

O IMPACTO DA FISIOTERAPIA POR MEIO DA APLICAÇÃO DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL EM UMA PACIENTE PORTADORA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: UM ESTUDO DE CASO

Emilly Pennas Marciano¹, Jessika Larissa Soares da Silva², Josiane Moreira Germano³
Daniela Azevedo Galdino da Costa⁴

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das doenças neurológicas que causam grande impacto na capacidade funcional. A Fisioterapia trabalha para melhorar o prognóstico de incapacidade, visando à recuperação funcional, por meio de uma criteriosa avaliação, que pode ser otimizada com a adoção de métodos para auxiliar a avaliação de forma quantitativa, como a Medida de Independência Funcional (MIF). O objetivo deste trabalho foi apresentar os impactos da fisioterapia neurofuncional por meio da aplicação da MIF em um paciente com sequelas de AVE. O método utilizado foi um estudo de caso, do tipo descritivo e exploratório. Realizou-se uma avaliação neurológica fisioterapêutica com a aplicação da MIF, sucedido da intervenção neurofuncional e reavaliado após 15 (quinze) sessões, como parâmetro de evolução da funcionalidade da paciente. Posteriormente às 15 (quinze) sessões, observou-se melhora nas áreas mais afetadas quando comparadas aos resultados apontados pela aplicação da MIF na primeira sessão. Por meio da MIF, pôde-se quantificar a melhora no quadro de funcionalidade da paciente, compreender suas necessidades e verificar a melhora da capacidade funcional, com um tratamento global integrando a reabilitação neurofuncional com o tratamento de outras comorbidades apresentadas.

Palavras-Chaves: Medida de Independência Funcional. Acidente Vascular Encefálico. Fisioterapia.

ABSTRACT

Stroke (AVE) is one of the neurological diseases that have a larger impact on functional capacity. The physiotherapy works to improve the prognosis of disability, in view at functional recovery, through a careful evaluation, which can be optimized with the introduction of methods to assist in quantitative assessment, such as Functional Independence Measure (FIM). The objective of this study was to present the impacts of neurofunctional physiotherapy through the application of FIM in a patient with sequel AVE. The method used was a case study, descriptive and exploratory, was performed a physiotherapy neurological evaluation with the application of FIM, successful by neurofunctional intervention and re-evaluated after 15 (fifteen) sessions, as a parameter of evolution of the patient functionality. At the end of the 15 (fifteen) sessions, there was improvement in the areas most affected when compared to the results pointed out by the application of the FIM in the first session. Through FIM, it is possible to quantify the improvement in the patient functional status, to understand its needs and to verify the improvement of the functional capacity, with a global treatment integrating the rehabilitation of the neurofunctional with the treatment of other presented comorbidities.

Key Words: Functional Independence Measure. Stroke. Physiotherapy.

¹ Discente do curso de Fisioterapia.

² Discente do curso de Fisioterapia.

³ Fisioterapeuta; Pós-graduada em: Fisiologia, Modalidade residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Docência na Educação Superior; Mestranda em Saúde Pública.

⁴ Fisioterapeuta; Pós-graduada em Fisioterapia Respiratória.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são patologias multifatoriais e de longa duração. Apresentam-se como causa principal de morbimortalidade e incapacidade em grande parte do continente, com proporções preocupantes, as quais diminuem a qualidade de vida do indivíduo, aumentando o número de mortes prematuras (PAHO, 2007).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2007), as DCNTs são o problema de saúde pública de maior relevância. Em 2004, destacaram-se como 62% dos óbitos no país, sendo as doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus (DM), câncer e doenças respiratórias crônicas, as enfermidades de maior impacto (OPAS, 2007).

Em 2012, o Relatório Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, reportou que 17,5 milhões de mortes aconteceram em decorrência das doenças cardiovasculares e 6,7 milhões desses óbitos tiveram como causa o acidente vascular encefálico (AVE). No Brasil, estudos mostraram uma incidência anual de 108 casos de doenças cerebrovasculares a cada 100 mil habitantes, com taxa de fatalidade aos 12 meses de 30,9% e reincidente de 15,9% após um ano (WHO, 2010).

