

Artigo Original

## CORRELAÇÃO ENTRE SENSIBILIDADE E FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM AVC AGUDO NA UTI

### CORRELATION BETWEEN SENSITIVITY AND FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH ACUTE STROKE IN THE ICU

Ana Cristina Rubinho Ratero<sup>1</sup>, Lucas Lima Ferreira<sup>2</sup>

#### RESUMO

O acidente vascular cerebral (AVC) provoca alterações no componente sensório-motor, que estão relacionados com mobilidade e independência em atividades de vida diária. O objetivo deste estudo foi identificar se há correlação entre sensibilidade e os níveis de força e funcionalidade em pacientes com AVC agudo. Foi realizado um estudo transversal prospectivo, na unidade de terapia intensiva (UTI) neurológica de um hospital escola. Foram selecionados pacientes com AVC isquêmico ou hemorrágico, que apresentaram hemiparesia, com idade de 18 a 60 anos, de ambos os sexos. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e hemodinâmicos e aplicados escala de sensibilidade Fugl-Meyer (EFM), o Medical Research Council (MRC) e a escala de mobilidade em UTI (EMU). Foram incluídos sete pacientes, idade média de  $50,57 \pm 6,37$  anos, 71% do sexo masculino, verificou-se predomínio de AVC hemorrágico (57%) e hemiparesia à direita (57%), força muscular média de 49 pontos, nível de mobilidade funcional médio de sete pontos e média de quatro pontos na avaliação de sensibilidade pela EFM. Não foram verificadas diferenças significativas ( $p > 0,05$ ) na localização da hemiparesia, força muscular, mobilidade funcional e na sensibilidade entre os pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico. Não foram identificadas correlações significativas entre os escores da EFM e o MRC ( $r = -0,14$   $p = 0,75$ ) nem entre a EFM e a EMU ( $r = -0,20$   $p = 0,65$ ). Concluiu-se que não houve correlação entre sensibilidade e força muscular e entre sensibilidade e funcionalidade nos pacientes com AVC agudo internados na UTI neurológica.

**Palavras-chave:** AVC. UTI. Sensibilidade. Funcionalidade.

#### ABSTRACT

Stroke causes alterations in the sensorimotor component, which are related to mobility and independence in activities of daily living. The objective of this study was to identify if there is a correlation between sensitivity and levels of strength and functionality in patients with acute stroke. A prospective cross-sectional study was conducted in the neurological intensive care unit (ICU) of a teaching hospital. Patients with ischemic or hemorrhagic stroke, presenting with hemiparesis, aged 18 to 60 years, of both sexes, were selected. Sociodemographic, clinical, and hemodynamic data were collected, and the Fugl-Meyer Sensitivity Scale (FMS), the Medical Research Council (MRC), and the ICU Mobility Scale (IMS) were applied. Seven patients were included, with a mean age of  $50.57 \pm 6.37$  years, 71% male. Hemorrhagic stroke (57%) and right hemiparesis (57%) predominated, with a mean muscle strength of 49 points, a mean functional mobility level of seven points, and a mean sensitivity score of four points on the EFM. No significant differences ( $p > 0.05$ ) were found in the location of hemiparesis, muscle strength, functional mobility, and sensitivity between patients with ischemic and hemorrhagic stroke. No significant correlations were identified between EFM scores and the MRC ( $r = -0.14$   $p = 0.75$ ) nor between EFM and EMU ( $r = -0.20$   $p = 0.65$ ). It was concluded that there was no correlation between sensitivity and muscle strength or between

1. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, Brasil.  
End.: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Vila São Pedro, São José do Rio Preto - SP, CEP 15090-000.

2. Hospital de Base. End.: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5544 - Vila São José, São José do Rio Preto - SP, CEP 15090-000.

**E-mail correspondente:**  
lucas\_lim21@hotmail.com

Submetido em: 17 fev. 2026  
Aceito em: 28 abr. 2026  
Publicado em: 06 maio 2026

DOI: 10.5281/zenodo.20057000

sensitivity and functionality in patients with acute stroke admitted to the neurological ICU.

