

[Digite aqui]

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CENTRAL PAULISTA
CURSO DE FISIOTERAPIA**

INGRID VITÓRIA DA SILVA BENTO

**EFETIVIDADE DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA FUNÇÃO MOTORA
E NA INDEPÊNDENCIA FUNCIONAL DE PACIENTES PÓS ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO**

São Carlos

2020

[Digite aqui]

INGRID VITÓRIA DA SILVA BENTO

**EFETIVIDADE DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA FUNÇÃO MOTORA
E NA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES PÓS ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário Central Paulista como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Kelly Regina Serafim

São Carlos

2021

[Digite aqui]

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que não me deixou só em nenhum momento, dedico ao meu pai que me ajudou e deu força até aqui, a minha mãe a minha maior apoiadora que sempre me ajudou e me deu forças quando eu achava que não conseguiria e queria desistir, ao meu padrasto por todo apoio, ao meu irmão minha maior motivação que me dá forças mesmo sem saber falar, aos meus avôs (in memoriam) que não estão presentes em corpo, mas que posso sentir a presença deles todos os dias e a toda minha família pelo apoio e pela ajuda até aqui.

[Digite aqui]

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me sustentado e me dado forças até aqui e preparado tudo para que eu pudesse estar onde estou hoje e por ter me mostrado a beleza dessa profissão.

A minha orientadora Dr^a Kelly Regina Serafim, por toda ajuda e toda paciência que teve por mim, por me auxiliar do início ao fim desse estudo, e por todo suporte dado durante a graduação.

A Ms. Sandra Maria Beltrami Doltrário, por aceitar ser minha banca, e por todo suporte, orientação e dedicação durante a graduação.

A Dr^a Heloisa Giangrossi Machado Vidotti, por também aceitar ser minha banca, por todos os ensinamentos, orientações durante a graduação.

A todos os professores e a Coordenadora Prof^a Luciene Azar, por nos encorajar a sermos ótimos profissionais, por todos os ensinamentos, suporte, e apoio durante toda a graduação

Agradeço minha mãe por ser meu alicerce e por ter me dado todo o apoio que eu precisava para chegar até aqui, por ser meu exemplo de amor ao próximo e amor a profissão, por nunca ter me deixado desistir e por ter me ajudado todos os dias.

Agradeço ao meu pai por sempre me apoiar e me ajudar a concluir essa graduação, por sempre me auxiliar em tudo o que eu precisava.

Ao meu irmão que mesmo sem saber falar ou entender, me deu forças para continuar todos os dias, por me mostrar como ser alguém melhor e por ser minha maior motivação.

Ao padrasto que também nunca me deixou desistir e sempre me deu apoio nas decisões e sempre me deu forças.

A toda minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando e me ajudando no que podiam.

As minhas amigas da graduação Caroline, Djulia e Paola que sempre estiveram presentes e sempre me apoiaram e me ajudaram em tudo o que precisei.

[Digite aqui]

*“Só eu sei cada passo por mim dado
nessa estrada esburacada que é a vida,
passei coisas que até mesmo Deus duvida,
fiquei triste, capiongo, aperreado,
porém nunca me senti desmotivado,
me agarrava sempre numa mão amiga,
e de forças minha alma era munida
pois do céu a voz de Deus dizia assim:
- Suba o queixo, meta os pés, confie em mim,
vá pra luta que eu cuido das feridas.”*
Bráulio Bessa

[Digite aqui]

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma síndrome clínica de origem vascular sendo a 3 maior causa de morte no mundo, caracterizada por interrupção do fluxo chamado de AVE Isquêmico ou rompimento de uma artéria cerebral denominado AVE Hemorrágico, causando diversos sintomas ao indivíduo. Atualmente é a principal causa de incapacidade no Brasil e pode levar a diversas disfunções como por exemplo Fraqueza Muscular que é um grande componente para a incapacidade funcional, alterações na marcha, equilíbrio, déficits na manutenção postural, dificuldade para realizar transferências, espasticidade em membros. Essas alterações levam o paciente a se encontrar incapaz funcionalmente trazendo dificuldade para realizar atividades simples como manter-se sentado, lavar-se, se alimentar. **Objetivo:** Analisar a efetividade do Tratamento fisioterapêutico na função motora equilíbrio, mobilidade funcional e independência na realização das atividades de vida diária em indivíduos com AVE. **Material e Métodos:** Foram coletados dados de 3 pacientes avaliados e tratados na Clínica Escola de Fisioterapia da UNICEP, todos os pacientes foram avaliados com as escalas Fulg Meyer Assment e a Medida de Independência Funcional. **Conclusão:** Através da análise dos dados coletados foi possível concluir que o tratamento fisioterapêutico traz diversos benefícios na independência funcional e na função motora dos pacientes

Palavras-Chave: Acidente Vascular Encefálico, Tratamento Fisioterapêutico, MIF, Fulg Meyer

[Digite aqui]

