. Estudos comparativos ou revisões de literatura que incluíssem populações de diferentes países somente foram considerados elegíveis quando

apresentavam resultados referentes ao Brasil de forma individualizada e passível de análise. Estudos cujos dados brasileiros não pudessem ser discriminados dos resultados de outros países não integraram a amostra final, podendo ser utilizados exclusivamente como literatura complementar para contextualização e discussão dos achados, sem compor a síntese dos resultados da revisão.

Para fins de análise, os estudos foram classificados de acordo com sua aplicabilidade à questão da revisão. Foram considerados estudos epidemiológicos aqueles direcionados à caracterização das internações, mortalidade, distribuição geográfica ou temporal e características sociodemográficas dos indivíduos acometidos pelo AVC. Os estudos assistenciais compreenderam aqueles relacionados à organização do cuidado, acesso aos serviços de saúde e utilização ou disponibilidade da reabilitação após o evento cerebrovascular.

Considerando a natureza integrativa da revisão e o objetivo de reunir diferentes dimensões relacionadas ao AVC no Brasil, foram considerados elegíveis estudos observacionais, transversais, ecológicos, descritivos, retrospectivos, estudos de base populacional e pesquisas com análise espacial ou temporal. Também puderam ser considerados estudos qualitativos quando abordassem dimensões relacionadas à experiência de reabilitação, continuidade do cuidado ou repercussões assistenciais do AVC.

Em razão das diferenças metodológicas entre os delineamentos, os estudos não foram considerados equivalentes durante a síntese das evidências. Estudos baseados em sistemas de informação em saúde foram utilizados principalmente para caracterização das internações, mortalidade e distribuição sociodemográfica ou territorial dos registros, enquanto pesquisas de base populacional e estudos voltados à assistência foram

utilizados para analisar aspectos relacionados ao acesso à reabilitação e à continuidade do cuidado. Dessa maneira, os resultados foram interpretados considerando a finalidade, o delineamento, a população e os indicadores utilizados em cada investigação.

Especial atenção foi destinada à interpretação das frequências absolutas e proporções apresentadas pelos estudos epidemiológicos. A predominância de determinado sexo, faixa etária, raça/cor ou região nos números absolutos de internações ou óbitos não foi interpretada automaticamente como maior risco de ocorrência ou mortalidade nesses grupos. Para estabelecer comparações de risco entre populações, seriam necessárias taxas calculadas com denominadores populacionais correspondentes. Essa distinção foi considerada durante a síntese para evitar interpretações epidemiológicas que ultrapassassem as informações disponibilizadas pelos estudos.

Foram excluídas publicações duplicadas, artigos disponíveis apenas na forma de resumo, editoriais, cartas ao editor, capítulos de livros, dissertações e teses, bem como estudos que não apresentassem relação com os objetivos da revisão. Também foram excluídos trabalhos direcionados exclusivamente a populações de outros países, estudos que não permitissem identificar resultados relacionados ao AVC e publicações sem informações pertinentes ao perfil epidemiológico, à morbimortalidade ou ao acesso e continuidade da assistência.

Foram consideradas evidências contextuais as publicações que, embora não atendessem integralmente aos critérios de elegibilidade estabelecidos para compor a amostra da revisão, apresentassem informações relevantes para a interpretação e contextualização dos achados, incluindo aspectos relacionados à organização da assistência,

atendimento de urgência, tratamento, prevenção e reabilitação após o AVC. Essas referências foram utilizadas exclusivamente na Introdução e na Discussão, não sendo contabilizadas entre os estudos incluídos nem apresentadas no Quadro 1. Ressalta-se, entretanto, que os aspectos relacionados à reabilitação não foram tratados exclusivamente como evidências contextuais. Considerando a natureza integrativa da revisão, foi previamente definido um eixo assistencial complementar ao eixo principal de perfil epidemiológico e mortalidade, permitindo a inclusão de estudos que abordassem o acesso à reabilitação, a continuidade do cuidado e aspectos assistenciais relacionados à recuperação pós-AVC na população brasileira. Esses estudos foram mantidos na amostra final quando atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos, sendo analisados separadamente e de acordo com seus respectivos objetivos e delineamentos, sem serem considerados equivalentes aos estudos epidemiológicos ou utilizados para estabelecer estimativas de internação, mortalidade ou frequência de eventos. Dessa forma, a síntese dos resultados foi realizada a partir dos oito estudos que compuseram a amostra final, contemplando predominantemente o perfil epidemiológico e a mortalidade por AVC e, de maneira complementar, os aspectos assistenciais previamente definidos. As demais publicações utilizadas apenas para fundamentação conceitual, clínica, terapêutica ou assistencial permaneceram classificadas como evidências contextuais e não integraram a síntese dos estudos incluídos.

A aplicação dos critérios de elegibilidade e a classificação das publicações ocorreram durante a etapa de triagem e seleção dos estudos. Nessa fase, foram identificados os trabalhos que atendiam integralmente aos critérios estabelecidos e que, portanto, seriam incluídos na amostra final e na síntese dos resultados. Publicações que não

preenchiam esses critérios, mas apresentavam informações relevantes para a contextualização dos achados, foram classificadas separadamente como referências contextuais. Essas referências não integraram a amostra final, não foram contabilizadas entre os oito estudos incluídos e foram utilizadas exclusivamente na Introdução e na Discussão como suporte à interpretação dos resultados. Dessa forma, a distinção entre estudos incluídos e referências contextuais foi estabelecida durante o processo de seleção, antes da etapa de síntese e análise dos achados. Essa diferenciação foi mantida durante a apresentação e interpretação dos resultados, evitando que estudos com objetivos e delineamentos distintos recebessem o mesmo peso interpretativo.

Para a extração dos dados, foram consideradas informações referentes a autor e ano de publicação, título, delineamento metodológico, objetivo, população ou base de dados investigada, local e período analisados, características sociodemográficas, indicadores de internação e mortalidade, aspectos relacionados à reabilitação e principais desfechos apresentados. As informações foram posteriormente organizadas em quadro sinóptico, possibilitando a caracterização e a comparação dos estudos selecionados.

