

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

AVALIAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES  
COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM UM CENTRO DE  
REABILITAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE

Trabalho a ser submetido à banca de avaliação como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde, realizado pela estudante Maria Priscila Bezerra Carvalho, sob a orientação da Profa. Marcela Raquel de Oliveira Lima e coorientação da terapeuta ocupacional Ada Salvetti Cavalcanti e da fisioterapeuta Marina Alves Caminha.

RECIFE-PE

2013

## **IDENTIFICAÇÃO**

Avaliação da independência funcional de pacientes com Acidente Vascular Encefálico em um centro de reabilitação de alta complexidade.

Evaluation of functional independence of patients with stroke in a rehabilitation center high complexity.

Carvalho MPB<sup>1</sup>; Lima MRO<sup>2</sup>; Cavalcanti AS<sup>3</sup>; Caminha MA<sup>4</sup>;

1 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS);

2 Ms em Patologia pela UFPE, Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde e Coordenadora do Centro de Reabilitação do IMIP.

3 Co-orientadora da pesquisa, terapeuta ocupacional do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

4 Co-orientadora da pesquisa, fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Correspondência para:

### **Pesquisadora responsável:**

Marcela Raquel de Oliveira Lima

Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Departamento de Fisioterapia,

Avenida Jean Emile Favre, nº 422, Imbiribeira, Recife-PE, CEP: 51.200-060

Contato: (81) 33225664(comercial) / (81) 92958743 / marcelaraquel@ig.com.br

### **Estudante:**

Maria Priscila Bezerra Carvalho

Contato: (81) 9747.4228 / [priscilacarvalho@hotmail.com](mailto:priscilacarvalho@hotmail.com)

## **RESUMO:**

**Objetivo:** Avaliar a independência de indivíduos com seqüelas de AVE para realizar as atividades de vida diária e sociais antes de iniciarem a reabilitação. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo, no qual foram avaliados 19 pacientes com idade entre 38 e 70 anos de ambos os gêneros, através da aplicação da Medida da Independência Funcional (MIF), durante o período de abril a junho de 2013. **Resultados:** Todos os pacientes avaliados demonstraram dependência em pelo menos uma atividade da vida diária ou locomoção. Os domínios da MIF em que os pacientes apresentaram maior independência foram o controle dos esfíncteres, comunicação e cognição social; e entre os de maior dependência, destacaram-se as categorias de cuidados pessoais e locomoção. **Conclusão:** A Medida de Independência Funcional é um instrumento de aplicação rápida e prática, capaz de medir a demanda de cuidados necessários para os indivíduos que possuem alguma incapacidade, o que pode auxiliar no planejamento da reabilitação. Com relação aos pacientes avaliados nesse estudo, observou-se um nível de dependência maior nas atividades motoras.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; Avaliação da deficiência; Área de dependência-independência.

## **ABSTRACT:**

**Objective:** Assess the independence in activities of daily living and patients' social with deficits resulting from stroke that will initiate therapy at the rehab center. **Method:** It is transversal and descriptive study realized in the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), with 19 patients aged between 38 and 70 years of both genders, by applying the Functional Independence Measure (MIF) during the period April to June 2013. **Results:** All patients evaluated demonstrated dependence in at least one activity of daily living or locomotion. The domains of MIF in which patients presented greater independence were sphincter control, Communication and social cognition; and among of the more dependence, Stood out the categories of personal care and locomotion. **Conclusion:** The Functional Independence Measure is an instrument of fast application and practice capable of measuring the demand for care necessary for individuals who have a disability, which can assist in the planning of rehabilitation. Regarding the studied patients observed a higher level of dependence on motor activities.

**Keywords:** Stroke; Disability Evaluation; Field Dependence-Independence.

## **INTRODUÇÃO:**

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença que tem como característica um início agudo de um déficit neurológico que dura pelo menos 24 horas. É causado por um distúrbio na circulação sanguínea cerebral, e pode envolver outras partes do sistema nervoso central <sup>1,2</sup>. Apresenta-se de duas formas, isquêmica ou hemorrágica, ocasionando danos nas funções neurológicas e pode originar vários déficits, como as alterações cognitivas, sensoriais, perceptivas, de linguagem e motoras, o que causa limitações funcionais nos indivíduos acometidos <sup>1,2,3,4</sup>.