ABSTRACT

Introduction: Stroke is a clinical syndrome of vascular origin being the 3rd leading cause of death in the world, characterized by interruption of the flow called ischemic stroke or rupture of a cerebral artery called hemorrhagic stroke, causing several symptoms to the individual. It is currently the main cause of disability in Brazil and can lead to various disorders such as Muscle Weakness, which is a major component of functional disability, changes in gait, balance, deficits in postural maintenance, difficulty in transferring, limb spasticity. These changes lead the patient to be functionally incapable, causing difficulty in performing simple activities such as sitting, washing, and eating. **Objective:** To analyze the effectiveness of physical therapy treatment in motor function, balance, functional mobility and independence in performing activities of daily living in individuals with stroke. **Material and Methods:** Data were collected from 3 patients evaluated and treated at the School of Physiotherapy Clinic of UNICEP, all patients were evaluated with the Fulg Meyer Assment scales and the Functional Independence Measure. **Conclusion:** Through the analysis of the collected data, it was possible to conclude that the physical therapy treatment brings several benefits in the functional independence and in the motor function of the patients

Key words: Stroke, Physiotherapeutic Treatment, Functional Independence Measure, Fulg Meyer

[Digite aqui]

LISTA DE ABREVIATURAS

AVD'S: Atividades de Vida Diária

MIF: Medida da Independência Funcional

AVE: Acidente Vascular Encefálico

AVEi: Acidente Vascular Encefálico isquêmico

AVEh: Acidente Vascular Encefálico hemorrágico

FM: Fugl Meyer Assessment

FNP: Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva

P1: Paciente 1

P2: Paciente 2

P3: Paciente 3

[Digite aqui]

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Níveis de Dependência na Tabela MIF	18
Tabela 2- Descrição da mostra	20
Tabela 3- Pontuação total da MIF na admissão e após 3 meses de tratamento	20

[Digite aqui]

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Pontuação dos pacientes no domínio Cuidados com o Corpo	21
Figura 2- Pontuação dos pacientes no domínio Controle do Esfíncter	21
Figura 3- Pontuação dos pacientes no domínio Mobilidade	21
Figura 4- Pontuação dos pacientes no domínio Locomoção	22
Figura 5- Pontuação dos pacientes no domínio Comunicação	22
Figura 6- Pontuação dos pacientes no domínio Cognição Social	22
Figura 7- Descrição dos Resultados da Fugl Meyer	23

[Digite aqui]

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	16
3.1 Objetivo Geral	16
4 MATERIAL E MÉTODOS	17
4.1 Local de Estudo	17
4.2 Participantes	17
4.3 Critérios de Inclusão	17
4.4 Critérios de Exclusão	17
4.5 Instrumentos de Avaliação	17
4.6 Fugl Meyer Assessment	18
4.7 Medida da Independência Funcional	18
4.8 Protocolo de intervenção	19
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma síndrome clínica de origem vascular com alta prevalência em adultos e idosos e uma das principais causas de morte no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013), o AVE é a principal causa de incapacidade no Brasil e sua incidência é maior após os 65 anos de idade.

Caracterizado por um complexo de sintomas de deficiência neurológica, o AVE consiste em alterações da irrigação sanguínea no encéfalo (Cancela apud Mausner)

Existem dois tipos de AVE o hemorrágico e o isquêmico que ocorrem de formas diferentes e por etiologias diferentes. O AVE Isquêmico ocorre quando há uma interrupção do fluxo sanguíneo cerebral que impede que o sangue oxigenado chegue as células fazendo com que estas acabem morrendo, isso ocorre por uma obstrução devido a uma trombose, estenose ou oclusão provinda de uma arteriosclerose ou êmbolo, sendo este o tipo mais comum de AVE. (CAVALCANTE, 2020).

O Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico é aquele onde há o rompimento de uma das artérias cerebrais causando extravasamento de sangue. Esse sangue extravasado fica contido na região do parênquima cerebral e/ou espaço subaracnóideo, causando uma pressão intracraniana e uma pressão nas estruturas cerebrais, essa pressão sendo a causa dos sintomas. Uma das causas para a ocorrência do AVE Hemorrágico é um aneurisma Cerebral que pode se romper em qualquer momento e situação, também pode ser decorrente de uma hipertensão arterial e menos comum por neoplasias, ou ruptura pela má formação de vasos. (CAVALCANTE, 2020).

Segundo SILVA esse quadro pode acontecer em decorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica, angiopatia amiloide, problemas de coagulação sanguínea, malformação arteriovenosa (MAV), ruptura de aneurisma, neoplasia e traumatismos.

Segundo Fraga (2020), os principais sintomas do AVE Isquêmico (AVEI) são fortes dores de cabeça, vômitos, diminuição de consciência, paralisia facial e hemicorpo atingido. No AVE Hemorrágico (AVEH) os sintomas presentes podem ser, cefaleia grave, diminuição de consciência e déficit neurológico.

Segundo ARAUJO (2017) há alguns fatores que aumentam as chances de que uma pessoa tenha um AVE os chamados fatores de riscos, estes que podem ser modificados e os que não podem ser modificados. Entre os exemplos de fatores que podem ser modificados estão, obesidade, sedentarismo, etilismo, tabagismo, diabetes, uso de drogas, fatores esses que podem ser facilmente mudados com a adoção de hábitos saudáveis. Os exemplos de fatores imutáveis são; histórico familiar de AVE, idade avançada (após os 60 anos as chances aumentam mais).