O AVE é uma doença cerebrovascular caracterizada por uma disfunção neurológica, ocasionada pela interrupção abrupta da irrigação sanguínea em uma área cerebral decorrente de hemorragia, trombose, aterosclerose ou embolia de um vaso sanguíneo, com sintomas de duração igual ou maior que 24 horas (GUYTON, 1985; BRASIL, 2014). Pode ser classificado por AVE isquêmico, hemorrágico e/ou acidente isquêmico transitório.

O AVE isquêmico é definido pelo bloqueio do fluxo sanguíneo para as células cerebrais por meio de uma obstrução do vaso resultando em falência vasogênica para suprir o oxigênio adequado para o tecido cerebral (GUYTON, 1985; BRASIL, 2014; CHAVES, 2000). Já o AVE hemorrágico trata-se do extravasamento sanguíneo intraparenquimatoso ou subaracnóideo do sistema nervoso central. Forma-se um coágulo na zona hemorrágica comprimindo as células neuronais o suficiente para destruí-las ou interromper seu funcionamento (GUYTON, 1985). O Ataque Isquêmico Transitório é um subtipo do AVE isquêmico, pois neste caso também ocorre o bloqueio do fluxo sanguíneo por obstrução dos vasos, porém, o indivíduo sofre os sintomas por

alguns instantes, tornando-se temporário, com a probabilidade de preceder um novo evento futuro (CHAVES, 2000; BRASIL, 2014).

De acordo com Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, compreende-se como funcionalidade todas as funções do corpo, atividades e participação. Já a incapacidade é definida como deficiências, limitações das atividades ou restrição na participação (CIF, 2004). O AVE é uma das doenças neurológicas que mais causa incapacidade funcional, com ocorrência de deficit neurológicos, distúrbios cognitivos, comprometimento posturais e de marcha, disfunções do sensório motor e com índice de agregação e depressão. Tal lesão encefálica causa desordem no funcionamento do Sistema nervoso central, e dependendo do grau e extensão do trauma é gerada toda essa disfunção neurológica, funcional e até social (CAMPOS, 2014).

Segundo Pires (2004), o AVE possui vários fatores de risco que podem ser modificáveis como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), DM, tabagismo, hiperlipidemia e sedentarismo. Ou não modificáveis como: idade, sexo, etnia e hereditariedade. Dentre tais causas, a hipertensão arterial é o fator de maior relevância e o mais encontrado na literatura. De acordo Chaves (2000), além desses fatores de risco, o AVE também tem relação com as altas dosagens de anticoncepcional oral e crises de migrâneas.

Uma pesquisa realizada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) aponta que em 2014, houve 47.808 óbitos por doenças cerebrovasculares, sendo 10.672 casos na faixa etária de 50 a 59 anos, 17.350 entre 60 a 69 anos e 12.062 casos entre a idade de 70 a 74 anos, com maior prevalência no sexo masculino, 26.944 óbitos, enquanto que no sexo feminino o número de óbitos é inferior, 20.856 mortes (BRASIL, 2014).

Segundo o DATASUS (2014), é evidente a diferença entre os índices de óbitos de indivíduos conforme sua escolaridade. A população com período de alfabetização de 1 a 3 anos apresentou 12.958 óbitos no ano de 2014, já a população com alfabetização acima de 12 anos apresenta o índice de 1.748 óbitos. Quando analisado quanto ao local da ocorrência, podemos verificar que 83% dos casos ocorreram no hospital e 11,5% foram nos domicílios.

A Fisioterapia Neurofuncional tem como objetivo reabilitar o indivíduo, de forma a recuperar/manter a funcionalidade afetada decorrente não somente do AVE, mas também de outras doenças neurológicas, visando à reabilitação funcional, cognitiva, o relacionamento com a sociedade e a reinserção do mesmo no âmbito social

(LIANZA, 2007). A Fisioterapia possui métodos e técnicas para que esse trabalho seja realizado com eficácia, de maneira a proporcionar melhor qualidade de vida, com extrema importância no tratamento pós AVE (DAVIES, 1996).

Alguns desses pacientes, além de apresentarem o diagnóstico clínico de AVE, podem possuir outras comorbidades, exigindo um tratamento fisioterápico de forma integral e multidisciplinar, tornando o objetivo do tratamento não apenas em prol da recuperação do AVE, mas também no alívio e melhora das outras comorbidades, realizando a promoção e educação em saúde (CARR; SHEPHERD, 2003).

