

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA, EQUILÍBRIO E RISCO DE QUEDAS DE INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E SUA CORRELAÇÃO COM A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E A PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA: um estudo transversal

EVALUATION OF MOTOR FUNCTION, POSTURAL BALANCE AND RISK OF FALLS IN INDIVIDUALS POST STROKE AND CORRELATION WITH FUNCTIONAL INDEPENDENCE AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: cross sectional study

INACIO, Nathália Rodrigues¹⁴

SILVA, Thais Aparecida¹⁵;

TSUKAMOTO, Heloisa Freiria¹⁶

RESUMO

Introdução O acidente vascular encefálico (AVE) frequentemente acarreta alterações motoras que afetam a função do sobrevivente, com aumento da dependência para atividades de vida diária (AVDs) e ruptura na interação social, resultando em prejuízos sobre a qualidade de vida (QV). **Objetivo** Avaliar o desempenho físico, equilíbrio postural e risco de quedas em indivíduos após AVE e verificar a existência de correlações das variáveis com a autopercepção de QV e independência funcional. **Métodos** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e amostra composta por 12 pacientes pós-AVE. Foram utilizados: Protocolo de Desempenho Físico de Fugl-Meyer (FM); Escala de Equilíbrio de Berg (EEB); Escala de Eficácia de Quedas Internacional (FES-I); *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL); Índice de Barthel modificado (IBm). Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS. Adotou-se $p < 0,05$. **Resultados** Dos 12 participantes do estudo, sete (58,3%) eram mulheres, com média de idade de 61 anos ($\pm 15,7$). O hemisfério afetado era o esquerdo para oito (66,7%) pacientes e o tipo de AVE, hemorrágico para sete (58,3%). As médias das pontuações foram: FM=142 pontos ($\pm 42,3$), EEB=35,1 pontos ($\pm 18,8$), FES-I=37,9 pontos ($\pm 11,5$), SSQOL=157,2 pontos ($\pm 36,1$) e IBm=40,4 pontos ($\pm 4,4$). Encontrou-se correlação forte entre SSQOLxEEB ($r=0,76$; $p=0,004$) e SSQOLxFES-I ($r=-0,93$; $p < 0,001$) e correlação moderada entre SSQOLxFM ($r=0,63$; $p=0,028$) e SSQOLxIBm ($r=0,65$; $p=0,021$). **Conclusão** Observou-se que o AVE acarreta prejuízo sobre a QV dos indivíduos do estudo, sendo mais evidente quando existe maior limitação dos movimentos. Porém, apesar da limitação física, a maior parte dos indivíduos apresentou dependência ligeira ou moderada, mostrando que com o passar do tempo, ocorre adaptação para realizar as AVDs de forma independente.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente vascular encefálico; Déficit neurológicos; Equilíbrio postural; Qualidade de vida; Quedas.

ABSTRACT

Introduction Stroke often entails motor and sensory changes that affect the survivor physical function leading to increased dependence for daily activities, moods changes and breakdown in social interaction, which can result in significant damage in quality of life (QoL). **Objective** Evaluate physical performance, postural balance, QoL, functional independence and risk of falls in individuals after stroke, check for the variables correlations with self-perception of QoL and functional independence. **Methods** This is a cross sectional study with a quantitative approach and sample consisted of twelve patients with a diagnosis of stroke. To compose the study data were used: Physical Performance Protocol of Fugl_Meyer (FM); Berg Balance Scale (BBS); Falls Efficacy Scale International (FES-I); Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL); Modified Barthel Index (BI). Was adopted $p > 0,05$. **Results** Among the twelve participants in the study, seven (58,3%) were women and the average age was 61 years ($\pm 15,7$). The hemibody affected was the left for eight (66,7%) patients and the hemorrhagic type of stroke for seven (58,3%). The average total of

14 Graduanda do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia de Londrina – UniFil, e-mail: nah.rodrigues8@gmail.com.

15 Graduanda do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia de Londrina – UniFil, e-mail: thais_miraselva@hotmail.com.

16 Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Reabilitação, Especialista em Fisioterapia Neurofuncional Adulto, Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia – UniFil, e-mail: heloisa.tsukamoto@unifil.br.

