www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/yw32q411

A atuação do fisioterapeuta na unidade de terapia intensiva na assistência ao paciente com acidente vascular cerebral: uma revisão de literatura

The role of the physiotherapist in the intensive care unit in the care of patients with stroke: a literature review

Thauany Krauzer[1]
Monika Mensch[2]

Resumo: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade e incapacidade funcional no mundo. Na fase aguda, pacientes graves podem necessitar de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde a imobilidade prolongada favorece complicações respiratórias, fraqueza muscular e perda funcional. **Objetivo**: analisar a atuação do fisioterapeuta na UTI na assistência ao paciente com AVC, identificando as principais intervenções e os efeitos da mobilização precoce sobre a recuperação funcional e a permanência hospitalar. Metodologia: trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada nas bases SciSpace, Google Scholar e PubMed, com descritores em português e inglês e período de busca entre 2016 e 2026. Foram incluídos 14 estudos publicados entre 2016 e 2025. **Resultados**: a atuação fisioterapêutica compreende suporte respiratório, auxílio no desmame da ventilação mecânica, posicionamento terapêutico, cinesioterapia, reabilitação motora e mobilização progressiva. A mobilização precoce, quando realizada entre 24 e 72 horas em pacientes clinicamente estáveis, mostrou-se viável e associada à redução de complicações, do tempo de ventilação mecânica e da permanência na UTI. Entretanto, a dose, o momento e a intensidade da intervenção devem ser individualizados, pois a mobilização em alta intensidade nas primeiras 24 horas pode resultar em desfechos

[1]Graduanda do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Maurício de Nassau – (UNINASSAU), Cacoal-RO, Brasil. E-mail: thauanyprojetos19@gmail.com
[2] Docente, Mestra em Fisioterapia. Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Cacoal-RO, Brasil. E-mail: mmensch038@gmail.com

menos favoráveis. **Discussão**: a fisioterapia apresenta papel relevante na prevenção da fraqueza adquirida na UTI, das complicações respiratórias e da perda funcional, desde que orientada por critérios clínicos, hemodinâmicos e neurológicos. **Considerações finais**: a atuação do fisioterapeuta é relevante para o cuidado integral ao paciente com AVC na UTI, devendo ser conduzida de forma precoce, segura, progressiva e individualizada.

Palavras-chaves: Acidente Vascular Cerebral; Unidade de Terapia Intensiva; Fisioterapia; Mobilização Precoce; Reabilitação Neurológica.

Abstract: Stroke is one of the leading causes of mortality and functional disability worldwide. In the acute phase, critically ill patients may require admission to an Intensive Care Unit (ICU), where prolonged immobility can contribute to respiratory complications, muscle weakness, and functional loss. **Objective**: to analyze the role of physiotherapists in the ICU in caring for stroke patients, identifying the main interventions and the effects of early mobilization on functional recovery and hospital stay. **Methodology**: this is a systematic literature review conducted using the SciSpace, Google Scholar, and PubMed databases, with Portuguese and English descriptors and a search period from 2016 to 2026. Fourteen studies published between 2016 and 2025 were included. **Results**: physiotherapy care comprises respiratory support, assistance with mechanical ventilation weaning, therapeutic positioning, kinesiotherapy, motor rehabilitation, and progressive mobilization. Early mobilization, when performed between 24 and 72 hours in clinically stable patients, was feasible and associated with fewer complications, shorter mechanical ventilation duration, and reduced ICU stay. However, the dose, timing, and intensity of the intervention should be individualized, as high-intensity mobilization during the first 24 hours may lead to less favorable outcomes. **Discussion**: physiotherapy plays an important role in preventing ICU-acquired weakness, respiratory complications, and functional loss when guided by clinical, hemodynamic, and neurological criteria. **Final considerations**: physiotherapy is relevant to comprehensive care for stroke patients in the ICU and should be provided early, safely, progressively, and on an individualized basis.