O AVE traz aos indivíduos algumas disfunções como por exemplo Fraqueza Muscular que é um grande componente para a incapacidade no paciente pós AVE e um fator para alterações da marcha e equilíbrio, além disso há déficits que levam a limitações motoras e funcionais que envolve manutenção postural e transferências, essas limitações ocorrem mesmo em atividades simples como manter-se sentado, passar de sentado para postura em pé, como também limitações na marcha. Todos esses fatores influenciam na realização das AVD's, atividades como alimentação, banho, higiene pessoal, veem se alteradas, ou não podendo ser realizadas voluntariamente por esses pacientes. (Ministério da Saúde, 2013)

Algumas alterações podem vir acompanhadas do AVE, segundo o Ministério da Saúde (2013) a espasticidade de membros é uma dessas alterações que se não tratada traz grande prejuízo para realização das atividades básicas do indivíduo, nessa condição o paciente não consegue mover o membro, se ocorrer no membro inferior esse não terá uma movimentação adequada de modo que alterará totalmente a marcha podendo esta alteração ser tão grande impedir a realização desta.

Como havia sido dito acima sobre a espasticidade:

A espasticidade pode ser definida como o aumento, velocidade dependente, do tônus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos, decorrente de hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento. A espasticidade associa-se, dentro da síndrome do neurônio motor superior, com a presença de fraqueza muscular, hiperreflexia profunda e presença de reflexos cutâneo-musculares patológicos, como o sinal de Babinsk. (TEIVE, 1998 p. 852)

Podemos então destacar que a espasticidade nos membros superiores atinge os músculos flexores levando a uma postura de adução e rotação interna do ombro, flexão de cotovelo, pronação do punho e flexão dos dedos, já nos membros inferiores essa espasticidade se apresenta nos músculos extensores levando a uma extensão e rotação interna do quadril, extensão do joelho, com uma flexão plantar e inversão do pé. (TEIVE, 1998)

Todos esses fatores citados acima contribuem para que esse indivíduo apresente marcha com restrições no tornozelo, joelho e quadril, além de uma restrição do movimento de dorsiflexão, que vai ser insuficiente para elevar o membro inferior do chão, comprometendo a fase de balanço e impossibilitando o calcanhar de contatar o chão na fase inicial da marcha. Com a instabilidade do membro inferior acometido durante a fase do apoio, altera-se o equilíbrio, fazendo com que as chances de quedas nessa população aumentem. (Abreu 2019 apud Camargo et al 2016)

Um tratamento fisioterapêutico ideal pode reduzir esses acometimentos de forma a melhorar a qualidade de vida desses sujeitos para que o objetivo de independência funcional

seja atingido por eles, segundo dados da literatura a inserção dos pacientes com disfunções motoras num programa de reabilitação fisioterapêutica promove um aumento da capacidade funcional (TAVAREZ, 2015; FRAGA, 2020).

Segundo Tavares (2015) um tratamento fisioterapêutico efetivo traz diversos benefícios ao indivíduo tanto no equilíbrio quanto em outras atividades funcionais. A utilização de TENS, *Bobath*, exercícios na água, exercícios de amplitude de movimento se mostraram muito efetivos no tratamento de sequelas de pacientes pós AVE. Os benefícios que podem ser citados são equilíbrio estático, dinâmico, na espasticidade, marcha, melhora em desequilíbrios posturais, velocidade de marcha, propriocepção e controle de tronco.

A Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP), também mostrou grande efetividade no tratamento do AVE sendo ainda mais efetivos quando associado à outras terapias como a cinesioterapia, *Bobath*, treinos de marcha em escadas e rampas. Atingindo objetivos de melhora de controle de tronco, marcha, paresia de membro superior, na função sensório-motora, diminuição do tônus muscular (espasticidade) na mobilidade e rigidez. (FRAGA, 2020)

Com um tratamento fisioterapêutico direcionado como forma de diminuir as limitações dos pacientes os benefícios serão inúmeros, como o reestabelecimento da força muscular, diminuição da espasticidade, melhora na Realização das AVD's (BARBOSA, 2014.)

2 JUSTIFICATIVA

O Acidente Vascular Encefálico acarreta comprometimentos da função motora, como alterações do equilíbrio e da marcha, e conseqüentemente diminuição da funcionalidade. Segundo evidências da literatura, o tratamento fisioterápico proporciona manutenção e aumento da amplitude de movimento, melhora do equilíbrio e da marcha, resultando num aumento da capacidade para realizar as AVD'S e em impactos positivos na percepção da qualidade de vida.

Devido todas as sequelas apresentadas tornou-se necessário comprovar a efetividade do tratamento fisioterapêutico para afirmar se ele poderá reduzir tais alterações proporcionando a melhora na qualidade de vida.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Analisar a efetividade do Tratamento fisioterapêutico na função motora equilíbrio, mobilidade funcional e independência na realização das atividades de vida diária em indivíduos com AVE.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Para composição da mostra foram analisados os prontuários dos pacientes já atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Central Paulista (UNICEP). A análise buscou dados das avaliações pré e pós-tratamento fisioterapêutico referentes ao desempenho motor e independência funcional.