Os registros recuperados nas bases de dados foram inicialmente organizados para identificação e remoção das duplicatas. A verificação foi realizada por meio da comparação entre título, autores, ano de publicação e DOI, quando disponível, seguida de conferência manual para confirmação dos registros repetidos. Nessa etapa, foram identificadas e removidas 85 duplicatas antes do início da triagem por títulos e resumos.

Após a remoção das duplicatas, a seleção dos estudos foi realizada por dois revisores, de forma independente, inicialmente mediante leitura

dos títulos e resumos dos registros identificados, considerando os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Os estudos considerados potencialmente relevantes por pelo menos um dos revisores foram encaminhados para a etapa de leitura do texto completo. Posteriormente, os artigos selecionados foram avaliados integralmente e de forma independente pelos mesmos revisores, a fim de confirmar sua elegibilidade para composição da amostra final. Eventuais divergências entre os revisores foram solucionadas por consenso.

As discordâncias entre os revisores, identificadas durante as etapas de triagem e de avaliação dos textos completos, foram inicialmente discutidas entre os dois revisores com o objetivo de alcançar consenso. Quando a divergência permaneceu após essa discussão, o estudo foi encaminhado a um terceiro revisor, que realizou a avaliação e definiu a decisão final quanto à sua inclusão ou exclusão na revisão. Ao término desse processo, os trabalhos que atenderam aos critérios de elegibilidade foram incorporados à amostra final da revisão.

Os dados foram organizados em quadro sinóptico contendo autor e ano, título, delineamento metodológico, objetivo e principais desfechos. Entre os principais resultados de interesse foram considerados: número e distribuição das internações por AVC, mortalidade, faixa etária, sexo, raça/cor, distribuição geográfica, comportamento temporal dos indicadores, características relacionadas à morbidade e incapacidade e aspectos referentes ao acesso aos serviços de reabilitação.

A análise dos achados foi realizada de forma descritiva e qualitativa, buscando identificar convergências, divergências e lacunas existentes na literatura acerca do perfil epidemiológico, da mortalidade e do acesso à reabilitação após AVC no Brasil. Os resultados foram organizados e discutidos segundo os principais eixos identificados,

considerando as características epidemiológicas da população acometida, a distribuição das internações e dos óbitos, as diferenças regionais e sociodemográficas e as desigualdades relacionadas ao acesso e à continuidade da reabilitação. As limitações metodológicas e as diferenças entre os estudos foram consideradas durante a interpretação, de modo a evitar generalizações não sustentadas pelas evidências disponíveis.

Conforme apresentado na Figura 1, foram inicialmente identificados 180 registros nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e BVS. Após a remoção de 85 registros duplicados, permaneceram 95 estudos para a etapa de triagem por títulos e resumos. Na etapa de triagem por títulos e resumos, 55 registros foram excluídos após a aplicação dos critérios de elegibilidade. As exclusões ocorreram pelos seguintes motivos: estudos que não abordavam o acidente vascular cerebral ($n = 10$); estudos cuja população ou base de dados não correspondia à população brasileira ou não apresentava dados do Brasil de forma individualizada ($n = 15$); estudos que não investigavam os desfechos de interesse relacionados ao perfil epidemiológico, às internações hospitalares ou à mortalidade ($n = 12$); estudos que não apresentavam dados epidemiológicos compatíveis com a questão norteadora ($n = 13$); e publicações com delineamento ou características incompatíveis com os critérios previamente estabelecidos ($n = 5$). Após essa etapa, permaneceram 40 artigos potencialmente elegíveis, que foram encaminhados para avaliação do texto completo.

Na etapa de elegibilidade, os 40 artigos foram analisados integralmente quanto à adequação à questão norteadora e aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Após essa avaliação, 32 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios definidos para a revisão, resultando em 8 estudos incluídos na amostra final. Considerando

a heterogeneidade dos trabalhos selecionados, os estudos incluídos foram posteriormente classificados conforme sua relação com a questão norteadora, distinguindo-se aqueles direcionados à caracterização do perfil epidemiológico, das interações e da mortalidade por AVC daqueles voltados aos aspectos assistenciais, às repercussões funcionais e ao acesso à reabilitação. Essa organização permitiu analisar separadamente as diferentes dimensões relacionadas à ocorrência

e aos desfechos do AVC, evitando a comparação direta entre estudos com objetivos, delineamentos e indicadores distintos. O detalhamento das etapas de identificação, remoção de duplicatas, triagem, avaliação de elegibilidade e inclusão dos estudos, bem como os respectivos quantitativos, encontra-se apresentado na Figura 1. A correspondência entre os números apresentados no fluxograma e aqueles descritos no texto foi mantida em todas as etapas do processo de seleção.