Keywords: Stroke; Intensive Care Unit; Physiotherapy; Early Mobilization; Neurological Rehabilitation.

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade funcional em todo o mundo, associado a déficits motores, cognitivos e respiratórios que afetam significativamente a qualidade de vida dos indivíduos atingidos (FEIGIN et al., 2019). Pacientes internados com AVC, especialmente aqueles em unidades de terapia intensiva, estão mais propensos a desenvolver complicações relacionadas à imobilidade prolongada, como fraqueza muscular, distúrbios respiratórios e aumento da duração da internação (KRAUSE et al., 2021; LIU et al., 2022).

Ademais, as limitações neurológicas resultantes do AVC impactam diretamente a mobilidade, o equilíbrio, o controle postural e a função respiratória, tornando o processo de recuperação funcional mais desafiador. A permanência prolongada no leito pode estar relacionada à perda de massa muscular, à diminuição da capacidade cardiorrespiratória e ao aumento da probabilidade de complicações clínicas, o que reforça a necessidade de reabilitação precoce e individualizada (KRAUSE et al., 2021; LIU et al., 2022).

A literatura revela que a imobilidade prolongada em pacientes críticos está ligada ao aumento das complicações clínicas, à redução da funcionalidade e à extensão do período de internação hospitalar, sublinhando a importância de intervenções precoces e eficazes (KRAUSE et al., 2021; LIU et al., 2022). Apesar da importância da fisioterapia no cuidado ao paciente com AVC, ainda há necessidade de sistematizar as principais intervenções fisioterapêuticas realizadas na unidade de terapia intensiva e os benefícios dessas intervenções para a recuperação clínica e funcional dos pacientes.

Portanto, é fundamental investigar, por meio da literatura científica, como se desenvolve o trabalho do fisioterapeuta na unidade de terapia intensiva no atendimento ao paciente com AVC e quais são os efeitos dessa atuação no processo de recuperação dos pacientes internados.

2. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão sistemática da literatura, modalidade de pesquisa que permite a síntese e análise de estudos publicados sobre um determinado tema, possibilitando uma compreensão mais ampla do fenômeno investigado.

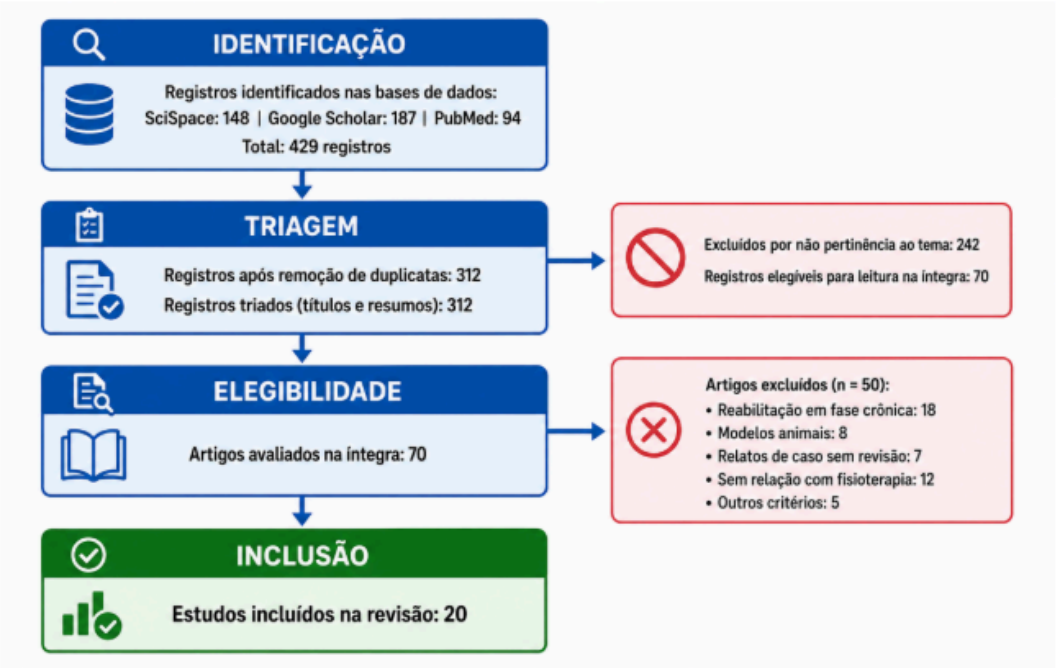
O processo de busca bibliográfica foi realizado nas bases de dados SciSpace, Google Scholar e PubMed, no período de agosto a outubro de 2026. Os descritores utilizados foram selecionados com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), nos idiomas português e inglês, de forma isolada e combinada: "acidente vascular cerebral", "AVC", "stroke", "unidade de terapia intensiva", "UTI", "intensive care unit", "ICU", "fisioterapia", "physiotherapy", "mobilização precoce", "early mobilization", "reabilitação neurológica", "neurological rehabilitation", "complicações", "complications".

