

UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISA - UNISEPE
FACULDADE PERUÍBE - FPbe
CURSO FISIOTERAPIA

BIANCA NAYRA DA SILVA CRUZ

EFEITOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS SEQUELAS DO
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

PERUÍBE – SP

2023

BIANCA NAYRA DA SILVA CRUZ

**EFEITOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS SEQUELAS DO
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)**

Artigo apresentado à Faculdade Peruíbe – FPbe
como exigência parcial para a obtenção do
título de Graduação no Curso de Bacharelado
em Fisioterapia, sob a orientação da Prof.^a Ma.
Patrícia Villa Fernandes e Coordenação da
Prof.^a Dra. Andreia Salvador M. Machado.

PERUÍBE- SP

2023

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	OBJETIVO	7
3	MATERIAL E MÉTODO	7
3.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PACIENTES	7
3.2	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO DOS PACIENTES	7
3.3	AVALIAÇÃO	7
3.3.1	Tempo	7
3.3.2	Instrumentos de Avaliação	8
3.3.3	Descrição da Atividade.....	8
3.3.4	Primeira estação	8
3.3.5	Segunda Estação	8
3.3.6	Terceira Estação	8
3.3.7	Quarta Estação	8
4	RESULTADO	9
4.1	REFLEXOS.....	9
4.2	FORÇA MUSCULAR.....	10
4.2.1	Membro Superior	10
4.2.2	Membro Inferior	10
4.3	GONIOMETRIA.....	11
4.4	TÔNUS MUSCULAR.....	12
4.5	ESCALA MODIFICADA DE BARTHEL	13
5	DISCUSSÃO	14
6	CONSIDERAÇÃO FINAL.....	16
	REFERÊNCIAS	17
	ANEXO 1	18
	ANEXO 2	23
	ANEXO 3	26

EFEITOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS SEQUELAS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Bianca Nayra da Silva Cruz*

Patrícia Villa Fernandes**

*Graduanda do Curso de Fisioterapia, Faculdade Peruíbe (FPbe), Peruíbe, São Paulo

**Docente do Curso de Fisioterapia, Faculdade Peruíbe (FPbe), Peruíbe, São Paulo.

RESUMO

Introdução: O AVE é uma manifestação clínica, no qual seus sinais e sintomas persistem após 24 horas de duração. **Objetivo:** Abordar terapias de reabilitação, junto com escala de complementação para avaliar e tratar sequelas do AVE. **Material e Método:** Foi realizado uma avaliação inicial no qual os dados do paciente foram coletados, exame físico realizado deste modo contendo força muscular, goniometria, tônus muscular, reflexos tendinosos de Golgi e uma escala de complementação índice de Barthel. Após o exame físico o paciente participou de 15 sessões de reabilitação, e em todas as terapias o paciente foi instruído pelo avaliador a passar por um circuito que consiste em 4 estações no qual cada estação tem o seu objetivo terapêutico específico como equilíbrio, coordenação motora grossa, marcha e ativação dos neurônios espelhos para aprendizado motor do membro superior. **Resultado:** A partir das avaliações iniciais e finais foi possível identificar melhoras na força muscular nos seguimentos; ombro direito e esquerdo e cotovelo direito e em membros inferiores alcançou melhoras nos segmentos de quadril direito sendo músculos flexores, dorsiflexores e plantares do tornozelo. Na Avaliação goniométrica nos movimentos de flexão foi observado ganho de amplitude em ombro esquerdo e cotovelo esquerdo, já na avaliação de tônus muscular paciente apresentou diminuição nos segmentos do quadril, punho, e tornozelo sendo testado os músculos extensores. A avaliação de reflexos e a escala índice de Barthel teve o mesmo resultado inicial e final. **Conclusão:** Com esse estudo podemos concluir que o paciente teve melhoras pertinentes a nível de força motora.