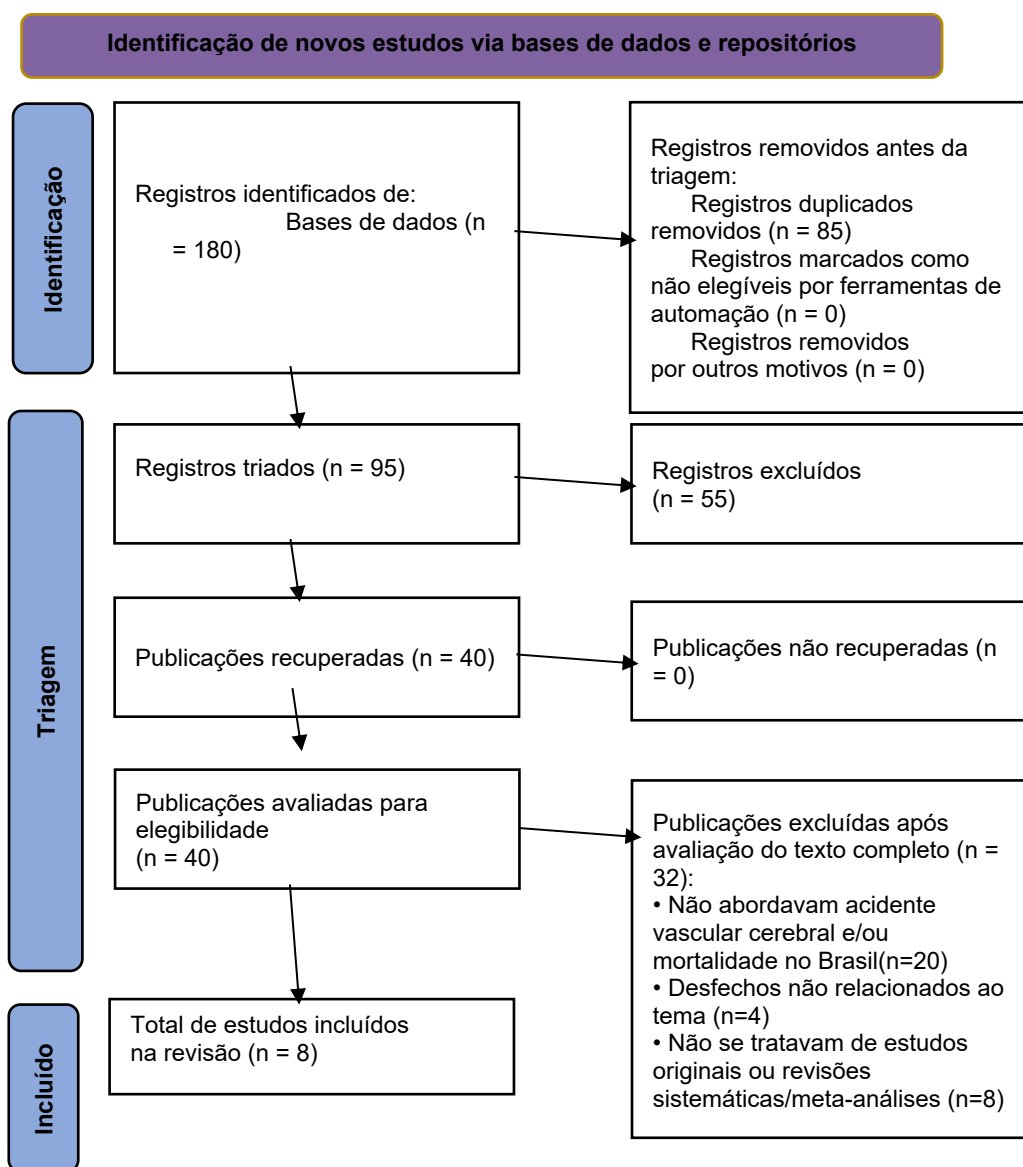


Figura 1 – Fluxograma das etapas do processo metodológico da revisão integrativa sobre o perfil epidemiológico e a mortalidade de pacientes com acidente vascular cerebral no Brasil.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Resultados

O Quadro 1 sintetiza os oito estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final desta revisão. Os estudos incluídos apresentam diferentes delineamentos metodológicos e contemplam dois eixos de análise previamente definidos. O eixo principal compreende as evidências relacionadas ao perfil epidemiológico e à mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Brasil, incluindo internações hospitalares, mortalidade e distribuição dos eventos segundo características sociodemográficas, geográficas e temporais. De forma complementar, o eixo assistencial reúne estudos relacionados ao acesso à reabilitação, à continuidade do cuidado e às experiências de cuidadores no processo de recuperação pós-AVC. Essa organização permitiu contemplar o escopo efetivamente representado pela amostra, mantendo os aspectos epidemiológicos e de mortalidade como componentes predominantes da revisão e analisando separadamente os aspectos assistenciais, de acordo com os objetivos, delineamentos e desfechos específicos de cada estudo.

As demais publicações citadas ao longo do manuscrito, incluindo aquelas empregadas para fundamentar aspectos conceituais, assistenciais, terapêuticos ou relacionados à reabilitação, foram utilizadas exclusivamente como referências contextuais na Introdução e na Discussão. Essas publicações não integram a amostra final, não foram contabilizadas entre os oito estudos apresentados no Quadro 1 e não constituíram fonte direta para a síntese dos resultados da revisão. Dessa forma, a análise dos resultados foi fundamentada exclusivamente nos estudos incluídos, enquanto as referências contextuais foram empregadas para subsidiar a interpretação e a discussão dos achados.

Em conjunto, os estudos abordam aspectos relacionados às internações hospitalares, à mortalidade

por AVC, às características sociodemográficas dos indivíduos acometidos, à distribuição espacial e temporal dos eventos, às diferenças regionais, às desigualdades no acesso aos serviços de reabilitação e às repercussões do processo de recuperação sobre pacientes e familiares. Os objetivos concentram-se principalmente na caracterização do perfil epidemiológico dos indivíduos hospitalizados ou que evoluíram a óbito por AVC, na análise das tendências temporais e da distribuição geográfica da morbimortalidade, na investigação de fatores relacionados ao acesso à reabilitação e na compreensão da participação e das experiências dos cuidadores familiares durante a recuperação pós-AVC.

Entre os principais desfechos analisados destacam-se número de internações e óbitos, taxas de hospitalização e mortalidade, idade, sexo, raça/cor, escolaridade, distribuição regional e estadual dos eventos, comportamento temporal dos indicadores e condições relacionadas ao acesso aos serviços de reabilitação. Os estudos também evidenciam as repercussões funcionais e assistenciais decorrentes do AVC, incluindo a necessidade de continuidade do cuidado e a participação do suporte familiar durante o processo de recuperação.

Dessa forma, os estudos reunidos no Quadro 1 demonstram que o AVC apresenta importante impacto epidemiológico e assistencial no Brasil, com diferenças segundo características sociodemográficas, faixa etária e distribuição geográfica. Além da expressiva carga de internações e mortalidade, os achados evidenciam a relevância das condições de acesso à reabilitação e da continuidade da assistência após o evento cerebrovascular, reforçando a necessidade de uma abordagem integrada que considere tanto a morbimortalidade quanto às repercussões funcionais, sociais e familiares associadas à doença.



Quadro 1 – Síntese dos estudos utilizados na construção do presente estudo.