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos originais, revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos e diretrizes clínicas publicados entre 2015 e 2026; disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol; que abordassem intervenções fisioterapêuticas respiratórias e/ou motoras em pacientes adultos (idade ≥ 18 anos) com diagnóstico de AVC internados em UTI ou em fase aguda hospitalar. Foram excluídos desta revisão: estudos que tratavam exclusivamente de reabilitação em fase crônica (após seis meses do evento), reabilitação ambulatorial ou domiciliar pós-alta hospitalar; estudos experimentais com modelos animais; relatos de caso isolados sem revisão da literatura; textos de opinião sem embasamento empírico; e trabalhos que não apresentavam relação direta com o tema central desta pesquisa.

A seleção dos estudos foi realizada em quatro etapas: (1) busca nas bases de dados utilizando os descritores definidos; (2) leitura dos títulos e resumos para avaliação preliminar da elegibilidade; (3) leitura completa dos textos pré-selecionados; e (4) inclusão definitiva dos estudos que atendiam aos critérios estabelecidos e apresentavam pertinência com a questão norteadora. Ao final desse processo, foram incluídos 14 estudos para compor a análise desta revisão.

O processo de busca e seleção está representado na Figura 1, elaborada com base nos dados da pesquisa.

Figura 1 — Fluxograma de busca e seleção dos estudos (dados da pesquisa, 2026)



Fonte: dados da pesquisa (2026).

Os dados extraídos de cada estudo foram organizados em quadro sinóptico contemplando: autores, ano de publicação, tipo de estudo, intervenção avaliada e principais resultados. A análise foi realizada de forma descritiva, com agrupamento temático dos estudos para favorecer a comparação e a síntese das evidências encontradas.

3. RESULTADOS

Ao final do processo de busca e triagem, foram incluídos 14 estudos publicados entre 2016 e 2025, todos pertencentes ao intervalo de busca estabelecido entre 2016 e 2026. O corpus selecionado foi composto por dois ensaios clínicos randomizados, quatro revisões sistemáticas, uma análise secundária de ensaio clínico, uma revisão narrativa, dois estudos observacionais, dois relatórios epidemiológicos globais, uma análise de políticas de saúde, um levantamento multicêntrico sobre práticas fisioterapêuticas e um relato de caso. Os

estudos foram organizados em três eixos temáticos para análise: (1) fisioterapia respiratória e suporte ventilatório; (2) fisioterapia motora, posicionamento terapêutico e reabilitação; e (3) mobilização precoce, considerando as evidências, os desfechos e a segurança. A síntese dos estudos incluídos está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 — Síntese dos estudos incluídos na revisão

Autor(es) / Ano	Tipo de Estudo	Intervenção	Principais Resultados
Bernhardt et al. (2016)	Análise secundária de ensaio clínico	Dose e momento da mobilização precoce	A menor dose de mobilização nas primeiras 24 horas esteve associada a melhores desfechos, indicando relação entre dose, momento e prognóstico funcional.
Krause et al. (2021)	Revisão narrativa	Reabilitação precoce em UTI neurológica	A reabilitação precoce mostrou-se viável quando realizada com critérios de segurança e avaliação individualizada.
Liu et al. (2022)	Revisão sistemática	Reabilitação precoce em pacientes com AVC na UTI	A reabilitação precoce esteve associada à redução do tempo de ventilação mecânica, da incidência de pneumonia e da permanência na UTI, além de melhora funcional na alta.

Miranda et al. (2021)	Revisão sistemática	Mobilização precoce na fase aguda do AVC	A mobilização entre 24 e 72 horas foi considerada segura e associada à redução de complicações e à melhora da funcionalidade.
Feigin et al. (2019)	Análise do Global Burden of Disease 2016	Epidemiologia global do AVC	O AVC apresentou elevada importância epidemiológica mundial, com expressivo número de novos casos, mortes e incapacidades
O'Donnell et al. (2016)	Caso-controle multicêntrico (INTERSTROKE)	Fatores de risco modificáveis para AVC	Dez fatores de risco modificáveis foram associados à maior parte do risco atribuível ao AVC.
Johnson et al. (2016)	Análise de políticas de saúde	AVC como problema global de saúde pública	Os autores destacaram a necessidade de respostas integradas para prevenção, tratamento e reabilitação do AVC.
World Health Organization (2023)	Relatório epidemiológico global	Mortalidade e incapacidade relacionadas ao AVC	O AVC foi identificado como uma das principais causas mundiais de morte e incapacidade.
Schreiber et al. (2019)	Estudo observacional	Fisioterapia no desmame de VM prolongada	A participação sistemática do fisioterapeuta esteve associada à maior sucesso no desmame e menor necessidade de reintubação.

Yen et al. (2024)	ECR	Mobilização precoce pós-trombólise e trombectomia	A mobilização precoce mostrou-se segura e esteve associada a melhores desfechos funcionais aos 90 dias.
Fonseca; Vale (2017)	Revisão sistemática	Protocolo de intervenção fisioterapêutica precoce no AVC	Protocolos estruturados favoreceram a organização da assistência, embora tenha sido observada ausência de padronização no contexto brasileiro.
Baidya et al. (2016)	Levantamento multicêntrico	Práticas de fisioterapia em UTIs	Foi observada grande heterogeneidade nas condutas e baixa frequência de protocolos formais nos serviços avaliados.
Helmy et al. (2023)	ECR - Ensaio clínico randomizado	Posicionamento terapêutico pós-AVC	Orientações sistematizadas de posicionamento contribuíram para a redução da dor e para a manutenção de maior estabilidade dos sinais vitais
Takara (2025)	Relato de caso	Monitorização da pressão intracraniana durante a mobilização	A monitorização da pressão intracraniana mostrou-se fundamental durante a mobilização de pacientes com AVC hemorrágico grave e risco de hipertensão intracraniana.

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Na primeira coluna, referente à fisioterapia respiratória e ao suporte ventilatório, os estudos demonstraram que a atuação fisioterapêutica contribui para a prevenção de complicações pulmonares, especialmente em pacientes submetidos à ventilação mecânica, além de auxiliar na condução segura do desmame ventilatório. A participação sistemática do fisioterapeuta no processo de desmame

foi associada a maior probabilidade de sucesso na extubação e a menor tempo de ventilação mecânica. Da mesma forma, a reabilitação precoce em pacientes com AVC internados na UTI esteve relacionada à redução da incidência de pneumonia e do tempo de permanência na unidade, conforme evidenciado por Liu et al. (2022) e Schreiber et al. (2019).