Palavra chaves: reabilitação; isquemia; fisioterapia; hemorragia; encefálico.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a organização Mundial de Saúde (OMS) o acidente vascular encefálico (AVE), é compreendido como uma evidência clínica onde ocorre um súbito desenvolvimento de sinais e sintomas persistindo por mais de 24 horas de duração. O AVE é caracterizado por alguns fatores sendo eles de origem isquêmica onde observa-se uma interrupção do fluxo sanguíneo devido a obstrução de uma artéria que leva sangue oxigenado para o cérebro, ou de origem hemorrágica após interrupção dos vasos sanguíneos cerebrais. As desordens cardíacas e hipertensão arterial são grandes potenciais de fatores de risco. (Brito; Lins; Almeida, 2013)

Atualmente no Brasil é a maior causa de incapacidade responsável por 10% de morte no país, 32,6 % das mortes por causas vasculares e 40 % das aposentadorias precocemente no Brasil. Dentre os fatores de risco existentes estão idade superior 55anos, sexo masculino, hipertensão arterial, tabagismo, histórico familiar, sedentarismo, e uso de anticoncepcional hormonal. (Zanon; Lobo; Lara, 2021)

As sequelas do AVE implicam na funcionalidade do paciente causando déficits neurológicos, sensitivos, motores, cognitivos, dificultando as atividades funcionais e limitando as atividades de vida diária assim como a marcha. A funcionalidade motora é a mais afetada, onde sua sequela é denominada de hemiplégica ou hemiparética que consiste em uma paresia ou plegia de apenas um lado do corpo havendo dificuldades de realizar diversas tarefas do dia a dia normalmente de fácil execução. (Couto; Mezdari, 2022)

A Fisioterapia é uma profissão da Saúde de suma importância no tratamento do AVE, pois os recursos Fisioterapêuticos e conhecimentos são capazes de minimizar as sequelas e proporcionar o melhor tratamento para as lesões motoras desses pacientes, com as suas limitações após as sequelas estabelecidas pela alteração cerebral. O tratamento tem que ser estabelecido na fase hospitalar de imediato na UTI para os casos de alguma insuficiência respiratória e sendo segmentado após a alta para beneficiar o desenvolvimento da neuroplasticidade em reduzir as sequelas na fase aguda para retardar e minimizar a falta de mobilidade e os danos posturais que sejam instalados. (Santana, 2020)

A reabilitação neurológica na fisioterapia tem como objetivo melhorar a mobilidade funcional, força muscular, equilíbrio, e a qualidade de vida, promovendo que o indivíduo tenha mais domínio sobre os seus segmentos corporais reeducando sua postura após as sequelas de AVE, trabalhando a neuroplasticidade desenvolvendo mais aportes sensoriais e motores, deste modo mais autonomia e funcionalidade para que ele tenha mais independência nas atividades básicas de vida diária. (Santana, 2020)

A reabilitação imediata é de grande importância na recuperação do AVE especialmente, na fase aguda da doença por possibilitar efeitos benéficos na recuperação funcional e consequentemente amenizar possíveis sequelas motoras crônicas. É de suma importância o Fisioterapeuta entender como o sistema cerebral funciona após a lesão, para dar os estímulos necessários possibilitando que a reabilitação seja eficaz, garantindo deste modo que as sequelas não se tornem de caráter crônico e o paciente possa se adaptar as suas novas condições patológicas devido a doença, possibilitando explorar seus segmentos corporais para que seu desenvolvimento e objetivos sejam alcançados. (Silva; Schneiders; Siqueira, 2019)

Dentre de diversas técnicas o estudo vai apresentar, a terapia do espelho que é através de práticas mentais onde o membro afetado fica atrás do espelho e o membro sadio fica à frente. O paciente instruído pelo terapeuta faz os movimentos solicitados, a ideia é criar uma ilusão de sincronia bilateral deste modo melhorando a função motora, e a negligência espacial visual.