FM was 142 points ($\pm 42,3$), BBS was 35,1 ($\pm 18,8$) and FES-I was 37,9 points ($\pm 11,5$), SSQOL was 157,2 points ($\pm 36,1$) and BI was 40,4 points ($\pm 4,4$). The results of the statistical analysis of the questionnaires showed strong correlation between SSQOLxBBS ($r=0,76;p=0,004$) and SSQOLxFES-I ($r=-0,93;p>0,001$) and moderate correlation between SSQOLxFM ($r=0,63;p=0,028$) and SSQOLxBI ($r=0,65;p=0,021$), respectively. **Conclusion** It was observed that stroke causes damage on the QoL if individuals interviewed in the study and this is more evident when is a bigger limitation of movement. However, despite the physical limitations the majority part on individuals had mild or moderate dependence, showing that over time occurs an adaptation of hemiparetic individual to perform activities of daily living independently.

KEYWORDS: Stroke; Neurological deficits; Postural balance; Quality of life; Falls.

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma injúria vascular do sistema nervoso central (SNC) que pode ser relatado como uma ocorrência aguda de um distúrbio neurológico (SANTOS et al., 2014). É prevalente em adultos e idosos, sendo reconhecido como a segunda causa de morte no mundo e a primeira causa de incapacidade funcional para as atividades de vida diária (AVDs) (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

O AVE constitui uma síndrome de rápido desenvolvimento, consequente da restrição na irrigação sanguínea do encéfalo, com sinais e sintomas clínicos de perda da função cerebral com provável origem vascular que perduram por mais de 24 horas, provocando sequelas motoras, sensitivas e/ou cognitivas, podendo ser isquêmico (AVEi) ou hemorrágico (AVEh) (TRINDADE et al., 2011; BRAUN; HERBER; MICHAELSEN, 2012; BRITO et al., 2013).

A sequela física mais comum é a hemiparesia, que pode ser definida como uma perda parcial das funções motora e/ou sensitiva e/ou perceptual de um hemicorpo, mais notável pelo comprometimento dos membros superior e inferior de um mesmo lado do corpo, comumente acompanhado de um padrão patológico espástico nos músculos flexores do membro superior e nos extensores do membro inferior, com acometimento mais frequente dos músculos antigravitacionais. Ainda, grande parcela dos prejuízos funcionais apresentados pelos indivíduos hemiparéticos advém da disfunção do segmento corporal tronco (FERLA; PERICO, 2015).

A presença dessas alterações em um hemicorpo frequentemente ocasiona assimetria corporal. Esta pode estar relacionada com a dificuldade na execução de atividades motoras durante a manutenção da postura, na marcha e nas transferências funcionais, além da diminuição na capacidade de tomada de peso no lado afetado, impossibilitando a estabilidade necessária para realização de movimentos com o tronco e membros, bem como a execução de AVDs como se vestir, alimentar, mudar de postura, andar e sentar, levando à dependência funcional (MAGALHÃES et al., 2013).

Neste contexto, independência funcional pode ser definida como a capacidade de o indivíduo realizar atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais. Quando o indivíduo sofre um dano à saúde que provoca limitação física, sua independência para execução de AVDs estará prejudicada. A perda dessa capacidade está associada também a um quadro de fragilidade, risco aumentado de quedas, problemas de mobilidade e até a morte, implicando em complicações ao longo do tempo, caso este indivíduo não receba cuidados (DELBONI; MALENGO; SCHMIDT, 2010; BRITO et al., 2013).

Assim, a presença de dificuldades para a mobilidade e para a manutenção do controle postural e do equilíbrio em indivíduos com sequelas de AVE geram consequências significativas como o isolamento social, interferindo negativamente sobre a qualidade de

vida (QV) dos mesmos (BORGES; FILHO; MASCARENHAS, 2010).

Dessa forma, é importante avaliar parâmetros de desempenho físico, equilíbrio postural e o medo de cair de indivíduos hemiparéticos, verificando assim a repercussão dessas condições sobre a QV e a independência funcional dos mesmos. Identificando esses fatores, é possível elaborar um programa terapêutico que melhor atenda às necessidades desses pacientes, contribuindo para o resgate da identidade pessoal e reinserção no convívio em sociedade.

O objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho físico, o equilíbrio postural e o risco de quedas em indivíduos após AVE e verificar a existência de correlações das variáveis com a autopercepção de QV e a independência funcional.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido nas dependências da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia – UniFil, na cidade de Londrina-PR, no período de abril a junho de 2015.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da UniFil, e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Parecer nº 885.023/2014).