4.1 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Central Paulista (UNICEP), localizada na cidade de São Carlos- SP.

4.2 Participantes

Os participantes desse estudo foram indivíduos com diagnóstico de AVE atendidos na clínica escola UNICEP.

4.3 Critérios de Inclusão

Pacientes diagnosticados com AVE Isquêmico e Hemorrágico avaliados com as Escalas Medida da Independência Funcional e Fugl Meyer Assment no início e final do tratamento Fisioterapêutico.

4.4 Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão foram considerados prontuários incompletos, ou seja, prontuários com registro de apenas uma das avaliações, bem como indivíduos com doenças associadas.

4.5 Instrumentos de Avaliação

Os pacientes foram avaliados no início e final do tratamento Fisioterapêutico. A avaliação ocorreu através da Ficha Geral de avaliação, escalas Fugl-Meyer Assessment (FMA) e a Medida de Independência Funcional (MIF).

4.5.1 Fugl-Meyer Assessment (FMA)

Essa escala trata-se de um sistema de pontuação numérica que avalia seis pontos: a amplitude de movimento, dor, sensibilidade, função motora da extremidade superior e inferior

e equilíbrio, além da coordenação e velocidade. “A avaliação motora inclui mensuração do movimento, coordenação e atividade reflexa de ombro, cotovelo, punho, mão, quadril, joelho e tornozelo. Esta escala tem um total de 100 pontos para a função motora normal, em que a pontuação máxima para a extremidade superior é 66 e para a inferior 34” (et al. PADOVANI, 2013 pg. 42)

4.5.2 Medida de Independência Funcional (MIF)

A escala de Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação que visa analisar a incapacidade funcional de pacientes com variadas restrições funcionais. O objetivo principal é quantificar a carga de cuidados demandados pelo indivíduo para realização de determinadas tarefas motoras e cognitivas relacionadas às AVD's. As atividades avaliadas são, autocuidado, transferências, locomoção, controle esfinterianos, comunicação e cognição social (que inclui memória, interação social e resolução de problemas). Cada atividade recebe pontuação de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), com uma pontuação que pode variar de 18 a 126 pontos. (RIBERTO, Marcelo 2004)

Tabela 1- Níveis de Dependência na Tabela MIF

N Í V E I S	Independência 7. Independência completa 6. Independência modificada	SEM AJUDA
	Dependência modificada 5. Supervisão 4. Ajuda mínima (sujeito=75%+) 3. Ajuda moderada (sujeito=50%+)	COM AJUDA
	Dependência completa 2. Ajuda máx. (sujeito=25%) 1. Ajuda total (sujeito=0%=)	

4.6 Protocolo de Intervenção

Os pacientes foram submetidos a um programa de exercícios físicos com duração de três meses, frequência de duas sessões por semana e duração de 60 minutos cada. As sessões de treinamento foram divididas da seguinte maneira: mobilização do tornozelo direito e em seguida descarga de peso no tapete sensorial; exercício de sentar e levantar, 3 séries com 10 repetições; exercícios de ponte unilateral e bilateral com 2 série com 10 repetições; exercícios para aumentar a mobilidade do tronco com alcance de argolas e com bola; exercício de ultrapassar um obstáculo; treino de marcha na barra paralela circuito funcional com cones e marcha livre.

5 RESULTADOS

O presente estudo envolveu 3 pacientes pós AVE, os quais foram acompanhados pelo serviço de Fisioterapia da Clínica Escola da UNICEP. Paciente 1 sexo masculino, 56 anos, AVEi á 2 anos. Paciente 2, sexo feminino, 40 anos, AVEh á 1 ano. Paciente 3, sexo não informado, 63 anos, AVEi a 2 anos.

Tabela 2 – Descrição da mostra

Variáveis	Mediana (mínimo e máximo)
Sexo	2M/ 1F
Idade (anos)	51,5 (40 – 63)
Tempo de Diagnóstico (anos)	1,5 (1-2)

A Tabela 3 mostra os resultados obtidos através do uso da MIF na avaliação pré intervenção fisioterapêutica e pós-intervenção fisioterapêutica após 3 meses de tratamento nos 3 participantes. Todos os pacientes tiveram um aumento na pontuação total após o tratamento fisioterapêutico. Paciente 1 apresentou um total de 72 pontos pré intervenção, e na pós-intervenção apresentou 113 pontos, passando de uma dependência modificada com assistência em 25% das tarefas para uma independência completa/modificada. Paciente 2 inicialmente apresentou 51 pontos antes da intervenção fisioterapêutica e após o tratamento apresentou um total de 107 pontos ao responder a escala novamente passando de uma dependência modificada com assistência em 50% das tarefas, para uma independência completa/modificada. Paciente 3 AVE apresentou em seus resultados antes do tratamento 86 pontos e após o tratamento totalizou 114 ao responder a MIF, passando de uma dependência modificada com assistência em 25% das tarefas para uma independência completa/modificada.

Tabela 3- Pontuação total da MIF na admissão e após 3 meses de tratamento

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
ADMISSÃO	72	51	86
APÓS 3 MESES	113	107	114

As Figuras 1, 2, 3, 4, 5 e 6 demonstram a melhora de pontuação em cada domínio da escala MIF, Cuidados com o corpo, Controle de esfíncter, Mobilidade, Locomoção, Comunicação e Cognição Social respectivamente comparando no início e após o tratamento fisioterapêutico.