Autor/Ano	Título	Delineamento metodológico	Objetivo	Desfechos
Santos <i>et al.</i> (2025)	Acidente Vascular Cerebral no Brasil: aspectos epidemiológicos da mortalidade no período de 2019 a 2023	Estudo epidemiológico, observacional, transversal e descritivo, com dados secundários	Caracterizar o perfil epidemiológico da mortalidade por AVC no Brasil entre 2019 e 2023.	O estudo evidenciou o perfil epidemiológico da mortalidade por AVC no Brasil entre 2019 e 2023, identificando diferenças na distribuição dos óbitos segundo características sociodemográficas e epidemiológicas da população analisada.
Souto, Anderle e Goulart (2022)	Iniquidades raciais no acesso à reabilitação após acidente vascular cerebral: estudo da população brasileira	Estudo transversal de base populacional, com 966 adultos pós-AVC	Verificar a associação entre raça/cor e acesso aos serviços de reabilitação após AVC no Brasil.	O estudo identificou desigualdades no acesso aos serviços de reabilitação após o AVC entre os grupos de raça/cor analisados. O acesso à reabilitação apresentou associação com características sociodemográficas e condições relacionadas à saúde dos indivíduos, evidenciando iniquidades na utilização desses serviços pela população brasileira após o AVC.
Lima <i>et al.</i> (2025)	Perfil epidemiológico do acidente vascular cerebral isquêmico transitório (AVC) e síndromes relacionadas em adultos e idosos no Nordeste brasileiro de 2018 a 2023	Estudo ecológico, temporal, descritivo e retrospectivo, com dados do SIH/SUS/DATASUS	Analisar o perfil epidemiológico de adultos e idosos com AVC isquêmico no Nordeste brasileiro entre 2018 e 2023.	Observou-se maior prevalência no sexo masculino (53,14%), em pessoas pardas (51,07%) e em indivíduos com mais de 50 anos (60,88%). Alagoas apresentou a maior prevalência por 100 mil habitantes (191,81), seguido por Maranhão (88,13) e Pernambuco (80,45). As maiores proporções de óbitos foram registradas em Sergipe (21,42%), Paraíba (12,74%) e Maranhão (12,23%).
Araújo <i>et al.</i> (2024)	Padrão espacial e temporal de mortalidade por acidente vascular cerebral no estado do Ceará, Brasil, no período entre 2009 e 2019	Estudo ecológico, com análise espacial e temporal de dados do SIM/DATASUS	Delinear o perfil epidemiológico e a distribuição espacial e temporal dos óbitos por AVC no Ceará.	Foram registrados 24.552 óbitos, predominando pessoas pardas, indivíduos ≥60 anos e sem escolaridade. A taxa média bruta foi de 25,42 óbitos/100 mil habitantes, com redução significativa da mortalidade entre 2016 e 2019.





Veloso Júnior <i>et al.</i> (2023)	Perfil epidemiológico dos pacientes internados por acidente vascular cerebral no Brasil	Estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e analítico, com dados do SIH/SUS/DATASUS	Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por AVC no Brasil entre 2018 e 2022.	Foram registradas 820.394 internações, com maior número na região Sudeste. Indivíduos ≥70 anos apresentaram elevada participação, com 215.273 internações. Observou-se aumento expressivo das hospitalizações a partir dos 50 anos e predomínio de pacientes pardos e do sexo masculino.
Andrade e Miranda (2026)	Reabilitação pós-Acidente Vascular Cerebral: perspectiva do cuidador familiar	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, de casos múltiplos	Compreender as experiências e os significados atribuídos por cuidadoras familiares ao acompanhamento de pacientes em reabilitação pós-AVC.	O AVC repercutiu não apenas sobre o paciente, mas também sobre a dinâmica familiar e a experiência dos cuidadores. Evidenciou-se a necessidade de considerar o cuidador e o suporte familiar como componentes importantes do processo de reabilitação.
Vasconcelos <i>et al.</i> (2024)	Perfil epidemiológico de pacientes internados por acidente vascular cerebral	Estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, baseado em dados secundários	Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com diagnóstico de AVC.	Evidenciou a elevada carga hospitalar associada ao AVC e sua importância como causa de internação, incapacidade e mortalidade, destacando características epidemiológicas relevantes dos indivíduos hospitalizados.
Martins <i>et al.</i> (2023)	Epidemiologia das taxas de internação e de mortalidade por acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil	Estudo epidemiológico retrospectivo, quantitativo, com análise espaço-temporal de dados secundários	Avaliar a tendência das taxas de internação e mortalidade por AVC isquêmico segundo faixa etária no Brasil entre 2011 e 2020.	Evidenciou diferenças nas taxas de internação e mortalidade segundo idade e distribuição geográfica, reforçando o impacto do envelhecimento sobre a carga do AVC isquêmico e a relevância das diferenças regionais na ocorrência e nos desfechos da doença.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).



A amostra final desta revisão foi composta por oito estudos, publicados entre 2022 e 2026, com diferentes delineamentos metodológicos e abordagens relacionadas ao AVC na população brasileira. Observou-se predomínio de investigações de caráter epidemiológico, baseadas principalmente em dados secundários provenientes de sistemas nacionais de informação em saúde. Entre os oito estudos, seis abordaram diretamente aspectos relacionados ao perfil epidemiológico do AVC, incluindo características sociodemográficas, distribuição geográfica e/ou tendências temporais. Quatro estudos contemplaram internações hospitalares, mortalidade ou ambos os desfechos, com análises segundo variáveis como idade, sexo, raça/cor e região geográfica.

Em relação aos eixos específicos, três estudos apresentaram a mortalidade como componente central ou relevante da análise, Santos *et al.* (2025), Araújo *et al.* (2024) e Martins *et al.* (2023), enquanto Veloso Júnior *et al.* (2023), Vasconcelos *et al.* (2024), Martins *et al.* (2023) e Lima *et al.* (2025) abordaram internações hospitalares ou indicadores relacionados à hospitalização. Esses trabalhos evidenciaram a expressiva carga do AVC sobre os serviços de saúde, além de diferenças na ocorrência dos eventos e nos

desfechos segundo características demográficas e geográficas.

Os aspectos relacionados à reabilitação apresentaram menor representação na amostra. Apenas um estudo, de Souto, Anderle e Goulart (2022), investigou especificamente o acesso aos serviços de reabilitação, com ênfase nas desigualdades segundo raça/cor. Da mesma forma, apenas Andrade e Miranda (2026) abordaram diretamente a experiência de cuidadores familiares no contexto da reabilitação pós-AVC, evidenciando repercussões sobre a dinâmica familiar e a importância do suporte ao cuidador. As repercussões funcionais do AVC, por sua vez, não constituíram desfecho principal de nenhum dos oito estudos, aparecendo predominantemente como elemento complementar ou contextual.