Foi selecionada para o estudo uma amostra não probabilística, por conveniência e intencional, de indivíduos atendidos na referida Clínica de Fisioterapia, com diagnóstico médico de AVE. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: indivíduos maiores de 18 anos; de ambos os gêneros; sem restrição quanto ao tempo de lesão neurológica; com quadro motor de hemiparesia a direita ou a esquerda e que fossem capazes de responder as questões propostas. Os critérios de exclusão foram: indivíduos com déficits de compreensão, que impediam o entendimento das atividades do estudo.

75

Procedimentos do estudo

A coleta dos dados foi realizada individualmente, sob forma de entrevista e avaliação física, por um único avaliador previamente treinado, com o intuito de evitar erros de interpretação. Foi realizada em data previamente agendada, antes ou após a realização do atendimento fisioterapêutico dos pacientes, para não impor ônus aos mesmos.

Inicialmente, foi preenchida a ficha de identificação do participante, contendo dados pessoais, anamnese e antecedentes pessoais. Em seguida, foram aplicados alguns instrumentos padronizados de avaliação.

Os instrumentos de avaliação selecionados para este estudo foram: Protocolo de Desempenho Físico de Fugl-Meyer (FM), Índice de Barthel Modificado (IBm), Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), Escala de Eficácia de Quedas-Internacional (FES-I), e questionário de QV *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL).

O Protocolo de Desempenho Físico de Fugl-Meyer (FM) avalia seis aspectos do paciente: a amplitude de movimento, a dor, a sensibilidade, a função motora da extremidade superior e inferior e o equilíbrio, além da coordenação e velocidade. A pontuação máxima da extremidade superior é igual a 66 pontos e a da inferior, 34 pontos, dando uma pontuação da função motora máxima igual a 100 pontos, o que define a função motora normal. O equilíbrio é avaliado por sete

R
E
V
I
S
T
A

itens, utilizando-se a mesma escala de graduação. A sensibilidade é testada através da exterocepção e propriocepção recebendo uma classificação de zero (0) para anestesia, um (1) para hipoestesia, e dois (2) para sensibilidade normal. A movimentação passiva é avaliada com pontuações de zero (0) para nenhum ou quase nenhum grau de movimentação, um (1) para perda de alguns graus de movimentação, e dois (2) para amplitude normal de movimento. Para a avaliação da dor, zero (0) significa dor pronunciada, um (1) alguma dor, e dois (2) ausência de dor (TELES; GUSMÃO, 2011).

O Índice de Barthel Modificado (IBm) é um método quantitativo para avaliação do grau de independência na realização de AVDs, que permite uma ampla graduação entre máxima dependência (10 pontos) e máxima independência (50 pontos). São avaliadas dez atividades básicas de vida diária: alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferências cama-cadeira, subir e descer escadas, deambulação e manuseio da cadeira de rodas (alternativo para deambulação). É baseado em pontuações que fornecem um número absoluto para quantificar o grau de dependência funcional sendo possível classificar o indivíduo em níveis funcionais (dependência total, severa, moderada, ligeira dependência ou independência total) (PINHEIRO et al., 2013).

A Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) avalia quantitativamente a habilidade do indivíduo em manter o centro de gravidade dentro da base de suporte durante a execução de atividades funcionais diárias, além de determinar fatores de risco para dependência e ocorrência de quedas. A escala avalia o equilíbrio funcional, baseada em 14 itens comuns do cotidiano, tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. A pontuação máxima que pode ser alcançada é 56 pontos. Cada um dos 14 itens possui cinco alternativas possíveis para pontuação; zero (0) remete a uma situação de incapacidade ou necessidade extrema de terceiros para a realização da atividade, enquanto o escore quatro (4) demonstra total independência (POMPEU et al., 2011).

A Escala de Eficácia de Quedas Internacional (FES-I) consiste em uma escala que avalia o medo da possibilidade de quedas, com 16 questões simples, relacionados com atividades do cotidiano do paciente, como limpar a casa, tomar banho, levantar e sentar, atender ao telefone, visitar parentes, realizar atividades sociais. Os itens são pontuados de um (1) a quatro (4) pontos, em que um não há preocupação de cair e quatro se mostra extremamente preocupado com a queda (MONTEIRO et al., 2013).