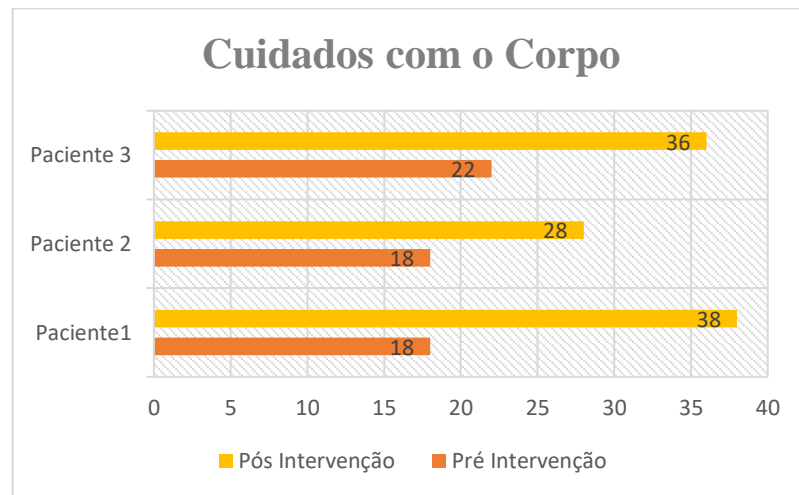
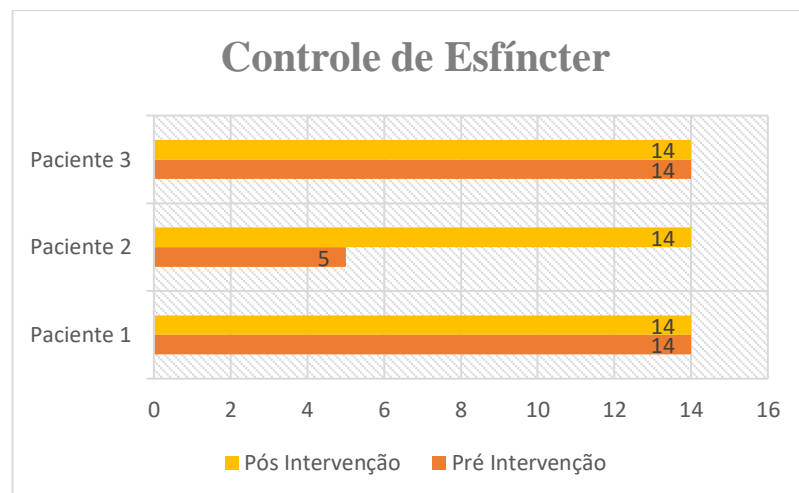
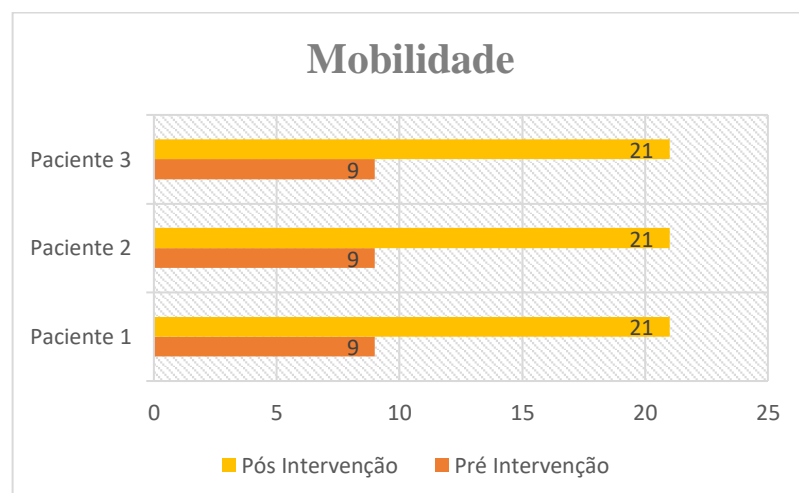
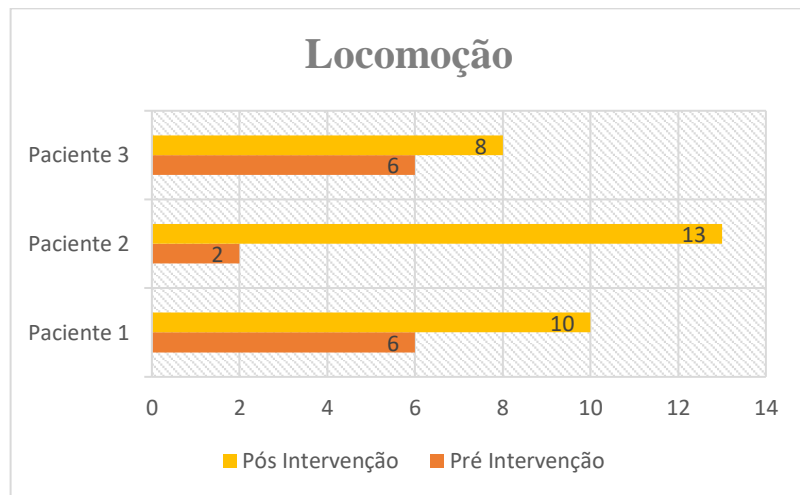
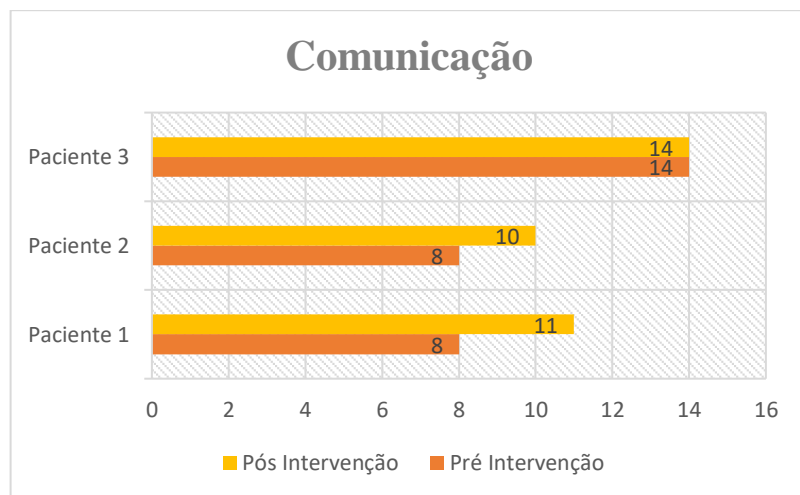
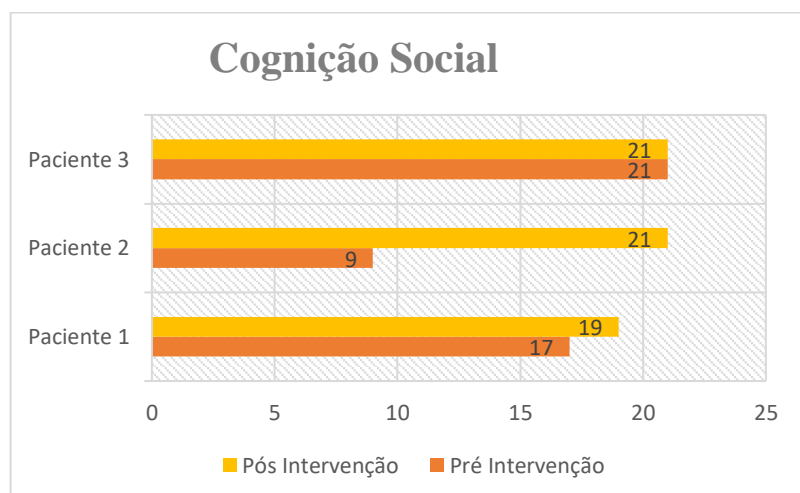