Dessa forma, a distribuição temática demonstra que a amostra se concentrou predominantemente nos aspectos epidemiológicos, nas internações e na mortalidade, enquanto acesso à reabilitação, repercussões funcionais e experiência de cuidadores apresentaram representação mais restrita. Ressalta-se que as categorias temáticas não são mutuamente excludentes, uma vez que um mesmo estudo pôde contribuir para mais de um eixo de análise.

Discussão

Os achados desta revisão evidenciam que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) permanece associado a expressiva carga de morbimortalidade no Brasil, apresentando diferenças importantes segundo idade, sexo, raça/cor e distribuição geográfica. Paralelamente, os estudos demonstram que as repercussões do AVC ultrapassam a fase aguda, uma vez que parcela dos indivíduos acometidos apresenta limitações funcionais

que demandam continuidade da assistência e reabilitação. Nesse contexto, os oito estudos que compuseram a amostra final permitiram discutir predominantemente a magnitude epidemiológica do AVC no Brasil, incluindo aspectos relacionados às internações, à mortalidade e às características sociodemográficas, geográficas e temporais da doença. Os aspectos referentes à organização da assistência, ao atendimento de urgência, às

repercussões funcionais e à reabilitação, quando não contemplados diretamente pelos estudos incluídos, foram discutidos com base em referências contextuais utilizadas exclusivamente para ampliar e fundamentar a interpretação dos achados, sem integrarem a síntese das evidências da revisão.

A elevada morbimortalidade associada ao AVC reforça a necessidade de uma rede assistencial capaz de oferecer atendimento oportuno desde os primeiros sintomas. Como evidência contextual, não integrante da amostra final desta revisão, Brandão *et al.* [1], ao analisarem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências relacionada ao atendimento do AVC, destacam a importância da articulação entre os serviços e da organização dos fluxos assistenciais para favorecer o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento. Essa perspectiva contribui para contextualizar os achados dos estudos incluídos, especialmente diante do caráter tempo-dependente do AVC, no qual atrasos entre o início dos sintomas e o atendimento podem limitar as possibilidades terapêuticas e influenciar os desfechos clínicos. Ressalta-se, portanto, que os achados de Brandão *et al.* [1] foram utilizados exclusivamente para fundamentar a interpretação e ampliar a discussão dos resultados, não constituindo evidência proveniente dos oito estudos que compuseram a amostra final.

De forma complementar, Macedo *et al.* [2], também utilizado como referência contextual e não integrante da amostra final desta revisão, ressalta a importância da agilidade no atendimento e das inovações tecnológicas aplicadas ao diagnóstico e ao manejo do AVC. Segundo os autores, os avanços relacionados à assistência podem contribuir para a identificação mais rápida do evento e para a definição das condutas terapêuticas, embora seus benefícios estejam relacionados à disponibilidade de recursos e à adequada organização da rede de

saúde. Nesse sentido, as contribuições de Brandão *et al.* [1] e Macedo *et al.* [2] auxiliam na contextualização dos achados epidemiológicos identificados nos estudos incluídos, indicando que o enfrentamento da carga associada ao AVC envolve, além do conhecimento de sua distribuição epidemiológica, a organização dos serviços, o reconhecimento precoce, o encaminhamento adequado e a oferta de assistência especializada em tempo oportuno. Ressalta-se que essas referências foram empregadas como suporte à interpretação dos resultados e não como evidências integrantes da síntese dos oito estudos selecionados.

Os resultados epidemiológicos apresentados no Quadro 1 corroboram a magnitude desse problema. Santos *et al.* [3], ao analisarem a mortalidade por AVC no Brasil entre 2019 e 2023, registraram 174.626 óbitos, com predomínio do sexo masculino, de indivíduos brancos, de pessoas com 80 anos ou mais e de residentes da região Sudeste. A expressiva participação das faixas etárias mais avançadas demonstra a importância do envelhecimento na carga de mortalidade associada às doenças cerebrovasculares, aspecto que assume crescente relevância diante das mudanças na estrutura etária da população brasileira.

Entretanto, as diferenças encontradas segundo raça/cor devem ser interpretadas com cautela, principalmente quando os estudos apresentam frequências ou proporções sem denominadores populacionais específicos. Nesse sentido, Souto, Anderle e Goulart [4] acrescentam uma dimensão importante à discussão ao demonstrarem que as desigualdades raciais relacionadas ao AVC não se restringem à distribuição dos eventos, mas também podem estar presentes no acesso aos cuidados posteriores. Em estudo de base populacional com adultos após AVC, os autores identificaram iniquidades raciais no acesso à reabilitação e

demonstraram que características sociodemográficas, condições clínicas, cobertura por plano de saúde e limitações decorrentes do evento estão relacionadas à utilização desses serviços [4].

Esse achado é particularmente relevante porque a ocorrência de maior número absoluto de internações ou óbitos em determinada categoria de raça/cor não significa, isoladamente, maior risco nesse grupo. Para estabelecer diferenças de risco seriam necessários denominadores populacionais específicos e controle de possíveis fatores de confusão. Por outro lado, a identificação de desigualdades no acesso à reabilitação demonstra que características sociais podem interferir na trajetória assistencial após o AVC, indicando que a recuperação funcional também deve ser analisada sob a perspectiva da equidade [4].

As diferenças regionais também foram observadas nos estudos incluídos. Lima *et al.* [5], ao analisarem adultos e idosos com AVC isquêmico transitório e síndromes relacionadas no Nordeste brasileiro entre 2018 e 2023, identificaram 23.944 internações, com predomínio do sexo masculino (53,14%), de indivíduos pardos (51,07%) e de pessoas com idade superior a 50 anos (60,88%). Além disso, foram identificadas diferenças entre os estados, com Alagoas apresentando maior prevalência descrita pelo estudo e Sergipe, Paraíba e Maranhão maiores proporções de óbitos. Esses resultados demonstram que mesmo dentro de uma única região brasileira existe heterogeneidade na distribuição dos registros e dos desfechos relacionados às doenças cerebrovasculares [5].