Uma avaliação minuciosa é importante para a elaboração de um tratamento estratégico visando a potencialização dos estímulos e condutas, assim como tratar com uma visão global da patologia e comorbidade é muito importante para o sucesso da reabilitação do paciente após um AVE (TORRES, 2006).

Dito isso, salienta-se que o uso de ferramentas de auxílio para melhor análise dos fatores, sinais e sintomas é de grande valia. Para verificação da funcionalidade, um dos instrumentos que pode ser empregado é a Medida de Independência Funcional (MIF), que tem o objetivo de verificar a capacidade funcional do paciente, permitindo ajustar os objetivos e condutas a serem adotadas conforme a necessidade do sujeito, possibilitando o acompanhamento de forma clara e produtiva (RIBERTO, 2004; GUZZO, 2008).

A MIF é um método que avalia de forma quantitativa a incapacidade funcional de um indivíduo por meio de um questionário, cujo objetivo é mensurar a demanda dispensada de cuidados por uma pessoa, para a realização de tarefas corriqueiras e autocuidado (RIBERTO, 2004; GUZZO, 2008).

A MIF é dividida em 6 categorias, com 18 questões ao todo, com a seguinte composição: Cuidados pessoais (1-alimentação, 2-auto cuidado, 3-banhar-se, 4-vestir tronco superior, 5-vestir tronco inferior e 6-higiene íntima); Controle Esfincteriano (7-controle vesical e 8-controle intestinal); Mobilidade/Transferências (9-cama/cadeira/cadeira de rodas, 10-banheiro e 11-banho chuveiro/banheira); Locomoção (12-andar/cadeira de rodas e 13-escadas); Comunicação (14-compreensão e 15-expressão); Cognitivo Social (16-interação social, 17-resolver problemas e 18-memória). Essas funcionalidades são avaliadas por meio de escores enumerados de 1 (dependência total) a 7 (independência total) - (GUZZO, 2008).

Posto isso, o presente estudo teve como objetivo apresentar os impactos da Fisioterapia Neurofuncional, por meio da aplicação da MIF, em uma paciente portadora

de AVE.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho refere-se a um estudo de caso do tipo descritivo e exploratório, a partir da intervenção da Fisioterapia, realizado na Clínica Escola do Instituto de Ensino Superior de Londrina (INESUL), no período de Agosto de 2016 a dezembro de 2016. A paciente trata-se de uma idosa de 67 anos, do sexo feminino, casada. Apresentava o diagnóstico de AVE, sequela à esquerda, com limitação funcional e deficit na motricidade fina. Apresentava algumas comorbidades, sendo elas: Quadrantectomia Lateral Superior do seio esquerdo, Gonartrose bilateral, Obesidade e HAS.

A paciente foi acolhida no serviço de Fisioterapia da INESUL para início do tratamento fisioterápico, utilizou-se a Ficha de Avaliação (ANEXO A) para a coleta de dados contendo os seguintes instrumentos: Anamnese onde foram coletadas as informações pessoais da paciente, História da Moléstia Atual, Queixa Principal, Histórico Familiar, Medicamentos em uso e perguntado sobre outras patologias. Quanto ao Exame Físico realizou-se: Inspeção, sendo esta uma forma de observar inicialmente o paciente; Palpação de tecidos moles; Avaliação da Amplitude de Movimento (ADM) de forma passiva; Manobras Deficitárias como: Mingazine, Braços Estendidos, Raimiste e Queda do MMII em Abdução. Foram executadas mobilizações passivas, ativas, resistidas e assistidas para verificação de possíveis restrições que a paciente poderia apresentar. Isso foi possível, pois a mesma encontrava-se consciente para efetuar tudo o que foi proposto. Examinou-se os reflexos através da Motricidade Involuntária, verificou-se a Sensibilidade Superficial, a Sensibilidade Profunda, a Coordenação Motora, o Equilíbrio, as atividades funcionais por meio da MIF e por fim avaliou-se as atividades de vida diária (AVDs).

Com a aplicação da MIF (ANEXO B, tabela 1) foi possível verificar as necessidades da paciente, salientando a funcionalidade como enfoque da reabilitação, permitindo um parâmetro de avaliação e evolução da paciente do começo ao final do tratamento.

Após a coleta de dados, foi relacionado o período de tratamento que foi planejado com início em agosto e término em dezembro de 2016. Realizou-se 15 (quinze) sessões, inicialmente com frequência semanal de 2 (duas) vezes, com duração de aproximadamente 01 (uma) hora, sendo necessária a alteração da frequência no

decorrer do tratamento para 1 (uma) vez por semana, devido à readequação da agenda da paciente. Para controle da evolução da paciente, foi pactuada a realização de uma reavaliação ao término de 15 (quinze) sessões, com reaplicação dos testes referidos acima. Após uma avaliação criteriosa, foi traçado o tratamento fisioterápico.

Para sustentação do referencial teórico realizou-se um levantamento bibliográfico para elaboração da introdução, utilizou-se as bases de dados como: Scielo e Lilacs, utilizando os seguintes descritores: Acidente Vascular Encefálico; Funcionalidade; Qualidade de Vida; Medida de Independência Funcional. Inclui-se a utilização de livros acadêmicos e artigos sem restrição de ano. Para a discussão foram adotados artigos que abordavam a atuação da Fisioterapia nos comprometimentos neurológicos, motores, sensitivos e sociais. Para a realização deste estudo, a paciente concordou em participar e, portanto, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Este estudo obedeceu às normas preconizadas pela Resolução 196/96, versão 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

3 RELATO DE CASO

A Paciente E.M., 67 anos, sexo feminino, casada, do lar, sedentária, não tabagista, não etilista, possui antecedentes familiares de AVE seguido de óbito (irmã), faz uso de Paracetamol (quando sente dor), Losartana (02 vezes ao dia) e Hidroclorotiazida. Em junho de 2016, foi diagnosticada com câncer na mama esquerda, sendo necessária a realização de Quadrantectomia Lateral Superior na mama do lado esquerdo. Após a Quadrantectomia, foi submetida às sessões semanais de radioterapia. Alega também ter sido diagnosticada com Gonartrose em ambos os joelhos, refere dor, apresenta dificuldades para flexão e deambulação e afirmou que aguarda o tratamento cirúrgico pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Relatou que em Julho de 2016, aproximadamente algumas semanas após a Quadrantectomia, ao acordar pela manhã, tomou o remédio para Hipertensão e logo em seguida iniciou quadros de afasia, sua mão ficou desordenada, realizando movimentos involuntários e seu hemicorpo esquerdo denotava o padrão flexor. Sua filha identificou os sintomas e a levou para a Unidade de Pronto Atendimento. Após ser atendida e medicada, ficou em observação, mas não foi realizado nenhum exame para verificação

do grau de extensão do comprometimento do AVE. Desta forma, foi encaminhada para Fisioterapia quarenta dias depois, pela Unidade Básica de Saúde de seu bairro.

Para a avaliação da Fisioterapia nas dependências na Clínica Escola da INESUL, a paciente apresentou em sua avaliação inicial: Pressão Arterial de 150 x 90mmhg, Frequência Cardíaca de 84bpm, dor em ambos os joelhos, diminuição de ADM em membro superior esquerdo, deambulou com auxílio de muletas e cadeira de rodas, com marcha ceifante, apresentou hemiplegia à esquerda, pé esquerdo equino em inversão, base aumentada, sensibilidade e coordenação motora fina alterada do lado esquerdo, apresentou deficit de equilíbrio, quadro de sobrepeso, semidependência para vestir-se e realizar sua higiene pessoal, necessitava de apoio para as atividades funcionais. Evidencia-se que a paciente apresentou boa cognição e comunicação satisfatória.

A palpação foi realizada com a paciente em decúbito dorsal, verificou-se: trofismo em membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII), apresentando normalidade para ambos os lados; percebeu-se discreta hipotonia para MMSS e MMII, apresentando normalidade para ambos os lados e clônus ausente em extensor do punho e o tendão de Aquiles; para avaliação da ADM foram realizadas mobilizações para as articulações de cotovelo, punho e dedos, para MMSS; em relação aos MMII realizou-se mobilizações para as articulações de quadril, joelho, tornozelo e artelhos, onde a paciente não apresentou restrição para ambos os lados; para a articulação do ombro direito, a ADM também foi livre, porém, na articulação do ombro esquerdo todos os movimentos foram limitados, tendo como fator principal a quadrantectomia.