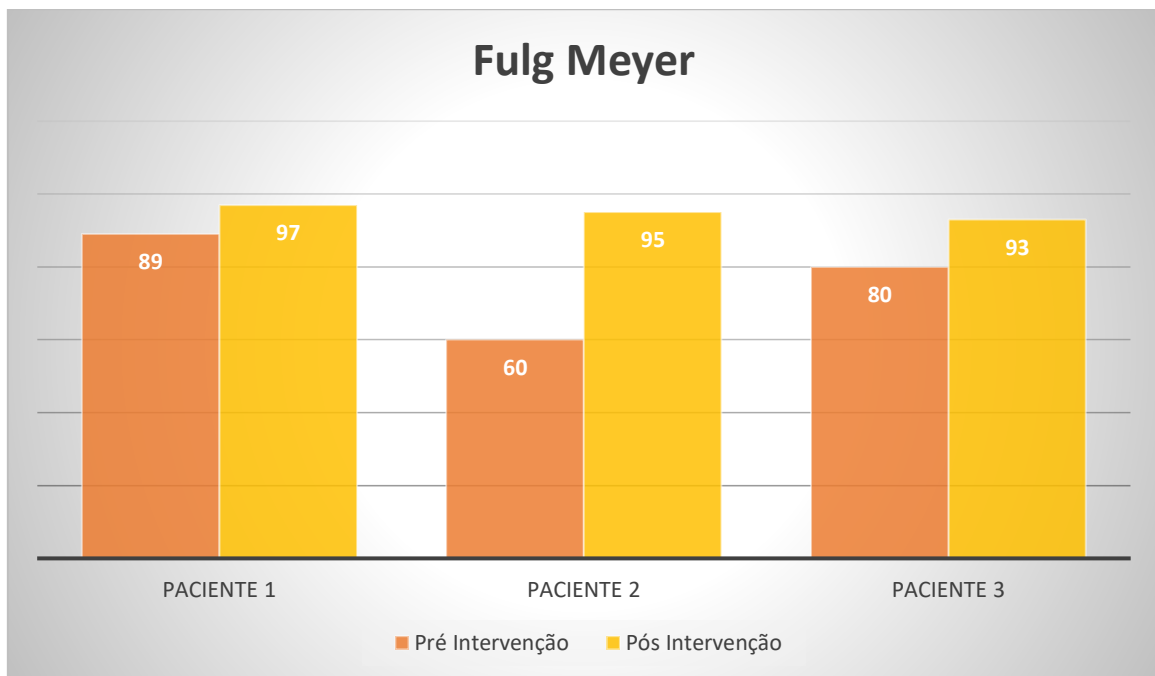
Figura 1- Pontuação dos pacientes no domínio Cuidados com o Corpo**Figura 2-** Pontuação dos pacientes no domínio Controle de Esfíncter**Figura 3-** Pontuação dos pacientes no domínio Mobilidade