A prática da terapia juntamente com feedback visual, influenciado pelo reflexo do espelho ajuda na organização dos estímulos visuais, perceptuais e na possível reorganização do sistema nervoso central bem como a plasticidade do córtex pré- motor, deste modo podendo também interromper o ciclo algico, melhorar a força muscular e reduzir a incapacidade funcional. É uma terapia de fácil acesso e de custo baixo, fácil aplicação e seus benefícios são evidentes para tratar padrão flexor de membro superior. Após, para complementar a prática do estudo, o paciente vai passar sobre os circuitos que consistem em 4 estações. O objetivo desses circuitos é melhorar equilíbrio dinâmico, equilíbrio estático, destreza manual, marcha estacionária, marcha dinâmica, equilíbrio de tronco e coordenação motora. (Caetano; Lira, 2021)

Deste modo a Fisioterapia e suas diversas condutas são de grande importância para a reabilitação de cada paciente, com o intuito de melhorar a funcionalidade, equilíbrio, marcha e suas adaptações após as possíveis sequelas do AVE, promovendo reabilitação, devolvendo a esperança de uma reeducação dos movimentos e independência. (Caetano; Lira, 2021)

2 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo abordar terapias de reabilitação junto com escala de complementação para melhorar e tratar o quadro de sequelas pós AVE Hemorrágico de caráter crônico, minimizando as sequelas instaladas, promovendo maior independência nas suas AVDS (atividade de vida diárias).

3 MATERIAL E MÉTODO

O propósito do estudo é analisar e acompanhar um caso de um paciente com sequelas de AVE, observar suas evoluções no tratamento Fisioterapêutico.

O estudo será realizado na Policlínica Iesep da Faculdade Peruíbe, no período da manhã.

3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS PACIENTES

Idade: 50 anos a 70 anos;

Situação: AVE Hemorrágico subagudo 3 meses de lesão;

Sexo: Sem Distinção;

Apresentar padrão flexor de Cotovelo e dedos;

3.2 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO DOS PACIENTES

Não apresentar deambulação;

Participar de outras terapias complementares Fisioterapêuticas;

3.3 AVALIAÇÃO

3.3.1 Tempo

Avaliação inicial;

Sessões: 15 Sessões (duas vezes na semana)

Avaliação final:

A avaliação será realizada por um avaliador sendo em três tempos, contendo os seguintes instrumentos:

3.3.2 Instrumentos de Avaliação

Ficha de Avaliação Anexo 1)

Escala modificada de Barthel (Anexo 2)

3.3.3 Descrição da Atividade

O paciente será instruído pelo avaliador a passar por um circuito que consiste em 4 estações, onde cada uma tem o seu objetivo terapêutico em específico.

Cada circuito tem sua duração mínima de 10 minutos, sendo a terapia com tempo de 50 minutos de duração. Os 10 primeiros minutos são realizados manobras de mobilizações articular e alongamentos globais.

3.3.4 Primeira estação

Com uma escada sobre o chão, paciente vai fazer movimentos coordenados de entrar no espaço sobre os degraus e sair. A voz de comando do terapeuta vai ajudar nesses movimentos; os dois pés dentro logo depois os dois pés fora sendo realizado até terminar a escada.

3.3.5 Segunda Estação

O desvio de cones sobre o chão que consiste em o paciente deambular fazendo curvas desviando dos cones que estão à sua frente. Os cones serão posicionados um na frente do outro, mas no meio da estação terá um cone a direita outro a esquerda para o paciente fazer flexão de tronco e alcançar esses cones que estão extras no circuito.

3.3.6 Terceira Estação

Paciente vai deambular e ultrapassar os pratos que estão sobre o solo, para isso vai ter que aumentar o comprimento do Passo desse modo trabalhando as Fases da Marcha.