A análise realizada por Araújo *et al.* [6] reforça essa perspectiva territorial. No Ceará, foram registrados 24.552 óbitos por AVC entre 2009 e 2019, com predomínio de indivíduos pardos, pessoas com 60 anos ou mais e indivíduos sem escolaridade. A taxa média bruta foi de 25,42 óbitos por 100 mil

habitantes, sendo observada redução significativa da mortalidade entre 2016 e 2019 [6]. Esse comportamento temporal demonstra que os indicadores relacionados ao AVC podem sofrer modificações ao longo dos anos e ressalta a importância de análises longitudinais e espaciais para identificar tendências e áreas com diferentes padrões de mortalidade.

Os resultados de Lima *et al.* [5] e Araújo *et al.* [6], quando analisados em conjunto, também evidenciam a importância das características sociodemográficas na descrição do AVC. O predomínio de indivíduos pardos observado nesses estudos deve ser contextualizado de acordo com a composição populacional das regiões analisadas, não permitindo concluir, com base apenas em frequências absolutas ou relativas, que esse grupo apresenta necessariamente maior risco de ocorrência ou mortalidade. Da mesma forma, a maior frequência entre idosos deve ser interpretada considerando tanto o efeito do envelhecimento sobre o risco cerebrovascular quanto a estrutura etária das populações avaliadas [5,6].

Além dos indicadores de morbimortalidade, as repercussões funcionais decorrentes do AVC representam importante componente de sua carga assistencial. Dutra, Medino e Brito [7], referência mobilizada como evidência para sustentar os achados da revisão, destacam a atuação da fisioterapia diante das disfunções motoras apresentadas após o AVC, enfatizando intervenções direcionadas à recuperação da mobilidade e da funcionalidade. A ocorrência de déficits motores pode comprometer atividades cotidianas e a independência do indivíduo, fazendo com que o cuidado não se encerre após a estabilização clínica do evento agudo [7].

Como evidência contextual, não integrante dos oito estudos que compuseram a amostra final desta revisão, Lopes, Pinheiro e Sousa [8] destacam a relevância da fisioterapia no processo de

reabilitação pós-AVC, particularmente diante de alterações que podem comprometer o equilíbrio, a mobilidade, a marcha e a independência funcional. Esses achados foram utilizados exclusivamente como fundamentação complementar para contextualizar as possíveis repercussões funcionais do AVC e ampliar a interpretação dos resultados, não constituindo evidência diretamente sintetizada a partir da amostra selecionada.

Nesse contexto, a atuação fisioterapêutica integra um processo de reabilitação mais amplo e deve ser direcionada às necessidades e aos déficits apresentados por cada paciente. Os resultados desses estudos complementam os achados epidemiológicos, demonstrando que a elevada ocorrência de hospitalizações e óbitos representa apenas uma dimensão do impacto da doença, uma vez que os sobreviventes podem permanecer com diferentes graus de incapacidade [7,8].

Entre os estudos que integraram a amostra final desta revisão, os achados referentes às hospitalizações em âmbito nacional mostraram-se consistentes com os resultados observados em análises regionais. Veloso Júnior *et al.* [11], ao analisarem as internações por AVC no Brasil entre 2018 e 2022, identificaram 820.394 hospitalizações, com maior número absoluto de registros na região Sudeste. Os indivíduos com 70 anos ou mais apresentaram elevada participação, correspondendo a 215.273 internações, além de ter sido observado aumento expressivo das hospitalizações a partir dos 50 anos e predomínio de pacientes pardos e do sexo masculino [11]. Esses achados convergem com os resultados de Lima *et al.* [5], também integrante da amostra final, que identificaram, na região Nordeste, maior participação do sexo masculino, de indivíduos pardos e de pessoas com idade superior a 50 anos. A comparação entre esses estudos evidencia padrões sociodemográficos semelhantes

em diferentes recortes geográficos, embora as diferenças de abrangência territorial, período analisado e características metodológicas devam ser consideradas na interpretação dos resultados.

A maior concentração absoluta de hospitalizações na região Sudeste encontrada por Veloso Júnior *et al.* [11] não deve, entretanto, ser interpretada isoladamente como maior risco regional de AVC. O Sudeste concentra parcela expressiva da população brasileira e apresenta características próprias quanto à estrutura etária, disponibilidade de serviços e capacidade de registro e hospitalização. Assim, comparações entre regiões são mais adequadamente realizadas mediante taxas padronizadas e denominadores populacionais correspondentes, especialmente quando o objetivo é estabelecer diferenças no risco de ocorrência da doença.

Como referência contextual, não integrante dos oito estudos que compuseram a amostra final desta revisão, Silva e Carmo [12] contribuem para a discussão ao abordarem aspectos relacionados à fisiopatologia do AVC e ao papel da Atenção Primária à Saúde na prevenção e no acompanhamento dos fatores de risco associados à doença. Essa publicação foi utilizada exclusivamente como fundamentação complementar para ampliar a interpretação dos achados epidemiológicos identificados na amostra, não constituindo resultado diretamente derivado dos estudos incluídos na revisão.

A prevenção e o acompanhamento de fatores de risco modificáveis assumem importância diante da elevada carga epidemiológica observada nos estudos incluídos. Dessa maneira, estratégias voltadas ao controle de condições cardiovasculares e metabólicas, associadas à educação em saúde e ao acompanhamento longitudinal, podem integrar as ações destinadas à redução da ocorrência de

eventos cerebrovasculares [12]. Essa perspectiva evidencia que o enfrentamento do AVC deve começar antes da fase hospitalar, mediante ações preventivas e identificação dos indivíduos com maior vulnerabilidade clínica.

Após o evento, entretanto, as necessidades assistenciais podem se estender por períodos prolongados e envolver diretamente a estrutura familiar. Andrade e Miranda [13], ao investigarem a perspectiva de cuidadoras familiares durante a reabilitação pós-AVC, demonstraram que as repercussões da doença não se restringem ao paciente, afetando também a dinâmica familiar e a experiência dos responsáveis pelo cuidado. Os achados ressaltam a importância do cuidador e do suporte familiar como componentes do processo de reabilitação [13].

Esse resultado apresenta relação direta com as desigualdades de acesso identificadas por Souto, Anderle e Goulart [4]. Quando a continuidade da assistência depende, em parte, da disponibilidade familiar, das condições socioeconômicas e da possibilidade de acesso aos serviços, pacientes com necessidades funcionais semelhantes podem apresentar trajetórias assistenciais distintas. Assim, a reabilitação deve ser compreendida não apenas como conjunto de intervenções terapêuticas, mas como um processo influenciado por fatores clínicos, sociais, familiares e relacionados à organização do sistema de saúde [4,13].