Figura 4- Pontuação dos pacientes no domínio Locomoção**Figura 5-** Pontuação dos pacientes no domínio Comunicação**Figura 6-** Pontuação dos pacientes no domínio Cognição Social

A figura 7 demonstra os resultados obtidos por meio de avaliação utilizando a escala de FM aplicada com os 3 participantes, realizada pré intervenção e pós-intervenção de 3 meses, demonstrando assim que todos os pacientes apresentaram um aumento na pontuação. Paciente 1 teve um aumento de 8 pontos (89-97). Paciente 2 teve um aumento de 35 pontos após a intervenção (60-95). Paciente 3 apresentou um aumento de 13 pontos (80-93).

Figura 7- Descrição dos Resultados da Fugl Meyer



6 DISCUSSÃO

Como apresentado nos resultados os pacientes tiveram uma melhora significativa na pontuação das duas escalas demonstrando que o tratamento fisioterapêutico teve efetividade tanto na independência funcional quanto na função motora de todos os pacientes. Com relação a escala MIF, todos os pacientes passaram de uma dependência modificada para uma independência completa/modificada. Na escala FM, todos os pacientes obtiveram um aumento na sua pontuação chegando muito próximo a pontuação máxima dessa escala, demonstrando assim uma melhora da função do motora dos pacientes tanto nos MMSS quanto nos MMII. Nas duas escalas o paciente 2 apresentou uma melhora mais significativa comparando o mesmo nas suas pontuações de admissão e após 3 meses de tratamento.

Segundo CARVALHO (2013) Após o AVE, o paciente pode apresentar algumas sequelas sendo uma delas a mais comum a hemiparesia que leva a uma incapacidade motora, perda da força no hemicorpo acometido e uma diminuição na ADM. Devido essas sequelas, os pacientes podem passar de independentes funcionalmente para dependentes em sua totalidade, prejudicando assim a realização de suas Atividades de Vida Diária como comer, tomar banho, ir ao banheiro, escovar os dentes e vestir-se. Os acometimentos também ocorrem na mobilidade funcional, ou seja, na marcha e equilíbrio desses pacientes que também se encontra alterado.

Um tratamento fisioterapêutico ideal para cada paciente voltado para as limitações pode reduzir ou diminuir as alterações causadas pelo AVE e os benefícios serão inúmeros como como o reestabelecimento da força muscular, diminuição da espasticidade, melhora na Realização das AVD's (BARBOSA, 2014.)

Segundo MARQUES (2012) em um estudo realizado com 60 participantes, os pacientes que iniciavam o tratamento apresentavam baixa pontuação ao realizar a MIF e tiveram grande melhora após 3 meses de tratamento corroborando assim com os resultados obtidos no presente estudo, onde os pacientes também apresentavam baixa pontuação no início do tratamento e apresentaram melhora após os m meses de intervenção. Os domínios em que mais apresentaram melhora no estudo citado foram os domínios de autocuidado e mobilidade funcional, estando os resultados obtidos no presente estudo de acordo com aqueles encontrados por Marques, onde esses 2 domínios obtiveram maior aumento da pontuação nos pacientes dessa mostra demonstrando a melhora dos pacientes.

Em um estudo realizado por CACHO (2004), constituído por 10 pacientes pós acidente vascular encefálico, foi aplicada a escala Fugl Meyer no início do tratamento fisioterapêutico,

durante e pós a intervenção, a fim de avaliar o comprometimento motor da extremidade superior e inferior. Todos os pacientes avaliados apresentavam algum déficit motor quando aplicada a escala, assim como os pacientes apresentados no presente estudo. Ao final do tratamento a escala foi aplicada novamente e apresentou resultados positivos tanto na extremidade superior quanto na inferior, apresentando melhora no nível de comprometimento motor bem como os pacientes analisados no presente estudo corroborando com as informações coletadas, onde os P1 passou de 89 para 97 pontos, P2 passou de 60 para 95 pontos e o pacientes 3 de 80 para 93.

Podemos observar que o paciente 2 apresentou melhora maior, mais significativa tanto na escala MIF quanto na escala FMA, o que corrobora com um estudo realizado por SANTANA (2019) que nos confirma que quanto mais precoce o tratamento ocorrer, melhor é a evolução do paciente. Santana ainda cita que os primeiros três a seis meses são onde se pode observar melhora elevada, mas, quanto mais precocemente é iniciado o tratamento melhor é a evolução assim como demonstrado no presente estudo onde o paciente 2 tem menor tempo de diagnóstico em comparação aos outros pacientes analisados e teve a melhora mais significativa.

