

---

**ANÁLISE DO DESEMPENHO FUNCIONAL DE PACIENTES ACOMETIDOS  
POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO CONTEXTO DOMICILIAR**

Laís Emille Vieira Pozzobom<sup>1</sup>

Bruna Luiza Widerski<sup>2</sup>

Heloísa Freiria Tsukamoto<sup>3</sup>

**RESUMO**

O acidente vascular encefálico (AVE) é um comprometimento neurológico focal, ocasionalmente global, da função cerebral. Ocorre de maneira súbita, com provável origem vascular e duração maior que 24 horas, podendo levar o indivíduo a óbito ou gerar a incapacidade funcional, afetando diretamente as atividades de vida diária. **Objetivos:** Caracterizar o grau de funcionalidade do paciente hemiparético, analisar a auto percepção sobre sua condição física e verificar se as orientações recebidas na fisioterapia são aplicadas no contexto domiciliar. **Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo transversal, com abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi composta por nove pacientes portadores de AVE, atendidos na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia – UniFil. Para compor os dados do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: Mini-Exame do Estado Mental, ficha de identificação e perfil socioeconômico, entrevista semi-estruturada, elaborada pelos pesquisadores, Escala de Fugl-Meyer, Índice de Barthel Modificado e Escala de Lawton. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos pacientes selecionados, através de visita previamente agendada. **Resultados:** Constatou-se que 44% dos pacientes apresentaram um comprometimento motor severo na escala de Fugl-Meyer e apenas 22,2% foram classificados com independência total pelo índice de Barthel. Ademais, observou-se que os pacientes hemiparéticos utilizam apenas (ou principalmente) o membro sadio na realização de suas atividades diárias, negligenciando o hemicorpo acometido. **Conclusão:** A partir desse estudo, foi possível perceber o quanto o AVE atinge de forma negativa a capacidade funcional e, conseqüentemente acarreta certo grau de dependência nas atividades do cotidiano.

18

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Encefálico. Fisioterapia. Assistência Domiciliar.

---

<sup>1</sup> Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Filadélfia –UniFil, Londrina (PR), Brasil, e-mail: lais.pozzobom@hotmail.com

<sup>2</sup> Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Filadélfia –UniFil, Londrina (PR), Brasil, e-mail: brunaluw2@yahoo.com.br

<sup>3</sup> 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.

**ABSTRACT**

The stroke is a focal neurological occasionally global brain function. It is sudden, with probable vascular origin and duration greater than 24 hours, may lead the individual to death or generate functional disability, directly affecting the activities of daily living. **Objective:** Characterize the degree of hemiparetic patient functionality, considering self perception of their physical condition and verify that the guidelines in physical therapy are applied in the home context. **Methods:** This is a cross-sectional study, with quantitative and qualitative approach. The sample was composed of nine patients with stroke treated at Physiotherapy Clinic of Centro Universitário Filadélfia - UniFil. To compose the study data, the following assessment tools were used: Mini-Mental State Examination, identification form and socioeconomic profile, semi-structured interview developed by the researchers, Fugl-Meyer Scale, Barthel Index Modified and Scale Lawton. Data collection was performed at the home of the selected patients, through a previously scheduled visit. **Results:** As a result, 44% of the patients had severe motor impairment on the Fugl-Meyer scale and only 22.2% were classified with Barthel's total independence. In addition, it was observed that hemiparetic patients only use (or mainly) the healthy limb in the performance of their daily activities, neglecting the affected hemispheric. **Conclusion:** From this study, it was possible to perceive how much the stroke negatively affects the functional capacity and, consequently, entails a certain degree of dependence in the daily activities.

**Keywords:** Stroke. Physiotherapy. Homecare.

19

## **1 INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população, com aumento dos óbitos, perda da qualidade de vida e alto grau de limitação e incapacidade causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), constituindo um problema de saúde global, o que acarretou impactos sociais e econômicos para famílias e comunidades em geral (BRASIL, 2016).

Dentre essas doenças, o acidente vascular encefálico (AVE) é a causa mais comum de incapacidade nos países ocidentais (ROGER et al., 2012). Estima-se que, na população mundial, dos 50 milhões de sobreviventes dessa patologia, 25% a 74% apresentam alguma deficiência física, cognitiva ou emocional, necessitando de auxílio parcial ou total na realização de suas atividades de vida diárias (MILLER et al., 2010).