**Keywords:** Stroke. ICU. Sensitivity. Functionality.

## INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é um comprometimento neurológico focal (ou, às vezes, global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e de provável origem vascular, sendo dividido em isquêmico (quando há obstrução de um vaso sanguíneo, bloqueando o seu fluxo para as células cerebrais) e hemorrágico (resultado de ruptura de um vaso, com conseqüente sangramento intraparenquimatoso ou subaracnóideo) sendo o primeiro mais prevalente (Brasil, 2013). Doença incapacitante, de alta morbimortalidade e que atinge cada vez mais pessoas jovens. Possui relação intrínseca com as comorbidades hipertensão e diabetes mellitus, que são fatores de risco em crescimento na população brasileira (Brandão, Lanzoni, Pinto, 2023).

Segundo dados da Organização Mundial de AVC, um em cada seis indivíduos no mundo terá um AVC ao longo de seu curso de vida. No Brasil, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade no país. Dados provenientes de um estudo prospectivo nacional indicaram incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9% (Brasil, 2013). O AVC provoca alterações nos planos cognitivo e sensorio-motor, de acordo com a área e a extensão da lesão. O sinal mais comum de um AVC é a fraqueza repentina ou parestesia da face, braço e/ou perna, geralmente em um lado do corpo (Brasil, 2013).

Horn et al. (2003) consideram que a hemiparesia ou hemiplegia, é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual. Falcão et al. (2004) realizou uma entrevista domiciliar com uma amostra de 46 casos de AVC agudo com o objetivo de conhecer as incapacidades e identificar se há diferenças de gênero, em sobreviventes de primeiro episódio de AVC, entre 20 e 59 anos de idade. Os resultados mostram que é expressivo o percentual de casos ainda jovens, com sequelas pós-AVC. A incapacidade motora neste estudo foi caracterizada a partir da hemiparesia. A mobilidade ou condição de andar em casa e no seu entorno se encontrava

prejudicada em aproximadamente 90% dos casos precisando do uso de dispositivos auxiliares. A incapacidade motora tem influência marcante no contexto de vida do paciente, pois representa limitação na capacidade funcional global para as atividades cotidianas (Teixeira & Silva, 2009).

Na fase aguda pós-AVC, as alterações sensoriais podem atingir 85% dos casos; O déficit sensorial varia em intensidade, área e modalidade. A função sensorial tem relação com a função motora, de modo que déficits sensoriais interferem no desempenho de atividades e na reabilitação. A sensibilidade está relacionada com mobilidade e independência em atividades de vida diária e o conhecimento dos déficits sensoriais ajuda na escolha de estratégias de reabilitação (Fagundes et al., 2015).

Um estudo recente destacou que a avaliação da capacidade funcional e da força muscular durante a permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é de extrema relevância, devendo ocorrer precocemente, para identificar pacientes com potencial risco de redução física e funcional. A atuação fisioterapêutica no ambiente de terapia intensiva busca promover a redução do tempo de internação hospitalar, através de avaliação precisa e intervenção precoce (Martins et al., 2021).

Diante da complexidade dos pacientes, o direcionamento das condutas fisioterapêuticas com foco nos níveis sensorio motor, de mobilidade e funcionalidade, é essencial para a otimização do tratamento no âmbito hospitalar; e o uso de um instrumento de avaliação adequado pode facilitar este processo. A avaliação da mobilidade, sensibilidade e força na fase aguda pode também auxiliar na definição do prognóstico e permitir que os pacientes e familiares compreendam os desafios que irão enfrentar após a alta hospitalar (Maso et al., 2019).

Visto a carência de estudos sobre avaliação de sensibilidade em pacientes com AVC agudo e entendendo a importância de uma qualificada

avaliação, pesquisar sobre esta possível correlação entre sensibilidade e os níveis de funcionalidade, visa identificar déficits e auxiliar no processo de reabilitação. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar se há correlação entre sensibilidade e os níveis de força e funcionalidade em pacientes com AVC agudo que apresentem hemiparesia.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal prospectivo, que foi realizado na UTI Neurológica do Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP, no período de Maio de 2024 à Fevereiro de 2025.

### Crítérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: pacientes internados entre 24 a 48 horas em uma UTI neurológica com diagnóstico de AVC agudo, isquêmico ou hemorrágico, que apresentaram hemiparesia. Idade de 18 anos a 60 anos, de sexo feminino e masculino, que fosse o primeiro AVC, para evitar déficits crônicos.