Na segunda coluna, relacionado à fisioterapia motora, ao posicionamento e à reabilitação, os estudos indicaram que a utilização de protocolos sistematizados de posicionamento terapêutico contribui para a redução da dor e para a manutenção da estabilidade dos sinais vitais. A realização de cinesioterapia passiva e ativo-assistida, bem como a progressão da mobilidade conforme a capacidade clínica do paciente, pode favorecer a preservação da amplitude de movimento, a prevenção de contraturas e a redução da fraqueza muscular adquirida na UTI. Além disso, a reabilitação motora precoce mostrou-se viável em pacientes neurológicos graves quando conduzida mediante critérios de segurança, monitorização adequada e progressão individualizada (KRAUSE et al., 2021; HELMY et al., 2023).

Na terceira coluna, referente à mobilização precoce, concentrou-se parte importante das evidências analisadas. Os estudos apontaram que a mobilização iniciada entre 24 e 72 horas após o evento, quando o paciente apresenta estabilidade clínica, pode contribuir para a redução de complicações, do tempo de ventilação mecânica e da permanência na UTI, além de favorecer a recuperação funcional (LIU et al., 2022; MIRANDA et al., 2021). A análise de Bernhardt et al. (2016) destacou que a dose e o momento da mobilização devem ser cuidadosamente planejados, pois a realização de atividades em intensidade excessiva nas primeiras 24 horas pode estar associada a desfechos menos favoráveis. Em pacientes submetidos à trombólise ou à trombectomia, a mobilização precoce mostrou-se viável e segura quando realizada sob monitorização adequada (YEN et al., 2024). Nos casos de AVC hemorrágico grave e risco de hipertensão intracraniana, a monitorização contínua da pressão intracraniana deve ser considerada durante a mobilização, conforme indicado por Takara (2025).

4. DISCUSSÃO

Os 14 estudos incluídos nesta revisão, publicados entre 2016 e 2025, demonstram que a fisioterapia desempenha papel relevante no cuidado ao paciente com acidente vascular cerebral internado em unidade de terapia intensiva. A atuação fisioterapêutica envolve suporte respiratório, auxílio no desmame da ventilação mecânica, posicionamento terapêutico, reabilitação motora e mobilização precoce. Esses achados são especialmente importantes diante da elevada carga mundial de mortalidade e incapacidade relacionada ao AVC, destacada por Feigin et al. (2019) e pela World Health Organization (2023). Dessa forma, a assistência na UTI deve ser planejada de maneira individualizada, integrada e baseada nas condições clínicas e neurológicas de cada paciente.

A fisioterapia respiratória constitui um dos principais componentes do cuidado ao paciente crítico com AVC. Liu et al. (2022) identificaram que a reabilitação precoce em pacientes internados na UTI esteve associada à redução do tempo de ventilação mecânica, da incidência de pneumonia e do período de permanência na unidade. De forma semelhante, Schreiber et al. (2019) observaram que a participação ativa do fisioterapeuta no processo de desmame da ventilação mecânica esteve relacionada à maior sucesso na extubação e menor necessidade de reintubação. Esses resultados ressaltam a importância da avaliação contínua da função respiratória, da adequação dos parâmetros ventilatórios e da preparação progressiva do paciente para a retirada do suporte ventilatório, sempre em conjunto com a equipe multiprofissional.

No que se refere à fisioterapia motora e ao posicionamento terapêutico, os estudos analisados apontam benefícios relacionados à prevenção de contraturas, à manutenção da amplitude de movimento, à redução da fraqueza muscular adquirida na UTI e à melhora da funcionalidade. Helmy et al. (2023) demonstraram que orientações sistematizadas de posicionamento terapêutico podem contribuir para a redução da dor e para maior estabilidade dos sinais vitais em pacientes após o AVC. A reabilitação motora precoce, quando conduzida com progressão individualizada e critérios de segurança, pode favorecer a manutenção da mobilidade e a prevenção de complicações associadas à imobilidade (KRAUSE et al., 2021). Portanto, o posicionamento e a cinesioterapia devem ser compreendidos como intervenções