O paciente que sobrevive ao AVE pode manifestar alterações cognitivas, motoras, sensitivas e de linguagem, dependendo da área acometida, da extensão da

lesão e da disponibilidade do fluxo colateral (ZAMBERLAN; KERPPERS, 2007). Essas alterações são manifestadas em 37% dos pacientes que sofreram AVE, sendo que apenas 15% dos pacientes não apresentam prejuízo da capacidade funcional, 16% apresentam moderada incapacidade e 32% apresentam alteração grave da capacidade funcional, a qual impossibilita o paciente de se locomover sem a cadeiras de rodas ou acarreta a permanência restrita ao leito (WHO, 2011).

É evidente, portanto, o quanto o acometimento pelo AVE, prejudica de forma global a rotina de seus sobreviventes, sendo necessário encarar novos desafios para se adaptar a condição atual de incapacidades, frequentemente permanentes (CANUTO, 2015).

Assim, analisar a funcionalidade dos pacientes após AVE é essencial por permitir compreender o impacto dessa patologia na vida das pessoas, fornecendo subsídios para a melhoria da qualidade da atenção em saúde ao AVE de forma multidimensional, voltada não apenas para os aspectos físicos, mas também aos cognitivos, emocionais e sociais. Ademais, a análise favorece a realização de intervenções adequadas pelos profissionais de saúde, com ênfase na intervenção fisioterapêutica, pois auxilia os pacientes a melhorar o desempenho funcional para a realização das atividades diárias, além de fornecer assistência aos familiares e cuidadores (CANUTO, 2015; LOPES, 2012).

Um dos principais objetivos da fisioterapia é resgatar independência desses indivíduos, através de exercícios facilitados, de fortalecimento, condicionamento, coordenação e equilíbrio, além de contribuir para a diminuição do sedentarismo, promovendo uma rotina de exercícios que influenciarão diretamente o estilo de vida dos mesmos (PIROPO, 2010).

Posto isso, o presente estudo visa analisar o modo como os pacientes hemiparéticos realizam suas atividades funcionais e atividades de vida diária em seu domicílio e verificar a auto percepção desses pacientes sobre a qualidade do movimento do membro comprometido e da performance do mesmo.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, com abordagem quanti-qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UniFil seguindo os parâmetros da Resolução 466/12, sob inscrição CAAE 56571516.0.0000.5217/2016. A amostra se caracterizou como não probabilística, por conveniência e intencional, composta por nove indivíduos com diagnóstico clínico de AVE, que apresentavam sequelas leves, moderadas ou graves, em tratamento fisioterapêutico na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário Filadélfia – UniFil.

Foram incluídos indivíduos com diagnóstico clínico de AVE, de ambos os gêneros, maiores de 18 anos, com quadro de hemiparesia e que estavam em tratamento fisioterapêutico e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos indivíduos com quadro de afasia motora ou sensitiva; déficit cognitivo com pontuação menor que 17 pontos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM); quadro de hemiplegia; portadores de lesões ortopédicas e/ou reumáticas que acarretavam incapacidade adicional à sequela neurológica. O estudo foi realizado no ambiente domiciliar dos pacientes acometidos por AVE no município de Londrina-PR e Ibiporã-PR.

Os participantes foram orientados sobre o estudo e a participação foi solicitada de forma democrática e livre. Todos receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de participação na pesquisa de cunho científico.

Para compor os dados do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), projetado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e visuo-espaciais.

Foi aplicado uma Ficha de identificação, perfil socioeconômico e desempenho funcional e uma entrevista semi-estruturada, elaborada pelos pesquisadores, composta de sete questões dissertativas para avaliar a auto percepção do paciente sobre a qualidade do movimento nas atividades diárias.

Inicialmente foi realizada a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar a função cognitiva dos participantes na Clínica de Fisioterapia da UniFil, para a seleção dos participantes a partir dos critérios de inclusão e exclusão do

estudo. Em seguida foi agendada uma visita no domicílio de cada participante, onde foi feita a coleta dos dados de identificação e do perfil sociodemográficos.

E por fim, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com sete questões, que foi gravada pelos pesquisadores e posteriormente transcrita, para avaliar a percepção do indivíduo sobre a performance do movimento na execução das tarefas diárias.

As falas aparecem no corpo do texto codificadas com a letra “P” significando o paciente entrevistado, numeradas de 1 a 9 de acordo com a ordem em que foram feitas as visitas domiciliares. Após a transcrição dos relatos na íntegra, realizou-se a análise de conteúdo, sendo possível gerar as seguintes categorias: 1) Auto percepção da Dependência nas Atividades de Vida Diária; 2) Limitações nas Atividades de Vida Diária; 3) Atividades Ocupacionais; 4) Adaptações no domicílio; e 5) Contribuições da Fisioterapia..