O questionário *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOL) é uma escala específica de avaliação da QV em pacientes após AVE. É composto por 49 questões, divididas em 12 domínios (energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão e trabalho/productividade), e para cada questão existem escores de um (1) até cinco (5) pontos, na qual, quanto maior a pontuação, melhor a percepção de QV (BRITO et al., 2013).

Análise dos dados

Os dados foram analisados de forma descritiva e analítica, através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão IBM 20. Para verificar a normalidade dos dados das variáveis numéricas, utilizou-se o teste de Shapiro Wilk e para verificar a existência de correlações, utilizou-se a Correlação de Pearson. Os dados foram apresentados através de média e desvio padrão, ou mediana e quartis. Adotou-se $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra

Participaram do estudo 12 indivíduos com diagnóstico clínico de AVE, sendo a média de idade de 61anos ($\pm 15,7$) e a mediana do tempo de lesão de três anos (1,5-5), sendo 50% aposentados. Os demais dados estão mostrados na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra do estudo (n=12).

VARIÁVEL		FREQUÊNCIA ABSOLUTA (n)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Gênero	Feminino	07	58,3
	Masculino	05	41,7
Tipo AVE	Isquêmico	05	41,7
	Hemorrágico	07	58,3
Hemicorpo afetado	Direito	03	25
	Esquerdo	09	75
Raça	Branca	09	75
	Parda	01	8,3
	Amarela	02	16,7
Ocupação atual	Aposentado	06	50
	Do lar	04	33,4
	Arquiteto	01	8,3
	Não têm	01	8,3

Nota: AVE – acidente vascular encefálico.

77

3.2 Fugl-Meyer (FM)

A pontuação total do FM confirma que os participantes do estudo apresentam sequelas decorrentes do AVE, sendo a motora a mais evidente, uma vez que os resultados do FM mostraram que 58,3% (7) dos indivíduos possuem comprometimento motor severo, 33,4% (4) comprometimento motor marcante e 8,3% (1) comprometimento motor moderado. Os dados dos demais domínios estão mostrados na tabela 2.

3.3 Índice de Barthel Modificado (IBM)

relação à independência funcional auto-avaliada pelo indivíduo através do índice, observou-se a seguinte classificação: 41,6% (5) apresentaram dependência moderada, 25% (3) ligeira dependência e 33,4% (4) independência total. Dentre as questões, a que apresentou pior pontuação foi “subir escadas”. Os demais dados estão apresentados na tabela 2.

3.4 Escala de Equilíbrio de Berg (EEB)

Na avaliação de equilíbrio postural, 50% (6) dos indivíduos apresentaram um baixo risco de quedas, 25% (3) um médio risco de quedas, e 25% (3) elevado risco de quedas. As maiores dificuldades foram notadas em atividades que envolviam “rotações de tronco”, “translação”, “apoio unipodal” e “passos alternados sobre um degrau”. Os demais dados estão apresentados na tabela 2.

R
E
V
I
S
T
A

3.5 Escala de Eficácia de Quedas Internacional (FES-I)

Quanto à preocupação com a possibilidade de cair, a média obtida no FES-I foi de 37,9 pontos. As atividades que mostraram uma maior preocupação para os indivíduos foram “limpar a casa”, “pegar algo acima da cabeça ou no chão”, “andar sobre superfície escorregadia e irregular” e “subir ou descer uma ladeira”. Os demais dados podem ser visualizados na tabela 2.

3.6 Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL)

Observou-se prejuízo na autopercepção referida de QV, e quando avaliada nos domínios do cotidiano, mostrou-se afetada e comprometida principalmente em relação aos “papéis familiares”, “papéis sociais”, “memória” e “trabalho”. Os dados dos demais domínios estão mostrados na tabela 2.

Tabela 2 – Valores de média e desvio padrão das escalas Fugl-Meyer, EEB, FES-I, IBm e SSQOL (n=12).

VARIÁVEL	PONTUAÇÃO MÁXIMA POSSÍVEL	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Fugl-Meyer Total	226	142,0	42,3
FM motor	100	48,9	30,1
FM sensitivo	24	18,4	4,3
FM ADM	88	66,4	14,5
FM equilíbrio	14	8,5	2,6
EEB	56	35,1	18,8
FES-I	64	37,9	11,5
IBm	50	40,4	4,4
SSQOL Total	245	157,1	36,1
Energia	15	10,2	4,4
Papéis Familiares	15	8,1	3,9
Linguagem	25	19,2	5,3
Mobilidade	30	19,6	6,9
Humor	25	16,0	5,1
Personalidade	15	9,8	3,6
Auto cuidado	25	19,6	4,3
Papéis sociais	25	9,9	3,7
Memória	15	6,3	3,0
Função MS	25	16,4	6,2
Visão	15	12,1	2,2
Trabalho	15	8,1	3,8

Nota: FM= Fugl Meyer; ADM= Amplitude de movimento; IBm= Índice de Barthel modificado; EEB= Escala de Equilíbrio de Berg; FES-I= Escala de Eficácia de Quedas Internacional; SSQOL= Stroke Specific Quality of Life Scale, MS= membro superior.