3.3.7 Quarta Estação

Sobre uma mesa com os cotovelos apoiados, o lado Hemiplégico vai ficar dentro da caixa e o lado sadio fora. Com comando do Avaliador o paciente vai fazer os movimentos

solicitados com a bolinha ou sem ela, observando o movimento sendo refletido no espelho pelo lado não comprometido desse modo promovendo reorganização cortical e estimulado a plasticidade neuronal na área motora primária.

4 RESULTADO

Participou desse estudo de caso um paciente com sequela de AVE apresentando hemiparesia completa proporcionada do lado esquerdo, da Policlínica Iesep da Faculdade Peruíbe.

Posteriormente são apresentados dados referentes a avaliação inicial e ao término da sessão foi realizado a nova avaliação. Nessa etapa, foi observada as evoluções das alterações durante o período da terapia.

Logo após foram comparados os resultados da evolução e finalmente apresentado os dados entre as escalas utilizada na complementação da avaliação.

4.1 REFLEXOS

Na tabela 1 foi verificado que o lado direito mostrou normorreflexia já o lado esquerdo apresentou hiperreflexia.

Quadro 1: Reflexos Tendinos Profundos

ÁREA	Avaliação inicial	Avaliação Final
Bicipital DIREITO	Normorreflexia	Normorreflexia
Bicipital ESQUERDO	hiperreflexia	hiperreflexia
Tricipital DIREITO	Normorreflexia	Normorreflexia
Tricipital ESQUERDO	hiperreflexia	hiperreflexia
Estilorracial DIREITO	Normorreflexia	Normorreflexia
Estilorracial ESQUERDO	hiperreflexia	hiperreflexia
Patelar DIREITO	Normorreflexia	Normorreflexia
Patelar ESQUERDO	hiperreflexia	hiperreflexia

Paciente apresentou o mesmo resultado após a avaliação final, desse modo não teve melhora ou piora nos reflexos tendinosos de golgi.

4.2 FORÇA MUSCULAR

4.2.1 Membro Superior

Na tabela 2 foi verificado Força Muscular de membro superior e inferior, deste modo os músculos foram avaliados em grupos musculares extensores e flexores.

Quadro 2: Força Muscular

ÁREA	Avaliação inicial	Avaliação Final
membro superior flexores de ombro direito	Grau 4	Grau 5
membro superior flexores de ombro esquerdo	Grau 2	Grau 3
membro superior flexores de cotovelo direito	Grau 4	Grau 5
membro superior flexores de cotovelo esquerdo	Grau 2	Grau 2
Membro superior punho flexores direito	Grau 5	Grau 5
membro superior flexores de punho esquerdo	Grau 1	Grau 1

Paciente apresentou melhora na avaliação de força muscular nos segmentos: ombro direito e esquerdo, também no cotovelo direito.

4.2.2 Membro Inferior

Na tabela 3 foi verificado a força muscular dos membros inferiores sendo deste modo avaliado os músculos flexores e extensores de cada segmento.

Quadro 3: Força Muscular

ÁREA	Avaliação inicial	Avaliação Final
Membro inferior quadril direito flexores	Grau 4	Grau 5
Membro inferior quadril direito extensores	Grau 5	Grau 5
Membro inferior quadril esquerdo flexores	Grau 5	Grau 5
Membro inferior quadril esquerdo extensores	Grau 5	Grau 5
Membro inferior joelho direito flexores	Grau 5	Grau 5
Membro inferior joelho esquerdo flexores	Grau 5	Grau 5
Membro inferior tornozelo direito dorsiflexores e plantares	Grau 5	Grau 5
Membro inferior tornozelo esquerdo dorsiflexores e plantares	Grau 3	Grau 5

Sobre os dados e resultado alcançado o paciente apresentou melhora na força do quadril direito nos músculos Flexores sendo deste modo evoluindo do grau 4 para o 5, os músculos dorsiflexores e plantares do tornozelo também aumentaram o grau evoluindo de 3 na primeira avaliação para 5 grau.