Foi realizada análise estatística, descritiva, através do programa SPSS versão 22, e realizada a análise do conteúdo das entrevistas, a partir das gravações feitas durante as visitas, sendo posteriormente transcritas.

### 3 RESULTADOS

Participaram do estudo nove indivíduos, com diagnóstico clínico de AVE, sendo a mediana da idade igual a 60 anos [48,5; 64,5] e do tempo decorrido após o AVE de 26 meses [12; 42].

**Tabela 1-** Caracterização da amostra do estudo (n=9).

VARIÁVEL		FREQUÊNCIA ABSOLUTA (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Gênero	Feminino	01	11,1
	Masculino	08	88,9
Estado civil	Solteiro	01	11,1
	Casado/amasiado	06	66,7
	Divorciado	02	22,2
Escolaridade	Ens. Médio Completo	01	11,1
	Ens. Médio Incompleto	06	66,7
	Ens. Superior Completo	02	22,2
Raça	Branca	06	66,7
	Negra	02	22,2
	Amarela	01	11,1
Situação atual	Aposentado	06	66,7
	Afastado	03	33,3

Tipo de AVE	Hemorrágico	05	55,6
	Isquêmico	04	44,4
Hemicorpo comprometido	Esquerdo	07	77,8
	Direito	02	22,2
Dominância	Destro	06	66,7
	Canhoto	03	33,3
Tempo de tratamento fisioterapêutico	< 1 ano	04	44,4
	Entre 1 e 3 anos	02	22,2
	Entre 3 e 8 anos	03	33,3
Comorbidades associadas	HÁ	04	44,4
	HA e Osteoporose	01	11,1
	HA e Diabetes	02	22,2
	Nenhuma	02	22,2
Moradia	Própria	08	88,8
	Alugada	01	11,1
Pessoas residentes	1 pessoa	03	33,3
	2 pessoas	04	44,4
	3 ou mais pessoas	02	22,2
Renda Familiar	Até 1 salário	01	11,1
	Até 2 salários	04	44,4
	Até 3 salários	02	22,2
	> 4 salários	02	22,2
Locomoção	Particular adaptado	01	11,1
	Particular não adaptado	02	22,2
	Transporte coletivo	02	22,2
	Táxi	03	33,3
	A pé	01	11,1

Nota: AVE – acidente vascular encefálico

### 3.1 Passagens de postura e Transferência

Após ser solicitada a realização das passagens de posturas, foi possível observar que na transição de decúbito dorsal (DD) para decúbito lateral (DL) e de DD para sentado, cinco (55,6%) dos nove avaliados executaram com ambos os membros superiores e inferiores, enquanto os demais realizam somente com o hemicorpo sadio. A principal dificuldade observada nos pacientes, durante a realização das passagens de postura, foi a ausência de transferência e tomada de peso no membro superior e/ou membro inferior afetados.

Para as passagens de postura de gato para ajoelhado, de ajoelhado para semi-ajoelhado e deste para em pé, sete (77,8%) dos indivíduos não conseguiram realizar a troca de postura, e dentre os outros dois, um realizava somente com o hemicorpo sadio e o outro utilizava ambos os membros superiores e inferiores.

Apenas dois dos avaliados utilizam cadeira de rodas para locomoção, sendo que um necessita de auxílio total para as transferências da cadeira de rodas para a cama,

vaso sanitário e carro, enquanto o outro realiza de forma independente, podendo se locomover por curtas distâncias com dispositivo auxiliar de marcha (bengala). Os deambuladores são capazes de percorrer curtas e longas distâncias em superfícies planas, no entanto, somente cinco (55,6%) conseguem transpor obstáculos, e seis (66,7%) subir e descer escadas.

### **3.2 Atividades de vida diária**

Ao serem indagados sobre sua higiene pessoal, apenas dois (22,2%) entrevistados utilizavam ambos os membros durante o banho, e os demais (77,8%) utilizavam somente o hemitorço sadio. Essa prevalência persiste para outras tarefas, como pentear o cabelo e escovar os dentes.

Como a maior parte da amostra era do gênero masculino, as atividades domésticas já não faziam parte do seu cotidiano antes da lesão. Sendo assim, os avaliados não puderam relatar seu desempenho nas atividades como cozinhar, arrumar cama, limpar a casa ou lavar o banheiro. Todavia, a única participante do gênero feminino realiza de forma independente todas as atividades domésticas utilizando ambos os membros.