Vasconcelos *et al.* [14], ao analisarem o perfil epidemiológico de pacientes internados por AVC, reforçam a elevada carga hospitalar relacionada à doença e sua importância como causa de internação, incapacidade e mortalidade. Esses resultados convergem com Santos *et al.* [3], Lima *et al.* [5] e Veloso Júnior *et al.* [11], evidenciando que a magnitude do AVC pode ser observada tanto pelos indicadores de mortalidade quanto pelo expressivo

volume de hospitalizações. Em conjunto, os estudos indicam que a análise da carga da doença deve integrar mortalidade, morbidade hospitalar e repercussões funcionais [3,5,11,14].

No âmbito da recuperação funcional, Martins *et al.* [15], utilizados como referência contextual e não integrantes dos oito estudos que compuseram a amostra final desta revisão, discutem diferentes abordagens fisioterapêuticas empregadas na reabilitação de indivíduos acometidos por AVC. Essa publicação foi utilizada exclusivamente como fundamentação complementar para contextualizar aspectos relacionados à recuperação funcional e à atuação fisioterapêutica no período pós-AVC, não constituindo evidência diretamente derivada da síntese dos estudos selecionados.

A fisioterapia assume importância diante de comprometimentos como alterações de força muscular, equilíbrio, coordenação, mobilidade e marcha, sendo as intervenções direcionadas de acordo com as limitações apresentadas e os objetivos terapêuticos estabelecidos [15]. Esses achados complementam os estudos de Dutra, Medino e Brito [7] e Lopes, Pinheiro e Sousa [8], que igualmente destacam a fisioterapia como componente do processo de recuperação das alterações motoras e funcionais pós-AVC.

De forma complementar, Rodrigues e Santos [16], utilizados como referência contextual e não integrantes dos oito estudos que compuseram a amostra final desta revisão, abordam o papel da fisioterapia na reabilitação de pacientes após o AVC, destacando intervenções direcionadas à recuperação funcional. Essa publicação foi empregada exclusivamente como fundamentação complementar para contextualizar a atuação fisioterapêutica no período pós-AVC, não constituindo evidência diretamente derivada da síntese dos estudos selecionados.

Considerados em conjunto, a literatura contextual [7,8,15,16] demonstra que as repercussões motoras e funcionais constituem dimensão importante do cuidado pós-AVC. Contudo, por se tratarem predominantemente de trabalhos de revisão e síntese da literatura, seus resultados devem ser interpretados de acordo com os delineamentos e a qualidade das evidências primárias incorporadas, não sendo possível atribuir uniformemente a todas as estratégias fisioterapêuticas o mesmo grau de efetividade.

Essa consideração torna-se ainda mais importante quando os achados sobre a importância da reabilitação são confrontados com as desigualdades de acesso descritas por Souto, Anderle e Goulart [4]. A existência de estratégias terapêuticas potencialmente benéficas não garante que elas estejam igualmente disponíveis para toda a população. Dessa maneira, além de investigar quais intervenções podem contribuir para a recuperação funcional, torna-se necessário avaliar se os pacientes conseguem iniciar e manter o acompanhamento de reabilitação após a alta hospitalar [4,7,8,15,16].

Por fim, Martins *et al.* [17], ao analisarem a epidemiologia das taxas de internação e mortalidade por AVC isquêmico no Brasil entre 2011 e 2020, identificaram diferenças segundo idade e distribuição geográfica. Os resultados reforçam o impacto do envelhecimento sobre a carga do AVC isquêmico e demonstram a relevância das particularidades regionais na ocorrência e nos desfechos da doença [17]. Esses achados convergem com Santos *et al.* [3], Lima *et al.* [5], Araújo *et al.* [6] e Veloso Júnior *et al.* [11], formando um conjunto de evidências que aponta para importante heterogeneidade epidemiológica do AVC no território brasileiro.

De modo geral, os estudos epidemiológicos analisados apresentam convergência quanto à expressiva participação das faixas etárias

mais avançadas na carga relacionada ao AVC [3,5,6,11,14,17]. Também são recorrentes diferenças segundo sexo, raça/cor e localização geográfica, embora essas distribuições devam ser interpretadas de acordo com a população estudada, os denominadores utilizados e as características dos sistemas de informação. Portanto, os resultados descritivos são relevantes para caracterizar os registros de internação e mortalidade, mas não permitem, isoladamente, estabelecer relações causais ou afirmar maior risco para determinado grupo populacional.

Outro aspecto relevante refere-se à predominância de estudos baseados em dados secundários e delineamentos observacionais, ecológicos, transversais ou retrospectivos [3,5,6,11,14,17]. Embora esses delineamentos sejam apropriados para caracterizar a distribuição epidemiológica e as tendências da morbimortalidade, apresentam limitações inerentes à qualidade e completude dos registros utilizados e à impossibilidade de estabelecer relações causais. Além disso, diferenças nos períodos, regiões, populações e indicadores avaliados dificultam a comparação direta entre os resultados e devem ser consideradas na interpretação da síntese.

Em conjunto, os achados desta revisão permitem reconhecer, como implicação assistencial derivada da síntese, a importância da articulação entre os diferentes níveis de atenção para o enfrentamento do AVC no Brasil. Essa interpretação deve ser considerada com cautela, uma vez que os estudos incluídos apresentam predominantemente delineamentos observacionais e descritivos, permitindo caracterizar a magnitude, a distribuição e os desfechos epidemiológicos do AVC, mas não avaliar diretamente a efetividade da organização da rede de atenção. A prevenção e o controle dos fatores de risco na Atenção

Primária [12], a organização da rede para atendimento rápido e oportuno na fase aguda [1,2], o reconhecimento das diferenças epidemiológicas e regionais [3,5,6,11,14,17] e a continuidade da assistência por meio da reabilitação [4,7,8,13,15,16] constituem dimensões complementares do cuidado. Dessa forma, a redução do impacto do AVC depende não apenas da sobrevivência ao evento agudo, mas também da capacidade do sistema de saúde de proporcionar acompanhamento longitudinal, recuperação funcional e acesso equitativo aos serviços necessários.