4.3 GONIOMETRIA

Na tabela 4 foi verificado a goniometria dos segmentos do ombro e cotovelo, nos movimentos de flexão, a mensuração foi feita no membro esquerdo com o cotovelo do paciente em padrão flexor.

Quadro 4:Manual de Goniometria

ÁREA	Avaliação inicial	Avaliação Final
membro superior flexão ombro direito	preservado	preservado
membro superior flexão ombro esquerdo	70° graus	90 ° graus
membro superior flexão cotovelo direito	preservado	preservado
membro superior flexão cotovelo esquerdo	70° graus	120 ° graus

Paciente obteve ganho de Amplitude de movimento no ombro esquerdo de 20 graus e no cotovelo de 50 graus no movimento testado de flexão.

4.4 TÔNUS MUSCULAR

Na tabela 5 foi verificado o tônus muscular extensores dos seguimentos do lado esquerdo pois o lado direito não apresentou alterações.

Quadro 5: Tônus Muscular

ÁREA	Avaliação inicial	Avaliação Final
Membro superior flexor ombro esquerdo	Grau 3	Grau 3
Membro superior flexor cotovelo esquerdo	Grau 4	Grau 1+
Membro superior flexor punho esquerdo	Grau 2	Grau 1+
Membro inferior flexor quadril esquerdo	Grau 1	Grau 1
Membro inferior flexão plantar tornozelo esquerdo	Grau 1	Grau 1

Paciente apresentou diminuição do Tônus Muscular nos segmentos do Cotovelo, punho, quadril e tornozelo no grupo muscular de flexores.

4.5 ESCALA MODIFICADA DE BARTHEL

Foi utilizada a escala modificada de Barthel, (ANEXO 2) para a avaliação inicial que conforme a realização foi constatada que o paciente estava com o nível de 76 pontos em dependência leve.

Já na reavaliação o paciente apresentou 98 pontos na escala permanecendo em dependência leve.

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso que visa avaliar, coletar dados e tratar um paciente com Sequelas de um AVE Hemorrágico de caráter crônico subagudo.

Paciente do estudo foi orientado em participar de 15 sessões fisioterapêuticas, na faculdade de Peruíbe.

O mesmo participou de avaliação física contendo força muscular, goniometria, Tônus muscular, reflexos tendinosos de golgi e escala de complementação Índice de Barthel, no início e após completar as sessões uma reavaliação para coleta dos dados.

Segundo Couto 2022, a cinesioterapia é de grande importância para reabilitação de acometidos pós AVE por se tratar de prática de exercícios nos quais estimulam áreas corporais, ressaltando em neuro aprendizado motor.

Um dos marcos do trabalho foi promover a reabilitação, deste modo práticas envolvidas em exercícios coordenados e repetitivos para intensificar e estimular áreas corticais de aprendizado motor.

Os resultados obtidos após a segunda avaliação foi de resalta para identificar ganho de amplitude de movimento articular em membro superior esquerdo no segmento do ombro e cotovelo, força muscular predominante em membro inferior e diminuição de tônus muscular nos segmentos de punho, quadril e tornozelo no lado acometido esquerdo.

A terapia do espelho foi introduzida ao trabalho afim de proporcionar ao paciente que estimule áreas corticais, desempenhando deste modo ativação dos neurônios espelhos nos quais são responsáveis por desempenhar o movimento por imitação. A prática é realizada por um espelho que cobre o lado afetado, deste modo causando uma ilusão para o paciente que o membro acometido está realizando movimento que está sendo solicitado.