Os critérios de exclusão foram pacientes com AVC internados em enfermaria e pacientes com hemiplegia. Pacientes acima dos 60 anos ou abaixo dos 18 anos. Pacientes com o nível cognitivo afetado.

### Variáveis analisadas

A ficha de avaliação foi composta pelos sinais vitais do paciente: saturação periférica de oxigênio, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial média, sexo, idade, a escala de coma de Glasgow, a escala de mobilidade em UTI (EMU), a escala de avaliação de sensibilidade de Fugl-Meyer (EFM) e a escala Medical Research Council (MRC), para avaliação de força muscular de membros superiores e membros inferiores.

### Desfechos primários e secundários

Os desfechos primários foram: correlações entre sensibilidade e força muscular e sensibilidade e funcionalidade. Os desfechos secundários foram: comparações de localização de hemiparesias, MRC, EMU e EFM entre os tipos de AVC isquêmico e hemorrágico.

## Instrumentos

A EFM, desenvolvida em 1975 por Fugl-Meyer et al., refere-se a um instrumento quantitativo com o objetivo de mensurar o comprometimento e recuperação motor e sensorial pós AVC. Trata-se de um sistema de pontuação numérica acumulativa que avalia sete aspectos do paciente: 1- amplitude de movimento e dor, 2- sensibilidade, 3- função motora de membro superior, 4- coordenação e velocidade de membro superior, 5- função motora de membro inferior, 6- coordenação e velocidade de membro inferior, 7- equilíbrio, totalizando 226 pontos. Nesta pesquisa, foi utilizado o item 2 da escala (Sensibilidade); Sua pontuação é dividida em: 0- anestesia, 1- hipoesteia/disestesia, 2- normal, avaliando membro superior, palma da mão, coxa e sola do pé, totalizando uma pontuação máxima de 8. Com relação à equipamentos, será utilizado algodão (Maki et al., 2006).

O MRC avalia seis movimentos de membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII): abdução de ombro, flexão de cotovelo, extensão de punho, flexão de quadril, extensão de joelho, e dorsiflexão de tornozelo. A graduação da força varia de 0 (ausência de contração) a 5 pontos (força normal), totalizando um valor máximo de 60 pontos (Faria et al., 2018).

A EMU avalia funcionalidade em pacientes internados na UTI; possui pontuação variando entre 0 e 10, sendo 0 baixa mobilidade, pacientes que realizam apenas exercícios passivos no leito e 10 alta mobilidade, pacientes que realizam deambulação independente, sem auxílio (Kawaguichi et al., 2016).

## Aspectos éticos

Este estudo seguiu os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional em Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) por meio do CAAE n.º 79789824.6.0000.5415 e aprovado pelo parecer n.º 6.953.183. A participação dos pacientes foi voluntária mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Análise estatística

Foi aplicada estatística descritiva e os dados foram apresentados em médias, desvios-padrão, porcentagens e números absolutos. Foi aplicado teste de normalidade dos dados Shapiro-Wilk e

estatística inferencial com teste de correlação linear de Pearson para correlacionar sensibilidade com força muscular e funcionalidade, teste exato de Fisher para comparação da localização da hemiparesia e teste t não pareado para comparar sensibilidade, força e funcionalidade entre os pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico. As análises estatísticas foram realizadas no programa BioStat versão 3.0 e foram considerados significativos valores de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Foram incluídos sete pacientes, idade média de  $50,57 \pm 6,37$  anos, 71% (n=5) do sexo masculino, os pacientes apresentaram estabilidade hemodinâmica e nível de consciência adequado durante as avaliações (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, hemodinâmicas e clínica dos pacientes incluídos.

Variável	Média $\pm$ desvio-padrão   %
<b>Variáveis sociodemográficas</b>	
Idade (anos)	50,57 $\pm$ 6,37
Sexo	
Masculino	71,4%
Feminino	28,6%
<b>Variáveis hemodinâmicas e clínicas</b>	
Frequência cardíaca (bpm)	80,14 $\pm$ 10,96
Frequência respiratória (rpm)	17,71 $\pm$ 1,38
Pressão arterial média (mmHg)	107,42 $\pm$ 12,88
SpO <sub>2</sub> (%)	96 $\pm$ 2,08
Escala de coma de Glasgow	14,42 $\pm$ 1,51

SpO<sub>2</sub>: saturação periférica de oxigênio.