No quesito alimentação, cinco (55,6%) dos participantes utilizavam somente o lado não afetado para comer, necessitando de ajuda somente para cortar a carne. Dentre os outros quatro, um (11,1%) é dependente, dois (22,2%) se alimentavam com ambos os membros superiores, e somente um (11,1%) realizava com o membro superior hemiparético.

### **3.3 Auto percepção da Dependência nas Atividades de Vida Diária**

A partir da análise compreensiva dos relatos foi possível observar que apenas dois entrevistados se consideravam independentes, enquanto os demais se consideravam parcial ou totalmente dependentes, os quais apresentavam dificuldades para atividades mais complexas, assim como exemplificam as falas a seguir:

*P1 “Muitas coisas sozinho não, mas as mais fáceis eu consigo [...]”*

*P6 “Não totalmente, para muita coisa eu dependo da minha mulher.*

### 3.4 Limitações nas Atividades de Vida Diária

Ao serem indagados sobre quais eram as maiores dificuldades que apresentavam em seu cotidiano, os entrevistados relataram as seguintes atividades.

**tabela 3** - Motivos para limitação nas AVDs.

ATIVIDADES	FREQUÊNCIA ABSOLUTA (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Se vestir	5	55,5
Transferências	1	11,1
Tomar banho	1	11,1
Cozinhar	1	11,1
Estender roupa	1	11,1

O relato mais frequente como motivo da limitação para se vestir, de acordo com a questão “*Qual tarefa do seu cotidiano o senhor (a) sente mais dificuldade?*”, foi o fato de ser mais difícil vestir calça e meias, como demonstram as falas abaixo:

P6 “[...] se vestir né, alguma roupa eu preciso, por exemplo, calça cumprida eu não consigo, meia né, aí eu preciso da ajuda dela.”

P7 “[...] a calça por exemplo, só consigo colocar deitado, de pé ainda não consigo[...]

### 3.5 Atividades Ocupacionais

Dentre os nove indivíduos entrevistados, dois (22,2%) já estavam aposentados quando sofreram o AVE e sete (77,8%) ainda eram ativos, exercendo suas profissões conforme a tabela 4.



**Tabela 4** - Profissões exercidas pelos entrevistados (n=9).

PROFISSÃO	FREQUÊNCIA (N)	ABSOLUTA	FREQUÊNCIA (%)	RELATIVA
Aposentado		2		22,2
Taxista		1		11,1
Arquiteto		1		11,1
Servente de construção civil		1		11,1
Auxiliar de cartório		1		11,1
Empresário		1		11,1
Mecânico		1		11,1
Operador de máquinas		1		11,1

Os pacientes que eram ativos foram unânimes em relatar a necessidade de afastamento de suas atividades laborais em virtude da fraqueza dos membros superiores e inferiores – peculiar da hemiplegia/ hemiparesia. As falas a seguir exemplificam tal condição:

*P6 “Prejudicou totalmente né.”*

*P8 “E muito, ainda mais que eu era mecânico, não consigo fazer nada.”*

E todos manifestaram esperança de voltarem ao mercado de trabalho futuramente:

*P2 “[...] mas eu tenho fé em Deus que vou conseguir voltar.”*

*P7 “Então, eu tô lutando pra isso, sabe, isso aqui que eu tenho é uma batalha diária [...] quero voltar a trabalhar, quero voltar a dirigir, porque tenho 48 anos ainda[...]*

### **3.6 Adaptações no domicílio**

Ao serem questionados se foi preciso realizar alguma adaptação em sua residência para facilitar a execução das tarefas, cinco (55,6%) dos entrevistados relataram que não houve necessidade, três (33,3%) afirmaram que realizaram pequenas modificações no banheiro, como a fixação de barras e retirada do box, e um (11,1%) relatou que houve a necessidade de alterações estruturais como a quebra da parede:

*P3 “Foi retirado e colocado a cortina”*

*P5 “No banheiro, eles colocaram uma barrinha sim, no comezinho sabe [...]”*

*P6 “Não, só no banheiro que eu coloquei aqueles travessas”*

Os entrevistados que reportaram a ausência de adaptações em sua residência afirmaram que não há necessidade para tal:

*P7 “[...] não vou colocar não, porque isso acomoda a gente.”*

*P9 “Eu acho que não, eu consigo fazer tudo.”*

### **3.7 Contribuições da Fisioterapia**

Ao serem questionados se consideravam os exercícios praticados no atendimento fisioterapêutico benéficos à melhora do desempenho nas AVDS, todos os pacientes responderam positivamente, conforme as falas abaixo:

*P7 “Oloco, aprendi a rolar na cama, a levantar [...] Já tô conseguindo a levantar apoiado no braço esquerdo lá na fisioterapia. Todos os exercícios que eu faço tem uma finalidade muito boa, graças a Deus, maravilha.”*

*P3 “Eu não estaria levantando a perna do chão.”*

*P9 “Ah lógico [...] quando eu vinha aqui eu não andava, agora há um bom tempo que eu ando”.*

27

O relato mais frequente sobre os exercícios praticados na fisioterapia que mais atendem às dificuldades no domicílio foi relacionado às condutas voltadas para o membro inferior comprometido, assim como segue na tabela 5.

**Tabela 5** - Condutas no tratamento fisioterapêutico (n=9).

<b>CONDUTAS</b>	<b>FREQUÊNCIA ABSOLUTA (N)</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA (%)</b>
Exercícios para o membro inferior comprometido	4	44,4
Exercícios para o membro superior comprometido	3	33,3
Exercício de passagem de postura	1	11,1
Exercício para a face	1	11,1

Segue abaixo os exemplos das falas:

*P3 “Eu curto fazer exercícios sozinho de me sustentar na perna, depois comecei fazer exercícios do tipo que forçava a perna.”*

*P2 “Ah, exercício para a mão né.”*

#### **4 DISCUSSÃO**

A partir da análise dos dados, percebe-se a prevalência de indivíduos do gênero masculino, corroborando desta forma com a maioria dos achados da literatura que traçam o perfil de indivíduos que sofreram esta afecção neurológica (TELES; GUSMÃO, 2012). Para Leite (2010), isso pode se justificar pelo fato de que os homens com sobrecarga de atividades acabam por renegar ao segundo plano a qualidade de sua vida, assumindo comportamentos poucos saudáveis, o que acarreta fatores de risco para o adoecimento.

A mediana de idade dos pacientes foi de 60 anos, e segundo Espirito-Santo (2016) o fator de risco mais importante e evidente, devido à maior incidência de AVE ao longo dos anos, é a idade, ocorrendo em cerca de 30% dos casos antes dos 65 anos e em 70% nos indivíduos com 65 anos ou mais, especialmente devido a alterações cardiovasculares e metabólicas ligadas a idade, dobrando o risco a cada década em pessoas acima de 55 anos. Todavia, no presente estudo a amostra também mostrou o acometimento de adultos jovens, e a incidência nessa faixa etária está relacionada a outros fatores de risco, como distúrbios de coagulação, doenças imunológicas, inflamatórias e uso de drogas, apesar destes não estarem presentes em grande parte das pessoas com essa afecção cerebrovascular (TELES; GUSMÃO, 2012).

No quesito hemisfério comprometido, apesar desse estudo apresentar prevalência do lado esquerdo em 77,8% da amostra, os estudos mostram variações nessa frequência a exemplo do estudo feito em Paraíba, onde foi realizado o perfil dos pacientes acometidos pelo AVE cadastrados na Estratégia da Saúde da Família em Cajazeiras, em que 91,7% dos indivíduos apresentava o hemisfério esquerdo afetado (JUNIOR, 2013).

Há evidências de que a hipertensão arterial é o principal fator de risco para o surgimento do AVE e sua presença aumenta três a quatro vezes o risco de se desenvolver essa doença, sendo responsável por pelo menos metade de todos os casos dessa patologia (DA COSTA, 2015). Diabetes mellitus (DM) também pode ser considerado um fator de risco, uma vez que acelera o processo aterosclerótico. Estima-se que 23% de pacientes com AVE do tipo isquêmico são diabéticos. Isso corrobora com

o presente estudo, em que apenas 22,2% dos avaliados não apresentavam pelo menos uma das comorbidades (PIASSROLI et al., 2011).

De acordo Lloyd-Sherlok (2010), em seu estudo sobre as implicações e impacto político do AVE em países em desenvolvimento, há evidências que pessoas com menor status econômico apresentam maior risco de serem acometidas por essa patologia, devido as condições predisponentes de saúde como hipertensão, alimentação inadequada e causas comportamentais. Esses dados revalidam os achados encontrados no presente estudo, sendo que 55,6% da amostra apresentam renda familiar até dois salários mínimos e um dentre eles, até um salário mínimo.