(Santana, 2020)

O Índice de Barthel ou escala modificada tem como objetivo avaliar a independência funcional, mobilidade e locomoção. É um instrumento dividido em 10 questões no qual o paciente ou acompanhante são responsáveis por responder as questões solicitadas, favorecendo os resultados coletados e calculados conforme o final da avaliação, alcançando os percentuais destinados da escala (Santana, 2020)

No presente estudo o paciente obteve nível de independência leve em ambas as duas avaliações, na primeira avaliação o seu nível foi de 76 pontos já na segunda avaliação alcançou 98 pontos faltando apenas 2 pontos para totalmente independente. Obteve ganhos na pontuação final nas categorias; higiene pessoal passando de 4 pontuação para 5, categoria banho pontuação

de 3 para 5, alimentação de 4 para 5, vestuário de 3 para 4, deambulação de 4 para 5 deste modo favorecendo nos resultados e na soma das pontuações em questão.

O protocolo de tratamento foi pensado especialmente para que o paciente respeitando suas limitações, fosse capaz de realizar todo o percurso, promovendo deste modo a sua reabilitação em vários aspectos físicos como a marcha, coordenação motora grossa, alcance funcional e por fim estimular a ação dos neurônios espelhos e a neuroplasticidade como todo. (Silva; Schneiders; Siqueira, 2019)

Em ênfase a avaliação foi realizada ao término de 2 dois meses, sendo realizada a terapia duas vezes por semana.

Para melhorar a qualidade de vida pós AVE, a Fisioterapia é de extrema importância desde a fase hospitalar subaguda até a fase crônica deste modo o fisioterapeuta deve fazer uma avaliação pertinente para melhor tratar déficit motores, sensoriais, facilitando a neuroplasticidade e ganhos motores importantes. (Couto; Mezadri, 2022)

6 CONSIDERAÇÃO FINAL

Com esse estudo podemos concluir que o paciente apresentou melhoras em sua funcionalidade motora, tônus muscular, ganho amplitude de movimento em cotovelo esquerdo, e sua dependência nas atividades diárias permanece leve, porém com menos limitações e melhora de sua qualidade de vida.

Deste modo o presente estudo com 15 sessões de reabilitação foi capaz de melhorar aspectos que são de características das sequelas do AVE.

REFERÊNCIAS

- BRITO, R. G. de; LINS, L. C. R. F.; ALMEIDA, C. D. A.; RAMOS NETO, E. de S.; ARAÚJO, D. P. de; FRANCO, C. I. F. Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos Para o Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 593–599, 2013. DOI: 10.34024/rnc.2013.v21.8145. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8145>. Acesso em: 12 set. 2023.
- LOBO, P. G. G. A.; ZANON, V. de B.; DE LARA, D.; FREIRE, V. B.; NOZAWA, C. A.; DE ANDRADE, J. V. B.; BARROS, W. C.; LOBO, I. G. A. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária / Epidemiology of the ischemic cerebrovascular accident in Brazil in the year of 2019, an analysis from an age group perspective. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 3498–3505, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-272. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25142>. Acesso em: 12 sep. 2023.
- COUTO, E.; MEZADRI, T. Cinesioterapia e Realidade Virtual no AVC Subagudo: Revisão Integrativa. **Revista Neurociências**, [S. l.], v. 30, p. 1–21, 2022. DOI: 10.34024/rnc.2022.v30.12963. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/12963>. Acesso em: 12 set. 2023.
- DE SANTANA, Tiago Neves. A IMPORTÂNCIA DA HIDROCINESIOTERAPIA EM PACIENTES ADULTOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. **Revista Saúde. com**, v. 16, n. 1, 2020. Disponível em: Vista do A IMPORTÂNCIA DA HIDROCINESIOTERAPIA EM PACIENTES ADULTOS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (uesb.br)
- SIQUEIRA, Sandro; DE BORBA SCHNEIDERS, Paloma; GONÇALVES DA SILVA, Andréa Lúcia. Intervenções fisioterapêuticas e sua efetividade na reabilitação do paciente acometido por acidente vascular cerebral. *Fisioterapia Brasil*, v. 20, n. 4, 2019. Disponível em: Vista do Intervenções fisioterapêuticas e sua efetividade na reabilitação do paciente acometido por acidente vascular cerebral (portalatlanticaeditora.com.br)
- CAETANO, C. A.; LIRA, D. P. L. EFEITOS DA TERAPIA DO ESPELHO NA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 1255–1259, 2022. DOI: 10.16891/2317-434X.v.10.e1.a2022.pp1255-1259. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/993>. Acesso em: 12 set. 2023.