planejadas, registradas e integradas às demais estratégias de reabilitação. A reabilitação precoce em pacientes neurológicos graves também se mostrou viável quando são observados critérios de segurança. Krause et al. (2021) destacaram a necessidade de avaliação individualizada antes de cada sessão, considerando o nível de consciência, a estabilidade hemodinâmica, a oxigenação, a presença de dispositivos invasivos e as condições neurológicas do paciente. Nesse contexto, a progressão terapêutica pode incluir mobilização passiva, exercícios ativo-assistidos, sedestação, ortostatismo e treino funcional, conforme a resposta apresentada. A prevenção da fraqueza muscular adquirida na UTI deve ser considerada um dos objetivos da fisioterapia, principalmente em pacientes submetidos à ventilação mecânica prolongada ou à imobilidade extensa. Um aspecto relevante identificado nesta revisão é a necessidade de adequar a dose e o momento da mobilização. A análise de Bernhardt et al. (2016) demonstrou que a intensidade da mobilização nas primeiras 24 horas deve ser cuidadosamente planejada, pois a realização de atividades em dose excessiva pode estar associada a desfechos menos favoráveis. Assim, os benefícios da mobilização precoce não dependem apenas do início antecipado da intervenção, mas também da seleção adequada do paciente, da intensidade aplicada, da duração da sessão e do monitoramento das respostas clínicas. Miranda et al. (2021) reforçaram que a mobilização iniciada na fase aguda, especialmente entre 24 e 72 horas quando há estabilidade clínica, pode ser segura e contribuir para a redução de complicações e para a melhora da funcionalidade.

O conjunto de evidências sobre a mobilização precoce em pacientes com AVC na UTI é relevante, embora apresente heterogeneidade metodológica. Liu et al. (2022) associaram a reabilitação precoce à redução do tempo de ventilação mecânica, da incidência de pneumonia e da permanência na UTI, além da melhora funcional na alta. Miranda et al. (2021) também identificaram resultados favoráveis relacionados à segurança e à recuperação funcional durante a fase aguda. Esses achados sustentam a adoção de intervenções fisioterapêuticas precoces, desde que sejam respeitados os critérios de estabilidade clínica e que a intensidade seja progressivamente ajustada à resposta individual do paciente.

A segurança da mobilização precoce em pacientes submetidos a terapias de reperfusão também foi analisada. Yen et al. (2024) verificaram que a mobilização após trombólise ou trombectomia pode ser realizada com segurança quando são respeitados os critérios clínicos e neurológicos estabelecidos, estando associada a

melhores desfechos funcionais aos 90 dias. Entretanto, esses pacientes necessitam de avaliação rigorosa e monitoramento contínuo, considerando o risco de alterações neurológicas, instabilidade hemodinâmica e complicações relacionadas ao procedimento. Portanto, a trombólise ou a trombectomia não devem ser interpretadas isoladamente como impedimentos à reabilitação, mas exigem maior controle da indicação, do momento e da intensidade da intervenção.

Em pacientes com AVC hemorrágico grave, a segurança da mobilização exige atenção especial. Takara (2025) demonstrou, por meio de relato de caso, que determinadas mudanças de posição e atividades podem provocar elevação da pressão intracraniana em pacientes com hemorragia cerebral e risco de hipertensão intracraniana. Embora esse achado não permita generalizações amplas, ele reforça a necessidade de monitorização neurológica e de interrupção da intervenção diante de alterações clínicas relevantes. Nesses casos, a conduta fisioterapêutica deve ser definida em conjunto com a equipe responsável, considerando a pressão intracraniana, a estabilidade da lesão, o nível de consciência e os demais parâmetros neurológicos.