Em uma revisão realizada por JÚNIOR (2016) utilizando 8 artigos, com várias intervenções fisioterapêuticas como por exemplo a cinesioterapia e treino de AVD's onde havia um grupo controle com cuidados usuais e o grupo de intervenção onde nesse grupo pode observar melhora da funcionalidade nos pacientes, FNP onde os pacientes apresentaram um aumento na ADM, treino de marcha melhorando a funcionalidade dos pacientes, foi observado em todos os estudos que os pacientes que recebiam a fisioterapia apresentaram melhora após o tratamento, demonstrando que assim como o presente estudo a fisioterapia é efetiva no tratamento dos pacientes pós AVE.

Nos estudos realizados por Marques e Júnior foi possível observar que os exercícios realizados no tratamento fisioterapêutico proporcionam melhora no ato motor, agindo diretamente na independência funcional, proporcionando assim benefícios quanto a velocidade, coordenação dos movimentos, mobilidade e autocuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AVE traz diversas alterações tanto na função motora quanto na independência funcional dos pacientes.

O presente estudo conclui que um plano de tratamento fisioterapêutico adequado reduziu as alterações causadas pelo Acidente Vascular Encefálico, auxiliando na retomada nas Atividades de Vida Diária, quanto na sua função motora e na ADM, proporcionando melhora na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. P. G. Principais Fatores de Risco para o Acidente Vascular Encefálico e suas Consequências: Uma Revisão de Literatura **Rev. Interd. Do Pensa. Cient.**, Rio de Janeiro v.1 n.3 p. 283-296, Jun 2017.

BARBOSA, F. D. J. et al. Recuperação Pós Acidente Vascular Cerebral em Adulto Jovem submetido á fisioterapia alternativa Ver. Interfaces Sau. Hum. Tec., **Juazeiro do Norte** vl. 2 n. 6, 2014.

BOTELHO, T. S. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil, **Temas em Saúde**, João Pessoa, vl 16, n. 2, p. 361-377 2016.

CACHO, E. W. A.; MELO, F. R. L. V.; OLIVEIRA, R. Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho Fugl-Meyer **Rev. Neurociências**, São Paulo, v.12 n.2 p. 94-102 Abr/Jun 2004.

CANCELA, D. M. G. **O Acidente Vascular Cerebral- Classificação, Principais Consequências e Reabilitação** O portal dos psicólogos. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>> Acesso em: 08 jun. 2021.

CARVALHO, J. C. et al. Avaliação dos desfechos de Funcionalidade e Mobilidade Pós-Acidente Vascular Encefálico **Rev. Fac. Ciên. Méd. Sorocaba** Sorocaba v. 15 n.4, p.100-104, 2013.

CAVALCANTE, D. A. K. et al. Qualidade de vida de pacientes após acidente vascular encefálico isquêmico atendidos em uma clínica de neurologia em Belém-Pará **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba v.3, n.5 p.12452-12464, Set/Out 2020.

FRAGA, A. B. **Os benefícios da Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva em pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral: Revisão da Literatura** Disponível em: <<http://dspace.unisa.br/bitstream/handle/123456789/555/AMANDA%20BATISTA%20FRAGA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 21/05/2021

JÚNIOR, S. L. A.; LIMA, A. M.; SILVA T. G. Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico **Rev. Interd** Teresina v.9, n.3, p.179-184 set. 2016.

MARQUES, F. M. L. A.; **Independência Funcional do doente pós AVC**. 2012. 83 f. Tese (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **AVC: o que é, causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção** Ministério da Saúde, Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>> Acesso em: 18/06/2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral** Ministério da Saúde, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf> Acesso em: 18/06/2020

SANTANA, P. C.; **A Funcionalidade no paciente pós Acidente Vascular Encefálico na perspectiva do tratamento fisioterapêutico**. 2019. 88 f. Tese (Mestrado Profissional saúde e educação) – Universidade de Ribeirão Preto UNAERP, Maio 2019.

SILVA, M. V. **Aspectos clínicos e epidemiológicos dos casos de acidente vascular encefálico hemorrágico intraparenquimatoso**: perfil epidemiológico em uma série monocêntrica no Distrito Federal. 2013 71 f. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade de Brasília, Brasília Jun. 2013.

PADOVANI, C. Aplicação das escalas Fugl-Meyer Assessment (FMA) e Wolf Motor Function Test (WMFT) na recuperação funcional do membro superior em pacientes pós-acidente vascular encefálico crônico: revisão de literatura, **Acta Fisiatr**. São Paulo. p. 42-49, 2013

PIASSAROLI, C. A. P. Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico **Rev Neurocienc**, Jundiaí vl:20 n. 1 p. 128-137, 2012.

RIBERTO, M. **Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional Acta Fisiatr** São Paulo; vl. 11 n.2 p. 72-76 2004.

TAVARES, S C; AMARAL, L. M. J. **Efetividade de técnicas de Fisioterapia no equilíbrio em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Uma revisão de literatura** Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5661/1/PG_25645.pdf> Acesso em: 03/04/2021

TEIVE, H. A. G. et al. Tratamento da Espasticidade. **Arq. Neuropsiquiar**, Curitiba, vl. 56 n.4 p.852-858, Ago. 1998