O AVE é considerado como a terceira maior causa de morte e a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental <sup>2,5</sup>. Aproximadamente 90% dos sobreviventes desenvolvem alguma deficiência <sup>1</sup>. A gravidade das incapacidades depende da localização da artéria acometida, da extensão da lesão e da disponibilidade do fluxo colateral, entre outros fatores. Geralmente, as deficiências motoras se manifestam como hemiplegia ou hemiparesia. Tais déficits dificultam a realização das atividades da vida diária, como: vestir-se, fazer a higiene pessoal, alimentar-se e locomover-se, tornando necessária a ajuda de outras pessoas <sup>1,5</sup>.

A capacidade funcional pode ser definida como a eficiência do indivíduo na realização das demandas físicas do cotidiano, incluindo as atividades básicas e as mais complexas da rotina diária da vida independente <sup>6</sup>. Os indivíduos com incapacidades necessitam do uso de serviços de saúde para manutenção de sua integridade física e mental, visto que estão mais propensos a desenvolver outros problemas de saúde associados à sua deficiência <sup>7</sup>.

A Medida de Independência Funcional (MIF) foi desenvolvida na década de 1980, com objetivo de criar um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de

cuidados necessários que um paciente portador de alguma incapacidade exige para realização de tarefas motoras e cognitivas.

A MIF verifica o nível de independência do paciente para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes a seis domínios, que são: autocuidados, controle esfíncteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social <sup>8</sup>. As informações são obtidas por meio da observação do paciente nas atividades e/ou nas informações fornecidas pelo paciente/familiar <sup>9, 10, 11, 12</sup>.

É um instrumento de aplicação rápida, prática e confiável <sup>9,10</sup>. Internacionalmente aceito, esse questionário é bastante utilizado como medida de avaliação funcional. Teve sua tradução e reprodutibilidade no Brasil em 2001 por Riberto *et al* sendo utilizada, principalmente, em lesões neurológicas, como os acidentes vasculares encefálicos e lesões medulares <sup>9</sup>.

A utilização da MIF permite conhecer as incapacidades funcionais e a demanda de cuidados necessários referente a cada atividade para um indivíduo, o que pode auxiliar o planejamento da reabilitação. Sendo assim, o objetivo desse estudo é avaliar o nível de independência funcional de pacientes pós-AVE nas atividades de vida diária e sociais admitidos no centro de reabilitação.

## **METODOLOGIA:**

Trata-se de estudo transversal e descritivo, realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), com os pacientes que estavam iniciando tratamento no Centro de Reabilitação Prof. Ruy Neves Baptista durante o período de abril a junho de 2013. Foram incluídos os pacientes com idade entre 38 e 70 anos, de ambos os sexos, atendidos no serviço de neurologia adulto com diagnóstico de AVE e excluídos os que apresentassem outra patologia neurológica e ortopédica associada ou que não compareceram ao dia destinado à avaliação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, (nº 3517-13) e obedece às orientações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi realizado o esclarecimento do procedimento e dos objetivos da pesquisa aos participantes e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da pesquisa.

Inicialmente foi realizada uma avaliação através de entrevista, construída com variáveis relacionadas aos aspectos sócio-demográficos (idade, gênero, profissão, escolaridade) e de condições clínicas (comorbidades associadas, tipo de AVE, tempo de lesão, ocorrência tratamento fisioterapêutico e queixa principal) dos participantes, tendo sido respondido individualmente em local privado e reservado para este fim.

Procedeu-se então à avaliação da capacidade funcional com a aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF), através de informações fornecidas pelo paciente ou pelo familiar responsável.

A MIF engloba seis domínios. Em cada área são avaliadas duas ou mais atividades, perfazendo um total de 18 categorias funcionais, 13 motoras e 5 cognitivas que são avaliadas em termos de independência da função, usando-se uma escala de sete pontos, onde cada item recebe uma pontuação de 1 a 7 dependendo do nível de dependência para a realização da tarefa (Tabela 1). Sendo 7- independência completa, 6- independência modificada, 5- supervisão ou preparação, 4- assistência com contato mínimo (executa 75% ou mais das tarefas), 3- assistência moderada (50 a 74% das tarefas), 2- assistência máxima (25 a 49% das tarefas) e 1- assistência total (menos de 25% das tarefas). O escore da MIF Total varia de 18 a 126 pontos e quanto menor a pontuação, maior o grau de dependência. A aplicação da MIF permite considerar que quando um indivíduo recebe pontuação 7 ou 6 não necessita de ajuda de uma pessoa e; quando a pontuação foi de 5 a 1 o mesmo precisa de algum tipo de ajuda para a realização das tarefas.