3.7 Correlações entre as escalas e o *SSQOL* e o *IBm*

Os resultados da análise estatística dos questionários mostraram correlação forte entre a *EEB* ($r=0,76$; $p=0,004$) e a *FES-I* ($r= -0,93$; $p<0,001$) com o *SSQOL*, e correlação moderada entre o *FM* ($r=0,63$; $p= 0,028$) com o *SSQOL*. Correlação forte foi observada também entre a *EEB* ($r=0,74$; $p=0,005$) com o *IBm*. Entre o *IBm* e o *SSQOL*, verificou-se correlação moderada ($r=0,65$; $p= 0,021$).

4 DISCUSSÃO

Neste estudo, a amostra foi composta por pacientes de ambos os gêneros, com uma prevalência de mulheres (58,3%). O tipo de *AVE* mais frequente foi o hemorrágico (58,3%). Esses dados são contrários aos encontrados na literatura (SCALZO et al., 2011; BENVEGNO et al., 2008), que aponta o gênero masculino como o mais acometido, e o tipo isquêmico de *AVE* como mais frequente. Vale ressaltar que a amostra é não probabilística.

Metade dos participantes da pesquisa se declarou como “aposentado(a)”. Para parte desses, pode-se atribuir o fato ao quadro clínico decorrente do *AVE*, geralmente incapacitante, que faz com que muitos indivíduos permaneçam dependentes de terceiros para a realização de atividades após a lesão, circunstância essa que pode prejudicar ou até mesmo impossibilitar o retorno ao trabalho (LIMA, 2010). Cabe dizer também que alguns participantes já estavam aposentados antes de sofrer o evento.

Limitações no desempenho físico dos pacientes hemiparéticos ficaram evidentes na análise do instrumento *FM*, especialmente nas atividades que envolvem motricidade voluntária fina e coordenada das extremidades e atividade reflexa anormal. Segundo Bobath (2001), pacientes com um quadro de hemiplegia/hemiparesia que sofreram lesão do neurônio motor superior, apresentam problemas de força muscular alterada secundário aos da coordenação da ação muscular, o que justifica os déficits percebidos e ressalta a importância do tratamento fisioterapêutico ser baseado em objetivos funcionais, que valorizem o resgate da simetria em relação à tomada de peso para o lado afetado ou não afetado.

De acordo com Trindade et al. (2011) a assimetria corporal é o comprometimento mais evidente da hemiparesia. A distribuição de peso diminuída sobre o lado parético influencia negativamente o controle postural, interferindo na estabilidade para a realização dos movimentos das extremidades, já que, para a realização de atividades funcionais diárias adequadas, é necessária uma adaptação postural, um bom controle de tronco e membros, equilíbrio estático e dinâmico satisfatório, distribuição de peso corporal simétrica e boa coordenação motora. O desalinhamento das extremidades distais está relacionada com a perda do controle de movimento e mudanças no alinhamento proximal, visto que os músculos do tronco devem realizar atividades antecipatórias antes e durante a atividade dos membros.

Pode-se completar a informação com o relato do estudo de Costa, Bezerra e Oliveira (2006), que diz que o déficit de força e alterações no tônus muscular do tronco leva a um padrão de coordenação anormal do movimento, prejudicando a estabilização das cinturas escapular e pélvica, induzindo a um quadro de assimetria corporal que irá afetar a orientação e a estabilidade para realização dos movimentos funcionais. Essa justificativa pode ser aceita como sendo um problema gerador do desempenho insuficiente apresentado

pelos pacientes nos itens do FM.

Um outro dado interessante do presente estudo, ao analisar o desempenho físico e a independência funcional, foi que, apesar do prejuízo motor ser moderado, grave ou severo para a totalidade da amostra (mostrado pelo FM), os participantes relatam ser leve ou moderadamente dependentes ou independentes para a realização de suas AVDs (pela auto avaliação no IBm). Esse fato mostra que apesar das limitações motoras causadas pela hemiparesia, com o passar do tempo o indivíduo aprende a lidar com suas dificuldades e se adapta para desempenhar da forma mais satisfatória possível sua rotina diária, mesmo que com o uso do hemicorpo sadio, apenas. Souza, Lanza e Bertolini (2008) apontaram em seu estudo que a independência funcional dos hemiparéticos tende a melhorar com o passar do tempo.

A independência ou leve dependência relatada pelo paciente é benéfica no sentido de que as atividades desenvolvidas são mais fáceis e possíveis de serem realizadas de forma adaptada. No entanto, é desfavorável quando o indivíduo se predispõe a realizar atividades mais complexas que exigem um controle adequado do centro de gravidade sobre a base de suporte e receptores proprioceptivos íntegros para o planejamento motor.

Isto fica evidente ao analisar os resultados dos demais instrumentos de avaliação aplicados no estudo, quando foi possível notar que a presença de assimetria corporal e negligência são fatores que contribuem para as principais dificuldades encontradas nas atividades da EEB, IBm e FES-I (“subir escadas”, “apoio unipodal”, “passos alternados sobre um degrau”, “subir ou descer uma ladeira”, “pegar algo acima da cabeça ou no chão”), pois estas envolvem a necessidade de boa distribuição e transferência de peso entre os hemicorpos.

80

Tsukimoto e Valester (2005) relatam que uma consequência altamente comum pós-AVE devido à assimetria, é a negligência unilateral, que se refere a uma dificuldade na habilidade de direcionar, responder ou orientar-se a estímulos apresentados ao lado oposto da lesão cerebral, ou seja, ao lado hemiparético. Tal alteração influencia diretamente os aspectos relacionados às atividades cotidianas, como os motores, os cognitivos e os motivacionais, sendo comum os pacientes utilizarem apenas o hemicorpo sadio para realização das AVDs. Esta adaptação desfavorece a recuperação funcional ideal após lesão, agravando ainda mais o quadro de negligência e provocando o surgimento de posturas estereotipadas.

Ainda, o déficit de equilíbrio apresentado pode ser explicado pela fraqueza muscular associada com a espasticidade, que dificultam o recrutamento coordenado de fibras musculares e a força suficiente para a execução de uma tarefa funcional (SILVA et al., 2013; TANAKA; SCHEICHER, 2013). O equilíbrio em pacientes com lesões neurológicas tende a estar afetado devido à falta de interação entre os sistemas sensorial, cognitivo e motor, concomitantemente o risco aumenta conforme a vulnerabilidade e instabilidade do paciente, que tende a apresentar uma redução da capacidade de reagir às barreiras impostas pelo ambiente com ações de proteção (POMPEU et al., 2011). Todavia, Monteiro et al. (2013) afirmam que pessoas com AVE crônico podem aprender e se adaptar às suas limitações de equilíbrio e evitar situações comprometedoras que aumentam o risco de quedas.

Sabe-se que as limitações impostas pós-AVE geram um impacto emocional negativo sobre os indivíduos, comprometendo sua evolução no processo de reabilitação, uma vez que o paciente não irá realizar adequadamente as atividades propostas devido

R
E
V
I
S
T
A

à falta de perspectiva de melhora em seu quadro atual. Condição esta, que limita o fisioterapeuta em seu processo de reabilitação, não conseguindo atuar de forma integral (PIASSAROLI et al., 2012).

Todas essas limitações geram um grande impacto no convívio social dos indivíduos prejudicando a QV, que quando avaliada em domínios do cotidiano tende a se mostrar afetada e comprometida. Este fato está relacionado às correlações encontradas entre as escalas FM, EEB e FES-I com o *SSQOL*, que mostrou que quanto maior é o comprometimento no desempenho físico, pior o equilíbrio e o medo de quedas, mais prejudicada é a percepção do indivíduo sobre sua QV.

Neste estudo, dos quatro domínios do *SSQOL* com piores pontuações, três se referem à questão social e apenas um com o próprio indivíduo, dados estes que se relacionam com o estudo de Delboni, Malengo e Schmidt (2010), que afirmam que esses domínios se caracterizam pelo contexto de relação com o outro, no sentido de gerir-se e significar-se numa vivência social, estando ambos diretamente ligados com a capacidade funcional e o que essa significa em uma vida de relação.

A dependência desses pacientes pode levar a um baixo escore do domínio “papéis familiares”, uma vez que gera uma sobrecarga aos cuidadores, refletindo no emocional do paciente em relação à atenção recebida da família (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). Por outro lado, a dificuldade para se concentrar ou até mesmo para lembrar as coisas pode levar a improdutividade do trabalho caseiro diário ou até mesmo terminar trabalhos ou tarefas que havia começado, levando a irritabilidade, impaciência e mudança de personalidade (RIBEIRO et al., 2014). Outro item que acarreta prejuízo sobre a QV é a impossibilidade de retornar ao trabalho, uma vez que a ocupação se mostra importante não só para sobrevivência, como também para o *status* social, relações sociais e auto-conceito (LIMA, 2010).

Ao considerar a QV relacionada à saúde, de acordo com a percepção dos indivíduos pós-AVE, notou-se que quanto mais vulnerável o indivíduo for em relação ao seu desempenho físico no cotidiano, pior será sua interação no convívio social e familiar, posto que a QV reflete a compreensão dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo concretizadas, ainda que haja pouca oportunidade de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Uma das limitações desse estudo foi o tamanho da amostra e o fato da seleção ter sido feita por conveniência, composta apenas por pessoas que estavam em atendimento na Clínica de Fisioterapia da UniFil. Outro apontamento se relaciona ao caráter de auto relato de alguns instrumentos de avaliação aplicados, quando talvez o mais adequado para uma coleta apurada seria a observação em campo das informações, especialmente das relacionadas com a independência funcional.

Deste modo, como apontamento para a prática clínica, pode-se citar que o principal papel do fisioterapeuta na reabilitação é estimular a simetria corporal do paciente através de exercícios que envolvam atividades bimanuais e que intensifiquem a percepção e consciência corporal do hemicorpo afetado. Ainda, é de suma importância orientar corretamente o paciente sobre como realizar adequadamente suas AVDs no contexto domiciliar, posto que o maior tempo do seu dia e/ou semana ele está fora do ambiente terapêutico, que se restringe geralmente a uma, duas ou três horas semanal.

E por fim, salienta-se a importância do fisioterapeuta especialista desde o início

do processo de reabilitação, uma vez que a simetria poderia ser resgatada mais facilmente se preconizada já na fase aguda da lesão.

5 CONCLUSÃO

Ao finalizar este estudo, pode-se concluir que existe prejuízo do desempenho físico e do equilíbrio e também medo de quedas para a amostra estudada, e que estas variáveis se correlacionam com a autopercepção de QV.

Foi possível observar que o AVE acarreta impacto negativo sobre a QV dos indivíduos entrevistados no estudo, e que este é mais evidente quando existe maior limitação dos movimentos. Porém, apesar da limitação física, a maior parte dos indivíduos apresentou dependência ligeira ou moderada, mostrando que com o passar do tempo, ocorre uma adaptação do indivíduo hemiparético para realizar as AVDs de forma independente, estando o desequilíbrio postural correlacionado a um pior desempenho funcional.

O resultado deste estudo pode impulsionar novas pesquisas sobre o tema abordado, propondo modelos de reabilitação com o objetivo de promover uma melhor QV desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- BENVEGNI, A. B.; GOMES, L. A.; SOUZA, C. T.; CUADROS, T. B. B.; PAVÃO, L. W.; ÁVILA, S. N. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **Revista Ciência e Saúde**, v. 1, n. 2, p. 71-77, 2008.
- BOBATH, Berta. **Hemiplegia em adultos: avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole, 2001. 209 p.
- BORGES, P.S.; FILHO, L.E.N.M.; MASCARENHAS, C.H. M. Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar com o risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13, n. 1, p. 41-50, 2010.
- BRAUN, A.; HERBER, V.; MICHAELSEN, S. M. Relação entre nível de atividades física, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com hemiparesia. **Revista Brasileira de Medicina do Exercício e Esporte**, v. 18, n. 1, 2012.
- BRITO, R.G.; LINS, L.C.R.F.; ALMEIDA, D.A.; NETO, E.S.R.; ARAÚJO, D.P.;FRANCO, C.I. F. **Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral**. **Revista de Neurociências**, v.21, n. 4, p.593-599, 2013.
- COSTA, M. C. F.; BEZERRA, P. P.; OLIVEIRA, A. P. R. Impacto da hemiparesia na simetria e na transferência de peso: repercussões no desempenho funcional. **Revista Neurociências**, v. 14, n. 2, p. 10-13, 2006.
- DELBONI, M. C. C.; MALENGO, P. C. M.; SCHMIDT, E. P. R. Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **O mundo da Saúde**, v. 34, n. 3, p. 165-175, 2010.
- FERLA, F. L.; GRAVE, M.; PERICO, E. Fisioterapia no tratamento do controle de tronco e equilíbrio de pacientes pós AVC. **Revista Neurociências**, v. 23, n. 2, p. 211-217, 2015.
- LIMA, M. L. Qualidade de vida de indivíduos com Acidente Vascular Encefálico e de seus cuidadores. **Dissertação, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, 2010.
- MAGALHÃES, J.P.; LETIERE, M.; SILVA, A.T.; KOSOUR, C.; REIS, L. M. Efeito da terapia de restrição e indução ao movimento em pacientes hemiparéticos crônicos pós-AVC. **Revista de Neurociências**, v.21, n. 3, p.333-338, 2013.
- MONTEIRO, R. B. C.; LAURENTINO, G. E. C.; MELO, P. G.; CABRAL, D. L.;