Verificou-se predomínio de AVC hemorrágico (57%), de hemiparesia à direita (57%), força muscular média de 49 pontos, nível de mobilidade funcional médio de sete

pontos e média de quatro pontos na avaliação de sensibilidade pela EFM (Tabela 2).

**Tabela 2.** Classificação do tipo de AVC, localização da hemiparesia, força muscular, mobilidade funcional e sensibilidade dos pacientes incluídos.

Variável	% ou média $\pm$ desvio-padrão
AVC	
Isquêmico	43%
Hemorrágico	57%
Hemiparesia	
Direita	57%
Esquerda	43%

MRC	49,28 ± 5,7
EMU	7,42 ± 3,2
EFM	4,28 ± 1,7

AVC: acidente vascular cerebral; MRC: *Medical Research Council*; EMU: escala de mobilidade em UTI; EFM: escala de Fugl-Meyer.

Na comparação entre a localização da hemiparesia, a força muscular, a mobilidade funcional e a sensibilidade entre os pacientes

com AVC isquêmico e hemorrágico não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) conforme Tabela 3.

**Tabela 3.** Comparação das variáveis hemiparesias, força muscular, mobilidade funcional e sensibilidade entre os pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico.

Variável	AVCi (n=3)	AVCh (n=4)	p-valor
Hemiparesia Direita	1	3	0,48 <sup>†</sup>
Hemiparesia Esquerda	2	1	0,48 <sup>†</sup>
MRC	45,6	52	0,16*
EMU	8	7	0,72*
EFM	4,6	4	0,65*

AVCi: acidente vascular cerebral isquêmico; AVCh: acidente vascular cerebral hemorrágico; MRC: *Medical Research Council*; EMU: escala de mobilidade em UTI; EFM: escala de Fugl-Meyer.

<sup>†</sup>Teste exato de Fisher; \*Teste *t* não pareado.

Nas análises de correlação entre sensibilidade e força muscular ( $p=0,75$ ) e sensibilidade e mobilidade funcional ( $p=0,65$ ) não foram

identificadas correlações estatisticamente significativas (Tabela 4).

**Tabela 4.** Correlações entre sensibilidade e força muscular e sensibilidade e mobilidade funcional nos pacientes com AVC internados na UTI neurológica.

Correlação*	r-valor	p-valor*
Sensibilidade (EFM) e força muscular (MRC)	0,14	0,75
Sensibilidade (EFM) e mobilidade funcional (EMU)	0,20	0,65

\*teste de correlação de Pearson.

## DISCUSSÃO

Ao analisar o desfecho primário do presente estudo, verificou-se que não houve correlação entre sensibilidade e força muscular e sensibilidade e funcionalidade nos pacientes com AVC agudo internados na UTI neurológica. Dentre os desfechos secundários, notou-se que a média de idade dos participantes foi de  $50,57 \pm 6,37$ , com prevalência do

sexo masculino (71,4%), de AVC hemorrágico e de hemiparesia à direita.

Neste estudo, no que se refere às análises de correlação entre sensibilidade e força muscular ( $r=0,14$   $p=0,75$ ) e sensibilidade e mobilidade funcional ( $r=-0,20$   $p=0,65$ ), não foram identificadas correlações estatisticamente significativas. Porém, um estudo sobre a função sensorial em membros

superiores e atividades funcionais de indivíduos pós-AVC, reuniu uma amostra composta por 35 voluntários, e foi observado que quanto maior a pontuação na função sensorial melhor seria o desempenho nas funções motoras, concluindo que houve alterações das funções somatossensoriais e motoras que geraram impacto nas atividades funcionais. A descrição das funções sensoriais e motoras, proposta pelo estudo citado, revelou que em todos os indivíduos os itens da ASN (Avaliação Sensorial de Nottingham) que apresentaram pontuação normal foram associados à maior pontuação motora pela EFM. Esta informação permite-nos observar uma correlação de que quanto mais superior a pontuação da função sensorial, melhor será o desempenho nas funções motoras e como consequência podemos inferir os impactos nas atividades funcionais (Reis, Cruz & Caldas, 2020).