Os resultados encontrados sobre o desempenho funcional dos pacientes corroboram com os estudos de Padovani (2013), em que se estima que 45 a 75% dos indivíduos que foram acometidos pelo AVE apresentam dificuldade em utilizar o membro superior hemiparético nas AVDs na fase crônica. Além disso, segundo Teles et al. (2012), até 85% dos pacientes apresentam hemiparesia imediatamente após o AVE e há persistência de déficits motores em 55 a 75% dos sobreviventes acarretando prejuízos que podem limitar a autonomia nas AVDs.

Eventualmente, a capacidade para o controle central do movimento apresenta comprometimento severo devido aos danos causados pelo AVE, aos mecanismos neurais que controlam o movimento voluntário, causando alteração de tônus e fraqueza muscular, sinergias de movimentos estereotipados, os quais limitam a funcionalidade. Muitas vezes os acometidos pelo AVE realizam através de estratégias de movimentos compensatórios. Todavia, são prejudiciais à recuperação da capacidade do movimento voluntário (PADOVANI, 2013).

Ademais, independente do grau de recuperação, os pacientes hemiparéticos apresentam a tendência em permanecer em assimetria corporal, com distribuição de peso maior para o lado não afetado, negligenciando o hemicorpo acometido, o que impede a orientação e estabilidade para realizar as atividades funcionais (DE MOURA, 2013).

De acordo com os resultados, cinco dos pacientes apresentaram dificuldade para se vestir. Levando-se em consideração que estas atividades são realizadas com a utilização bi-manual das mãos, tal dificuldade se justifica, uma vez que a ocorrência do AVE proporciona ao individuo alterações motoras, como a hemiplegia e/ou a

hemiparesia , caracterizada pela perda total ou parcial de força muscular de um hemicorpo, acarretando vários níveis de comprometimento e incapacidade (DA SILVA , 2016).

Cabe ressaltar que a realização das atividades de vida diária, tais como vestir, alimentar-se, transferir-se, sentar e andar são dependentes do controle postural. Assim no hemiparético, há uma condição de instabilidade, a qual interfere no desempenho das atividades funcionais e prejudicam a execução de tarefas de vida diárias. Ademais, os indivíduos apresentam dificuldade para sustentar o membro afetado, dificultando ainda mais a funcionalidade do hemicorpo, o que resulta no prejuízo das atividades funcionais e conseqüentemente piora da qualidade de vida (CARDOSO et al., 2015; TRINDADE et al., 2011).

Contrapondo os achados sobre as atividade ocupacionais dos pacientes hemiparéticos, nos países subdesenvolvidos, a cada 100 pessoas em fase de vida produtiva que sobreviveram ao AVE, 10 retornaram ao trabalho sem comprometimentos, 40 ficaram incapacitados e necessitam de serviços especiais e 10 precisam de assistência institucional (LIMA,2010). Em seu estudo afirma que a impossibilidade de retornar ao trabalho, acarreta prejuízo na qualidade de vida, uma vez que a ocupação é essencial não só para sobrevivência, como também para o *status* social, autoconceito e relações sociais. Assim, a partir dos dados do presente estudo, percebe-se a alta prevalência de acometidos em idade ativa, sendo fundamental que a reabilitação vise a inserção do mesmo às atividades ocupacionais, com a finalidade de reduzir suas incapacidades e promover o aperfeiçoamento do seu ato motor.

Em relação à necessidade de adaptações no domicílio após o AVE ,Garanhani et al. (2010), afirma que o ambiente exerce grande influência no processo de reabilitação, e os fatores ambientais favorecem a recuperação do indivíduo. Neste contexto, é importante citar que barreiras arquitetônicas no domicílio dificultam ou impedem a acessibilidade, principalmente, quando se faz necessário o uso de cadeira de rodas para locomoção e cadeira de banho para a higiene. Ademais, nos banheiros, além das superfícies escorregadias, as transferências para o vaso sanitário e chuveiro são as principais dificuldades encontradas pelos acometidos pelo AVE.

A fixação de barras no banheiro pode ser necessária devido ao déficit de equilíbrio presente em alguns indivíduos acometidos pelo AVE, em virtude da fraqueza

muscular associada com a espasticidade, as quais dificultam o recrutamento coordenado de fibras musculares e a força necessária para a execução de uma tarefa funcional (SILVA et al., 2013). O déficit de equilíbrio tende a estar afetado devido à falta de interação entre os sistemas cognitivo, sensorial 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 (TANAKA; SCHEICHER, 2013).

