

FISIOTERAPIA EM GRUPO NA REABILITAÇÃO DE INDIVÍDUOS PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Group Physiotherapy in Stroke Rehabilitation

Gabriela Conterno RODRIGUES¹
Daiane MAZZOLA²

RESUMO

Introdução: A Fisioterapia é considerada protagonista na reabilitação de indivíduos pós AVE, prevenindo a progressão de sequelas e reduzindo as limitações funcionais. Por estes pacientes necessitarem de reabilitação por períodos prolongados, uma opção terapêutica que vem se mostrando eficiente é o atendimento fisioterapêutico em grupo, pois além de minimizar os déficits na assistência à saúde, contemplando um número maior de pacientes e, conseqüentemente, diminuindo filas de espera nos serviços de reabilitação pública, o mesmo potencializa as capacidades dos indivíduos, autonomia, além do incentivo à prática coletiva, melhorando aspectos psicossociais. **Objetivo:** Avaliar a influência do tratamento fisioterapêutico em grupo sob funcionalidade, condicionamento cardiorrespiratório, velocidade de marcha, equilíbrio e qualidade de vida de indivíduos pós AVE. **Metodologia:** Foram realizados 38 atendimentos em grupo, com avaliações pré e pós tratamento através da Medida de Independência Funcional (MIF), do Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M), do *Timed Up and Go* (TUG) e da Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE). **Resultados:** Seis indivíduos participaram do estudo, 4 homens e 2 mulheres, com idade média $55 \pm 21,04$ anos. Na MIF, a média inicial do grupo foi de $120,67 \pm 3,44$ para um escore médio de $123,83 \pm 2,31$ pontos, no TC6M a média inicial foi de $335,97 \pm 48,73$ evoluindo para $413,63 \pm 63,63$ metros, a média de tempo do grupo no TUG pré-tratamento foi de $13,87 \pm 1,88$ passando para $11,44 \pm 2,70$ segundos, e no EQVE-AVE a média inicial do grupo foi de $193,50 \pm 22,82$ para média de $213 \pm 25,58$ pontos. **Conclusão:** Conclui-se que a Fisioterapia realizada em grupo consegue beneficiar positivamente os aspectos estudados.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico, Fisioterapia, reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Physiotherapy is considered to have a leading role in rehabilitating post-stroke individuals, preventing sequels progression and reducing functional limitations. As these patients require rehabilitation for prolonged periods, a therapeutical option that has been shown to be efficient is group physiotherapeutic care, seeing that in addition to minimizing deficits in

¹ Graduanda do curso de Fisioterapia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen.

² Fisioterapeuta, Professora Doutora do curso de Fisioterapia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen.

healthcare, contemplating more patients and, consequently, decreasing queues in public rehabilitation services, it also potentializes individuals' capacities and autonomy, encouraging collective practice, improving psychosocial aspects. **Object:** Evaluate group physiotherapeutic care's influence on functionality, cardiorespiratory conditioning, walking speed, balance and quality of life of post-stroke individuals. **Methodology:** Thirty eight group visits were done, evaluating pre and post care through Functional Independence Measure (FIM), Six-minute Walk Test (6MWT), Timed up and Go (TUG) and Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL) measurements. **Results:** Six individuals took part of the study, 4 men e 2 women, with mean age of $55\pm 21,04$ years. In FIM, the group initial average was of $120,67\pm 3,44$ to an average score of $123,83\pm 2,31$ points, in 6MWT starting average was $335,97\pm 48,73$ growing to $413,63\pm 63,63$ meters, the group initial time average on pre-care TUG was $13,87\pm 1,88$ moving to $11,44\pm 2,70$ seconds, and in SSQOL the group starting average went from $193,50\pm 22,82$ to $213\pm 25,58$ points. **Conclusion:** It may be concluded that group Physiotherapy can positively benefit the studied aspects.

Key words: Stroke, Physiotherapy, rehabilitation.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença cerebrovascular, causada pela súbita interrupção no fluxo sanguíneo encefálico (seja de origem hemorrágica ou isquêmica), resultando em lesões neste tecido e consequentes danos às funções neurológicas, entretanto, a gravidade de suas sequelas varia de acordo com o local e extensão da lesão, porém, déficits motores, tais como hemiplegia ou hemiparesia, e sensoriais são majoritariamente encontrados nessa população, levando a diminuição de suas atividades e descondicionamento físico (MENEGETTI et al, 2012; O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010). No Brasil, o AVE tornou-se a principal causa de morte, sendo responsável por 32% das mortes por doenças do aparelho circulatório, com incidência de 81,7 a 180 casos por 100 mil habitantes (REGENGA, 2017). Segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, 70% dos acometidos não retornam ao trabalho devido às sequelas da doença e 50% ficam dependentes em suas atividades de vida diária (AVD). (SBDC, 2018). Por estes motivos, o AVE tornou-se um problema de saúde pública, com grandes consequências econômicas e sociais para o país (CARVALHO et al., 2014).

Mesmo sendo uma doença de alto risco e prevalência, o AVE é potencialmente prevenível, visto que seus fatores de risco, tais como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), hipercolesterolemia, tabagismo e sedentarismo, podem ser prevenidos e/ou eliminados com mudanças de hábitos de vida (RIBEIRO et al., 2018). Nesse sentido, a Fisioterapia através de exercícios busca a prevenção da recorrência da doença, pois exerce influência direta na melhora/redução destes fatores de risco (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2003), além de buscar um maior grau de independência pós evento pela reabilitação (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010, STOKES, 2000).

A Fisioterapia convencional é a primeira escolha para reabilitação das sequelas do AVE, porém, a necessidade de longos períodos de tratamento e acompanhamento acabam deixando o paciente desmotivado e cansado, assim, outras técnicas vêm sendo propostas para melhorar a aceitação da terapia, uma delas é a realização da Fisioterapia em grupo. Este meio de atendimento busca não só minimizar os déficits na assistência à saúde pública, contemplando um número maior de pacientes e diminuindo filas de espera nos serviços de reabilitação, como também proporciona aos participantes aumento da capacidade motora e cognitiva esperados do tratamento fisioterapêutico em conjunto com o incentivo a prática coletiva, assim melhorando aspectos

psicossociais. Além disso, através da presença de parceiros nas sessões, há maior adesão ao tratamento como também traz ao indivíduo uma visão mais ampla das sequelas e fatores de risco da doença (CARVALHO et al, 2007). O objetivo do estudo foi verificar se há influência positiva da Fisioterapia realizada em grupo para indivíduos pós AVE, sob variáveis de funcionalidade, condicionamento cardiorrespiratório, velocidade de marcha, equilíbrio e qualidade de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados foram coletados através do projeto de extensão intitulado ‘Saúde e movimento após o AVE’ da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen (URI/FW), que tem como objetivo oferecer a população com sequelas do AVE encontros semanais em grupo, que contemplavam a educação para os fatores de risco com rodas de conversa com esclarecimentos sobre a doença e sobre formas de adaptação às sequelas, além do tratamento fisioterápico para a recuperação do condicionamento físico e da funcionalidade destes indivíduos.

Os atendimentos eram realizados duas vezes na semana na Clínica Escola de Fisioterapia da URI/FW, tendo como critérios de elegibilidade indivíduos pós AVE capazes de deambular de modo independente, com ou sem o auxílio de dispositivos auxiliares. Foram excluídos os indivíduos que demonstraram déficits de cognição que os impediam de compreender as avaliações e atividades propostas. O tratamento tinha a duração de 60 minutos, divididos em 4 etapas:

- 1) Aquecimento com duração de 5-10, com atividades de marcha estacionária, bicicleta estacionária ou caminhadas com intensidade moderada;
- 2) Dez minutos com exercícios de equilíbrio e coordenação, com circuito de atividades onde o participante ultrapassava obstáculos durante as fases da marcha, atividades de equilíbrio uni/bipodal na cama elástica, arremesso de bola, marcha em diversas direções (frente, costas e de lado) e exercícios para aumento da ADM;
- 3) 30 minutos de exercícios para fortalecimento da musculatura de membros superiores, inferiores e tronco, com o uso de halteres, caneleiras, bastões, faixas elásticas ou bolas;
- 4) Volta a calma com duração de 10 minutos com alongamento globais ativos ou ativo/assistidos.

A intensidade das atividades respeitava as dificuldades individuais de cada participante e sempre que necessário eram feitas adaptações para melhor desempenho dos indivíduos.

Durante o projeto, os indivíduos passaram por duas avaliações, a primeira ocorreu antes do início do tratamento e a segunda avaliação ao final de 38 sessões. As avaliações investigaram os níveis de qualidade de vida (QV), funcionalidade, condicionamento cardiorrespiratório e equilíbrio, buscando identificar se o atendimento fisioterapêutico em grupo foi capaz de alterar positivamente esses desfechos.

Para avaliação da QV foi utilizado o Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE), onde avalia 12 domínios, sendo eles: energia, papéis familiares, linguagem mobilidade, humor, personalidade, autocuidados, papéis sociais, memória/concentração, função da extremidade superior, visão e trabalho/produtividade. Para cada pergunta é dada uma pontuação que varia de ajuda total, a qual é dada a pontuação 1, à nenhuma ajuda necessária, a qual é dada a pontuação 5. O escore varia de 245 a 49 pontos, onde menores resultados indicam uma maior dependência e dificuldade para realização de atividades (LIMA et al., 2008).

A avaliação da funcionalidade foi realizada através da Medida de Independência Funcional (MIF) onde é mensurado o potencial funcional do indivíduo nas atividades relacionadas ao

autocuidado, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social. O principal objetivo da MIF é avaliar de forma quantitativa a necessidade de ajuda, ou seja, os cuidados que o paciente necessita para realizar suas tarefas motoras e cognitivas das AVD. Cada questão avaliada recebe uma nota que varia de 1, quando necessita de ajuda total a 7, independência total, assim variando a pontuação total de 18 a 126 pontos (RIBERTO et al., 2004).

O condicionamento cardiorrespiratório foi avaliado através do Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M), o qual é amplamente utilizado na prática clínica por ser um método não invasivo, de baixo custo e de fácil execução (MCGAVIN et al., 1978). Os indivíduos caminham por um corredor com comprimento de 30 metros durante 6 minutos, percorrendo a maior distância possível, caminhando de forma sustentada, sem correr (STEELE, 1996).

O equilíbrio foi avaliado pelo teste *Timed Up and Go* (TUG). O teste consiste em sair de uma posição sentada, com encosto, levantar-se e andar por três metros, dar meia volta e voltar a posição inicial (em sedestação novamente), mensurando o tempo gasto para realização da tarefa (PODSIADLO; RICHARDSON, 1991).

A análise estatística dos dados foi realizada de forma descritiva simples, por meio de médias e desvios padrão, através do programa Microsoft Excel versão 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do projeto 06 indivíduos acometidos por AVE, quatro do sexo masculino e dois do feminino, com idade média $55 \pm 21,04$ anos. O tempo médio de lesão foi de $17,61 \pm 17,92$ meses, com todos sendo acometidos pelo tipo isquêmico. Quanto ao lado motor acometido, 04 tiveram comprometimento no lado direito, 01 do lado esquerdo e 01 em ambos.

Qualidade de vida

A QV foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995). Nesse sentido, pacientes pós AVE apresentam declínio da QV em decorrência das incapacidades geradas pela doença, como a impossibilidade de retorno ao trabalho, diminuição da participação social, bem como prejuízos cognitivos dentre outras comorbidades. A avaliação da QV mostra-se fundamental para uma melhor compreensão do impacto da doença na vida do indivíduo, favorecendo a criação de estratégias que minimizem esses efeitos (SCALZO et al. 2010; MOREIRA et al., 2015).

O resultado médio inicial do grupo no questionário EQVE-AVE foi de $193,80 \pm 22,82$ pontos, e o escore final passou para média de $215,11 \pm 25,58$ pontos. A Tabela 1 apresenta os valores médios e desvios padrão (DP) dos domínios da escala, obtidos nas médias das respostas dos avaliados pré e pós-tratamento.

Tabela 1- EQVE-AVE pré e pós intervenção fisioterapêutica.

Domínios	Escore máximo do domínio	Pré		Pós	
		Média	DP	Média	DP
Energia	15	9,33	4,59	12,33	3,72
Papeis familiares	15	11,83	3,12	13,16	1,16
Linguagem	25	20,66	6,02	21,66	5,28

Mobilidade	30	22,50	8,14	25,83	2,31
Humor	25	21,16	4,30	23,33	3,61
Personalidade	15	12,16	3,76	12,66	3,14
Autocuidado	25	23,33	3,61	24,50	0,54
Papeis sociais	25	19,16	5,49	20,33	5,16
Memória/concentração	15	11,16	4,07	12,16	6,33
Função extremidade Superior	25	17	3,57	21,83	2,48
Visão	15	13,50	3,20	14,66	1,03
Trabalho/produktividade	15	12,00	2,19	12,66	1,63

Observou-se déficits na QV dos participantes, pois em nenhum domínio no EQVE-AVE obteve escore máximo, porém, houve aumento em todos domínios avaliados, mostrando a efetividade da terapia em grupo na melhora da QV de pacientes pós AVE. Analisando questões relacionadas a interação social existente na terapia em grupo, domínios como energia, papéis familiares, linguagem, humor, personalidade, papéis sociais e trabalho/produktividade obtiveram aumento do escore médio, demonstrando que a terapia em grupo pode realmente evoluir aspectos psicossociais de pacientes.

Ainda, o resultado do teste demonstra grande aumento da função da extremidade superior, demonstrando ganhos funcionais dos participantes, visto que as AVD, tais como tomar banho, pentear-se, alimentar-se, higiene pessoal entre outras, envolver os membros superiores.

Funcionalidade

Segundo a OMS, a funcionalidade é o termo global para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, indicando os aspectos positivos entre a interação entre um indivíduo com uma condição de saúde e seus fatores contextuais, sejam eles ambientais ou pessoais (FARIAS; BUCHALLA, 2005). As sequelas impostas pelo AVE causam impacto negativo na funcionalidade destes pacientes, tornando a doença a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental. (ANDRÉ, 2006). Ainda, 40% dos pacientes pós-AVE ficam dependentes de terceiros para a realização de suas atividades diárias. (NUNES; PEREIRA; SILVA, 2005).

A média inicial do grupo na MIF foi de $120,67 \pm 3,44$ pontos e na reavaliação dos indivíduos o escore médio passou para $123,83 \pm 2,31$ pontos. Resultados individuais da avaliação pré e pós-tratamento estão expressos na Tabela 2.

Tabela 2 – Variação dos escores da MIF entre a avaliação pré e pós-tratamento

Participantes	MIF total pré-tratamento	MIF total pós- tratamento
Participante 1	117	122
Participante 2	122	125
Participante 3	116	120
Participante 4	121	125
Participante 5	124	125
Participante 6	124	126

De acordo com a variação do escore total da MIF entre as avaliações pré e pós-tratamento, notou-se que todos os participantes obtiveram um aumento na pontuação ao término da terapia em

grupo, mantendo/melhorando sua independência completa/modificada de forma significativa.

A Tabela 3 ilustra valores das médias e desvios padrão obtidos em cada domínio e dimensão da MIF, no pré e pós-tratamento, separados em aspectos motores e cognitivos. Os resultados apontam que a terapia em grupo se mostrou benéfica, aumentando a média geral da funcionalidade do grupo nos domínios motor e cognitivo, como também em todas as dimensões da MIF.

Tabela 3 - Médias e desvios padrão dos domínios e dimensões da MIF, pré e pós-tratamento

Domínios e Dimensões da MIF	Escore máximo do Domínio e Dimensão	Pré	Pós
		Média/DP	Média/DP
MIF Motora	91	87,33 ± 1,86	89,33 ± 1,86
Cuidados pessoais	42	40,16 ± 1,47	41,66 ± 0,51
Controle dos esfíncteres	14	13,16 ± 1,60	13,33 ± 1,21
Transferência	21	21,00 ± 00	21,00 ± 00
Locomoção	14	13,00 ± 0,63	13,33 ± 1,21
MIF Cognitiva	35	33,83 ± 1,60	34,50 ± 0,83
Comunicação	14	13,83 ± 0,40	14,00 ± 00
Cognição social	21	20,00 ± 1,26	20,50 ± 0,83

Analisando a progressão tarefa por tarefa na MIF (Tabela 4), todas tiveram acréscimo no seu escore final, ou se mantiveram com pontuação máxima. Os itens ‘alimentação’, ‘banho’, ‘vestir acima da cintura’, ‘uso do vaso sanitário’, ‘controle de fezes’, ‘transferências de cadeira, sanitário e chuveiro’, ‘andar’, ‘compreensão’, ‘expressão’, ‘interação social’ e ‘resolução de problemas’ foram classificados como INDEPENDÊNCIA COMPLETA pelos participantes pós-terapia. Demonstrando diminuição nas limitações impostas pelas sequelas do AVE na execução de AVD, refletindo assim no aumento da funcionalidade dos mesmos e consequente aumento na QV.

Tabela 4 - Comparação dos valores médios de cada tarefa na MIF, pré e pós-tratamento

Tarefa	Média±DP pré-tratamento	Média±DP pós- tratamento
Alimentação	6,8±0,40	7±0
Autocuidado	6,5±0,54	6,8±0,40
Banho	6,6±0,51	7±0
Vestir acima da cintura	6,6±0,51	7±0
Vestir abaixo da cintura	6,5±0,51	6,8±0,40
Uso do vaso sanitário	7±0	7±0
Controle da urina	6,1±1,60	6,3±1,21
Controle das fezes	7±0	7±0
Transf. para cama e cadeira	6,8±0,40	7±0
Transf. para o sanitário	6,8±0,40	7±0
Transf. para o chuveiro	6,8±0,40	7±0

Andar	6,8±0,40	7±0
Subir e descer escadas	6,1±0,40	6,3±1,21
Compreensão	7±0	7±0
Expressão	6,8±0	7±0
Interação social	7±0	7±0
Resolução de problemas	6,66±0,51	7±0
Memória	6,3±1,21	6,5±083

A evolução em diversos aspectos da funcionalidade dos participantes corrobora com o estudo realizado por Amaral-Felipe e colaboradores (2016), que também encontrou resultados positivos quanto a funcionalidade após 36 sessões de Fisioterapia em grupo.

Equilíbrio

A hemiparesia/plegia não só afeta a marcha e a sua velocidade, como também gera déficits no equilíbrio, predispondo estes indivíduos a quedas e restrições de mobilidade (PAVAN et al., 2010). O teste TUG é muito utilizado avaliação do equilíbrio pois envolve manobras funcionais como levantar-se, caminhar, dar uma volta e sentar-se. Por meio deste teste ainda é possível risco de queda dos participantes, classificando-os em três grupos (GUIMARÃES et al., 2004):

- 1) menos de 10 segundos: baixo risco de quedas;
- 2) 10 a 20 segundos: médio risco de quedas;
- 3) acima de 20 segundos: alto risco de quedas.

O teste TUG tem apresentado A média de tempo do grupo no TUG pré-tratamento foi de 13,87±1,88 segundos, e após as sessões de terapia em grupo, passou para a média de 11,44±2,70 segundos para realização da tarefa. Analisando os resultados de maneira individual (Tabela 5), todos os participantes antes da terapia eram classificados como ‘médio risco de quedas’.

Tabela 5- Resultados no teste TUG, em segundos.

Participantes	TUG	
	pré-tratamento	pós-tratamento
Participante 1	16,98	15,74
Participante 2	11,48	9,82
Participante 3	14,75	11,41
Participante 4	12,80	8,54
Participante 5	13,99	9,70
Participante 6	13,22	13,44

Através dos resultados do teste, pode-se comprovar que há risco de quedas em pacientes pós-AVE, como demonstrou os números iniciais. Porém, após o tratamento realizado, observa-se um maior nível de mobilidade e uma menor propensão a quedas na maioria do grupo, demonstrando efetividade nas atividades propostas durante a terapia.

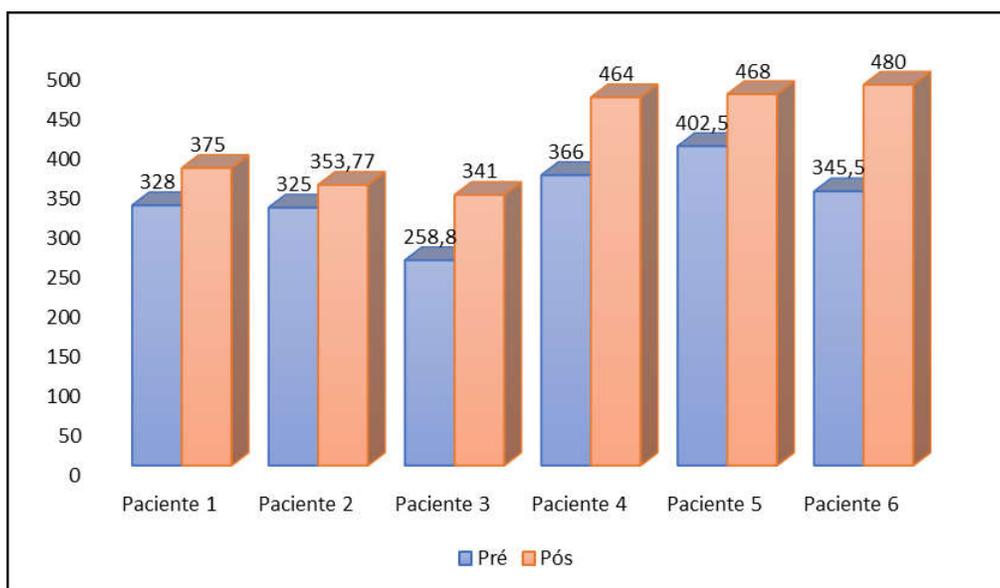
Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Carvalho e colaboradores (2007) e Giriko e colaboradores (2010), onde a terapia em grupo para pacientes hemiplégicos e hemiparéticos também obteve aumento nos índices de equilíbrio no instrumento usado para

avaliação.

Condicionamento cardiorrespiratório

Quando aplicado inicialmente, a distância média percorrida pelo grupo foi de 335,97±48,73 metros. No pós-tratamento, a distância média passou para 413,63±63,63 metros, acrescentando 77,66 metros ao total. A Figura 1 demonstra resultados individuais no pré e pós teste.

Figura 1 - Variação de distâncias pré e pós-tratamento no TC6M, em metros.



Observou-se que todos os participantes obtiveram aumento na distância percorrida ao final do teste, demonstrando melhora em seu condicionamento cardiorrespiratório.

Ainda, com o resultado do teste de caminhada, é possível mensurar a velocidade média de marcha dos indivíduos através da equação entre distância total percorrida dividida pelo tempo total de execução do teste ($V = \Delta s / \Delta t$), expressa em metros por segundo (m/s). Após o término das 38 sessões de terapia em grupo, nota-se que todos os participantes obtiveram um acréscimo no resultado da velocidade média de marcha. A Tabela 6 demonstra os resultados individuais dos participantes.

Tabela 6 – Variação da velocidade média no TC6M, em m/s.

Participantes	Velocidade média pré-tratamento	Velocidade média pós-tratamento
Participante 1	0,91	1,04
Participante 2	0,87	0,98
Participante 3	0,72	0,95
Participante 4	1,02	1,29
Participante 5	1,12	1,30
Participante 6	0,96	1,33

Sabe-se que pacientes pós AVE apresentam grande descondicionamento comparados com indivíduos sem déficits funcionais da mesma idade. (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2003). Este fato está relacionado principalmente com a hemiparesia, que leva à um gasto energético aumentado durante a marcha e outras atividades de vida diária, levando a redução de atividades físicas, predispondo-os à um padrão de vida sedentário, desenvolvimento de doenças cardiovasculares e aumento de peso, possibilitando a reincidência da doença (GONÇALVES et al., 2016; REGENGA, 2017)

A deambulação é de extrema importância para independência funcional de pacientes neurológicos e deve ser estimulada, pois uma marcha realizada de forma independente retira o indivíduo do isolamento e permite a sua reinserção na família, na sociedade e principalmente em si mesmo (TURBULL et al., 1995; CARVALHO, 2007). A velocidade de marcha também é considerada um parâmetro para desempenho da deambulação bem como sucesso do programa de reabilitação em pacientes com hemiparesia pós AVE (WITTE; CARLSSON, 1997).

Os resultados de ambos testes que avaliaram o condicionamento dos participantes demonstraram influência positiva da terapia em grupo, proporcionando não só uma maior distância percorrida pelo paciente no TC6M, como também um aumento da velocidade ao fazê-lo, assim tornando-os mais independentes para suas AVD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AVE é uma doença que prejudica primariamente a força muscular, sensibilidade e tônus muscular, sendo que estes fatores levam à déficits no condicionamento cardiorrespiratório, comprometimento da funcionalidade e da qualidade de vida dos indivíduos acometidos, nesse sentido, muitos estudos já demonstraram importância da Fisioterapia como forma de tratamento para estes indivíduos. Ainda, o AVE trata-se de um problema de saúde pública que gera elevados custos aos serviços de saúde, por esse motivo a Fisioterapia realizada em grupo busca minimizar filas de espera nesses serviços contemplando um número maior de pacientes.

A proposta deste projeto mostrou relevância, uma vez que os participantes tiveram melhora na maioria dos itens avaliados. A prática de exercício em grupo supervisionada proporcionou ganho na velocidade de marcha conquistada com maior equilíbrio, e aumento do condicionamento cardiorrespiratório, importante para realizar atividades diárias com menor fadiga.

Todos estes fatores são importantes para tornar o paciente mais independente e mais motivado a participar de atividades sociais. Assim, estes resultados refletiram na melhora da funcionalidade e da qualidade de vida apresentada pelo grupo.

Os resultados obtidos no projeto demonstram que esse modelo de Fisioterapia em grupo é uma opção terapêutica eficaz que pode amenizar complicações impostas pelo AVE e auxiliar na integração dos indivíduos na comunidade. Além de auxiliar a serviços de reabilitação na rotatividade dos pacientes atendidos, diminuído a fila de espera, uma vez que pacientes crônicos permanecem por longos períodos de tempo sendo acompanhados pelos profissionais da saúde.

REFERENCIAS

- AMARAL-FELIPE, K. M. et al. Fisioterapia em grupo melhora o equilíbrio e a funcionalidade de indivíduos com hemiparesia. **ConScientiae Saúde**, v. 15, n. 3, p. 385-391, 2016.
- ANDRÉ, Charles. **Manual do AVC**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- CARVALHO, A.C. et al. Projeto Hemiplegia – Um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos. **Arquivos de Ciência da Saúde**, v. 14, n. 3, p. 161-168, jul. 2007.

- CARVALHO, M. I. F. et al. Acidente Vascular Cerebral: Dados clínicos e epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do sertão nordestino brasileiro. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, 2014.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005.
- GIRIKO, C.H. et al. Capacidade funcional de hemiparéticos crônicos submetidos a um programa de fisioterapia em grupo. **Fisioterapia e Pesquisa**, p. 214-219, 2010.
- GONÇALVES, R.L. et al. Condicionamento aeróbio em pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Profisio - Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória**, Porto Alegre, v. 2, p. 53-92, 2016.
- GUIMARÃES, L.H.C.T. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista Neurociências**, v.12, n.2, p. 68-72, abr. 2004.
- MCGAVIN, C.R. et al. Dyspnea, disability and distance walked: comparison of estimates of exercise performance in respiratory disease. **British Medical Journal**, v. 2, n. 6132, p. 241 - 243, 1978.
- MENEGHETTI, C.H.Z. et al. A influência da Fisioterapia Aquática na função e equilíbrio no Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 2, n. 3, p. 410-414, fev. 2012.
- MOREIRA, N. R. T. L. et al. Qualidade de vida em indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc**, v. 23, n. 4, p. 530-537, 2015.
- NUNES, S.; PEREIRA, C.; SILVA, M.G. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. **EssFisiOnline**, 2005
- O'SULLIVAN, S.B.; SCHMITZ, T.S. **Fisioterapia:Avaliação e Tratamento**. 5. ed.Barueri:Manole, 2010.
- PAVAN, Karina et al. Reabilitação vestibular em pacientes neurológicos. **Med. reabil**, p. 31-36, 2010.
- PODSIADLO, D.; RICHARDSON, S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American geriatrics Society**, v. 39, n. 2, p. 142-148, 1991.
- REGENDA, M. M. **FisioterapiaemCardiologia**: da unidade de terapia intensiva à reabilitação. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Roca, 2012.
- RIBEIRO, Í.J. S. et al. Determinants of Stroke in Brazil: A Cross-Sectional Multivariate Approach from the National Health Survey. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 27, n. 6, p. 1616-1623, 2018.
- RIBERTO, M. et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.
- SBDC.Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. **Acidente Vascular Cerebral**. Disponível em: <http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp> Acesso em: 15 de maio de 2018.
- SCALZO, P. L. et al. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 139-44, 2010.
- TEIXEIRA-SALMELA, L.F. et al. Musculação e condicionamento aeróbio na performance funcional de hemiplégicos crônicos. **Acta Fisiátrica**, v. 10, n. 2, p. 54-60, 2003.
- TURNBULL, G. I.; CHARTERIS, J.; WALL, J. C. A comparison of the range of walking speeds between normal and hemiplegic subjects. **Scandinavian journal of rehabilitation medicine**, v. 27, n. 3, p. 175-182, 1995.
- WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- WITTE, U.S.; CARLSSON, J.Y. Self-selected walking speed in patients with hemiparesis after stroke. **Scandinavian journal of rehabilitation medicine**, v. 29, n. 3, p. 161-165, 1997.