Os achados desta revisão evidenciam, portanto, que a elevada carga de internações e

mortalidade associada ao AVC coexistem com importantes desafios relacionados às incapacidades e ao acesso à reabilitação. O envelhecimento da população, as diferenças sociodemográficas e regionais e as desigualdades assistenciais reforçam a necessidade de estratégias integradas e territorialmente adequadas. Ao mesmo tempo, a heterogeneidade metodológica dos estudos e o predomínio de pesquisas observacionais indicam a necessidade de novas investigações que avaliem não apenas a ocorrência e a mortalidade por AVC, mas também a continuidade do cuidado, o acesso efetivo à reabilitação e os desfechos funcionais em diferentes grupos da população brasileira.

Conclusão

A presente revisão integrativa permitiu sintetizar as principais evidências acerca do perfil epidemiológico e da mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Brasil. Os achados evidenciaram diferenças na ocorrência das internações e dos óbitos segundo características sociodemográficas, geográficas e temporais, contribuindo para a caracterização da carga do AVC na população brasileira. Entretanto, esses resultados devem ser interpretados considerando a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos e o predomínio de delineamentos observacionais e descritivos, que possibilitam caracterizar a distribuição e os desfechos epidemiológicos da doença, mas limitam o estabelecimento de relações causais e de conclusões sobre a efetividade de intervenções ou da organização assistencial.

Os estudos analisados demonstram que o AVC permanece associado a expressiva carga de morbimortalidade e hospitalizações no país, com diferenças na distribuição dos registros segundo idade,

sexo, raça/cor e localização geográfica. Destaca-se, especialmente, a participação expressiva das faixas etárias mais avançadas, evidenciando a relevância do envelhecimento populacional para a compreensão da carga das doenças cerebrovasculares.

Os achados também evidenciaram heterogeneidade regional na ocorrência das internações e dos óbitos, demonstrando que a distribuição do AVC não ocorre de maneira uniforme no território brasileiro. Entretanto, as diferenças observadas em números absolutos ou proporções devem ser interpretadas com cautela, uma vez que, na ausência de denominadores populacionais correspondentes, não permitem afirmar isoladamente maior risco de ocorrência ou mortalidade para determinado sexo, raça/cor ou região. Nesse sentido, a utilização de taxas e indicadores padronizados mostra-se fundamental para comparações epidemiológicas mais adequadas.

Além da morbimortalidade, os resultados demonstraram que as repercussões do AVC se

prolongam para além da fase aguda, podendo resultar em comprometimentos motores e funcionais que interferem na mobilidade, equilíbrio, marcha, independência e realização das atividades cotidianas. Dessa forma, a reabilitação constitui componente essencial da continuidade do cuidado, com participação da fisioterapia e da assistência multiprofissional no processo de recuperação funcional. Os estudos também ressaltaram a importância do cuidador e do suporte familiar, considerando que as consequências do AVC podem repercutir sobre toda a dinâmica familiar.

Entretanto, foram identificadas desigualdades no acesso aos serviços de reabilitação, associadas a fatores sociodemográficos, clínicos e assistenciais, indicando que a disponibilidade de estratégias terapêuticas não significa necessariamente acesso equitativo à continuidade do cuidado. Assim, os resultados reforçam a necessidade de integração entre prevenção, reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, atendimento de urgência, assistência hospitalar e reabilitação, com fortalecimento das redes de atenção e redução das barreiras de acesso aos serviços.

Por fim, considerando a predominância de estudos observacionais e baseados em dados secundários, bem como a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica ou do risco de viés nesta revisão, os resultados devem ser interpretados dentro dessas limitações. Recomenda-se a realização de novos estudos com maior rigor metodológico, utilização de indicadores epidemiológicos

padronizados e investigação das barreiras de acesso e continuidade da reabilitação. O aprofundamento dessas evidências poderá contribuir para o planejamento de políticas e estratégias assistenciais capazes de reduzir a morbimortalidade, minimizar as incapacidades e ampliar a equidade e a integralidade do cuidado às pessoas acometidas pelo AVC no Brasil.

Uma limitação relevante desta revisão foi a ausência de aplicação de instrumento padronizado para avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés dos estudos incluídos. Considerando a heterogeneidade dos delineamentos que compuseram a amostra, essa ausência impossibilitou avaliar de forma sistemática a robustez individual das evidências e estabelecer quais achados apresentavam maior grau de confiabilidade. Consequentemente, não foi possível ponderar os resultados de acordo com a qualidade metodológica dos estudos, aspecto que deve ser considerado na interpretação global da síntese e que recomenda cautela na generalização das conclusões apresentadas.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Alves KMC; Obtenção de dados: Alvarenga AG; Análise e interpretação dos dados: Ferreira EC; Redação do manuscrito: Ferreira EC; 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 Set 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, Morais 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 Set 23]; 7(2):2649-2665. Available from: <https://bjih.s.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 Set 23]; 7(3):1429-1439. Available from: <https://bjih.s.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 Set 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 Set 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 Set 23]. 15(05):1-9. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232024000100012. DOI: 10.5123/s2176-6223202401480
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 Set 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 Set 23] 7(7): 36701-36717 Available from: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/6456>. DOI: 10.56238/arev7n7-090.
9. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. [cited 2026 Set 02]; 2005;52(5):546-553. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. [cited 2026 Set 02]; 2008;17(4):758-764. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt>. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018

11. 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 Set 23] 5(5):361-369, 2023. Available from: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/633>. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p361-369.
12. 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 Set 23] 3(3), 2023. Available from: <https://periodicos.undb.edu.br/rem/article/view/170>.
13. Andrade CD, Miranda DB. Reabilitação pós-Acidente Vascular Cerebral: perspectiva do cuidador familiar. Revista JRG de Estudos Acadêmicos [Internet]. 2026 Fev 23 [cited 2026 Set 23], 9(20): e092972. Available from: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/2972>. DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2972.
14. 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 Set 23], 6(7):36-45 Available from: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/2467>. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n7p36-45.
15. 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 Set 23], 13 (1): e29139. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/29139>.
16. 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 Set 23], 14(11): e156141150052. Available from: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/50052>. DOI: 10.33448/rsd-v14i11.50052
17. 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 Set 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.