A autopercepção de dependência parcial ou total relatada por sete dos nove entrevistados, confirmam o que Morais et al. (2015) relata em seu estudo, em que os sobreviventes do AVE apresentam sequelas funcionais que requerem cuidados variados, necessitando de auxílio devido à gravidade das disfunções advindas dessa condição de saúde. Ademais, estima-se que 25% a 74% dos 50 milhões de sobreviventes de AVE no mundo têm alguma disfunção cognitiva, emocional ou física, o que demanda assistência parcial ou completa para realizar atividades da vida diária (CARMO, 2015). Por ser uma patologia súbita, os acometidos requerem maior atenção nos primeiros momentos pós AVE, porém esses indivíduos devem ser estimulados a buscar seu autocuidado, visando a independência funcional (MORAIS et al., 2015).

Após o indivíduo ser acometido pelo AVE, ocorrem mudanças plásticas em seu sistema nervoso, em resposta à excitabilidade diminuída e ao não uso do membro afetado, reduzindo o tamanho da representação cortical do mesmo. A oferta de estímulos adequados na realização das atividades funcionais influencia o aprendizado motor e promove a plasticidade do sistema nervoso, isto é, a capacidade de adaptação da função e estrutura do sistema nervoso em virtude dos padrões de experiência, o que garante melhor desempenho no ato motor, melhora da velocidade, destreza e coordenação dos movimentos, acarretando melhora da qualidade de vida (RIBEIRO, 2012).

O que chama a atenção neste estudo, a partir das visitas aos domicílios que foram realizadas e dos resultados encontrados, é que se observa de forma clara a presença de negligência do hemisorpo acometido durante a realização das atividades de vida diária, apesar de todas as orientações passadas para os pacientes avaliados durante o atendimento fisioterapêutico para utilizarem ambos os lados do corpo. Compreende-se que muitos apresentam grave comprometimento da função motora dos membros do lado

hemiparético. Porém, esses membros poderiam servir como estabilização durante as atividades realizadas, já que funções de habilidades motoras não são possíveis em virtude do comprometimento físico.

Portanto, o principal papel do fisioterapeuta na reabilitação é elaborar um programa que atinja ao máximo as expectativas do paciente, contendo um esboço dos recursos terapêuticos a serem aplicados nas atividades funcionais evitando movimentos estereotipados, reações associadas anormais, além de promover o estímulo à simetria corporal através de exercícios bi-manuais que intensifiquem a percepção corporal do hemicorpo comprometido. Ademais, deve-se orientar o paciente, cuidadores e/ou familiares quanto ao modo correto na execução das atividades de vida diária do paciente no contexto domiciliar, visto que a maior parte de suas horas semanais ocorre fora do ambiente ambulatorial. Assim, faz-se necessário, observar quais as funções o paciente realiza de forma mais independente possível e promover o estímulo incorporando nas suas atividades do cotidiano (INACIO, SILVA, TSUKAMOTO, 2016).

Assim, é essencial que os profissionais da saúde desenvolvam habilidades para atuar juntos aos pacientes acometidos pelo AVE, proporcionando maiores oportunidades de redução dos danos e incapacidades e promovendo melhora da capacidade de autocuidado, independência funcional, prevenindo complicações, o que permite a participação na sociedade com vista em uma melhor qualidade de vida (ALVES, 2015; MORAIS, 2015).

32

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do estudo desenvolvido foi possível constatar como o AVE atinge de forma negativa a capacidade funcional, e, conseqüentemente acarreta certo grau de dependência nas atividades do cotidiano. Também foi possível observar como os pacientes negligenciam o hemicorpo afetado, não seguindo as orientações dadas durante o atendimento fisioterapêutico, realizando a maioria das tarefas somente com o membro sadio, apresentando também grande inabilidade nas atividades de transferência e tomada de peso no membro superior e/ou inferior afetados pela hemiparesia.

Neste contexto, é possível salientar a importância do papel desempenhado pelo profissional fisioterapeuta, ao propor como objetivos de tratamento, por exemplo,

estimular a motricidade voluntária, o mais próximo do normal possível. Para atingir essa meta, é necessário aproximar o programa terapêutico ambulatorial à realidade vivida pelos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C. **A intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na atividade básica de vida diária vestuário da pessoa com alterações da mobilidade decorrente de Acidente Vascular Cerebral**. 2015. 192 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) – Instituto Politécnico de Santarém Escola Superior de Saúde De Santarém, Santarém, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf) Acesso em 17 jun 2016.

CANUTO, M. A.; NOGUEIRA, L. T.; Stroke and quality of life: an integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 2, p. 2561-2568, 2015.

CARDOSO, F. B. O Efeito de um Programa de Exercícios Físicos sobre a Capacidade Funcional da Marcha Hemiparética de Indivíduos com Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 203-208, 2015.

