



**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS**

**Aline Márcio de Andrade
Allan Benedito Fiochi
Laila Luana Antoniassi**

**A IMPORTÂNCIA DAS ESCALAS VALIDADAS DE
AVALIAÇÃO PÓS-AVC.**

**FERNANDÓPOLIS
2023**

Aline Márcio de Andrade
Allan Benedito Fiochi
Laila Luana Antoniassi

A IMPORTÂNCIA DAS ESCALAS VALIDADAS DE AVALIAÇÃO PÓS-AVC.

Artigo científico apresentado à Banca Examinadora do Curso de Graduação em Fisioterapia da Fundação Educacional de Fernandópolis, como exigência parcial, para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a Luciana Marques Barros

A IMPORTÂNCIA DAS ESCALAS VALIDADAS DE AVALIAÇÃO PÓS-AVC.¹

Aline Marcio **ANDRADE**²

Laila Luana **ANTONIASSI**²

Allan Benedito **FIOCHI**²

Luciana Marques **BARROS**³

RESUMO: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma condição que ocorre quando há obstrução ou ruptura dos vasos sanguíneos que irrigam o encéfalo, resultando em déficits neurológicos. Configura-se como a principal causa de morte e de incapacidades no país. O artigo tem como objetivo compreender as escalas específicas validadas disponíveis para avaliação e condução do tratamento de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE). Para a realização do estudo, fez-se necessário uma revisão bibliográfica a respeito do tema AVE e as escalas específicas de avaliação neurológica. Foram selecionadas as três escalas mais evidenciadas na literatura, sendo *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)* uma escala padrão, validada, segura, que avalia de forma quantitativa a severidade e magnitude do déficit neurológico, Escala de Rankin modificada (ERm) que tem como objetivo avaliar o nível de incapacidade do paciente de forma global, especificamente seu nível de dependência funcional e a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), um instrumento multidimensional que avalia o desempenho da pessoa nos domínios motor e cognitivo/social nos aspectos: alimentação, higiene pessoal, banho, entre outros aspectos de atividade de vida diária. O estudo mostrou que a patologia, em diferentes indivíduos, não causará as mesmas repercussões funcionais, daí a necessidade de os profissionais envolvidos na reabilitação centrarem suas avaliações e intervenções no paciente, baseando-se na aplicabilidade das escalas como ferramenta essencial na condução do tratamento específico contribuindo para um melhor prognóstico e prevenção de complicações.

Palavras-chaves: AVE. Escalas de Avaliação Neurológica. Fisioterapia. Reabilitação.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) recentemente é a terminologia mais usada para denominar o que é popularmente conhecido como Acidente Vascular

¹ Artigo elaborado como requisito parcial para a conclusão do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Fernandópolis - FIFE, Fernandópolis-SP.

² Graduandos do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Fernandópolis - FIFE, Fernandópolis-SP.

³ Mestre, orientadora e professora do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Fernandópolis - FIFE, Fernandópolis-SP. E-mail: luciana@fef.edu.br

Cerebral (AVC). O uso frequente da sigla AVE tem se tornado mais comum, pois amplia o diagnóstico, englobando também os acidentes vasculares ocorridos no cérebro, tronco encefálico e cerebelo. É uma doença grave limitante e considerada uma das principais causas de morte e incapacidade na sociedade. Dessa forma, devido à gravidade desta doença, torna-se fundamental a sua compreensão e conhecimento a respeito de evidências científicas atualizadas (COSTA, 2020).

O AVC, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), é a segunda causa de morte, responsável por cerca de 11% dos óbitos no mundo. Estudos indicam que a cada ano 13,7 milhões de pessoas sofreram AVC ao redor do mundo, sendo cerca de 38.000 casos/dia, em que 1/3 deixa sobreviventes com incapacidade permanente e 1/3 são vítimas fatais (AGUIAR; AMORIM; MAGALHAES, 2014; DOS ANJOS et al., 2021).

Ao longo da história, houve mudanças na compreensão e diagnóstico do AVC, principalmente, porque antes de 1950, os estudos epidemiológicos de doenças cerebrovasculares eram realizados por meio de análises de atestados de óbito ou em séries clínicas hospitalares. Essa forma de análise trouxe problemas na acurácia do diagnóstico, ora designando o acidente vascular encefálico como a causa imediata do óbito, ora as doenças subjacentes como a causa do óbito (COSTA, 2020).

Em 1955, o Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Cegueira (NINDB- *National Institute of Neurological Disorders and Blindness*) e o Instituto Nacional de Saúde (NIH - *National Institute of Health*), ambas instituições americanas, estabeleceram um comitê para desenvolver critérios uniformes para a classificação e diagnóstico de AVC (SILVA; NASCIMENTO; BRITO, 2013).

No ano de 1958, esse Comitê publicou um primeiro Consenso (Comitê hoje do NINDB 1958), o qual foi revisado nos anos seguintes em 1975 e em 1990. A partir desse processo, do início da década de 1960, vários investigadores clínicos passaram a usar métodos epidemiológicos para relataram suas taxas de incidência e prevalência em populações bem definidas pela neurologia vascular (JUNIOR; NETO, 2015).

O AVC pode ocorrer de três formas, a primeira ocorre quando a interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, pela obstrução de uma artéria devido trombose ou embolia e é considerado de origem isquêmica, denominado de Acidente Vascular

Cerebral Isquêmico (AVCI), geralmente, ocorre em 80% dos casos. Observa-se a prevalência da artéria cerebral média ser a mais afetada. (MERITT, 2002; SILVA; NASCIMENTO; BRITO, 2013).

A segunda maneira de AVC ocorre quando há a ruptura de vasos sanguíneos cerebrais em qualquer ponto da cavidade craniana, como intraparenquimatosa ou subaracnóidea, chamada de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH). É responsável por 10% a 30% dos casos (MERITT, 2002).

Já terceira forma é o ataque isquêmico transitório (AIT), no qual ocorre sintomas neurológicos de origem isquêmica, porém a obstrução do vaso é temporária e os sintomas duram cerca de 24 horas, mas ele pode ser preditor de um AVCI (BRASIL, 2011; SILVA; NASCIMENTO; BRITO, 2013).

Os sintomas neurológicos geralmente permitem a diferenciação do tipo do acidente vascular. Acontecem comumente de maneira isolada ou combinada como a perda da visão, visão dupla, fraqueza ou perda sensitiva de um lado do corpo, disartria, alterações das funções cognitivas superiores (disfagia, desorientação espacial, distúrbio de memória), dificuldade de andar, cefaleia ou surdez unilateral, dor no ombro, depressão e até disfunções miccionais (MERITT, 2002).

Durante o AVC, é possível observar sinais e o mais frequente é a fraqueza e a dormência súbita que ocorre na face, braço e ou perna de um lado do corpo. Outros sintomas também podem estar presentes, como: confusão mental, dificuldade para falar ou entender o que está sendo dito, dificuldade durante a marcha, para engolir, alterações visuais, auditivas, tontura, perda do equilíbrio e da coordenação, dor de cabeça intensa, alteração cognitiva e perda da consciência (BRASIL, 2011).

A compreensão dos sinais clínicos que evidenciam o AVC é fundamental para identificá-lo de forma precoce e minimizar as sequelas. Os sinais podem se desenvolver a partir de distúrbios neurológicos focais ou globais, que duram 24 horas ou mais, e podem causar alterações cognitivas e sensório-motoras dependendo da extensão e área da lesão (CAMARGOS; DIAS DE JESUS; ALVARENGA DE ASSIS, 2019).

Os casos de AVC não fatais exigem ações de recuperação e reabilitação na qual a fisioterapia tem se dedicado durante anos. O que demonstra a gravidade do

acidente vascular cerebral e a urgência de ações de prevenção e promoção para evitar a ocorrência e recidiva dessa doença (DOS ANJOS et al., 2021).

A compreensão do quadro clínico que envolve os pacientes acometidos por AVC, por meio das diferentes fases, possibilita elucidar a complexidade desse processo. Explicita-se as fases do quadro clínico pós-AVC, como: as primeiras 24 horas (fase hiperaguda), 1 a 7 dias (fase agudo), 7 dias a 3 meses (subagudo precoce), 3 a 6 meses (subagudo tardio), e após 6 meses dos sintomas iniciais, classifica-se como a fase crônica (CAMARGOS; DIAS DE JESUS; ALVARENGA DE ASSIS, 2019; FREITAS et al., 2022).

As precauções na fase aguda do AVC são um dos primordiais pilares do tratamento, pois necessita ser iniciado no tempo certo e com a eficácia adequada a fim de impedir a morte do tecido cerebral. A assistência ao paciente com AVC deve ser ágil, sincronizada e eficiente com a participação da equipe multidisciplinar no atendimento (SILVA; NASCIMENTO; BRITO, 2013; LUCENA 2014; FREITAS et al., 2022).

Entre o 1º ao 7º dias, após os primeiros sintomas, observa-se a plasticidade, uma melhora funcional, aumentando ao longo do tempo (FREITAS et al., 2022). O gráfico abaixo demonstra as 5 fases do AVC e a repercussão do tecido cerebral quanto ao tempo.

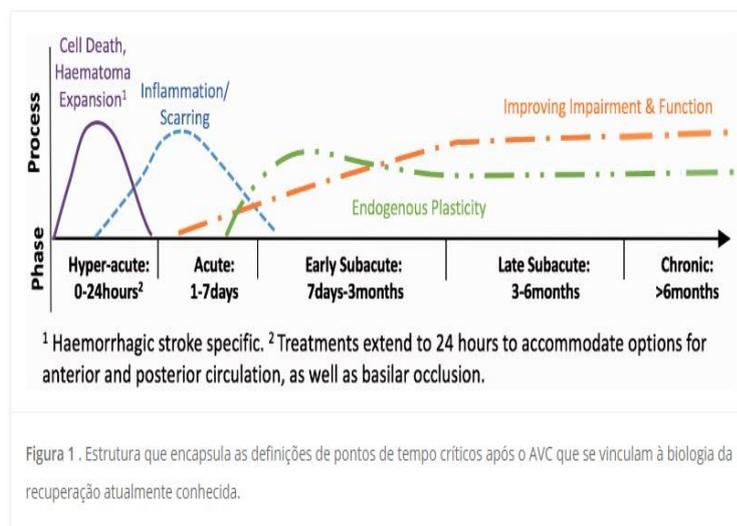


Figura 1 Cinco fases do AVC

Fonte: Bernhardt; Hayward e Cramer, 2017

De forma geral, os principais fatores de risco do AVCI podem ser categorizados em grupos de risco modificáveis, como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), tabagismo, dislipidemias, sedentarismo e fibrilação atrial. Em grupos de risco não modificáveis, a saber: idade avançada, sexo masculino, raça negra e hereditariedade e o gênero. Por fim, inclui-se o grupo de risco potencial como, por exemplo, o sedentarismo, a obesidade, e o alcoolismo (LUIZ, 2019).

O AVC tem grande prevalência em adultos e idosos. Sua incidência é maior após os 65 anos, dobrando a cada década, após os 55 anos de idade (GILES; ROTHWELL, 2008; PEREIRA et al., 2009).

A reabilitação do AVC difere, em muitas regiões do Brasil, de acordo com as condições socioeconômicas. Nos grandes centros urbanos, os pacientes com AVC são encaminhados para um centro de reabilitação especializado (Unidade AVC), aos cuidados semi-intensivos com equipe multidisciplinar especializada o que demonstrou benefícios significativos na evolução clínica do paciente, no entanto, na maior parte do país, os sobreviventes de AVC têm reduzidas oportunidades de iniciar ou continuar a reabilitação após a fase aguda, devido não ter centros especializados na região (FREITAS et al., 2022).

É fundamental afirmar que o AVE é uma patologia com incidência global alta e que é difícil traçar plano de tratamento devido as mais variadas sequelas motoras nos pacientes, que tornam indispensável o conhecimento de novas manobras e técnicas mais eficazes para o profissional de fisioterapia reabilitar esses indivíduos, de acordo com os distúrbios apresentados, além de prevenir futuras recidivas da doença (CRUZ; FILHO; COLAÇO, 2016; COSTA, 2020).

Ribeiro (2013) reforça tal ponto de vista, apontando que há inúmeras opções de tratamento, mas somente com uma avaliação detalhada é possível elaborar um plano de tratamento coerente e eficiente, nesse sentido, compreender as escalas são essenciais para o processo.

O desenvolvimento de tratamentos de AVC administrado na fase aguda de dano precoce e morte de células cerebrais que restauram a função normal, continua sendo uma meta a ser realizada em todos os domínios funcionais (DOS ANJOS, J. L. M. et al., 2021).

Dessa forma, o objetivo do estudo foi determinar a confiabilidade entre diferentes escalas durante a avaliação e conduta fisioterapêutica no paciente pós-Acidente vascular Encefálico-AVE ou Acidente vascular cerebral-AVC.

2 METODOLOGIA

O levantamento bibliográfico foi realizado a partir de livro, artigos científicos obtidos com banco de dados Scielo, Pubmed, Medline, Biblioteca Institucional online e física, em que foram elencados artigos publicados a partir de 2002 até 2023. Os descritores utilizados na pesquisa foram: fisioterapia, escalas de avaliação neurológica, AVC, AVE, reabilitação.

3 RESULTADO

Na prática clínica existem várias escalas neurológicas que são empregadas para avaliar novos tratamentos, acompanhar a evolução clínica e tomar decisões terapêuticas. Selecionamos as três escalas que possuem alta confiabilidade. Que é mensurado através da concordância entre resultados obtidos por diferentes examinadores em sua aplicação a um mesmo paciente (CANEDA et al., 2006).

A confiabilidade entre examinadores é obtida através do cálculo de coeficientes de concordância. Esses cálculos fornecem as dimensões de concordâncias que podem ocorrer ao acaso ou por real concordância entre examinadores. Os coeficientes mais utilizados são o Kappa (k) e Kappa Ponderado (kr) e o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) (CANEDA et al., 2006).

Nesse aspecto conhecer e analisar as especificidades de cada paciente é essencial para a tomada de decisão e para o planejamento de estratégias fisioterapêuticas adequadas. É necessário, portanto, que os profissionais estejam capacitados para o uso dessas ferramentas, bem como o desenvolvimento de políticas públicas que viabilize o tratamento adequado dos pacientes, além de garantir a integralidade da assistência, qualificar a reabilitação do serviço prestado pelos fisioterapeutas.

4 DISCUSSÃO

A atuação fisioterapêutica é essencial para identificar as funções prejudicadas e empregar protocolos de intervenções adequadas para cada tipo de alteração motora apresentada, nos quais é possível aplicar recursos terapêuticos manuais, aparelhos mecânicos e elétricos para inibição de padrões posturais, treino de marcha, melhora da propriocepção, alongamento e fortalecimento muscular (ARRAIS JÚNIOR; LIMA; SILVA; SILVA; NASCIMENTO; BRITO, 2016).

A utilização de protocolos e escalas padronizadas é essencial ao exercício profissional do fisioterapeuta, à medida em que guia sua prática, fortalece a autonomia profissional, com responsabilidade, e favorece a qualidade da assistência em reabilitação. Entretanto, apesar de sua inserção, cada vez mais estruturada e efetiva nos currículos da fisioterapia, é necessário incorporá-los na prática clínica (LUCENA, 2014).

A patologia em diferentes indivíduos não causará as mesmas repercussões funcionais, daí a necessidade de os profissionais envolvidos na reabilitação centrarem suas avaliações e intervenções no paciente, baseando-se na aplicabilidade das escalas como ferramentas essenciais para a condução do tratamento específico, contribuindo para um melhor prognóstico e prevenção de complicações.

Por isso, é importante ressaltar evidências científicas que fundamentem o processo de recuperação da saúde do indivíduo. Ressaltada por diversos autores, a escala de avaliação é um instrumento fundamental e que tem como objetivo avaliar os déficits neurológicos relacionados com o AVC. (SILVA; NASCIMENTO; BRITO, 2013; WANG, 2019)

A Escala de Rankin foi descrita na década 50 (1957), por J. Rankin, com o intuito de mensurar o grau de incapacidade e dependência nas atividades da vida diária em pacientes acometidos por AVC. Em 1988, ela foi modificada, pois na original não existia o 0 e foi adicionado o item 6. É um método simples e ágil para avaliar a condição do paciente e apresenta uma confiança de interavaliação substancial, o que indica uma confiabilidade clinicamente satisfatória (BRITO et al., 2013).

Maso et al. (2020) demonstra a importância da Escala Rankin Modificada (ERM) como parâmetro de pesquisa para outras escalas e como auxílio para e

tratamento do AVC. Galeão et al. (2021) utiliza a escala de Rankin como essencial nos protocolos de classificação, acompanhamento e tratamentos dos pacientes pós-AVCI, resultado de pesquisa realizada no hospital filantrópico em Salvador, Bahia.

Nessa escala, a pontuação proporciona a compreensão se os pacientes conseguem cuidar de si próprios em sua vida cotidiana, com níveis de evidências de confiabilidade e aplicabilidade clinicamente aceitáveis em pacientes na fase aguda do AVE e, corroborando com um estudo realizado por Wilson, que obteve um índice de confiabilidade de 0,45 (CANEDA et al., 2006).

Escala de Rankin Modificada - ERM

A escala possui graus que variam de 0 a 6; É realizada por meio de uma entrevista estruturada com base em um questionário previamente publicado na literatura e aplicada por um ou mais avaliadores. Ao aplicar a escala é importante perguntar item a item para avaliar o Grau de incapacidade e dependência que o paciente se encontra (BAGGIO, 2014).

Existem perguntas essenciais para avaliar a pessoa acometida pelo AVC, pois cada indagação tem a intenção de avaliar o grau de disfunção global.

As questões são baseadas nas atividades de vida diária (AVD) e por meio da resposta do paciente, gradua-se o nível de independência, como exemplo: “-Você está restrito ao leito?” Se o paciente responder que sim, observa-se um grau 5 da escala que indica a incapacidade grave. Não havendo necessidade de prosseguir a entrevista, pois a resposta da pergunta já embasa o grau de dependência.

Em outro questionamento: “-Você precisa de auxílio para caminhar?”. Se a resposta for sim, ela gradua 4 na escala.

E, “Alguém a auxilia para preparar suas refeições?”, caso seja sim, será graduado de 2 a 3 descritos na escala.

“-Tem auxílio ao realizar as compras para a casa?” Se sim, a graduação será de 2 a 3, segundo a ERM.

“-Houve redução/dificuldades para trabalhar?” Se a resposta for sim, gradua-se 2 da ERM.

“-Houve redução/dificuldades para cuidar de alguém ou ser cuidado?”. Caso seja sim, a graduação será de 0 a 1.

Enfim, a ERM tem a intenção de graduar as limitações do paciente, como: dificuldade de ler, falar, sensibilidade, engolir e a falta de equilíbrio (BAGGIO, 2014).

No 0 e 1º grau de comprometimento não existem sintomas, o paciente está 100% as AVDs. Pode é apresentar alguma incapacidade como, por exemplo, a dormência na mão.

No 2º grau, o paciente apresenta uma leve incapacidade e torna-se incapaz de realizar as atividades independentes.

No 3º grau, denomina-se Incapacidade moderada em que a pessoa “Ainda é capaz de caminhar com auxílio (pode usar bengala ou andador)”, exemplo: Depende de alguém para realizar as AVDs.

O 4º grau determina uma Incapacidade moderada a grave, depende de alguém para caminhar e “Avalia-se se é capaz de ficar alguns momentos sozinha(o), ficar algumas horas sentada ou se consegue pedir ajuda”.

Já o 5º grau, a Incapacidade é grave, totalmente dependente para realizar as tarefas.

Por último, o 6º grau - o óbito.

A ERM direciona as condutas fisioterapêuticas, assim ajudando nas metas funcionais estabelecidas no protocolo. Após 3 meses de tratamento, a Escala é aplicada novamente para avaliar o desfecho do tratamento proposto, dependendo da graduação constatada pelo avaliador, pode-se ter reajustes em sua conduta terapêutica.

Escala National Institutes of Health Stroke (NIHSS)

A escala do National Institutes of Health Stroke (NIHSS) é um instrumento muito utilizado por profissionais da saúde, para quantificar o déficit neurológico relacionado à patologia AVC, sendo uma das escalas mais utilizadas no gerenciamento da doença cerebrovascular (CANEDA et al., 2006; BRITO et al., 2013; COSTA, 2020).

Essa escala é considerada um dos itens essenciais dos protocolos utilizados nos Centros de Referência no Atendimento de urgência ao AVC. Em casos agudos do AVC, preconiza-se a utilização de escalas que mensurem os déficits neurológicos iniciais e auxiliem na indicação do tratamento adequado e, por fim, possibilitem o acompanhamento da evolução clínica neurológica e prognóstica do indivíduo (COSTA, 2020).

A NIHSS foi idealizada para pesquisa em estudos clínicos de AVC, para monitorar o estado do paciente e, assim, direcionar as condutas fisioterapêuticas com exame neurológico padronizado; avaliar a evolução clínica; demonstrar o indicador de qualidade em gestão e cuidados em AVC (COSTA, 2020).

Considerada uma escala simples, aplicável por médicos, fisioterapeutas e profissionais de saúde habilitados (para isso, toda a equipe envolvida no atendimento do paciente deve estar certificada para a aplicação dessa ferramenta de avaliação). Há evidência de confiabilidade clínica e aplicabilidade nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (FREITAS et al., 2022).

Ela direciona os fisioterapeutas para iniciar a mobilização e o tempo em que deverá ser feita no ambiente hospitalar. Deve ser aplicada na admissão do paciente e a cada hora (nas primeiras 6 horas) e a cada 6 horas (nas primeiras 18 horas).

A NIHSS deve ser realizada, uma vez ao dia, até o 10º dia de internação e na alta pelo profissional de saúde responsável pelo paciente e registrada em impresso próprio (CANEDA et al., 2006).

Essa escala possui um método de avaliação contendo 11 itens que são normalmente afetados pelo AVC, sendo eles: nível de consciência, desvio ocular, função motora e sensitiva dos membros e ataxia, com pontuações que variam em cada um. A soma dos pontos varia de 0 a 42, sendo que quanto maior a pontuação, pior o déficit. Sendo que menos de 5 pontos, demonstra um comprometimento leve, e mais que 25, comprometimento expressivo (BRITO et al., 2013; FREITAS et al., 2022).

É importante que durante a aplicação siga a ordem dos itens da escala e a atribuição da pontuação individual para cada um dos critérios (avaliar um item e anotar logo em seguida e não voltar no item já avaliado). Pontuar o que ele faz, não o que você acha que ele faz; recomenda-se não dar pistas e nem ajudar durante o processo.

A primeira resposta é a que vale, não se deve estimular. Ao final, realiza-se o somatório total.

A interpretação dependerá do valor total obtido no paciente avaliado. A pontuação total de 0 - 3, indica que provavelmente terão bons resultados clínicos no segmento. Se a for Pontuação total for entre 4-21, deve-se avaliar quanto à possibilidade de terapia fibrinolítica (medicamentos especializados em promover a lise da fibrina e a consequente dissolução do trombo). Mas, se a pontuação total for >22, deve-se avaliar, caso a caso, quanto à possibilidade de terapia fibrinolítica (principalmente, em pacientes com mais de 80 anos) – maior risco de sangramento (BRITO et al., 2013).

É fato que, quanto maior a pontuação, maior a gravidade da patologia AVC. Assim sendo, a pontuação < 5 = déficit leve, pontuação entre 5-17 = déficit moderado e pontuação acima de 22 = déficit grave. Essa escala também consegue avaliar a eficácia do trombolítico, quando existe a redução de 8 pontos (ou mais) na escala (CANEDA et al., 2006; BRITO et al., 2013; FREITAS et al., 2022).

A escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

A gravidade das sequelas de pessoas, que tiveram um AVC, vai depender do local e tamanho da lesão no sistema nervoso a qual determina o nível de comprometimento da independência Funcional nas atividades de vida Diária, como: alimentar-se, tomar banho, vestir-se, deambular, transferências de um local para outro. Entre as escalas que avaliam a funcionalidade de indivíduos com sequelas do AVC, A MIF fornece informações importantes para o processo de reabilitação. (ARAÚJO, ASSIS, BELCHIOR, 2017).

Cechetti; Stuaní e Paniz (2013) demonstra a escala MIF (Medida de Independência Funcional) como um dos instrumentos fundamentais para a avaliação de funcionalidade do paciente pós-AVC.

A MIF é uma escala que foi criada em 1984 e tem o objetivo de determinar o nível de incapacidade. Avalia os aspectos de autocuidado, capacidade de vestir a metade superior e inferior do corpo, higiene pessoal, banho, alimentação, controle dos esfíncteres (da urina e fezes), mobilidade, transferências para cadeira, leito e cadeira de rodas, locomoção, locomoção em escadas, comunicação, expressão, interação social, compreensão e cognição, como também resolução de problemas e memória. Quanto mais dependente for o indivíduo, menor é sua pontuação, ao contrário, aquele que é totalmente independente, alcança um escore de até 126 pontos. (SILVA; NASCIMENTO; BRITO, 2013).

Em cada categoria da escala MIF, o indivíduo recebe uma pontuação que varia entre 1 a 7. No escore 7 e 6, não é necessário a presença de outra pessoa como ajudante para a realização das atividades diárias, nas demais: 5,4,3,2 e 1, é necessário e ajudante.

A pontuação 7 corresponde a independência completa, é aquele que consegue realizar todas as atividades de vida diária sozinho e com segurança. Já com 6 – refere-se à independência modificada, o indivíduo faz suas atividades sem ajuda, porém necessita de algum dispositivo de auxílio, nesse caso, observa-se maior tempo para realizar as atividades ou risco de segurança. Com 5- Dependência Modificada Supervisionada, nesse item, o indivíduo precisa apenas da supervisão, sem contato físico de outra pessoa. Com 4- Ajuda Mínima, o sujeito realiza 75% das

atividades e necessita-se apenas do toque de outra pessoa. Com 3-Ajuda Moderada, ele consegue fazer de 50 % a 74% das atividades. 2-Dependência Máxima, precisa-se de grande auxílio para realizar as AVDS, o indivíduo faz menos de 50% e, por último, com 1-Dependência Total, realiza menos de 25% das atividades (RIBEIRO, 2013).

A escolha de uma escala adequada possibilita uma análise detalhada da incapacidade funcional e cognitiva, a fim de se estabelecer corretamente o tratamento, as finalidades e os objetivos individuais de cada paciente (LUCENA, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As escalas ERm, NHISS e MIF demonstram confiabilidade no processo de avaliação e tratamento fisioterapêutico, assim tornando a reabilitação do paciente acometido pelo AVE eficaz e com prognóstico definido.

Portanto a avaliação neurofuncional realizada por meio de instrumentos validados, permite uma investigação minuciosa do quadro clínico psicomotor, assim possibilitando traçar um plano de reabilitação adequado a cada situação funcional do paciente pós-AVE, com o objetivo de recuperar a capacidade motora máxima e a inserção do indivíduo em suas atividades sociais ou laborais.

THE IMPORTANCE OF VALIDATED POST-CVA ASSESSMENT SCALE.

ABSTRACT: Cerebral Vascular Accident (CVA) is a condition that occurs when there is obstruction or rupture of blood vessels that supply the brain, resulting in neurological deficits. It is the main cause of death and disability in the country. The article aims to understand the specific validated scales available for evaluating and conducting the treatment of patients affected by cerebrovascular accident (CVA). In order to carry out the study, a bibliographic review was carried out on the topic of stroke and specific neurological assessment scales. The three most evidenced scales in the literature were selected, the National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) being a standard, validated, safe scale that quantitatively assesses the severity and magnitude of the neurological deficit, the modified Rankin Scale (ERm) which has with the aim of assessing the patient's level of disability globally, specifically their level of functional dependence and the Functional Independence Measure Scale (FIM), a multidimensional instrument that assesses the person's performance in the motor and cognitive/social domains in the following aspects: eating, personal hygiene, bathing, among

other aspects of daily life activities. The study showed that the pathology, in different individuals, will not cause the same functional repercussions, hence the need for professionals involved in rehabilitation to focus their assessments and interventions on the patient, based on the applicability of the scales as an essential tool in conducting the specific treatment, contributing to a better prognosis and prevention of complications.

Keywords: AVE. Neurological Rating Scales. Physiotherapy. Rehabilitation.

6 REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.R.; AMORIM, R.L.O.; MAGALHAES, P.S.C. Acidente vascular cerebral: uma revisão. **Revista Brasileira de Neurologia**, v.50, n.2, p.7-18, 2014. Disponível em: <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/download/168/107>. Acesso em: 03 mar. 2023.

ARAÚJO, L. S.; ASSIS, S. C.; BELCHIOR, A. C. S. Avaliação da funcionalidade de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral por meio da escala MIF. **Fisioterapia Brasil**, v.19(5Supl):S208-S217, 2018. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2624>. Acesso em: 01 mar. 2023.

ARRAIS JÚNIOR, S. L.; LIMA, A. M.; SILVA, T. G. Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico. **R. Interd**, v. 9, n. 3, p. 179-184, jul. ago. set. 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6772018>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BAGGIO, J.A et al. Validação de uma entrevista estruturada para avaliação telefônica da escala modificada de Rankin em pacientes brasileiros com AVC." **Cerebrovasc Dis**. v.38, n.4, p.297-301, 2014. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000367646> PubMed PMID: 25412853. Acesso em: 10 mar. 2023.

BERNHARDT, J.; HAYWARD, K.; CRAMER, S. Definições acordadas e uma visão compartilhada para novos padrões na pesquisa de recuperação de AVC: força-tarefa da mesa redonda de recuperação e reabilitação de AVC. **International Journal of Stroke**, v.12, n.5, p. 444-450, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1747493017711816>. Acesso em: 10 mar. 2023.

BOTELHO, T.S. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em Saúde**. v.16, n.2, p.361-377, 2016. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16221.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRITO, R. G. et al. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. **Rev Neurocienc**; v.21, n.4, p.593-599, 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/download/8145/5677/35224>. Acesso em: 03 mar. 2023.

CAMARGOS, S. DIAS DE JESUS, B.; ALVARENGA DE ASSIS, C. S.; Acidente vascular encefálico: Tratamento através a restrição e indução do movimento: Utilização da terapia de restrição e indução do movimento na reabilitação das complicações motoras nas atividades de vida diária de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. **Revista Científica da Unifenas**, v.1, n.3, out/dez 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-553149>. Acesso em: 10 mar. 2023.

CANEDA, M.A.G. et al. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. **Arq Neuropsiquiatr**; v.64(3-A), p.690-7, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2006000400034>. Acesso em: 02 mar. 2023.

CECHETTI, F.; STUANI, P.; PANIZ, R. Acidente vascular cerebral e sua correlação com escalas de funcionalidade. **Fisioterapia Brasil**, v.14, n.1 - janeiro/fevereiro de 2013. Disponível em: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/download/372/657/1783>. Acesso em: 12 mar. 2023.

COSTA, G.D. **Protocolo acidente vascular cerebral isquêmicos (AVCI)**. Hcor- Associação Beneficiente 1-45. 2020. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/4.Protocolo-AVC.pdf>. Acesso em: 23 fev.2023.

CRUZ, B. M. S; FILHO, R. H. G. M.; COLAÇO, M. A. X. P. Reabilitação fisioterápica de pacientes com sequelas motoras de acidente vascular cerebral isquêmico: uma revisão bibliográfica. **Revista Inspirar**, v. 10, n. 3, p. 28-36, 2016. Disponível em: <https://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2016/11/4-artigo.pdf>. Acesso em 20/05/2023.

DIMAS, S.I.P. **Análise biomecânica da marcha em pacientes com AVC**. 2021.149p. Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa, 2021. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/115384>. Acesso em 25 fev. 2023.

DOS ANJOS, J. L. M. et al. Mobilização precoce pós acidente vascular cerebral na fase aguda: revisão integrativa. **Revista Neurociências**, v.29, p.1-18. 2021.

Disponível em:

<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/download/11225/8390/47557>. Acesso em 25 fev. 2023.

FREITAS, L.F. et al. Simultaneous mixed phenotype and neuroimaging of progressive upranuclear palsy, progressive ataxia and palatal tremor: two different faces of tauopathies. **Arq Neuropsiquiatr**, v.80, n.6, p. 656-657, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2021-0442>. Page 657; Fiure 1. Acesso em: 12 mar. 2023.

GALEÃO, T. S. et al. **Avaliação de protocolo de acidente vascular cerebral isquêmico em Hospital Filantrópico em Salvador-Bahia** UNEB-CAMPUS 94-108, 2021. Gestão do Trabalho, Educação e Saúde: desafios agudos e crônicos - v.2. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210203005.pdf> Acesso em: 03 abr.2023.

GILES, M.F.; ROTHWELL, P.M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**, v.30, p.205-6, 2008. Disponível em:https://web.archive.org/web/20190502145318id_/https://www.karger.com/Article/Pdf/126913. Acesso em: 10- mar. 2023.

IWABE C; DIAZ, M; BARUDY, D.P. Análise cinemática da marcha em indivíduos com acidente vascular encefálico. **Rev Neurocienc**; v.16, n.4, p.292-6, 2008. Disponível em:<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8618>. Acesso em: 26 fev. 2023.

JUNIOR, W.M.; NETO, O. M. **Neurologia vascular: tópicos avançados**. São Paulo: Atheneu. 289p 2015. Série psiquiatria, neurologia e psicologia médica. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6772018.pdf>. Acesso em: 14 maio 2023.

LIMA, F.O.; LEV, M.H.; GOLDENBERG, F.D. Diagnóstico do acidente vascular cerebral. **Revista de Medicina**, v.90, n.3, p.220-228, 2011. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023423/432-1341-2-rv.pdf>. Acesso em: 14 maio 2023.

LUCENA, R. S. **Protocolo de atendimento da fisioterapia em pacientes com diagnóstico de AVC**: avaliação externa por especialistas. 2014. 69p. Dissertação (Mestrado em Avaliação) - Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://mestrado.cesgranrio.org.br/pdf/dissertacoes2014/17%20de%20fevereiro%202014%20Dissertacao%20Rosana%20Lucena%20_Turma%202012.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

LUIZ, J. M. **Caracterização do estado de saúde e funcionalidade de indivíduos pós-acidente vascular encefálico residentes no município de Araranguá – SC.** 2019. 155p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/214496/PGCR0018-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 fev.2023.

MASO, I. et al. Confiabilidade e validade concorrente da escala de mobilidade hospitalar em pacientes após acidente vascular cerebral. **Rev Pesqui Fisioter**, v.10, n.3, p.505-511. 2020. Disponível em doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i3.3199. Acesso em: 27 abr. 2023.

MERRIT, H.H. **Tratado de neurologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEREIRA, A.B.C.N.G. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.1929-1936, set, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/cRPzFKbQyCpzDGnTRtsjxYj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2023.

POLESE, J.C. et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev Neurocienc** v.16, n.3, p.175-8, 2008. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8628>. Acesso em: 27 fev. 2023.

PONTES-NETO, O.M. et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. **Arq Neuropsiquiatria**, v. 67, n. 3, p. 940-950, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/anp/a/sNj83tBtWcfYVZ79fcP9xhj/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2023.

PONTES-NETO, O.M. et al. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. **Stroke**. v. 39, p. 292-296. 2008. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18162624/>. Acesso em: 27 fev. 2023.

RIBEIRO, P.W. **Correlação entre a escala internacional de acidente vascular cerebral do Instituto Nacional de saúde (NIHSS) e a penetração laríngea e aspiração laringotraqueal no acidente vascular cerebral isquêmico.** 2013. 59p. Dissertação. (Mestre em Bases Gerais da Cirurgia, Área de Agressão, Reparação, Regeneração e Transplantes de Tecidos e Órgãos,) - Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2013. Disponível em <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108547/000753127.pdf;sequence=1>. Acesso em: 02 abr. 2023.

ROCHA, S. I. M. **Doença cerebrovascular isquêmica aguda**: avaliação de protocolo de trombólise. 2008, 112p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade da Beira do Interior, Covilhã, 2008. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/850>. Acesso em: 02 mar. 2023.

SILVA, D.C.S.; NASCIMENTO, C.F.; BRITO, L.S. Efeitos da mobilização precoce nas complicações clínicas pós-avc: revisão da literatura. **Rev Neurocienc.** v.21, n.4, p.620-7, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4181/RNC.2013.21.891.8>. Acesso em: 02 mar. 2023.

WANG, Y. Escala de Rankin modificada como preditor de prognóstico e decisão de tratamento em pacientes com AVC isquêmico agudo submetidos a trombólise intravenosa. **BMC Neurology**, v.19, n.1, p.33., 2019. Disponível em: doi: 10.1186/s12883-019-1261-9. Acesso em: 02 mar. 2023.