82

R
E
V
I
S
T
A

CORREA, J. C. F.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2017-2027, 2013.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, p. 241-50, 2012.

PIASSAROLI, C.A.P.; ALMEIDA, G.C.; LUVIZOTTO, C.; SUZAN, A.B.B. M. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. **Revista de Neurociências**, v. 20, n. 1, p.128-137, 2012.

PINHEIRO, I. M.; RIBEIRO, N. M. S.; PINTO, A. C. S.; SOUSA, D. B. S. A.; FONSECA, E. P.; FERRAZ, D. D. Correlação do Índice de Barthel modificado com a Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v.13, n.1, p. 39-46, 2013.

POMPEU, S. M. A. A.; POMPEU, J. E.; ROSA, M.; SILVA, M. R. Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2011.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 205-12, 2013.

RIBEIRO, R. J. A. A.; MARQUES, C. O.; SOUZA, F. A. N.; TORRES, M. V. Os efeitos da abordagem fisioterapêutica na qualidade de vida de pacientes após acidente vascular encefálico: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, n. 40, 2014.

SANTOS, R. C. M.; CARVALHAIS, V. O. T.; PAZ, C. C. S. C.; CRIOLLO, C. J. T. Uso da estimulação elétrica funcional pós-acidente vascular cerebral: revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 23, n. 1, p. 103-115, 2014.

SCALZO, P. L.; ZAMBALDI, P. A.; ROSA, D. A.; SOUZA, D. S.; RAMOS, T. X.; MAGALHÃES, V. Efeito de um treinamento específico de equilíbrio em hemiplégicos crônicos. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 1, p. 90-97, 2011.

SILVA, L. R. V.; RODACKI, A. L. F.; REBUTINI, V. Z.; GÓES, S. M.; COELHO, R. W.; STEFANELLO, J. M. F. Efeitos de curto prazo de um programa de imaginação sobre o medo de queda de indivíduos pós-acidente vascular encefálico. **Motriz**, Rio Claro, v.19 n.1, p.46-54, 2013.

SOUZA, A. R.; LANZA, L, T. A.; BERTOLINI, S. M. M. G. Avaliação do grau de funcionalidade em vítimas de Acidente Vascular Encefálico através do Índice de Barthel, em diferentes períodos após instalação da lesão. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 3, p. 271-275, 2008.

TANAKA, A. F. D.; SCHEICHER, M. E. Relação entre depressão e desequilíbrio postural em idosos que sofreram acidente vascular encefálico. **Fisioterapia em movimento**, v. 26, n. 2, p. 315-20, 2013.

TELES, M. S.; GUSMÃO, C. Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. **Revista Neurociências**, v. 20, n. 1, p. 42-49, 2012.

TRINDADE, A. P. N. T.; BARBOZA, M. A.; OLIVEIRA, F. B.; BORGES, A. P. O. Influência da simetria e transferência de peso nos aspectos motores após Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 1, p. 61-67, 2011.

TSUKIMOTO, D. R.; VALESTER, G. A. A influência da negligência unilateral no desempenho de atividades de vida cotidiana – relato de três casos. **Acta fisiátrica**, v. 12, n. 3, p. 108-114, 2005.