CARMO, J. F. Disabilityafterstroke: a systematicreview. **Fisioterapia em movimento**, v. 28, n. 2, p. 407-418, 2015.

DA COSTA, T., F. Perfil de indivíduos com sequela de acidente vascular encefálico. **Cultura de los Cuidados**, v. 19, n. 42, 2015.

DA SILVA, I. R. Associação entre exercícios funcionais para estabilizadores de tronco e análise da marcha em paciente pós-AVE crônico. **Fisioterapia Brasil**, v. 15, n. 3, 2016.

DE MOURA, R. M. B. A importância da imagem corporal na assimetria da postura em pacientes hemiplégicos e hemiparéticos. **ScireSalutis**, v. 2, n. 2, p. 16-28, 2013.

ESPÍRITO-SANTO, H. Avaliação breve do déficit executivo em pessoas idosas com Acidente Vascular Cerebral: Validação da Bateria de Avaliação Frontal. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 2, n. 2, p. 25-40, 2016.



GARANHANI, M. R. Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho. **Acta Fisiátrica**, v. 4, n. 17, p. 164-8, 2010.

INACIO, N. R.; SILVA, T. A.; TSUKAMOTO, H. F. 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. **Terra e Cultura**, v. 32, n. 62, p 73-83, 2016.

JUNIOR, J. E. G. L Perfil dos Pacientes Acometidos por Acidente Vascular Encefálico Cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 2, n. 1, p. 21-27, 2013.

LEITE, D.F A influência de um programa de educação na saúde do homem. **Mundo saúde**, v. 34, n. 1, p. 50-6, 2010.

LIMA, M. L. **Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores**. 124 f. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Ribeirão Preto, 2010.

LLOYD-SHERLOCK, P. Stroke in developing countries: epidemiology, impact and policy implications. **Development Policy Review**, v. 28, n. 6, p. 693-709, 2010.

LOPES, G. L.; CASTANEDA, L.; SOBRAL, L. L. Addressing functional activities and the influence of environmental factors in post-stroke hemiparetic patients before and after physical therapy. **Acta Fisiatr**, v.19, n. 4, p. 237-42, 2012.

MILLER, S. R.; MURRAY, G. G.; ZOROWITZ, R. D. Visão abrangente da enfermagem e cuidados de reabilitação interdisciplinar do paciente acidente vascular cerebral: uma declaração científica da American Heart Association. **Acidente vascular encefálico**. v. 41, n. 10, p. 242-48.

MONTEIRO, R. B.C. Fear of falling and the relationship with the measure of functional independence and quality of life in post-Cerebral Vascular Accident (Stroke) victims. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2017-2027, 2013.

MORAIS, H. C. C. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 136-143, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS**: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Genebra; 2006. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf> . Acesso em 21. Jun. 2016.

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 fisiátrica**, v. 20, n. 1, 2013.

PIROPO, T. G. M.; DURÃES, A. M.; SILVA, L. W. S.; D'ALENCAR, M. S. Estilo de vida de pessoas idosas pós acidente vascular encefálico e sua relação com a assistência de fisioterapia em domicílio. **Revista Kairós Gerontologia**. v. 13, n. 2, p. 41-56, 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5365/3845>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; NEVES, R. F.; BRITO, G. E. G.; SOUSA, K. M.; LUCENA, E. M. F.; BATISTA, H. R. L. Acesso à reabilitação no pós-AVC na cidade de João Pessoa, Paraíba. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 699-712, 2012.

ROGER, V. L. Doença cardíaca e derrame estatísticas- update: **um relatório da American Heart Association**. v. 125, n. 1, p. 2- 220, 2012.

SANTOS, A. M. B.; OLIVEIRA, T. P.; PIEMONTE, M. E. P. Elaboração de um manual ilustrado de exercícios domiciliares para pacientes com hemiparesia secundária ao acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. v. 19, n. 1, p. 2-7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n1/02.pdf>. Acesso em: 02 jul 2016.

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.

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 de Neurociências**, v. 20, p. 42-9, 2012.

TRINDADE, A. P. N. T. Influência da simetria e transferência de peso nos aspectos motores após acidente vascular cerebral. **Revista de Neurociências**, v. 19, n. 1, p. 61-7, 2011.

ZAMPERLAN, A. L.; KERPPERS, I. I. Mobilização neural como recurso fisioterapêutico na reabilitação de pacientes com acidente vascular encefálico. **Revista Salus**, Guarapuava- PR., v. 1, n. 2, jul./ dez. 2007.