Um estudo sobre o perfil epidemiológico de pacientes internados por AVC, utilizando de informações obtidas do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), do departamento de informática do SUS (DATASUS), mostrou que o sexo masculino registrou um maior número de internações com 407.879 casos, com uma taxa equivalente a 52,53%. Já o sexo feminino, apresentou 368.554 casos, com uma taxa de 47,47%. A taxa de AVC é ligeiramente mais alta em homens do que em mulheres em muitas faixas etárias (Vasconcelos et al., 2024). Isso é relacionado às questões culturais e históricas de que os homens cuidam menos da saúde quando comparados às mulheres (Cruz et al., 2015). Corroborando com os dados do atual estudo, que apontam também a prevalência de AVC no sexo masculino. Este estudo levou como critério de inclusão participantes de 18 à 60 anos de idade, tendo uma média de 50 anos, e dados obtidos por outra pesquisa, a respeito da correlação entre sensibilidade, função manual e independência em indivíduos pós AVC, chamam a atenção para uma amostra relativamente jovem também, com média de idade de 56 anos, o que sugere que as doenças cerebrovasculares vêm acometendo indivíduos com idades mais precoces, e em parte, o AVC em pessoas mais jovens tem sido mais associado à alterações genéticas (Cruz et al., 2015).

No que se refere ao tipo de AVC, sabe-se que o AVCi é responsável por 85% dos casos de AVC e o AVCh ocorre em 15% dos casos (Souza & Waters,

2023), porém no estudo atual, a prevalência entre os participantes, foi o AVCh, tendo uma porcentagem de 57%. Isso pode ser explicado pelo local de admissão dos pacientes escolhida para o estudo ser uma UTI neurológica, sendo que no hospital onde o estudo foi realizado, existe uma Unidade de AVC, específica para realizar pacientes com AVCi, que demandam menor complexidade.

Em relação ao MRC, sabe-se que um escore total abaixo de 48 designa fraqueza significativa, e um escore total abaixo de 36 indica fraqueza grave (Latronico & Gosselink, 2015). Neste estudo, o valor médio dos participantes foi de 49, demonstrando uma proximidade do valor de fraqueza significativa, todavia permanecendo ainda dentro do parâmetro de normalidade. Essa diminuição de força muscular se deve ao quadro de hemiparesia pós-AVC. Entretanto, cabe ressaltar que o MRC não leva em considerações alterações na força muscular de origem central, como as causadas pelo AVC, não havendo até o momento, nenhum instrumento na literatura específico para avaliação da força muscular em pacientes neurológicos.

O valor médio da EMU foi de sete – deambular com auxílio de duas ou mais pessoas – o que demonstra certa dependência na funcionalidade desses pacientes pós-AVC, possivelmente porque o momento da avaliação se deu próximo à admissão do paciente na UTI, então as sequelas eram recentes, e também os pacientes não haviam ainda passado por muitos atendimentos fisioterapêuticos. Entretanto, esses valores são superiores aos encontrados em outro estudo que avaliou a mobilidade funcional de pacientes neurocríticos e identificou média de  $0,25 \pm 0,44$  pontos na EMU à admissão na UTI (Camargo et al., 2020), porém, o estudo citado incluiu todos os pacientes admitidos na UTI, inclusive aqueles sob ventilação mecânica invasiva, o que sabidamente, reduz drasticamente à funcionalidade.

Como limitações deste estudo, pode-se citar o reduzido número de participantes, devido ao baixo número de internação de pacientes que atenderam aos critérios de elegibilidade do estudo. Também pode-se citar o curto período de tempo para coleta de dados, por se tratar de um trabalho de conclusão de residência multiprofissional em reabilitação física.

## CONCLUSÃO

Neste estudo não houve correlação entre sensibilidade e força muscular nem entre sensibilidade e mobilidade funcional em pacientes com AVC agudo, hemiparéticos, internados em UTI neurológica.

## REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, P.C.; LANZONI, G.M.M.; PINTO, I.C.M. Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE0006, 2023. Doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00061>
- BRASIL. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CAMARGO, J.B.G.; CAVENAGHI, O.M.; CORREIA, J.R.; BRITO, M.V.C.; FERREIRA, L.L. Mobilidade funcional de pacientes críticos em terapia intensiva: um estudo piloto. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, p. 14-20, 2020. Doi: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6101>
- CRUZ, D.M.C.; SILVA, N.S.; PATTI, L.P.; PAIVA, G.; PAOLILLO, A.R. Correlação entre sensibilidade, função manual e independência em indivíduos pós-acidente vascular cerebral. **Revista Paraense de Medicina**, v.29, n. 1, p. 23-30, 2015.
- FAGUNDES, J.S.; BINDA, A.C.; FARIA, J.G.; PERES, D.; MILCHAELSEN, S.M. Instrumentos de avaliação sensorial pós-acidente vascular encefálico (AVE) descritos em português: uma revisão sistemática. **Fisioterapia & Pesquisa**, v. 22, n. 4, p. 436-439, 2015. Doi: <https://doi.org/10.590/1809-2950/13120122042015>
- FALCÃO, I. V. et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 1, p. 95-102, 2004.
- HORN, S. D. et al. Stroke rehabilitation: Analysis of patient outcomes and cost. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 84, n. 12, p. 1756-1763, 2003.
- KAWAGUCHI, Y.M.F.; NAWA, R.K.; FIGUEIREDO, T.B.; MARTINS, L.; PIRES-NETO, R.C. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 6, p. 429-434, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000301>
- LATRONICO, N.; GOSSELINK, R. Abordagem dirigida para o diagnóstico de fraqueza muscular grave na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 3, p.199-201, 2015. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150036>
- MAKI, T.; QUAGLIATO, E.M.A.B.; CACHO, E.W.A.; PAZ, L.P.S.; NASCIMENTO, N.H.; INOUE, M.M.E.A.; VIANA, M.A. Estudo de confiabilidade da aplicação da escala Fugl-Meyer no Brasil. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 177-183, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552006000200007>
- MARTINS, G.S.; TOLEDO, S.V.; ANDRADE, J.M.L.; NAKANO, E.Y.; VALDUGA, R.; PAZ, L.P.S.; JUNIOR, G.C.; CIPRIANO, G.F.B.C. Análise do estado funcional e força muscular de adultos e idosos em unidade de terapia intensiva: coorte prospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2899-2910, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.21422019>
- MASO, I.; PINTO, E.B.; MONTEIRO, M.; MAKHOUL, M.; MENDEL, T.; JESUS, P.A.P. et al. A simple hospital mobility scale for acute ischemic stroke patients predicts long-term functional outcome. **Neurorehabilitation and Neural Repair**, v. 33, n. 8, p. 614-622, 2019. doi: <https://doi.org/10.1177/1545968319856894>
- REIS, J.C.; CRUZ, M.S.S.; CALDAS, A.S.C. Função sensorial em membros superiores e atividades funcionais de indivíduos pós-AVC. **Revista de Terapia Ocupação da Universidade de São Paulo**, v. 31, n. 1-3, p. 46-53, 2020. Doi:

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v31i1-3p46-53>

SOUZA, D.P.; WATERS, C. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral: pesquisa bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 1, p. 1466–1478, 2023. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-115>

TEIXEIRA, C.P.; SILVA, L.D. As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. **Enfermería Global**, v. 9, n. 15, p. 1-12, 2009.

VASCONCELOS, C.A.L.; HAJEL, V.A.; VALERIO, F.R.; PEREIRA, R.R.N.; SALES, L.M.; MACHADO, E.; et al. Perfil epidemiológico de pacientes internados por

acidente vascular cerebral. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 7, p. 36-45, 2024. Doi: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p36-45>

VENTO, D.A.; FARIA, A.M.; SILVA, L.G.; FERREIRA, J.C.M.; GUIMARÃES, V.A. Utilização da escala do medical research concil no desmame em pacientes críticos: revisão de literatura. **Revista Educação em Saúde**, v. 6, n. 2, p. 125-132, 2018. Doi: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2018v6i2.p125-132>