Outro aspecto identificado foi a heterogeneidade das práticas fisioterapêuticas entre diferentes unidades de terapia intensiva. Baidya et al. (2016) observaram variações importantes nas condutas adotadas e baixa frequência de protocolos formais nos serviços avaliados. Fonseca e Vale (2017) também destacaram a necessidade de protocolos estruturados para a intervenção fisioterapêutica precoce em pacientes com AVC, especialmente no contexto brasileiro. A ausência de padronização pode resultar em diferenças na frequência, na intensidade e no tipo de intervenção oferecida a pacientes com condições clínicas semelhantes. Por esse motivo, recomenda-se que cada serviço desenvolva protocolos baseados em evidências, adaptados à sua realidade estrutural e revisados periodicamente pela equipe multiprofissional.

A assistência ao paciente com AVC na UTI deve ser desenvolvida por meio da atuação integrada entre fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e demais profissionais envolvidos. A identificação dos fatores de risco modificáveis e a necessidade de respostas integradas para o enfrentamento do AVC, discutidas por O’Donnell et al. (2016) e Johnson et al. (2016), reforçam que o cuidado não deve se limitar ao tratamento das sequelas, mas também considerar prevenção, recuperação funcional e continuidade

da assistência. Nesse cenário, o fisioterapeuta participa da avaliação funcional, da definição das metas terapêuticas, da escolha das intervenções e do acompanhamento da resposta do paciente.

Por fim, esta revisão apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Os estudos incluídos apresentam heterogeneidade quanto ao desenho metodológico, às características dos pacientes, às definições de mobilização precoce, aos protocolos utilizados e aos instrumentos de avaliação funcional. Também há escassez de pesquisas realizadas em UTIs brasileiras, o que limita a generalização dos achados para diferentes regiões e realidades institucionais do país. Além disso, parte das evidências disponíveis apresenta resultados de curto prazo, com menor acompanhamento após a alta hospitalar. Recomenda-se que pesquisas futuras sejam realizadas com amostras maiores, protocolos padronizados, critérios de segurança claramente descritos, acompanhamento longitudinal e participação de diferentes centros brasileiros, possibilitando a produção de evidências mais consistentes para orientar a prática fisioterapêutica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão sistemática da literatura, composta por 14 estudos publicados entre 2016 e 2025, permitiu identificar que a atuação do fisioterapeuta na unidade de terapia intensiva é relevante para a assistência ao paciente com acidente vascular cerebral. Entre as principais condutas encontradas, destacam-se o suporte respiratório, o auxílio no desmame da ventilação mecânica, o posicionamento terapêutico, a cinesioterapia, a manutenção da amplitude de movimento, a prevenção da fraqueza muscular adquirida na UTI e a mobilização precoce. Os estudos analisados associaram essas intervenções à prevenção de complicações respiratórias e funcionais, à redução do tempo de ventilação mecânica e da permanência na UTI e à melhora da funcionalidade dos pacientes. Entretanto, a mobilização nas primeiras 24 horas, especialmente quando realizada em alta intensidade, deve ser conduzida com cautela, mediante avaliação individualizada e monitoramento dos parâmetros clínicos, hemodinâmicos e neurológicos.

Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados, pois foi possível analisar as principais intervenções fisioterapêuticas utilizadas na assistência ao paciente com AVC internado em UTI e discutir os efeitos dessas condutas sobre sua

evolução clínica e funcional. O problema de pesquisa também foi respondido, uma vez que os resultados evidenciaram a relevância da fisioterapia na prevenção de complicações, no auxílio ao desmame ventilatório, na preservação da mobilidade e na recuperação funcional dos pacientes. Dessa forma, os achados estão de acordo com os objetivos estabelecidos, indicando que a fisioterapia pode ser iniciada quando o paciente apresentar estabilidade clínica, respeitando o tipo de AVC, a gravidade do quadro, o nível de consciência, os parâmetros hemodinâmicos e neurológicos e a resposta individual ao tratamento.