Os dados foram analisados e interpretados através da distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis; a idade foi expressa em média e desvio padrão da média. Todos os dados foram agrupados e processados através do programa Microsoft Office Excel.

## **RESULTADOS:**

Em relação às características sócio-demográficas investigadas, a idade média dos 19 pacientes estudados foi de 58,73 ( $\pm 9,08$ ), sendo a menor idade 38 e a maior 70 anos; a maioria da amostra (68%) foi composta por homens e; quanto ao grau de escolaridade, observou-se que 68% não concluíram o ensino fundamental. No que diz respeito às condições clínicas, a hipertensão arterial foi a comorbidade mais frequente (95%); o AVE isquêmico foi o tipo presente em 95% dos indivíduos e; o tempo de lesão foi menor que 6 meses, em 58% dos pacientes e, entre 6 meses e 1 ano, em 42% deles.

As queixas principais mais observadas foram alterações na fala, não deambulação, dor, dependência nas atividades de vida diária e, principalmente, a falta de força que correspondeu à queixa de 42% da amostra.

Os pacientes precisaram de ajuda para realização em todas as atividades funcionais, sendo 57,9% deles para alimentação, 52,63% para higiene pessoal e, 63,16% para o banho. O estudo identificou que nas atividades de vestir metade superior e metade inferior do corpo foi necessário auxílio para completar a tarefa em 73,68% e 68,42% dos pacientes, respectivamente. Para o uso do vaso sanitário, 57,89% da amostra também requisitou ajuda. Em relação ao controle dos esfínteres, os pacientes apresentaram-se independentes para a urina em 63,16% dos casos e para as fezes em 73,68% (Tabela 2).

Quanto à mobilidade, 57,9% apresentaram dependência nas transferências leito/cadeira/cadeira de rodas; 52,62% para transferir-se para o vaso sanitário e; 52,63% para transferir-se para o chuveiro. Em relação à locomoção, pode-se observar na tabela

3 que a maioria dos avaliados (73,69%) necessita de ajuda para caminhar ou tocar a cadeira de rodas e subir e descer escadas.

Verificou-se que quanto à comunicação, 68,42% compreendem uma comunicação sonora ou visual e 52,63% se expressam através de uma linguagem oral ou não com clareza. No que diz respeito a cognição social, 68,42% tem boa interação social, ou seja, desempenha participação em situações sociais e terapêuticas; 52,64% conseguem resolver seus problemas sem ajuda, no entanto, 31,58% necessitam de assistência total para resolvê-los e; 57,9% apresentaram boa memória como é mostrado na tabela 4.

Foram considerados dependentes nas atividades motoras a maior parte dos pacientes e nas funções cognitivas um pouco mais da metade, caracterizando 68,42% e 52,7%, respectivamente, como visto na tabela 5.

## **DISCUSSÃO:**

Atualmente o AVE é considerado um problema de saúde pública, tendo em vista a grande incidência dessa doença na população mundial. De acordo com a Organização Mundial de AVE (World Stroke Organization) uma em cada seis pessoas pode desenvolver um AVE em algum momento de suas vidas. Segundo o Ministério da Saúde, estatísticas brasileiras indicam que é a causa mais frequente de óbito na população adulta e o Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por essa patologia da América latina e Caribe <sup>13</sup>.

Vários autores já demonstraram que o AVE é mais frequente na forma isquêmica e no sexo masculino, sendo a hipertensão arterial um dos fatores de risco que mais predispõe a sua ocorrência. Neste estudo houve um predomínio do sexo masculino e, tanto o AVE isquêmico quanto a hipertensão arterial foram encontrados em 95% da amostra <sup>14,2, 15, 16</sup>.

De acordo com a literatura, o AVE é uma doença bastante incapacitante, de maneira que grande parte da população acometida permanece incapaz de realizar atividades diárias, lazer e trabalho, o que gera perdas de autonomia e independência nas atividades simples e mais complexas. Neste estudo todos os pacientes avaliados demonstraram dependência em pelo menos uma atividade da vida diária ou locomoção.

Tendo em vista as alterações da funcionalidade, faz-se necessária a utilização de ferramentas de avaliação que mensurem a independência funcional e auxiliem no planejamento da abordagem terapêutica desses indivíduos, sendo a MIF um valioso instrumento que corresponde a esse propósito.

Neste estudo, os domínios da MIF em que os pacientes apresentaram maior independência foram o controle dos esfíncteres, comunicação e cognição social e; quanto aos de maior dependência e necessidade de auxílio, destacaram-se as categorias de cuidados pessoais e locomoção.

Em relação ao controle dos esfíncteres, foi observado que a maioria dos pacientes apresenta controle intencional dos atos de urinar e defecar, o que de acordo com a MIF significa afirmar que não ocorrem episódios de perdas de urina e/ou fezes, concordando com o estudo feito por Carneiro *et al* (2012), que avaliou através da MIF essas funções em idosas residentes em instituições de longa permanência <sup>17</sup>.

De acordo com alguns estudos, as alterações relacionadas à fala são frequentes nos pacientes que sofreram AVE, visto que é comum desenvolverem afasia, que consiste na dificuldade do indivíduo comunicar-se adequadamente. Oliveira & Silveira (2011), referem que essas alterações podem diminuir a interação social e favorecer o surgimento de problemas relacionados à depressão e outras perturbações emocionais <sup>18</sup>. Contudo, no que se refere à comunicação, foi observado neste estudo que a maior parte dos avaliados compreendem uma comunicação sonora ou visual e se expressam através de uma linguagem oral ou não com clareza, o que também foi encontrado por Viana *et al* (2008) <sup>9,17</sup>.

Na cognição social foi observada uma boa pontuação em mais da metade dos avaliados, o que aponta para um nível de independência ou independência modificada para essa categoria. Esses achados podem estar relacionados com o fato de que um critério de inclusão para o serviço é que o paciente tenha uma boa função cognitiva, pois é importante para haver uma compreensão das instruções que são dadas pelos terapeutas e um melhor aproveitamento do tratamento. No entanto, não se pode

caracterizar o perfil da amostra com base apenas nesses achados, visto que, no que se refere à resolução de problemas, 31,58% dos indivíduos necessitaram de orientação total e em relação à memória 36,84% precisaram de facilitação moderada a máxima.

Em mais da metade da amostra estudada houve dependência nos domínios de autocuidados, com um destaque maior nas categorias de banho e vestir metade superior e inferior do corpo, as quais apresentaram necessidade de assistência moderada a total, coincidindo com os achados de Viana *et al* (2008) que realizaram um estudo aplicando a MIF em 14 idosas com sequelas de AVE. Provavelmente, a maior dificuldade nessas atividades pode ser esclarecida por tratar-se de funções que exigem mais habilidades motoras para sua realização, uma vez que incluem lavar e secar o corpo do pescoço para baixo, obter as roupas nos armários ou gavetas, assim como fechar botões e zíperes, o que no indivíduo hemiplégico ou hemiparético representa uma grande dificuldade, pois exigem uma maior motricidade fina<sup>9,19</sup>.

No indivíduo com sequelas de AVE, a locomoção torna-se difícil, visto que o mesmo apresenta fraqueza muscular, lentidão dos movimentos, perda da destreza e tendência a fadigar mais rapidamente<sup>20</sup>. Para a atividade de caminhar ou tocar cadeira de rodas 73,69% dos pacientes necessitaram de ajuda, sendo que 21,05% requerem assistência total. Estes achados divergem do que foi encontrado no estudo feito por Polese *et al* (2008), que avaliaram a funcionalidade dos pacientes com diagnóstico de AVE atendidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo através do Índice de Barthel, e encontraram que apenas 13% dos pacientes eram dependentes para deambular. O referido autor considera que este resultado pode ser explicado pelo fato de que a amostra foi composta por pacientes que, provavelmente, já

apresentavam ganhos funcionais, por se encontrarem em tratamento fisioterapêutico há 6 meses <sup>2</sup>.

Ainda no que se refere à locomoção, na atividade de subir e descer escadas, o desempenho dos pacientes foi pior do que para caminhar ou tocar cadeira de rodas, tendo em vista que, entre os que necessitavam de ajuda, a maioria deles (47,37%) precisaram de ajuda total, o que se assemelha aos achados de Viana *et al* (2008), em que os indivíduos da sua amostra requisitaram de assistência máxima <sup>9</sup>.

As transferências também se tornam mais complexas após AVE, já que o indivíduo acometido tem a perda parcial ou total de força no hemicorpo contralateral à lesão, alteração de tônus, perda da seletividade dos movimentos, entre outras alterações, ocorrendo uma inabilidade para desempenhar estas atividades <sup>21</sup>. No presente estudo, um pouco mais da metade dos pacientes mostraram-se dependentes, sendo as transferências para o vaso sanitário e chuveiro as que exigiram assistência total em 21,05% da amostra, em ambos os casos.

De maneira geral, em relação à independência funcional dos pacientes avaliados observou-se que os escores totais para MIF motor e MIF cognitivo apresentaram algum nível de dependência. Contudo, foi mais significativo nos domínios motores, visto que 68,42% da amostra requiseram algum tipo de ajuda para realização das tarefas e 52,63% foram dependentes na MIF cognitivo, sendo que quase a metade da amostra (47,37%) apresentou-se com independência completa e independência modificada para as funções cognitivas. O que pode ser considerado esperado, uma vez que, o local no qual foi realizado o estudo trata-se de um centro de reabilitação física. Outro aspecto importante para dependência nas atividades motoras apresentada pela amostra é o fato de que no momento da avaliação os pacientes ainda não haviam iniciado as terapias.

## **CONCLUSÃO:**

A Medida de Independência Funcional é um instrumento de aplicação rápida e prática, capaz de medir a demanda de cuidados necessários para os indivíduos que possuem alguma incapacidade, o que pode auxiliar no planejamento da reabilitação. Além disso, a aplicação da MIF antes e após as intervenções pode demonstrar com mais clareza os ganhos funcionais adquiridos, o que poderá ser objeto de investigação de outras pesquisas. Com relação aos pacientes avaliados nesse estudo, observou-se um nível de dependência maior nas atividades motoras, sendo os domínios da MIF em que os pacientes apresentaram maior independência o controle dos esfínteres, comunicação e cognição social e; os de maior dependência e necessidade de auxílio os de autocuidados e locomoção.

## **REFERÊNCIAS:**

1. Zamberlan AL, Kerppers II. Mobilização Neural como recurso fisioterapêutico na reabilitação de pacientes com acidente vascular encefálico- revisão. Revista Salus-Guarapuava- PR, 2007; 1(2).
2. Polese JC, Tonial A, Jung FK, Mazuco R, Oliveira SG, Schuster RC. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. Rev Neurocienc, 2008; 16(3):175-178.
3. Perlini NM, Mancussi AC. Cuidar de uma pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o que fazer do cuidador familiar. Rev Esc Enferm USP, 2005;39(2):154-63.
4. Conceição LP, Souza P, Cardoso LA. A influência da terapia por exercício com espelho nas limitações funcionais dos pacientes hemiparéticos: uma revisão sistemática. Acta Fisiatr. 2012;19(1):37-41
5. Arthur AM, Vanini TM, Lima NM, Iano Y, Arthur R. Tratamentos fisioterapêuticos em pacientes pós-AVC: Uma revisão do papel da neuroimagem no estudo da plasticidade neural. Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde. 2010. Vol. 14,Nº 1, p. 187-208.
6. Camara FM, Gerez AG, Miranda MLJ, Velardi M. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendência. Acta Fisiatr 2008; 15(4): 249 – 256.
7. A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação
8. Riberto M, Miyazaki MH, Filho DJ, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica, 2001. 8(1): 45-52.

9. Viana FP, Lorenzo AC, Oliveira EF, Resende SM. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. Rev. Bras. de Geriatr. e Gerontol., 2008. v.11, n.1.
10. Barbetta DC, Assis MR. Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular: revisão de literatura. Acta Fisiatr, 2008. 15(3): 176-181.
11. Thame AC, Pinho PA, Reys B, Rodrigues AC. A reabilitação funcional do membro superior de pacientes espásticos, pós Acidente Vascular Cerebral (AVC).Rev Neurocienc, 2010;18(2):179-185.
12. Riberto M, Monroy HM, Kaihama HN, Otsubo PP, Battistella LR. A terapia de restrição como forma de aprimoramento da função do membro superior em pacientes com hemiplegia.Acta Fisiatr, 2005; 12(1):15-19.
13. Ministério da Saúde. Implantando a linha de cuidados do acidente vascular cerebral-AVC na rede de atenção às urgências.Consulta pública, 2011.
14. Camara FM, Gerez AG, Miranda MLJ, Velardi M. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. Acta fisiatr 2008; 15(4): 249-256.
15. Teles MS, Gusmão C. Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. Ver neurocienc, 2008;20(1):42-49.
16. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir dos estudos de base populacional. Epidemiologia e serviços de saúde 2006; 15(1): 35-45.
17. Carneiro FR, Brasileiro IC, Vasconcelos TB, Arruda VP, Florêncio RS, Moreira TMM. Independência funcional de idosas residentes em instituições de longa permanência. Acta Fisiatr,2012;19(3): 156-60.

18. Oliveira AIC, Silveira KRM. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. Ver neurocienc 2011, 19(4),653-662.
19. Benvegnu AB, Gomes LA, Souza CT, Cuadros TBB, Pavão LW, Ávila SN. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). Revista Ciência & Saúde 2008; v. 1, n. 2, p. 71-77.
20. Silva LLM, Moura CEM, Godoy JRP. A marcha no paciente hemiparético. Univ. Ci. Saúde 2005, v. 3, n. 2, p. 261-273.
21. Ovando AC. Acidente Vascular Encefálico: comprometimento motor dos membros inferiores e alterações na marcha. Revista digital 2009;132.

## APÊNDICES:

### APÊNDICE I:

**Tabela 1.** Metodologia

MIF	Domínios	Subdomínios	Pontuação total
<b>MOTOR</b>	AUTOCUIDADOS	Alimentação	<b>42</b>
		Hig. Pessoal	
		Banho	
		Vestir superior	
		Vestir inferior	
		Uso do sanitário	
	CONTROLE DOS ESFINCTERES	Controle da bexiga	<b>14</b>
		Controle das fezes	
	MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIA	Leito/cadeira	<b>21</b>
		Transferência vaso sanitário	
		Transferência banheira/chuveiros	
	LOCOMOÇÃO	Caminhar/tocar cadeira	<b>14</b>
		Escadas	
	<b>COGNITIVO</b>	COMUNICAÇÃO	Compreensão
Expressão			
COGNICÃO SOCIAL		Interação social	<b>21</b>
		Resolução de problemas	
		Memória	

**Tabela 2.** Frequência (%) de pacientes com AVE de acordo com os níveis de independência funcional nas tarefas de autocuidados e controle esfinteriano da MIF.

Pontuação	Alimentação	Hig. Pessoal	Banho	Vestir superior	Vestir inferior	Uso sanitário	Controle da urina	Controle das fezes
1	15,79	15,79	10,53	15,79	21,05	26,32	15,79	15,79
2	5,26	0,00	15,79	5,26	15,79	5,26	10,53	0,00
3	10,53	10,53	15,79	31,58	10,53	0,00	0,00	5,26
4	0,00	21,05	5,26	15,79	15,79	5,26	5,26	5,26
5	26,32	5,26	15,79	5,26	5,26	21,05	5,26	0,00
6	21,05	15,79	21,05	5,26	15,79	10,53	15,79	15,79
7	21,05	31,58	15,79	21,05	15,79	31,58	47,37	57,89

**Tabela 3.** Frequência (%) de pacientes com AVE de acordo com os níveis de independência funcional nas tarefas de transferências e locomoção da MIF.

Pontuação	Transferência leito / cadeira de rodas	Transferência vaso sanitário	Transferência chuveiro	Caminhar/tocar cadeira de rodas	Escadas
1	10,53	21,05	21,05	21,05	47,37
2	10,53	5,26	5,26	5,26	5,26
3	10,53	5,26	5,26	5,26	5,26
4	5,26	5,26	5,26	15,79	5,26
5	21,05	15,79	15,79	26,32	10,53
6	15,79	26,32	21,05	21,05	21,05
7	26,32	21,05	26,32	5,26	5,26

**Tabela 4.** Frequência (%) de pacientes com AVE de acordo com os níveis de independência funcional nas tarefas de comunicação e cognição social da MIF.

Pontuação	Compreensão	Expressão	Interação social	Resolução de problemas	Memória
1	0,00	21,05	0,00	31,58	0,00
2	5,26	10,53	5,26	5,26	21,05
3	10,53	5,26	15,79	0,00	15,79
4	15,79	0,00	5,26	5,26	5,26
5	0,00	10,53	5,26	5,26	0,00
6	0,00	0,00	15,79	10,53	26,32
7	68,42	52,63	52,63	42,11	31,58

**Tabela 5.** Frequência (%) de pacientes com AVE de acordo com os níveis de independência funcional nas tarefas motoras e cognitivas da MIF.

Pontuação	MIF MOTOR	MIF COGNITIVO
1	15,79	5,26
2	10,53	5,26
3	5,26	21,05
4	26,32	5,26
5	10,53	15,79
6	31,58	36,84
7	0,00	10,53

## APÊNDICE II:

### Ficha de coleta de dados

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone Fixo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_anos

Sexo: \_\_\_\_\_ M - Masculino F- Feminino Data de avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes pessoais:

( ) Tabagismo; ( ) Dislipidemia; ( ) HAS; ( ) Diabetes; ( ) Sedentário; ( ) Ativo  
\_\_\_\_x/semana; ( ) contraceptivo; ( ) Depressão; ( ) Alcoolismo; ( ) Pneumopatia; ( ) Cirurgia  
qual? \_\_\_\_\_

Tipo de AVE: \_\_\_\_\_

Quando tempo faz que teve o AVE: \_\_\_\_\_

Fez fisioterapia anteriormente: \_\_\_\_\_ Onde: \_\_\_\_\_

Por quanto tempo: \_\_\_\_\_

Queixa principal: \_\_\_\_\_

#### Resultado da MIF:

Pontuação \_\_\_\_\_

( ) Dependência completa (necessita de assistência total)

( ) Dependência modificada (assistência até 50% das tarefas)

( ) Dependência modificada (assistência até 25% das tarefas)

( ) Independência completa

**ANEXO:**

**ANEXO 1**

**MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)**

Nome: \_\_\_\_\_

Níveis:

7 – Independência total (Imediata com segurança)

6 – Independência total (Aparelhada)

Dependência modificada

5 – Supervisão

4 – Assistência mínima (capacidade = 75%+)

3 – Assistência moderada (capacidade = 50%+)

Dependência completa

2 – Assistência Máxima (capacidade = 25%+)

1 – Assistência Total (capacidade = 0%)

		Pontos
<b>Cuidados pessoais</b>		
A	Alimentação (Comer)	( )
B	Cuidados com a aparência (Pentear-se)	( )
C	Banhos	( )
D	Vestir parte superior do corpo	( )
E	Vestir parte inferior do corpo	( )
F	Asseio (Toalete)	( )
<b>Controle de Esfínteres</b>		
G	Controle vesical (Bexiga)	( )
H	Controle esfínter anal (Intestino)	( )
<b>Mobilidade / Transferência</b>		
I	Cama, Cadeira, Cadeira de rodas	( )
J	Banheiro (Toalete)	( )
K	Banheiro, chuveiro	( )
<b>Locomoção</b>		
L	Caminhar/ rodar cadeira	w( ) c( ) ( )
M	Escada	w( ) c( ) ( )
<b>Comunicação</b>		
N	Compreensão	a( ) v( ) ( )
O	Expressão	v( ) n( ) ( )
<b>Cognição social</b>		
P	Interação social	( )
Q	Solução de problemas	( )
R	Memória	( )
<b>MIF total</b>		( )

Nota: Não deixe espaços em branco, anote 1 se o paciente não puder ser examinado devido a riscos.

w: cadeira de rodas; c: bengala/muleta; a: auditiva; v: verbal; n: não verbal

Examinador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_