Na Motricidade Voluntária foram executadas Manobras Deficitárias durante 1 (um) minuto de olhos fechados, a paciente negativou todos os testes, sustentando as manobras pelo tempo determinado. Verificou-se a Motricidade Involuntária, utilizando o martelo neurológico de reflexo para avaliação dos reflexos tendinososbicipital, tricipital, estilo radial, cúbito pronador, patelar e aquileu apresentando normorreflexia para o hemicorpo direito, enquanto o hemicorpo esquerdo apresentou hiporreflexia para os reflexos bicipital, estilo radial, cúbito pronador e aquileu.

Ao examinar a sensibilidade superficial, obtivemos resultados normais da face, antebraço e mão do lado direito, perna e pé bilateral. No lado esquerdo constatou-se hipoestesia em face, antebraço e dorso da mão. A paciente apresentou resultados satisfatórios em ambos os lados, quando examinado a sensibilidade profunda.

Na avaliação da coordenação motora detectou-se normalidade para os testes:

Index/Index, Index/Nariz, no alcance de joelho e calcanhar, a paciente realizou o movimento com dificuldade devido ao sobrepeso. O equilíbrio foi avaliado com a paciente em ortostatismo e com os olhos fechados, foi executado o teste de Romberg e Romberg sensibilizado, onde a paciente o realizou com leve desequilíbrio.

Questionada sobre suas AVDs, a paciente relatou dificuldade para deambular, subir e descer escadas, higiene pessoal e vestimenta, em relação às AIVDs apresentou dificuldade na locomoção no ambiente domiciliar. Para a avaliação da funcionalidade aplicou-se a MIF, que é dividida em 18 questões com escores (pontuação) de 1 a 7, sendo que 1 é dependência total, 2 ajuda máxima, 3 ajuda moderada, 4 ajuda mínima, 5 supervisão, 6 independência modificada (ajuda técnica) e 7 independência completa. Para este instrumento, a paciente apresentou maiores dificuldades nas categorias dos cuidados pessoais e categoria mobilidade/transferência.

Após uma avaliação criteriosa, foi traçado o tratamento fisioterápico conforme as necessidades da paciente, com objetivo de: evitar complicações osteomioarticulares, inibir a instalação de padrões patológicos, melhorar o equilíbrio dinâmico, restabelecer as AVDs, estimular a motricidade fina, promover a reeducação da marcha, melhorar a percepção sensorial, estimular a cicatrização da quadrantectomia na mama esquerda e promover educação em saúde para paciente e a família.

As condutas realizadas no tratamento fisioterápico foram: alongamento global para MMSS e MMII com intuito de conservar/melhorar a flexibilidade, mobilização de escápula bilateral, massagem cicatricial na quadrantectomia, exercícios assistidos de elevação de ombro para melhorar/manter ADM, exercícios de planti e dorsi flexão na bola dente de leite com a paciente sentada, exercícios de motricidade fina para aprimorar o movimento fino dos dedos do membro superior comprometido, exercícios sensoriais, Kinesio Tape no dorso da mão esquerda para quebra de padrão flexor patológico e drenagem linfática em membro superior esquerdo devido à quadrantectomia.

Foram realizados exercícios respiratórios trabalhados junto à cinesioterapia, treino de marcha nas barras paralelas com conscientização da flexão do joelho e planti e dorsi dos pés, variantes do Kabat para melhorar a dissociação de cintura pélvica e escapular, Ultrassom (modalidade 1hrz por 3 minutos) em ambos os joelhos devido à gonartrose em período de dor aguda e uso tópico de Capsaicina para analgesia da articulação dos joelhos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo resultados apontados pela MIF, a paciente apresentou maiores dificuldades na categoria Cuidados Pessoais, principalmente para: vestir-se tanto em tronco superior, como inferior com escore 2; banhar-se, escore 3; no quesito alimentação e auto cuidado apresentou escore 4; enquanto em sua higiene íntima o escore obtido foi 7; e por fim, no controle esfinteriano apresentou total independência, com escore 7.

Em relação à categoria Mobilidade/Transferência, o escore foi 5 em todas as questões, pois necessitava de supervisão para realização das tarefas. O que se pode sugerir é que o processo de envelhecimento, sobretudo de um idoso com comorbidades e deficits funcionais, influencia diretamente a mobilidade, assim como descreve Amaral (2010). A autora afirma que as comorbidades mais prevalentes em idosos são decorrentes do Diabetes Mellitus, AVE e artroses, corroborando com os comprometimentos existentes da paciente deste estudo. Na categoria Locomoção, o escore foi de 6 para andar/cadeira de rodas e 7 em escadas, estes resultados divergem da pesquisa realizada por Amaral (2010), que aponta nos dados obtidos por meio da MIF, menor pontuação na tarefa subir e descer escadas, o que pode ser justificado pelos comprometimentos cardiovasculares e fraqueza muscular dos pacientes estudados. Portanto nas categorias Comunicação e Cognitivo Social, o escore foi de 7, configurando independência completa, conforme a tabela 1.

TABELA 1 - Medida de Independência Funcional.

CATEGORIAS	ESCORE						
	1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS							
1. Alimentação				4		6	
2. Auto-cuidado				4			7
3. Banhar-se			3				7
4. Vestir tronco superior		2				6	
5. Vestir tronco inferior		2				6	
6. Higiene íntima							7
CONTROLE ESFINCTERIANO							
7. Controle vesical							7
8. Controle intestinal							7
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS							
9. Cama/cadeira/cadeira de rodas					5		7
10. Banheiro					5		7
11. Banho chuveiro/banheira					5		7
LOCOMOÇÃO							

impacto na capacidade funcional de idosos, levando-os à dependência nas atividades cotidianas.

A paciente demonstrou dificuldades para deambular e desenvolver os exercícios propostos devido à gonartrose e a obesidade. De acordo com Gus *et al.* (1998), a obesidade é um fator de risco para hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, câncer, mortalidade e também para AVE, principalmente quando associado com a medida cintura/quadril. A gonartrose é uma patologia crônica, degenerativa, de origem idiopática, traumatismo, idade, deficiência congênita, insuficiência vascular e/ou obesidade e acomete as articulações, principalmente femoropatelar e femorotibial. Caracteriza-se por enrijecimento articular, redução da força muscular e principalmente, dor, tornando-a um fator limitante (GABRIEL, PETIT E CARRIL, 2001).

Como se pôde observar, a obesidade aparece como fator comum entre as comorbidades, assim como para acometimento pelo AVE. Nesse sentido, percebeu-se a necessidade da realização da promoção de saúde por meio da conscientização, orientação e educação em saúde. Baseado no apelo da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986 e na abordagem proposta pela Organização Mundial de Saúde (2011) para controle das DCNTs, foi realizado a educação e promoção em saúde como estratégia para otimizar a terapia, orientando a paciente e a família no sentido das necessidades de uma alimentação saudável e equilibrada, controle da obesidade, controle da hipertensão e da retenção de líquidos por meio da farmacoterapia indicada pelo médico e a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Diante das comorbidades apresentadas pela paciente e seu quadro clínico com diagnóstico de AVE sem definição do tipo e do local acometido, os resultados da MIF apontam que foi possível manter e evitar complicações com relação à higiene íntima, controle esfinteriano (vesical e intestinal), subir escadas, comunicação e cognitivo social. A categoria de maior ganho foi em cuidados pessoais sendo, vestir MMSS e MMII. A que se mostrou com maior índice de independência foram autocuidado, banhar-se e mobilidade/transferências, apontando a importância da Fisioterapia no processo de reabilitação e readequação da funcionalidade para a manutenção da independência funcional.

Na avaliação inicial, a maior queixa relatada pela paciente era a dificuldade em vestir-se devido ao medo de abduzir MMSS, ao déficit motor nas mãos ao realizar o

movimento de pinça, coordenação motora fina e locomover-se, vez que apresentava pé equino em inversão, ao final do tratamento a paciente relatava maior independência e funcionalidade, aumento da ADM do MMSS, marcha com o padrão de posicionamento do pé normalizado, maior autonomia e qualidade de vida (tabela 1).

O paciente acometido pelo AVE pode apresentar várias limitações decorrentes do evento, o tratamento imediato associado à reabilitação neurofuncional adequada, é determinante para minimizar as incapacidades, sequelas e reinserir esse indivíduo ao seu convívio social e familiar proporcionando maior qualidade de vida. Segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, o indivíduo pode apresentar deficit sensório motor, como flacidez, espasticidade, padrões sinérgicos anormais, reflexos anormais dentre outros padrões motores atípicos, paralisia facial, deficits de sensibilidade, alterações visuais, limitação de atividades funcionais, comunicação, cognitivo e humor (BRASIL, 2013).

Algumas complicações também podem surgir como: espasticidade, contratura, subluxação de ombro, algias, deficit do condicionamento cardiorrespiratório, fadiga, úlceras de pressão e quedas. A reabilitação desse indivíduo implicará em promover saúde em paralelo à reeducação em saúde, estimulando e melhorando as habilidades funcionais que ainda lhe restam (BRASIL, 2013).

Piassaroli *et al.* (2012) afirma que uma intervenção da Fisioterapia deve maximizar a funcionalidade deste indivíduo e evitar complicações permitindo que o paciente torne-se o mais independente possível, incluindo nesse processo os fatores psicossociais que o afetam. Os autores concluíram que a adesão do paciente ao tratamento fisioterápico e aos estímulos apresentados é de suma importância para a evolução da terapia.

Tavares (2008) afirma que na reabilitação do paciente com sequelas de AVE, o fisioterapeuta deve buscar a normalização dos níveis de funcionalidade e independência dos pacientes em seu próprio meio e restaurar sua identidade com apoio e envolvimento da família, de forma a otimizar a adesão do paciente ao tratamento, contribuindo de forma decisiva na reintegração do indivíduo à sociedade.

Assim sendo, observou-se por meio da MIF, que a Fisioterapia obteve resultados satisfatórios, evitando complicações neuromotoras e propiciando o desenvolvimento da independência funcional por meio de estratégias terapêuticas sistematizadas, estimulando as funções preservadas e adaptando as funções deficitárias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados apresentados, percebe-se que a Fisioterapia é de suma importância para a reabilitação do paciente e sua reinserção no meio social. Na maioria dos casos, as sequelas do AVE limita e impede o indivíduo de prosseguir com os afazeres cotidianos. Conseqüentemente, a Fisioterapia trabalha com objetivo de melhorar esse prognóstico, com enfoque nas atividades funcionais do paciente e melhora na sua qualidade de vida, não deixando de realizar a promoção de saúde do indivíduo e da família, portanto, o tratamento para o paciente é de forma global.

Com isso a MIF é auxiliar influente para a reabilitação neurofuncional, permitindo uma diretriz de tratamento fisioterápico e objetivos baseados nas necessidades do paciente. É conclusiva a aplicabilidade da MIF nesse estudo, de forma a agregar e direcionar o tratamento do paciente com sequelas de AVE, colaborando na reabilitação, condutas e objetivos, promoção à saúde e retorno das atividades funcionais. É possível tal afirmativa, por meio do resultado numérico da avaliação do começo do tratamento e do término do mesmo.

Por conseguinte, o impacto da fisioterapia no processo de reabilitação em pacientes acometidos por AVE com comorbidades, é dispendioso, visto que requer um tratamento singular com vistas à funcionalidade e necessidades especiais, como a necessidade de tratamento de outras patologias limitantes. Portanto, observa-se que a partir da MIF, a fisioterapia melhora a capacidade funcional, reinserindo o paciente em suas atividades cotidianas.

REFERÊNCIAS

AMARAL. J.G. **Medida de Independência Funcional de idosos portadores de doença crônica**. 91fls. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2010.

ARTHUR, C. ; GUYTON, M. D. **Fisiologia Humana**. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

BRASIL. **Carta de Ottawa**: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Ottawa: 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 12 fev. 2017.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral.** Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 17 jan. 2017.

BRASIL. **Resolução nº 196/96 versão 2012, de 10 de Novembro 2011.** Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf. Acesso em: 22 dez. 2016.

CAMPOS, T. F.; DANTAS, A. A. T. S. G.; MELO, L.; OLIVEIRA, D. C. **Grau neurológico e funcionalidade de pacientes crônicos com acidente vascular cerebral:** Implicações para a prática clínica. Arq. Ciênc. Saúde, Rio Grande do Norte, n. 21. v.1, p. 28-33, jan/mar., 2014. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID_558_21\(1\)_\(Jan_Mar_2014\).pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-1/ID_558_21(1)_(Jan_Mar_2014).pdf). Acesso em: 23 jan. 2017.

CARR, J; SHEPHER, R. **Recuperação da função após lesão cerebral:** implicações teóricas para a intervenção terapêutica. In: HELD, J. M. Ciência do movimento, fundamentos para a fisioterapia na reabilitação. 2. ed. Barueri: Manole Ltda, 2003. p.189-207.

CHAVES, M. L. F. **Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco.** Rev. Bras. de Hipertensão. v.7 n.4. out-dez., 2000. Disponível em <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/012.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.

DATASUS. **Estatísticas Vitais.** Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evitb10uf.def>. Acesso em 15 de jan. 2017.

DAVIES, P. M. **Passos a Seguir:** Um Manual para o Tratamento da Hemiplegia no Adulto. São Paulo: Manole, 1996. p. 1-7.

GABRIEL, M. R. S. Fisioterapia e dor. In: GABRIEL, M. R. S.; PETIT, J. D.; CARRIL, M. L. de S. **Fisioterapia em traumatologia, ortopedia e reumatologia.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 21- 25.

GONÇALVES, A.V.; ZEFERINO, L.C.; Oncogênese. In: MARQUES, A.A.; SILVA, M.P.P.; AMARAL, M.T. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher.** 1.ed. São Paulo: Roca, 2011. p. 29-36.

GUS, M.; MOREIRA, L. B.; PIMENTEL, M.; GLEISENER, A. L. M.; MORAES, R. S.; FUCHS, F. D. **Associação entre Diferentes Indicadores de Obesidade e Prevalência de Hipertensão Arterial.** Arq. Brasileira de Cardiologia. Porto Alegre: 1998. v. 70, n.2, p.111-114. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v70n2/3370.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

GUZZO, R. A. R. **Análise comparativa da medida de independência funcional verbal e vivenciada em pacientes com hemiplegia por acidente vascular cerebral.** 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências

Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2008.

IGLEHART, J. D.; KAELIN, C. M. Doenças da Mama. In: BEAUTCHA, M. P.; EVERS, M. **Tratado de Cirurgia: As bases biológicas da Prática Cirúrgica Moderna**. 16ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 611-633.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tipos de Câncer**. Disponível em: <www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>. Acesso em: 30 de Jan. de 2017.

LIANZA, S.; PAVAN, K.; ROSSETO, R.; MEKARU, D.; WOJCIECBOWSKI, V. **Avaliação da Incapacidade**. In: LIANZA, S. Medicina de Reabilitação. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 10-25.

MATSUDO, V.K.R.; CALMONA, C.O. **Osteoartrose e atividade física e envelhecimento**. Diagn. Tratamento, v.14, n.4, 2009. p.146-51.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa, 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/reg-strat-cnedspt.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Doenças Cardiovasculares**. 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares-&catid=845:noticias&Itemid=839>. Acesso em: 14 jan. 2017.

OTTO, S. E. **Oncologia: Enfermagem Prática**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

PIASSAROLI, C. A. de P.; ALMEIDA, G. C. de.; LUVIZOTTO, C. J.; SUZAN, A. B. B. M. **Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico**. Rev. Neuroc. São Paulo. n. 20 v. 1. p. 128-137, 2011. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2001/revisao%2020%2001/634%20revisao.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. **Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos**. Arq. Neuropsiquiatr. n. 62 v. 3-B. P. 844-851; mai, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n3b/a20v623b.pdf>>. Acesso em: 10 de jan. 2017.

RIBERTO, M ; MIYAZAKI, M. H ; JUCÁ, S. S. H ; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N ; BATTISTELLA, L. R. **Validação da versão brasileira da Medida de**

Independência Funcional /Validation of the brazilian version of Functional Independence Measure. Act. Fisiát. n. 11. v. 2. p. 72-76. ago, 2004. Disponível em: <http://www.unifra.br/professores/anabonini/Valida%C3%A7%C3%A3o%20Brasileira%20MIF.pdf>. Acesso em: 10 de jan. 2017.

TAVARES, M. A; **Intervenção da fisioterapêutica em pacientes portadores de sequela de AVE no programa saúde da família de custodópolis em Campos dos Goytacazes - RJ.** 2008. 09 f. Pesquisa documental (Pós-graduação em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina de Campos, 2016. Disponível em <<http://www.fmc.br/tcc09.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

TORRES, D. F. M. **Fisioterapia:** guia prático para a clínica. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2010.** Genebra, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf>. Acesso em fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 jan. 2017