A contribuição deste trabalho consiste em reforçar a importância da atuação qualificada do fisioterapeuta junto à equipe multiprofissional da UTI, bem como da implementação de protocolos baseados em evidências para o atendimento de pacientes com AVC. Os resultados podem contribuir para o aprimoramento da assistência, favorecendo condutas mais seguras, individualizadas e direcionadas à prevenção de complicações e à recuperação funcional. Entre as limitações desta revisão, destacam-se a heterogeneidade metodológica dos estudos, as diferentes definições de mobilização precoce, a diversidade das populações analisadas, a utilização de instrumentos de avaliação distintos e a escassez de pesquisas realizadas no contexto brasileiro. Recomenda-se, portanto, a realização de novos estudos nacionais e multicêntricos, com amostras maiores, protocolos padronizados e acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar, a fim de ampliar a qualidade das evidências e fortalecer a atuação fisioterapêutica na assistência ao paciente com AVC em UTI.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIDYA, Sanjay et al. Physiotherapy practice patterns in intensive care units of Nepal: a multicenter survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, v. 20, n. 2, p. 75–81, fev. 2016. DOI: 10.4103/0972-5229.175939.

BERNHARDT, Julie et al. Prespecified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Neurology*, v. 86, n. 23, p. 2138–2145, jun. 2016. DOI: 10.1212/WNL.0000000000002459.

FEIGIN, Valery L. et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, v. 18, n. 5, p. 439–458, maio 2019. DOI: 10.1016/S1474-4422(19)30034-1.

FONSECA, Paulo Roberto; VALE, Vanessa Donato do. Protocol of early physiotherapeutic intervention in patients with acute stroke intra-hospital: systematic review. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, v. 15, p. 1–7, 2017. DOI: 10.17784/mtprehabjournal.2017.15.516.

HELMY, Nagwa Mohamed et al. Effect of instructional guidelines regarding therapeutic positions on post stroke pain and vital signs among patients with stroke. *Egyptian Journal of Health Care*, v. 14, n. 2, p. 122–132, jun. 2023. DOI: 10.21608/ejhc.2023.293175.

JOHNSON, Walter et al. Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 94, n. 9, p. 634–634A, set. 2016. DOI: 10.2471/BLT.16.181636.

KRAUSE, Martina et al. Early rehabilitation in intensive care unit patients with neurological disorders. *Journal of Clinical Medicine*, v. 10, n. 3, p. 423, jan. 2021. DOI: 10.3390/jcm10030423.

LIU, Kai et al. Effects of early rehabilitation on stroke patients in the intensive care unit. *Frontiers in Neurology*, v. 13, p. 883661, maio 2022. DOI: 10.3389/fneur.2022.883661.

MIRANDA, Jessica Mariana de Aquino et al. Early mobilization in acute stroke phase: a systematic review. *Topics in Stroke Rehabilitation*, v. 29, n. 5, p. 370–379, 2021. DOI: 10.1080/10749357.2021.2008595.

O'DONNELL, Martin J. et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *The Lancet*, v. 388, n. 10046, p. 761–775, ago. 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2.

SCHREIBER, Annia et al. Physiotherapy and weaning from prolonged mechanical ventilation. *Respiratory Care*, v. 64, n. 1, p. 17–25, jan. 2019. DOI: 10.4187/respcare.06280.

TAKARA, R. T. Intracranial pressure during mobilization in a patient with postoperative putaminal hemorrhage: a case report. *Cureus*, 2025. DOI: 10.7759/cureus.80783.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global health estimates: leading causes of death*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/data/global-health-estimates. Acesso em: 10 nov. 2026.

YEN, H. C. et al. Impact of early mobilization on patients with acute ischemic stroke treated with thrombolysis or thrombectomy: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, v. 38, n. 5, p. 340–350, maio 2024. DOI: 10.1177/15459683241236443.