ANEXO 1

UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISAS LTDA.
FACULDADE PERUIBE
Avenida Darcy Fonseca, 530 – Bairro dos Prados, Peruipe/SP – CEP
11750-000
Tel.: (13) 3456-3055 – www.faculdadepერიბე.com.br



AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NEUROFUNCIONAL DO ADULTO

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ANAMNESE:

Nome: _____ Sexo: F () M ()

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ Profissão: _____

Médico responsável: _____

Medicamentos: _____

HD: _____

Apresentação à avaliação: _____

Queixa principal: _____

Expectativa: _____

Estado de consciência: contactuante () não contactuante () orientado () confuso ()

Exames complementares: _____

HMA: _____

Doenças Associadas: HAS () DM () Cardiopatias () Quadro Convulsivo ()

Outros: _____

Quedas: _____

Internações: _____

UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISAS LTDA.
FACULDADE PERUÍBE
Avenida Darcy Fonseca, 530 – Bairro dos Prados, Peruíbe/SP – CEP
11750-000
Tel.: (13) 3456-3055 – www.faculdadepeluiibe.com.br



Cirurgias: _____

Vícios: Alcolismo () Tabagismo () Narcóticos () Outros ()

Rotina prévia à doença: _____

Rotina após a doença: _____

Tratamento Fisioterapêutico Anterior: _____

Ausculata Pulmonar: _____

Memória: _____

Aspectos Cognitivos e Emocionais: _____

Comportamento: _____

Dinâmica Familiar: _____

AVDs

Higiene: _____

Vestuário: _____

Alimentação: _____

Marcha Domiciliar: _____

AVPs

Marcha Comunitária: _____

Utiliza Ônibus: _____

Órteses e Próteses: _____

Observações Gerais: _____

AVALIAÇÃO SENSÓRIO-MOTORA FUNCIONAL

MEMBROS SUPERIORES

Paciente:

Dominância: MSD () MSE () Sequela: MSD () MSE ()

Inspeção

Padrão em repouso: _____

Cicatrizes: _____

Edema: _____

Trofismo: _____

Aspecto da pele: _____

Deformidades: _____

UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISAS LTDA.
FACULDADE PERUÍBE
 Avenida Darcy Fonseca, 530 – Bairro dos Prados, Peruíbe/SP – CEP
 11750-000
 Tel.: (13) 3456-3055 – www.faculdadepeluiibe.com.br



Testes Específicos

Encurtamento muscular ()

Teste dinâmico de espasticidade ()

Clônus ()

Reflexo Bicipital ()

Reflexo Tricipital ()

Reflexo Estilorracial ()

Preensão Palmar Voluntária ()

Pinça Primária ()

Coordenação Motora Fina ()

Coordenação Motora Global ()

Reação de Proteção Lateral MSD () MSE ()

Anterior MSD () MSE ()

Posterior MSD () MSE ()

Sensibilidade Superficial Térmica () Dolorosa () Tátil ()

Sensibilidade Proprioceptiva Consciente ()

MEMBROS INFERIORES

Paciente:

Dominância: MSD () MSE () Sequela: MSD () MSE ()

Inspeção

Padrão em repouso: _____

Cicatrizes: _____

Edema: _____

Trofismo: _____

Aspecto da pele: _____

Deformidades: _____

Palpação

Edema: _____

Cicatrizes: _____

Tônus: _____

Trofismo: _____

Testes Específicos

Encurtamento muscular ()

Teste dinâmico de espasticidade ()

Clônus ()

UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISAS LTDA.
FACULDADE PERUIBE

Avenida Darcy Fonseca, 530 – Bairro dos Prados, Peruipe/SP – CEP
11750-000

Tel.: (13) 3456-3055 – www.faculdadeperuipe.com.br



Reflexo Patelar ()

Reflexo Calcâneo ()

Sinal de Babinski ()

Tríplice Flexão ()

Reação de Proteção Lateral MID () MIE ()

Anterior MID () MIE ()

Posterior MID () MIE ()

Sensibilidade Superficial Térmica () Dolorosa () Tátil ()

Sensibilidade Proprioceptiva Consciente ()

TRONCO

Controle de tronco: _____

FACE

Inspeção: _____

MUDANÇAS DE DECÚBITO

Supino para sentado ()

Dissocia cinturas ()

Rola ()

Prono com apoio de antebraço ()

Gato ()

Joelho ()

Semi-ajoelhado ()

Em pé ()

Sentado para em pé ()

Em pé para sentado ()

EQUILÍBRIO

Dinâmico ()

Estático ()

UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISAS LTDA.
FACULDADE PERUIBE

Avenida Darcy Fonseca, 530 – Bairro dos Prados, Peruipe/SP – CEP
11750-000

Tel.: (13) 3456-3055 – www.faculdadeperuipe.com.br



ANÁLISE DA MARCHA

Inclinação Cervical ()

Flexão Lateral de Cabeça ()

Oscilação de MMSS ()

Padrão Flexor de MS ()

Depressão de Cintura Escapular ()

Dissociação de Cinturas ()

Hemicorpo Posteriorizado ()

Disbasia ()

Sinal de Trendelemburg ()

Flexão de Quadril ()

Joelho recurvatum ()

Flexão de joelho em fase de apoio ()

Aumento de flexão de quadril e joelho na fase de apoio ()

Ausência de flexão de joelho ()

Pé equino ()

Déficit de equilíbrio ()

Assimetria de passos ()

TIPO DE MARCHA

Ceifante ()

Escarvante ()

Atáxica ()

Ebriosa ()

Anserina ()

Outra: _____

DIAGNÓSTICO NEUROFUNCIONAL: _____

OBJETIVOS: _____

CONDUTAS: _____

ANEXO 2

Escala Modificada de Barthel Nome: _____ D.N ____/____/____ HD: _____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiarse.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, servir-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuidar-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUARIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
 2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
 3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
 4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
 5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).
- Não se aplica aos pacientes que deambulam

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa Trabalho de conclusão de curso.

Caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo à sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

NOME DA PESQUISA

Efeitos do tratamento Fisioterapêutico Nas Sequelas Do AVE do Acidente Vascular Encefálico

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:

Bianca Nayra da Silva Cruz

ENDEREÇO: Avenida Darcy Fonseca 530 (Bairro dos Prados), Peruíbe

TELEFONE: (13) 3456-2979

PESQUISADORES PARTICIPANTES:

PATROCINADOR:

Faculdade de Peruíbe

OBJETIVOS: Avaliar o paciente, aplicar escala de complementação e reavaliar pra coletar dados

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: (se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a um questionário sobre Avaliação Das atividades Básicas Diárias ou entrevista (gravada ou não) sobre _____). Paciente terá que responder ao questionário Índice de Barthel para iniciar a avaliação, após avaliação física junto com testes, participar de 15 sessões de terapia por 2 meses e ao término uma reavaliação.

RISCOS E DESCONFORTOS: Ao iniciar o tratamento paciente pode sentir dores ou desconfortos musculares

BENEFÍCIOS: Ganho de amplitude de movimento, equilíbrio, força muscular, coordenação motora grossa, e estimulação de neuroplasticidade

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. As consultas, exames, tratamentos serão totalmente gratuitos, não recebendo nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: (garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa os dados não serão divulgados).

Assinatura do Pesquisador Responsável: