

ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE EM PACIENTES ATENDIDOS NO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL DA UNIFACISA.

Daniele Silva Leite¹
Kennedy Anderson Torres Canuto²
Melina Dias de Moraes³
Thaise de Arruda Rodrigues⁴

RESUMO

As doenças neurológicas são alterações que ocorrem no sistema nervoso central ou periférico, que podem ocasionar comprometimentos físicos e cognitivos, interferindo nas atividades cotidianas do indivíduo e, conseqüentemente, na sua funcionalidade. Diante disso, a fisioterapia busca minimizar tais comprometimentos. A pesquisa tem como objetivo geral: analisar a funcionalidade em pacientes atendidos no estágio supervisionado em fisioterapia neurofuncional da Unifacisa, especificamente, traçar o perfil clínico dos participantes do estudo e averiguar se a fisioterapia possui relevância no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos. Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal, exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa, realizada na Unidade de Saúde da Família (UBS) dos bairros da Vila Cabral de Santa Terezinha e Itararé na Cidade de Campina Grande – PB. A amostra foi composta por oito participantes portadores de doenças neurológicas. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram um questionário socioeconômico e a escala de Medida de Independência Funcional. **Resultados** A MIF total dos participantes aponta que estes necessitam apenas de até 25% de assistência na realização das tarefas de vida diária. A pontuação maior obtida na MIF motora foi no item controle das fezes e pontuação menor na MIF motora foi no item locomoção. A MIF cognitiva apresentou boa pontuação, o que pode indicar que os participantes possuem um maior comprometimento motor em relação ao cognitivo. **Conclusão** Os participantes da pesquisa apresentaram um bom grau de independência funcional, mostrando a eficácia da fisioterapia neurofuncional domiciliar.

Palavras-chave: Doenças neurológicas. Independência Funcional. Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

As doenças neurológicas são alterações neuroanatômicas ou neurofisiológicas que ocorrem no Sistema Nervoso Central (SNC) ou Periférico (SNP), produzindo diversos sinais e sintomas. Estas podem ter diferentes origens: genética ou hereditária; congênita, decorrente de um distúrbio do desenvolvimento embrionário ou fetal do SNC e SNP; e adquirida, ocorrendo com influência do ambiente ao longo dos diferentes períodos da vida (REED, 2017).

¹ Graduada pelo Curso de Fisioterapia da Unifacisa - PB, niele.dsl@gmail.com;

² Graduado pelo Curso de Fisioterapia da Unifacisa- PB, anderson.torres61@gmail.com;

³ Fisioterapeuta residente da UFPB – PB, melinamoraesfisio@gmail.com;

⁴ Graduada pelo Curso de Fisioterapia da Unifacisa - PB, thaisearruda25@gmail.com;

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças neurológicas atingem cerca de um bilhão de pessoas no mundo inteiro, e este número só vem aumentando a cada dia, devido o crescente envelhecimento populacional, ocasionando uma sobrecarga para o sistema de saúde e um conseqüente problema de saúde pública, onde cerca de um terço a um quarto do atendimento clínico tem sido ocupado por doenças relacionadas ao sistema nervoso (GOMES, 2014; SOUSA et al., 2010; BRASIL, 2013).

As doenças de origem neurológica são muitas, dentre as quais se destacam: doenças vasculares, desmielinizantes, infecciosas, inflamatórias, tumores do SNC ou SNP, traumatismos cranianos ou raquidianos, patologias degenerativas e alterações do desenvolvimento. Como conseqüência disso o paciente neurológico apresenta diferentes graus de comprometimentos, e estes podem ser temporários ou permanentes, interferindo nas Atividades de Vida Diária (AVDs) do indivíduo e necessitando de atendimento de uma equipe multidisciplinar de profissionais de diferentes áreas, onde se insere o fisioterapeuta (REED, 2017).

A Fisioterapia Neurofuncional (FN) objetiva minimizar as sequelas advindas das patologias que acometem o sistema nervoso, visando tornar o paciente o mais independente possível. Sendo assim, na avaliação fisioterapêutica de pacientes portadores de sequelas neurológicas, devem ser inseridos instrumentos que tenham a capacidade de verificar o desempenho da pessoa na realização das AVDs. Neste aspecto, a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) é uma ferramenta que avalia a capacidade do indivíduo nos aspectos motor e cognitivo/social, no desempenho das diversas atividades cotidianas (FIGUEIREDO; MEJIA, 2014; BENVEGNU et al., 2008).

O fisioterapeuta se insere na Atenção Básica à Saúde (ABS) por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) numa perspectiva de atuação focada nas práticas de prevenção e promoção à saúde, não restrita aos procedimentos de reabilitação (AVEIRO et al., 2011). Este profissional é incluso no ambiente domiciliar, com a função de proporcionar o tratamento dos sinais e sintomas da doença, promovendo uma visão global do contexto familiar e do ambiente, podendo assim intervir na prevenção de agravos (FIGUEIREDO; MEJIA, 2014).

Esta pesquisa possui relevância acadêmica pela escassez de estudos sobre a intervenção e benefícios da fisioterapia neurofuncional domiciliar no atendimento de pessoas acometidas por doenças neurológicas. Além disso, possui relevância social, tendo em vista que, as doenças do sistema nervoso podem deixar várias sequelas, comprometendo as AVDs

do indivíduo. Ademais, pesquisas nessa linha podem contribuir para o surgimento de novas informações úteis para o desenvolvimento de tratamentos fisioterapêuticos eficazes, em ambiente domiciliar ou ambulatorial, que visem atender as necessidades dessas pessoas.

Diante do exposto, a pesquisa teve por objetivo geral, analisar a funcionalidade em pacientes atendidos no estágio supervisionado em fisioterapia neurofuncional da Unifacisa, especificamente, traçar o perfil clínico dos participantes do estudo e averiguar se a fisioterapia possui relevância no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos.

METODOLOGIA

A Pesquisa foi do tipo transversal, exploratória, descritiva com abordagem quantitativa. Tendo como cenário para o seu desenvolvimento a Estratégia de Saúde da Família situada na Rua Maria de Araújo, S/N no Bairro Vila Cabral de Santa Terezinha. A população foi composta pelos pacientes cadastrados na secretaria de saúde da cidade de Campina Grande – PB. A amostra foi selecionada por acessibilidade e composta por pacientes adultos acometidos por patologias neurológicas, cadastrados na ESF da Vila Cabral de Santa Terezinha e do Itararé que realizam atendimento fisioterapêutico domiciliar e que atenderam aos critérios de inclusão.

Foram incluídos nesta pesquisa os pacientes com idade igual ou superior a 20 anos, de ambos os sexos, portadores de patologias e/ou sequelas neurológicas, que recebem assistência fisioterapêutica domiciliar através do estágio supervisionado em fisioterapia neurofuncional da Unifacisa, nos bairros Vila Cabral de Santa Terezinha e Itararé e que estavam cadastrados na ESF destes. Foram excluídos indivíduos que estivesse há mais de três semanas afastados da fisioterapia neurofuncional e que apresentaram alguma intercorrência clínica durante a coleta de dados.

Os dados foram coletados nos meses de março à abril de 2018, a partir de entrevista direta na residência dos participantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como instrumento para coleta de dados foi aplicado um questionário elaborado pelo pesquisador, contendo os dados pessoais, acadêmicos, sociais e clínicos do participante, o qual permitiu traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos mesmos. A análise da funcionalidade foi feita por meio da escala MIF que é utilizada para avaliação da independência funcional de indivíduos que apresentam doenças do SNC. A escala MIF foi

aplicada pelo pesquisador por meio de perguntas ao próprio paciente, e em casos de déficits cognitivos as perguntas eram respondidas pelo cuidador ou mesmo por meio da observação do desempenho do participante durante a realização de tarefas.

Os dados coletados foram organizados, armazenados e processados através de operações estatísticas descritivas para calcular frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio-padrão das variáveis, utilizando o programa Microsoft Office Excel versão 2010. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas. As variáveis numéricas foram dispostas por frequência relativa e absoluta, média e desvio padrão.

A pesquisa seguiu os aspectos éticos e legais propostos pela resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que aborda os aspectos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos, assim como pelo comitê de ética e pesquisa do CESED, por meio da CAAE 82628518.8.0000.5175.

DESENVOLVIMENTO

As doenças neurológicas têm uma grande incidência no Brasil e no mundo. De acordo com a OMS, essas doenças que incluem o Acidente Vascular Encefálico (AVC), o Traumatismo Raquimedular (TRM), a Atrofia Muscular Espinhal (AME), a Doença de Parkinson (DP), a Doença de Alzheimer (DA) e a Encefalopatia crônica Não progressiva da Infância (ECNPI), matam cerca de 6,8 milhões de pessoas por ano, o que equivale a 12 % das mortes globais (GAVIN et al., 2013).

As AVDs são definidas como tarefas cotidianas relacionadas à sobrevivência e ao autocuidado (DIAS et al., 2015). A Independência Funcional (IF) é conceituada como a capacidade do indivíduo de desempenhar suas AVDs. Esta pode estar comprometida ou, até mesmo, perdida em decorrência de alguns tipos de doenças (CURZEL; FORGIARINI JUNIOR; RIEDER, 2013).

A MIF é um instrumento de avaliação claro e exato, utilizado e aceito como medida de avaliação funcional internacionalmente. A escala MIF foi desenvolvida em 1980, sendo traduzida para o Brasil somente no ano 2000, para acompanhar pacientes em fase de reabilitação e vem sendo bastante utilizada por mostrar, através de uma pontuação fidedigna, a gravidade e o potencial de incapacidade do paciente. O instrumento objetiva avaliar quantitativamente o desempenho funcional do indivíduo por meio de um conjunto de 18 tarefas (MACEDO; MEJIA, 2014).

A MIF é um indicador importante da incapacidade, que pode sofrer modificações durante a reeducação/readaptação. As modificações mostradas pela MIF apontam os efeitos ou os resultados do programa de reabilitação. A escala tem o intuito de medir o que o paciente com incapacidade consegue fazer, e não aquilo que ele deveria em circunstâncias diferentes. A escala contém 7 (sete) níveis que retratam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência, e aponta a carga de cuidados. É importante ressaltar que este método de avaliação não apresenta nenhuma restrição e é aplicável em todos os casos (BENVEGNU et al., 2008).

A aplicação da escala apresenta diversas vantagens: proporcionar cuidados necessários ao paciente no plano de reabilitação e mudanças dos objetivos de acordo com a progressão da funcionalidade do paciente, de forma que a pessoa possa ser devolvida o mais breve possível para o meio social e familiar (MACEDO; MEJIA, 2014).

A escala analisa o desempenho do indivíduo em 18 tarefas, subdivididas em seis dimensões: autocuidado, locomoção, transferência, comunicação, controle dos esfíncteres e cognição social. Os itens (tarefas) podem receber pontuação de 1 a 7. O escore total da MIF é obtido a partir da soma dos escores de cada dimensão, podendo variar de 18 a 126 pontos. Os níveis de dependência são classificados de acordo com o escore total da MIF: 18: dependência completa; 19 a 60: dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas); 61 a 103: dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas); e 104 a 126: independência completa/modificada (ASSIS et al., 2015).

A fisioterapia possui o papel de manter e restituir o máximo de movimentação e capacidade funcional, oferecendo atendimento em casos nos quais o movimento e a funcionalidade estão comprometidos pelo envelhecimento, lesão, doença ou fatores ambientais. Assim, este profissional desempenha um papel essencial por promover o controle da sintomatologia, maximizar a autonomia dos pacientes e proporcionar educação e orientação aos cuidadores. A fisioterapia centra-se em aumentar a qualidade de vida e potencial de movimento dentro dos âmbitos de promoção, prevenção, intervenção e reabilitação (GIRÃO; ALVES, 2013).

Neste contexto, a FN se baseia nos conceitos neurofisiológicos, objetivando o reestabelecimento da funcionalidade do indivíduo o mais rápido possível e em qualquer fase da vida, promovendo manutenção ou melhora na capacidade de realização de suas AVDs, melhora da marcha, manutenção de equilíbrio e aumento de força muscular, com consequente

melhora na qualidade de vida do paciente e minimizando a evolução da doença (PESSOA; MEJIA, 2014; ARAÚJO et al., 2010).

Atualmente, o fisioterapeuta em formação aprende que tem capacidade para atuar nos diversos níveis de atenção à saúde. Na ABS atende junto a uma equipe multidisciplinar nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), procurando compreender e interferir nas estratégias que buscam a saúde da população, promovendo prioritariamente ações que objetivam qualidade de vida (ASSIS; SOUZA, 2017).

A inserção da fisioterapia na atenção básica não configura ainda uma realidade nacional, embora a atuação deste profissional na ESF tenha um papel relevante na promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de informações e orientações para AVDs, prevenção de deformidades e agravos, orientações posturais, cuidados com sequelas após alterações musculoesqueléticas, neuromusculares e cardiopulmonares quando a doença já se encontra instalada, além de promover a reintegração social do paciente conhecendo o contexto em que ele vive (MACHADO, 2013).

Em algumas situações o paciente não apresenta condições físicas ou sociais para se deslocar até a unidade onde possa receber atendimento. Nestes casos, é necessário que o fisioterapeuta se desloque até sua residência para oferecer o tratamento adequado. Este tipo de abordagem contribui para a adaptação do paciente ao seu ambiente familiar e domiciliar, bem como para adaptar o ambiente às necessidades do paciente e facilitar as atividades realizadas pelo cuidador. Tendo contato direto com o contexto familiar do indivíduo, o fisioterapeuta tem condições de avaliar as reais dificuldades e necessidades do paciente em seu ambiente e assim adequar sua terapia e seus objetivos buscando à melhor adaptação do paciente em seu ambiente (FIGUEIREDO; MEJIA, 2014; ASSIS; SOUZA, 2017).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por oito indivíduos de ambos os sexos. A idade dos participantes variou entre 20 e 81 anos, onde a idade média foi de $57,62 \pm 24,04$ anos. Dentre os indivíduos da pesquisa 62,5% (n=5) apresentaram idade igual ou superior a 60 anos, e o diagnóstico mais comum entre os pacientes dessa amostra foi o AVC e o Alzheimer (50%). Ambas são doenças com maior prevalência na população idosa. De acordo com Botelho et al., (2016) o AVC possui incidência maior em pessoas com idade superior a 65 anos, dobrando a

cada década após os 55 anos de idade. Ribeiro (2010) relata que a doença de Alzheimer afeta principalmente idosos e quanto maior a idade, maior a incidência da doença.

Dos participantes do estudo, 87,5% (n=7) possuíam renda de até um salário mínimo, o que pode indicar a dificuldade financeira para deslocamento até uma clínica ou outro tipo de unidade para receber atendimento fisioterapêutico. Segundo Assis e Souza (2017) existem situações em que as restrições financeiras impedem o deslocamento do paciente até um ponto de atendimento, sendo necessário que o fisioterapeuta se desloque até sua residência.

Quanto ao estado civil, apenas 37,5% (n=3) eram casados, porém, 62,5% (n=5) deles possuíam filhos (tabela 1), o que pode indicar uma perspectiva maior de cuidado. Segundo Santos e Borges (2015) no Brasil cerca de 90% dos cuidadores são membros da família, essa tarefa frequentemente é desenvolvida por filhos e cônjuges.

A MIF total média entre os participantes foi de $67,38 \pm 30,9$ o que aponta que os participantes necessitam de até 25% de assistência na realização das tarefas de vida diária. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Pompeu et al., (2010) que analisou a funcionalidade, através da MIF, de 93 indivíduos com déficits sensório-motores. O estudo também teve como diagnóstico mais frequente o AVC (63%) e a pontuação média da MIF foi de 65,81 configurando uma população semidependente.

Riberto et al., (2004) observou em seu estudo que a MIF motora em pacientes com lesões encefálicas e lesões altas da medula espinhal apresentam maior dependência funcional. A MIF máxima obtida na presente pesquisa foi de um indivíduo com DP, com escore total de 112, caracterizando como independência completa/modificada. Assemelhando-se aos valores obtidos por Quintella et al., (2013) em seu estudo onde 49% dos participantes com DP analisados apresentaram dependência modificada, necessitando de assistência de até 25% da tarefa, 38% apresentou independência completa e 13% apresentou dependência modificada, ou seja, necessitando de até 50% na realização das tarefas.

A MIF mínima obtida foi de um paciente com DA, apresentando um escore total de 18, caracterizando a patologia como a mais incapacitante deste estudo. De acordo com Santos e Borges (2015) a DA cursa com perda da independência e autonomia. Os indivíduos acometidos por essa patologia requerem uma maior demanda de cuidados à medida que a mesma progride. Os autores relatam que na fase grave há déficit na deglutição, incontinência urinária e fecal, prejuízo na marcha, podendo o indivíduo ficar completamente dependente.

A MIF motora média encontrada foi de $46,63 \pm 20,25$. A pontuação maior obtida na MIF motora foi no item controle das fezes com pontuação média de $5,13 \pm 2,42$ (tabela 5) e

50% (n=4) dos participantes apresentaram pontuação máxima 7, realizando de forma independente. Tais dados corroboram o estudo de Ferreira et al., (2012), no qual na MIF motora o controle das fezes obteve pontuação média de 6-7, mostrando que a maioria dos indivíduos realizam de forma totalmente independente.

O item locomoção escadas foi o que recebeu menor pontuação ($2,38 \pm 1,77$) em relação aos demais itens da MIF motora. Isso pode ser explicado por ser uma atividade mais complexa. O estudo de Riberto et al., (2001) obteve resultados parecidos no mesmo item, o que pode ser justificado pela maior dificuldade na realização da marcha e para subir e descer escadas apresentada por pacientes com patologias neurológicas.

Tabela 1- Pontuação por categoria da MIF motora alcançada pelos pacientes atendidos no estágio supervisionado em fisioterapia neurofuncional da UNIFACISA.

Domínio motor	Escores							Média/DP*
	7	6	5	4	3	2	1	
Alimentação	-	12,5%	37,5%	12,5%	-	12,5%	25%	3,63±2,00
Higiene Pessoal	-	25%	12,5%	25%	-	12,5%	25%	3,63±2,07
Banho	-	12,5%	-	25%	-	25%	37,5%	2,63±1,85
Vestir-se acima da cintura	-	12,5%	12,5%	25%	12,5%	12,5%	25%	3,25±1,83
Vestir-se abaixo da cintura	-	12,5%	-	25%	12,5%	25%	25%	2,88±1,73
Uso do vaso sanitário	-	25%	25%	25%	12,5%	-	12,5%	4,25±1,67
Controle da urina	50%	-	12,5%	-	25%	-	12,5%	5,00±2,39
Controle das fezes	50%	-	12,5%	12,5%	12,5%	-	12,5%	5,13±2,30
Transferência para a cama e cadeira	-	12,5%	12,5%	37,5%	-	12,5%	25%	3,38±1,85
Transferência para o vaso sanitário	-	12,5%	25%	25%	-	12,5%	25%	3,50±1,93
Transferência para o chuveiro	-	12,5%	12,5%	37,5%	-	12,5%	25%	3,38±1,85
Marcha/cadeira de rodas	-	12,5%	50%	12,5%	-	12,5%	12,5%	4,13±1,73
Escadas	-	12,5%	-	12,5%	-	37,5%	37,5%	2,38±1,77

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

*DP: Desvio Padrão.

A média da MIF cognitiva foi de $20,75 \pm 12,10$. A pontuação maior obtida na MIF cognitiva foi na categoria memória com pontuação média de $5,13 \pm 2,42$, seguida pela categoria interação social com pontuação média de $4,38 \pm 2,39$, o que pode indicar que os participantes possuem um maior comprometimento motor em relação ao cognitivo, por isso a necessidade

da abordagem fisioterapêutica. Resultados parecidos foram encontrados no trabalho de Ferreira et al., (2012) no qual os indivíduos obtiveram boas pontuações na MIF cognitiva, necessitando de pouca ou nenhuma ajuda de terceiros.

A pontuação mais baixa obtida na MIF cognitiva foi na categoria expressão verbal e não verbal (tabela 6) com pontuação média de $3,38 \pm 2,45$, o que pode ser explicado pelo fato da maioria das doenças neurológicas cursarem com disfasia e até afasia. De acordo com Ndamenapoy (2015) alterações da linguagem são comuns em pacientes acometidos por AVC. Wiberlinger (2015) afirma que entre as alterações clínicas da DP está a disfasia. Jacques et al., (2010) relata que além das alterações motoras podem ocorrer alterações da linguagem na ECNPI. Segundo Ximenes, Rico e Pedreira (2014) com a progressão da DA todas as funções cerebrais são afetadas, inclusive a linguagem.

Tabela 2 - Pontuação por categoria da MIF cognitiva alcançada pelos pacientes atendidos no estágio supervisionado em fisioterapia neurofuncional da UNIFACISA.

Domínio cognitivo			
Item	Média/DP*	Escore 7 (%)	Escore 1 (%)
Compreensão auditiva/visual	4,00±2,78	37,5%	25%
Expressão verbal/não verbal	3,38±2,45	12,5%	37,5%
Interação social	4,38±2,39	25%	12,5%
Resolução de problemas	3,88±2,70	25%	37,5%
Memória	5,13±2,42	50%	12,5%

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

MIF: Medida de Independência Funcional; *DP: Desvio Padrão.

A média total da MIF obtida nesta pesquisa pode indicar a relevância da fisioterapia domiciliar, demonstrando que apesar das doenças analisadas serem altamente incapacitantes, os indivíduos necessitam apenas de 25% de assistência. A fisioterapia tem um importante papel na reabilitação de pessoas acometidas por doenças neurológicas, promovendo a diminuição das limitações funcionais e incapacidades, além da promoção da saúde, tornando possível a melhora do quadro motor do paciente, além de orientar o paciente e seus cuidadores a fim de minimizar ou eliminar fatores de risco, sendo um promotor de qualidade de vida (QUINTELLA et al., 2013).

É importante ressaltar que a maioria das pessoas incluídas na pesquisa recebiam atendimento fisioterapêutico apenas umas vez na semana e para atingir resultados mais satisfatórios em relação à independência funcional, seriam necessários mais atendimentos por

semana. Não foram encontrados artigos semelhantes, trabalhando com pacientes acometidos por diferentes patologias neurológicas por isso não foi possível fazer comparações.

Neste estudo a utilização da MIF se mostrou de fácil reprodutibilidade e baixo custo, além de quantificar as reais limitações do paciente, permitindo uma melhor atuação da fisioterapia domiciliar, a partir de ajustes voltados para as necessidades individuais de cada participante, por meio da interpretação da escala.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados obtidos é possível observar que os indivíduos incluídos na pesquisa apresentaram dependência modificada, necessitando apenas de assistência parcial na realização das atividades de vida diária, mantendo um bom grau de funcionalidade. Isso demonstra a importância da fisioterapia neurofuncional domiciliar para a restauração e manutenção da capacidade funcional dos indivíduos acometidos por patologias neurológicas, tornando-os mais independentes em seus cuidados pessoais e nas AVDs, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida para esta população, assim como de seus cuidadores. Com base nestes resultados também se pode afirmar que a fisioterapia é parte fundamental na equipe de saúde da família sendo uma importante promotora de promoção da saúde.

No entanto, a fisioterapia ainda tem obstáculos a serem enfrentados. A inserção deste profissional na estratégia de saúde da família ainda não configura uma realidade no Brasil e a demanda de pacientes que necessitam de atendimento domiciliar e não tem condições de pagar um tratamento particular só aumenta.

É importante destacar que ainda há escassez de estudos voltados para avaliação da funcionalidade através da MIF com pacientes neurológicos, embora este seja um instrumento confiável e de fácil aplicação, traduzido e validado no Brasil há vários anos. Tal fato pode ser explicado pelo grande desafio de trabalhar com essa população. Sugere-se, portanto, a realização de mais estudos nessa linha, com uma amostra maior e mais homogênea, assim com estudos comparativos entre pacientes neurológicos que realizam e não realizam fisioterapia.

REFERÊNCIAS

ASSIS, C. S.; BATISTA L. C.; WOLOSKER, N.; ZERATI, A. E.; SILVA, R. C. G. Medida de independência funcional em pacientes com claudicação intermitente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 5, n. 49, p.756-761, 2015.

ASSIS, S. O.; SOUZA, L. C. Integração do fisioterapeuta junto a equipe multidisciplinar do programa de saúde da família: revisão bibliográfica. **Visão Universitária**, Cassilândia, v. 1, n. 1, p.1-14, 2017.

AVEIRO, M. C.; ACIOLE, G. G.; DRIUSSO, P.; OISHI, J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Carlos, v. 16, n. 1, p.1467-1478, 2011.

BENVEGNU, A. B.; GOMES, L. A.; SOUZA, C. T.; CUADROS, T. B. B.; PAVÃO, L. W.; ÁVILA, S. N. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p.71-77, jul./dez. 2008.

BOTELHO, T. S. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 361-377, 2016.

BRASIL. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-766705>>. Acesso em: 18 out. 2017.

CURZEL, J.; FORGIARINI JUNIOR, L. A.; RIEDER, M. M. Avaliação da independência funcional após alta da unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 93-98, 2013.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; COSTA, S. M. G.; SILVA, A. O.; MOREIRA, M. A. S. P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, jul./set. 2012.

FIGUEIREDO, R. M. S.; MEJIA, D. P. M. **Atuação do fisioterapeuta no paciente AVE no ambiente familiar**. 2014. 13 f. Monografia (Especialização) - Curso de Fisioterapia, Fasan, Goiânia, 2014. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/26/06_-_AtuaYYo_do_fisioterapeuta_no_paciente_AVE_no_ambiente_familiar.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

GAVIN, A. E. O.; OLIVEIRA, I. P. L.; COSTA, T. V.; OLIVEIRA, V. R.; MARTINS, A. L.; SILVA, A. M. A influência da avaliação fisioterapêutica na reabilitação neurológica. **Saúde em Foco**, v. 6, n. 5, p. 71-77, 2013. Disponível em: <

http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2013/influencia_a_valiacao.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

GIRÃO, M.; ALVES, S. Fisioterapia nos cuidados paliativos. **Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**, Lisboa, p. 34-41, v. 5, nov. 2013. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2014/746-1397055175.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

GOMES, M. M. A neurologia no Brasil: considerações geodemográficas. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 4, p.83-83, out./nov. 2014.

JACQUES, K. C. DRUMOND, N. R.; ANDRADE, S. A. F.; CHAVES JÚNIOR, I. P.; TOFFOL, W. C. Eficácia da hidroterapia em crianças com encefalopatia crônica não progressiva da infância: revisão sistemática. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 12010, p.53-61, 2010.

MACEDO, C.P.; MEJIA, D.P.M. **A utilização da medida de independência funcional (MIF) em pacientes com lesão medular no ambiente hospitalar**. 2014. 12 f. Monografia (Especialização) - Curso de Fisioterapia, Faculdade Sul Americana - FASAM, Goiânia, 2014. Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/26/02_-_A_utilizaYYo_da_medida_de_independYncia_funcional_MIF_em_pacientes_com_elsYo_medular_no_ambiente_hospitalar.pdf. Acesso em: 20 out. 2017.

MACHADO, J. D. **Benefícios da fisioterapia domiciliar no tratamento das alterações motoras e limitações funcionais de um paciente acamado com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE): Estudo de caso**. 2013. 75 f. Monografia (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Faculdade Tecsoma, Paracatu, 2013. Disponível em: <http://www.tecsoma.br/fisioterapia/tcc's/TCC%20Juliete.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

NDAMENAPOSY, A. M. **Funcionalidade nos pacientes com AVE com e sem programa de fisioterapia**. 2015. 19 f. Curso de Fisioterapia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015. Disponível em: < http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4991/1/PG_23876.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

PESSOA, G. K. S; MEJIA, D. P. M. **Avaliação Fisioterapêutica e Tratamento Neurofuncional: Revisão de Literatura**. 2014. 14 f. Monografia (Especialização) - Curso de Fisioterapia, Faculdade Ávila, Goiânia, 2014. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/31/49_-_AvaliaYYo_FisioterapYutica_e_Tratamento_Neurofuncional_RevisYo_de_Literatura.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.

POMPEU, S. M. A. A.; POMPEU, J. E.; MORAL, C. D.; YUMI, É. Perfil funcional dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia neurológica do Promove São Camilo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 218-224, 2010.

QUINTELLA, R. S.; WIBERLING, L. M.; OLIVEIRA, S. G. Qualidade de vida e funcionalidade na doença de Parkinson. **Revista brasileira de ciências do envelhecimento humano**, Passo Fundo, v. 10, n. 1, p. 104-112, jan./abr. 2013.

REED U. C. **Neurologia**: noções básicas sobre a especialidade – Curso de medicina, USP, São Paulo. Disponível em: <<http://www2.fm.usp.br/pdf/neurologia.pdf>>. Acesso em: 15 de set. de 2017.

RIBEIRO, C. F. **Doença de Alzheimer**: a principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares de cuidadores. 2010. 60 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3057.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JORGE FILHO, D.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 1, n. 8, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M. MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; SAKAMOTO, H.; NOVAZZI PINTO, P. P.; BATTISTELLA, L. R. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-6, 2004.

SANTOS, M. D.; BORGES, S. M. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 339-349, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232015000200339&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14154>.

SOUSA, A. C. S.; DUARTE, F. M.; MENDES, G. A. C.; RAMALHO, I. G.; NUNES, J. P. G. **Doenças do foro neurológico**. 20 f. Escola Básica Eugénio de Castro, 2010. Disponível em: <<http://www.escolaeugeniodecastro.pt/PDF/alunos/trabalhos/9C/Doencas-do-foro-neurologico.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2017.

XIMENES, M. A.; RICO, B. L. D.; PEDREIRA, R. Q. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 121-140, jun. 2014.

WIBERLINGER, L.M. **Fisioterapia em Geriatria**. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2015.