FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

JOMAYRA DE BARROS OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA CIDADE DE PATOS.

PATOS - PB
2012

JOMAYRA DE BARROS OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA CIDADE DE PATOS.

Trabalho apresentado à Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso da Fundação Francisco Mascarenhas das Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção de diploma de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientador: Profª. Ms.Rosineide Fernandes da Silva

PATOS - PB
2012

JOMAYRA DE BARROS OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA CIDADE DE PATOS

Aprovado em: _____/_____/_____

_____

PROFª. MSª. ROSINEIDE FERNANDES DA SILVA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(ORIENTADORA)

_____

PROFª. Drª. GIANE DANTAS DE MACÊDO
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(1° MEMBRO)

_____

PROFº. ESP. EVERSON VAGNER DE LUCENA SANTOS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(2° MEMBRO)

E assim depois de muito esperar, decidir triunfar. Decidi não esperar as oportunidades e sim eu mesma buscá-las, ver cada problema como uma oportunidade de encontrar uma solução. Descobri que meu único rival não era mais que minhas próprias limitações e que enfrenta-las era a única e melhor forma de superá-las. Aprendi que a vitória sobre nós mesmos é muito mais difícil. Ela requer mais coragem, disciplina e decisão. Se você não conseguir agora na primeira vez tente de novo. O simples fato de tentar de novo já será sua primeira vitória.

Autor Desconhecido

Dedico este projeto de graduação ***in memórian*** a minha avó (**Sebastiana**) que em todo e qualquer momento da minha vida esteve ao meu lado. Guiou-me pelos caminhos corretos, no entanto, nem sempre os mais fáceis de percorrer e esteve do meu lado nos momentos em que fiz as escolhas que me trouxeram ao dia de hoje.

Eterno, será minha gratidão

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus,** porque ele ouve a minha voz e as minhas súplicas, porque inclinou para mim os seus ouvidos e me deu força sempre. Firme está o meu coração ó Deus, invocá-lo-ei eternamente, porque bem aventurado aquele que teme ao senhor e anda nos seus caminhos.

A minha mãe **Verônica,** ela é a outra parte da minha vida, a base de tudo, o motivo da minha existência, tudo devo a você e agradeço por enfrentar comigo todas as dificuldades e desafios, e por acreditar na minha capacidade de concluir o curso. Muitíssimo OBRIGADA.

Aos meus irmãos **José Nilson**, **Josemary** e **Josycleide**. Simplesmente por existirem. Agradeço a Deus por vocês fazerem parte da minha vida, sou feliz em tê-los.

Ao meu namorado **Diego Martins,** que apesar da sua ausência esteve acompanhando de alguma forma a minha carreira quando acadêmica. Sou feliz por você fazer parte da minha vida. Amo-Te

Ao meu irmão **Josekleber** (**in memorian),** que infelizmente não está, mais entre nós, para celebrar essa vitória, mas não deixa de existir no meu coração. Essa conquista dedico a você meu irmão.

A minha cunhada **Maria José** e ao meu padrinho **Ademauro,** com certeza foram duas pessoas fundamentais para a realização dessa conquista. OBRIGADA

A minha amiga irmã em especial **Daniele** pelo companheirismo e fidelidade da sua amizade. Obrigada por poder contar sempre com você. Sua amizade é fundamental para mim.

A minha ilustre orientadora **Rosineide Fernandes**, pela paciência, atenção, carinho, e pelas críticas, que me ajudaram a crescer. Obrigada por gastar seu precioso tempo e pelo apoio incondicional, não tenho como agradecer pelo que fizesse por mim, mas tenho fé que Deus lhe compensará tudo que foi feito para que chegasse a este dia. Saiba que não foi apenas uma simples orientadora, foi mais que isso, foi uma mãe. OBRIGADA.

Ao professor **Everson Vagner de Lucena Santos**, quero agradecer não somente pelas dicas, pelo apoio e monografias solicitadas, por suas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho, mas também quero agradecer pela amizade que foi construída ao longo de dois anos, a qual nunca será esquecida. Receba meu, muitíssimo obrigada.

Aos meus amigos, **Claudecira**, **Ivanilda, Leonardo, Lurdinha** e **Francisco Dantas,** pela atenção, carinho e acima de tudo respeito, por estarem sempre comigo em todos os momentos durante nossa carreira acadêmica, por transmitir alegria e confiança. São amigos que vou levar para vida inteira.

Aos Integrantes da banca examinadora **Everson Vagner** e **Giane Dantas**, pelos comentários e sugestões apresentadas com o objetivo de valorizar o trabalho.

Aos **pacientes da Clínica Escola de Fisioterapia** que dispuseram de tempo para colaborar com a minha pesquisa.

A todos os **professores em especial, Célio, Geraldo, Iviane, Paloma, Sebastião, Samara, Tatiane, Vagner, Mayara, Rodrigo, Wellington** que tive ao longo da minha jornada, os quais contribuíram para a minha formação.

Aos meus colegas **Camila, Karla e Jovelynna,** que compartilharam comigo ao longo desta vida acadêmica, em minhas conquistas e perdas.

A todos os meus **colegas de sala**, que juntamente comigo enfrentaram momentos difíceis.

Emfim. Agradeço a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para que esta nova etapa da minha vida fosse realizada, que é ser **FISIOTERAPEUTA.**

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido como um episódio de início rápido e abrupto, de origem vascular, que se reflete por uma perturbação focal ou generalizada da função encefálica. Esta pesquisa objetivou avaliar o nível de independência funcional e da qualidade de vida em indivíduos sequelados de AVE, em tratamento fisioterápico. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, clínico, com abordagem descritiva, desenvolvida em uma instituição de fisioterapia no município de Patos-PB. A amostra foi constituída de 10 indivíduos, com idade de 28 a 82 anos de ambos os gêneros. Os instrumentos para a avaliação consistiram de duas escalas. A MIF (Medida de Independência Funcional) e a SF-36 (questionário de qualidade de vida). A análise deu-se através de programa estatístico SPSS versão 17.0, para analisar as variáveis sócias demográficas, demonstrado através de tabelas e quartis, também para a análise dos dados utilizou-se o recurso da estatística descritiva (média desvio padrão e percentual).. Os resultados quanto á capacidade funcional mostraram que apenas 10%, 1 caso apresentou dependência completa, 50%, 5 casos, dependência modificada com assistência de até 25%, e 40% 4 casos apresentaram independência completa, sendo os principais níveis de dependência: transferência com uma média de 53, locomoção com 45-49 sendo que, em relação ao controle de esfíncteres foi de 55-64 e na comunicação de 37-57. Em relação á qualidade de vida (QV) evidenciou-se que o aspecto físico/funcional foi o mais comprometido, com média (zero) e capacidade funcional média de 11,5 seguida de aspectos emocionais (16,6) da população estudada. Conclui-se que estes indivíduos possuem comprometimento da capacidade funcional, e consequentemente a QV está prejudicada. Desse modo, avaliar a QV e a funcionalidade desses pacientes, acometidos de AVE possibilitou conhecer melhor esses pacientes, além do mais, tais informações são extremamente importantes, no reconhecimento usual de padrões da doença, nos vestígios da causa e no inicio de programas de prevenção e controle.

Palavras – chaves: Acidente Vascular Encefálico**,** Capacidade Funcional**,** Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The Vascular Accident (CVA) is defined as an episode of rapid onset and abrupt, of vascular origin, which is reflected by a focal or generalized disturbance of brain function. This study aimed to assess the level of functional independence and quality of life of patients with sequelae of stroke in physical therapy. This is a quantitative, cross-sectional, randomized, descriptive approach, developed at an institution of physiotherapy in the city of Patos-PB. The sample consisted of 10 individuals, aged 28-82 years in both genders. The instruments for the evaluation consisted of two scales. The FIM (Functional Independence Measure) and SF-36 (quality of life questionnaire). The analysis was made by the statistical program SPSS version 17.0 to analyze the demographic variables members, shown in tables and quartiles, also for the analysis of data is the use of descriptive statistics (mean and standard deviation percentage) .. The results as to the functional capacity showed that only 10%, one case showed complete dependence, 50%, 5 cases, modified dependence with the assistance of up to 25%, 40% and 4 patients had complete independence, the main dependency levels: transfer with an average of 53, walking to 45-49 and, in relation to sphincter control was 55-64 and 37-57 in the communication. In relation to quality of life (QOL) showed that the physical / functional were the most affected, with a mean (zero) and functional capacity averaged 11.5 points followed by emotional (16.6) of the studied population. We conclude that these individuals have impairment of functional capacity and consequently the QV is impaired. Thus, to assess QOL and functionality of these patients suffering from stroke has helped understand better these patients, moreover, such information is extremely important in recognizing unusual patterns of disease, the causes and traces of early prevention programs andcontrol.

Keywords: Stroke, Functional Capacity, Quality of Life.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição da amostra com média e desvio padrão das idades dos participantes segundo características Sócio-demográficas..... 30
TABELA 2 Características sócio-demográficas dos pacientes com AVE da clínica escola de fisioterapia..... 31
TABELA 3 Classificação da pontuação transformada em escores de 0 a 100, obtidas através do questionário SF-36..... 32
TABELA 4 Média e desvio padrão do total de paciente relativo aos domínios de qualidade de vida..... 33
TABELA 5 Distribuição quanto à média e desvio padrão da dimensão de autocuidado da MIF..... 40
TABELA 6 Distribuição quanto a média e desvio padrão da dimensão de controle de esfíncter da MIF..... 41
TABELA 7 Distribuição quanto à média e desvio padrão de mobilidade da MIF..... 42
TABELA 8 Distribuição quanto a média e desvio padrão da locomoção da MIF..... 43
TABELA 9 Distribuição quanto a média e desvio padrão da dimensão cognição social da MIF..... 43
TABELA 10 Distribuição quanto a média e desvio padrão da dimensão comunicação da escala MIF..... 44
TABELA 11 Classificação do nível e independência dos pacientes com AVE por meio os subescores da MIF..... 45
TABELA 12 Pontuação total a média dos domínios motores e cognitivos da MIF..... 46

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1	Quartis domínio capacidade funcional.....	34
ILUSTRAÇÃO 2	Quartis limitação por aspectos físicos.....	35
ILUSTRAÇÃO 3	Quartis domínio dor.....	35
ILUSTRAÇÃO 4	Quartis domínio estado geral da saúde.....	36
ILUSTRAÇÃO 5	Quartis domínio vitalidade.....	36
ILUSTRAÇÃO 6	Quartis domínio aspecto sociais.....	37
ILUSTRAÇÃO 7	Quartis domínio aspectos emocionais.....	38
ILUSTRAÇÃO 8	Quartis domínio saúde mental.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS

AIVD's – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AIT – Ataque Isquémico Transitorio.

AIT's – Ataques Isquêmicos Transitórios

EUA – Estados Unidos da América

AVD's – Atividades de vida diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

AVEi – Acidente Vascular Encefálico Isquêmico

AVEh – Acidente vascular Encefálico Hemorrágico

CF – Capacidade Funcional

DM – Diabete Mellitus

DCV – Doença Cérebro Vascular

EIT – Episódio Isquêmico Transitório

EEF – Estimulação Elétrica Funcional

FNP – Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIP – Hemorragia Intraparenquimatosa

HSA - Hemorragia Subaracnóidea

MIF – Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PM – Prática Mental

QV – Qualidade de Vida

RNM – Ressonância Nuclear Magnética

SF-36 – Short-Form-36

SNC – Sistema Nervoso Central

TC – Tomografia Computadorizada

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO..... 14
1.1OBJETIVOS..... 17
OBJETIVO GERAL..... 17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 18
3 METODOLOGIA..... 26
3.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO..... 26
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM..... 26
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO..... 26
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS..... 27
3.5 ROCEDIMENTOÉTICO..... 27
3.6 ANÁLISES DE DADOS..... 27
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS..... 28
3.8 ANÁLISE DE DADOS..... 29
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 30
4.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA AMOSTRA..... 31
4.2 ASPECTOS DA QV DO PACIENTE COM AVE ANALISADOS ATRAVÉS DA SF-36..... 32
4.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO PACIENTE COM AVE DE ACORDO COM A ESCALA MIF..... 39
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 47
REFERÊNCIAS..... 48
APÊNDICES..... 56
APÊNDICE A: Questionário Sócio-Demográfico..... 57
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 58
APÊNDICE C: Termo de Compromisso do Pesquisador..... 59
ANEXOS..... 60
ANEXO A: Termo de Autorização Institucional..... 61
ANEXO B: Escala de medida de independência Funcional (MIF)..... 62
ANEXO C: Questionário de Qualidade de Vida SF-36..... 63

ANEXO D: Pontuação do Questionário SF-36..... 66
ANEXO E: Certidão do Comitê de Ética..... 68

1 INTRODUÇÃO

O termo Acidente Vascular Encefálico (AVE) é designado como um quadro neurológico de origem vascular, caracterizado pelo rápido desenvolvimento de sinais e sintomas clínicos, decorrentes de alterações focais ou globais da função cerebral com duração maior que 24 horas (SHUSTER et al., 2009).

Segundo Radanovic (2000), o AVE pode ser classificado como: hemorrágico (AVEh) e/ou isquêmico (AVEi). O AVEh, é compreendido por hemorragias subaracnóideas (HSA), em geral, decorrentes da ruptura de aneurismas saculares congênitos localizados nas artérias do polígono de Willis e a hemorragia intraparenquimatosa (HIP), ou seja, do tecido cerebral, cujo mecanismo causal é a degeneração hialina das artérias do parênquima cerebral, cuja principal associação é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). O AVE isquêmico (AVEi), é resultante de déficit neurológico devido a insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral, que pode ser temporário, chamado episódio isquêmico transitório (EIT) ou permanente.

O surgimento do AVE depende de vários fatores de risco, como a HAS, doenças cardíacas, Diabete mellitus, níveis altos de colesterol, obesidade, alto consumo de álcool, cocaína, fumo e anticoncepcionais orais, o que também podem favorecer o seu aparecimento (POLESE et al., 2008).

A incidência do AVE ainda é muito elevada e aumenta drasticamente com a idade, dobrando a cada década após os 55 anos. Em homens brancos, com idade entre 65 e 74 anos, a incidência é de aproximadamente 14,4 por mil e entre os 75 e 84 anos de idade ou mais, a incidência quase dobra, podendo chegar a 27 casos por mil habitantes. Vinte e oito por cento dos casos de AVE ocorrem em pessoas com menos de 65 anos. A prevalência desta doença é em média 19% maior em homens, em comparação com as mulheres. Em relação aos brancos e os afro-americanos, nestes, o risco é duas a três vezes maior de sofrer um AVE isquêmico, numa probabilidade 2,5 vezes maior de morte (O'SULLIVAN et al., 2004).

Sabe-se que, sendo o cérebro o órgão que comanda o controle e modulação das funções corpóreas, quando este é acometido pode gerar sérias alterações, dentre elas, o AVE, que constitui a terceira causa de óbito no mundo. Seus déficits neurológicos variam conforme a localização, a qualidade da perfusão e a existência de circulação colateral (OVANDO et al., 2011).

Os danos cerebrais causados por um episódio de AVE podem deixar déficits neurológicos, difíceis de serem restaurados, tornando as pessoas acometidas inabilitadas para

exercer suas atividades de vida diária (AVD). Pelo menos dois terços dos seus sobreviventes possuem algum grau de deficiência, tais como: hemiplegia ou hemiparesia contralateral à lesão. As manifestações clássicas da doença são: cefaléia súbita, lipotímia, distúrbios visuais, disartria e disfasia, alteração do estado cognitivo, espasticidade, padrões anormais do movimento e alterações da marcha (PIROPO et al., 2010).

As consequências do AVE afetam não só o indivíduo acometido, mas, as relações pessoais, familiares, sociais e sobretudo a sua qualidade de vida (QV). De acordo com Monteiro et al., (2009) QV pode ser definida como: a percepção que o indivíduo tem, sobre sua posição na vida, no contexto cultural, no sistema de valores e em relação aos seus objetivos pessoais, expectativas, padrões e preocupações, abrangendo aspectos físicos, sociais e emocionais.

Pessoas que sofreram um AVE podem apresentar muitas perdas funcionais, manifestadas por dificuldades na locomoção e nos autocuidados. Estas disfunções podem implicar em grandes dificuldades para a realização das suas AVDs, repercutindo severamente na QV desses pacientes (CESÁRIO; PENASSO; OLIVEIRA, 2006).

Sendo o AVE uma das maiores causas de morbi-mortalidade em todo o mundo, faz-se necessário estudar o impacto causado por esta doença no paciente. Outro aspecto importante e fundamental a se estudar é em relação ao tratamento, objetivando o desenvolvimento de programas de reabilitação, que possam contribuir para minimizar os danos causados pelo AVE, além de iniciar uma reabilitação precoce, com o intuito de acelerar a estabilização do quadro clínico do paciente. Tornar possíveis esses preceitos é ajudar a alcançar uma recuperação mais rápida e eficaz do paciente com sequelas (PERLINI; FARO, 2005).

Por isso, estudar sobre esse tema é cada vez mais importante, pela necessidade de contribuir, sobretudo com uma base científica mais sólida, que ajude a guiar a prática de cuidados no paciente com AVE. Desse modo, ampliar o campo do conhecimento sobre esta patologia significa contribuir para a melhoria da saúde da população, através da qualidade e da eficiência da fisioterapia. Assim, é extremamente relevante estudar o AVE sob todos os seus aspectos, incluindo o social, uma vez que esta doença, torna-se cada dia mais atual, apesar de ainda ser muito sequelante.

Diante do exposto, emerge a necessidade de conhecer melhor sobre as repercussões do AVE numa determinada população, tendo como problema saber: quais seriam as principais disfunções deixadas pelo AVE e qual o impacto que estas limitações ocasionariam na qualidade de vida destes pacientes?

Desse modo, avaliar a qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes acometidos de AVE é conhecê-los melhor, sendo tais informações extremamente importantes para facilitar o estabelecimento das prioridades e estratégias de intervenção, como o reconhecimento usual dos padrões da doença e os vestígios da causa, para o inicio de programas de prevenção e controle da doença.

1.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar o nível de independência funcional e qualidade de vida em indivíduos sequelados de AVE, submetidos à fisioterapia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o grau de dependência funcional de pacientes sequelados de AVE;
- Definir o impacto causado pelo AVE na qualidade de vida desses pacientes;
- Traçar o perfil sócio-demográfico dos pacientes sequelados de AVE atendidos numa clínica de fisioterapia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido como um episódio de início rápido e abrupto, de origem vascular, que se reflete por uma perturbação focal ou generalizada da função encefálica excluindo a deficiência isolada por mais de 24 horas (OMS, 1989).

O AVE pode ser classificado de acordo com sua etiologia em: isquêmico e hemorrágico. O AVE isquêmico (AVEi) é causado por obstrução vascular devido a trombos ou êmbolos, podendo ter resolução espontânea em até três semanas e/ou persistir além desse tempo tornando-se definitivo. O AVE hemorrágico (AVEh) decorre de uma ruptura vascular comprometendo determinado território cerebral. Para serem classificados como AVE, os déficits neurológicos devem persistir por além de 24 horas a partir do surgimento dos sintomas iniciais (O'SULLIVAN et al., 2004).

A isquemia encefálica pode ter uma curta duração e não determinar repercussões neurológicas, neste caso é classificada como: ataque isquémico transitorio (AIT). Este tipo de isquemia é consequência de um déficit circulatório, que pode ser focal ou global, porém, se a interrupção vascular for inferior a três minutos a alteração poderá ser reversível. O AIT pode ser causado por ateromas ou êmbolos arteriais, indicando a presença de placa aterosclerótica instável, que certamente, passará a ser contado como um fator de risco a mais de eventos adicionais futuros, no territorio afetado (MAZZOLA et al., 2007).

O AVEi é responsável por aproximadamente 80% dos casos de AVE, isso por que a principal causa é a isquemia, gerada pela irrigação sanguínea insuficiente que priva o cérebro do seu suprimento normal, decorrente da oclusão arterial por ateroma ou êmbolos secundários (POLESE et al., 2008).

O AVEh ocorre quando há ruptura vascular com extravasamento de sangue ou quando há uma anomalia da coagulação. De localização mais freqüente nos espaços subaracnóideo, subdural, intracerebral ou extradural (UNE 2004; JORGE; COSTA, 2009).

O tipo mais comum de hemorragia intracerebral se deve ao sangramento hipertensivo, que decorre da degeneração da camada média das artérias, necrose fibrinóide, fraqueza progressiva da parede arterial e formação de microaneurismas. Todas essas alterações vasculares propiciam a ruptura do vaso, devido a situações de estresse e o aumento súbito da pressão arterial. Um grande sangramento pode elevar a pressão intracraniana (PIC) cerebral, o

suficiente para comprometer a consistência ou para causar herniação cerebral e morte (ELIAS, 2003; KOCHAR, 2005).

O AVEh também pode ser por hemorragia subaracnóidea (HSA), resultante da ruptura de um aneurisma sacular intracraniano. Os aneurismas são dilatações saculares que se desenvolvem na bifurcação dos vasos intracranianos, a maioria deles localizados na base do encéfalo e apresentam crescimento progressivo, como consequência da sobrecarga hemodinâmica numa parede vascular, com fragmentação congênita ou adquirida de sua camada média e de lâmina elástica interna. O sangramento para o espaço subaracnóideo causa cefaléia intensa pela elevação da PIC e irritação meníngea (KOCHAR, 2005; KNOBEL, 2006).

Fisiologicamente, o fluxo sanguíneo cerebral é suprido por dois principais sistemas vasculares: o sistema vértebro-basilar - composto das artérias vertebrais, artérias basilares, e artérias cerebrais posteriores; e do sistema carotídeo - que é formado pelas artérias carótidas internas, artérias cerebrais médias e artérias cerebrais anteriores (BARROS; FÁBIO; FURKIM, 2006).

De acordo com Merrit, (2007), Lundy-Eckman, (2008), Costa; Jorge, (2009); o cérebro é totalmente desprovido de reservas, o que o torna dependente do seu débito circulatório sanguíneo, sem o qual, as células nervosas não se mantém ativas, isto por que, o metabolismo cerebral imprescinde à presença de oxigênio e glicose. Desse modo, a interrupção do fluxo sanguíneo causado por um AVE pode ocasionar lesões no tecido nervoso, comprometendo as conexões corticais com a medula espinhal, tronco encefálico e cerebelo, implicando na perda ou diminuição da funcionalidade dos neurônios e consequente ativação muscular anormal que produz um sério comprometimento motor nos indivíduos acometidos.

Com relação à incidência do AVE, dados estatísticos mostram uma prevalência de 200.000 novos casos de AVE por ano, ocupando o primeiro lugar na mortalidade, com 52,61 óbitos por 100 mil habitantes, segundo os dados do Ministério da Saúde no Brasil em 2007 (FURUKAWA; MATHIAS; MARCON, 2011). Atualmente, é considerado um problema de saúde pública mundial, representando a principal causa de morte no Brasil e a terceira nos Estados Unidos (ARES, 2003).

De acordo com Une, Bianhin, 2004, dos pacientes que sobrevivem ao AVE, mais de 80% desenvolvem sequelas, como hemiplegia ou hemiparesia 15% e afasia 35%, além de sinais de depressão. Aproximadamente 70% dos indivíduos com paresias mantêm algum tipo

de limitação funcional. O AVE pode acometer pessoas mais jovens e nesses casos a evolução é mais grave, tendo como principais causas aneurismas, má formação arteriovenosa e trauma.

Os fatores de risco, segundo Kaiser (2004) para desenvolver uma doença cerebrovascular (DCV) podem ser modificáveis e não-modificáveis. Dentre os fatores modificáveis, estão a hipertensão arterial sistêmica (HAS) para AVEi, em 70% dos casos; as cardiopatias, como segundo fator mais importante com 41,9%; o diabetes mellitus (DM), por acelerar o processo aterosclerótico, com cerca de 23%; o tabagismo, que aumenta em quatro vezes a chance do indivíduo desenvolver AVE (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004); e, o uso de contraceptivos orais, que aumenta em seis vezes o risco de AVE. Como principais fatores não-modificáveis, estão o gênero, idade, raça e história familiar positiva de doença arterial coronariana (DIAS., et al, 2006).

Conforme Dall'agnol et al, (2010), os fatores de risco aumentam a probabilidade de AVE, todavia, muitos deles podem ser atenuados com o tratamento médico preventivo ou mudança de estilo de vida. Assim, a identificação correta dos fatores de risco deve ser uma preocupação de todos os profissionais da saúde, pois a prevenção e o conhecimento são essenciais para a uma boa atuação sobre a doença.

Segundo Nettina (2003), as manifestações clínicas do AVE, vão depender da intensidade da lesão, bem como da área encefálica e do vaso afetado. Assim, o paciente pode apresentar, parestesias, que são déficits sensoriais, paresias, que são percebidas como fraqueza muscular, alteração da capacidade motora ou dismorfismos, que são as plegias ou padrões errôneos de movimento, a disfagia, que é a dificuldade na deglutição, além de cefaléias, dificuldades visuais, negligência, que é a incapacidade de reconhecer uma parte do corpo afetada pela doença, déficits da capacidade cognitiva e da atenção, afecção psicológica, e ainda, deficiências para os autocuidados.

O quadro clínico do AVE se divide em dois momentos: a fase aguda – que é instalada imediatamente após a lesão, caracterizada pela fraqueza muscular com hipotonia, confusão mental e incontinência esfincteriana; e a fase crônica – que é a fase tardia da doença, caracterizada pela presença de espasticidade flexora em membro superior e extensora em membro inferior, além de outros sintomas deixados pela lesão (SHUSTER; SANT; DALBOSCO, 2007).

Para Borges (2007), Pimentel et al, (2009), Piassaroli (2011), os sintomas mais encontrados no AVE são: perda da visão completa de um olho ou de metade do campo visual (hemianopsia) de um ou de ambos os olhos, alterações da linguagem (afasia), do nível da consciência, comprometimento nas funções sensoriais e na motricidade, déficits cognitivos e

de memória, de atenção, concentração e déficits perceptuais, dificuldade no planejamento e na resolução de problemas e na execução de ações e convulsões, além de perda da coordenação e alteração da marcha.

O paciente com AVE adota um padrão postural dismorfo, marcado pela hemiplegia espástica, que se caracteriza por alterações motoras, decorrentes da hipertonia elástica em um lado do corpo. Este tipo de dismorfismo é marcado pelas seguintes características: no membro superior – há uma adução com rotação interna do ombro, flexão do cotovelo e pronação do antebraço, associados à flexão do punho e dedos da mão; no membro inferior – há uma extensão e adução e rotação interna do quadril, extensão do joelho associados à flexão plantar do tornozelo e do pé. Esse padrão ou postura patológica é chamado de atitude em Wernicke-Mann, um padrão gerado pela hipertonia muscular espástica, decorrente da hiperreflexia profunda, que é uma das principais complicações no paciente com AVE (SOUZA., et al 1998).

A espasticidade é definida como, o aumento da resistência muscular responsivo ao estiramento passivo, dependente da velocidade, a qual determina em seu portador uma série de limitações musculoesqueléticas, tornando-se um importante fator de risco para o desenvolvimento de deformidades estáticas (AMORIM., 2010; CORREIA., 2010).

Outra possível sequela do AVE é a paralisia facial, causada pela lesão dos neurônios motores piramidais do córtex frontal responsáveis pelos movimentos voluntários. A paralisia facial se mostra contra-lateralmente à lesão, acometendo a parte inferior da face. Esta sequela costuma vir acompanhada da hemiplegia que é a principal alteração motora no AVE. Isso ocorre, porque a maioria das informações oriundas do córtex cerebral para o corpo se cruzam na decussação das pirâmides, na região bulbar no tronco encefálico. Assim, quando ocorre uma lesão á direita no hemisfério encefálico, os déficits motores ou sensitivos acometem o lado esquerdo do corpo (RYERSON., 2004; TEXEIRA et al., 2008).

Os déficits funcionais dos membros, sejam superiores ou inferiores decorrentes da lesão, dificultam bastante à realização das atividades da vida diária (AVD’s) fazendo com que o indivíduo perca o controle motor e desenvolva posturas anormais, como um desalinhamento na articulação glenoumeral, ou seja, no ombro, podendo vir a desenvolver uma subluxação com desestabilização da mesma, o que vai influenciar negativamente no equilíbrio da marcha, dificultando também a função para as transferências (SANTOS et al., 2010).

Com relação à alteração da marcha, a perda do balanço dos braços, necessários à realização da marcha normal, torna o padrão da marcha ceifante, a qual é caracterizada pela dificuldade da flexão adequada do quadril, decorrente da hiperextensão do joelho e ausência

do contato inicial do calcâneo no chão, além da compensação em pronação da articulação subtalar com déficit da plantiflexão e diminuição da dorsiflexão do tornozelo (IWABE, 2008; MELLO; OTTOBONI, 2002 et al.,2005).

Além das alterações biomecânicas existentes, há também um comprometimento no padrão respiratório, alterando a dinâmica pulmonar e causando diminuição na potência diafragmática com bloqueio inspiratório, prejudicando sua função. Esse comprometimento pode ser devido à fraqueza muscular e disfunções posturais do tronco (MENEGHETTI et al., 2011).

Outro comprometimento no AVE é a afasia, um déficit da comunicação, que resulta de uma lesão focal caracterizada por alteração na forma e no uso da linguagem. A afasia pode ser classificada em três formas: a *afasia de Wernick ou sensorial* – que é a incapacidade de compreender as palavras que são comunicadas, que se divide em: auditiva, visual, e mista; a *afasia de Broca ou motora* - cuja dificuldade é na fluência do discurso, as frases são curtas, mal elaboradas e com dificuldade na repetição e nomeação das coisas; e a *afasia mista* – que é a incapacidade de ler e escrever e dificuldade na designação de objetos. A disartria também é um tipo de afasia, caracterizada por disrupturas primarias na articulação e na prosódia (RIBEIRO., 2006; TALARICO; VENEGAS., 2011**).**

O AVE pode deixar sequelas importantes que influenciam negativamente à recuperação funcional do paciente. Como consequência da perda das habilidades motoras, poderão surgir co-morbidades metabólicas e cardiovasculares, gerando um decréscimo importante na prática das AVDs, cuja maior dificuldade é na da locomoção, interferindo diretamente na aquisição da independência funcional, causando grande impacto no retorno social do paciente (BENVEGNU; OVANDO, 2010; et al., 2008).

Enfim, ocorrido um AVE, as sequelas residuais, como as incapacidades musculoesqueléticas, sensoriais e cognitivas, representam um impacto potencial na execução das AVDs, sobretudo em relação aos aspectos: autocuidados, atividades instrumentais de gerenciamento doméstico e mobilidade na comunidade (RAIMUNDO et al., 2011).

Para Oliveira; Goretti; Pereira (2006), a capacidade de deslocamento e a mobilidade são componentes funcionais extremamente importantes, e constituem um pré-requisito para a execução das AVDs, que uma vez prejudicadas, causam dependência física e incapacidades que resultam em sequelas variáveis e déficits na capacidade funcional (CF) e na qualidade de vida (QV) do paciente acometido de AVE (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2000).

Um dos domínios mais afetados pelo AVE, segundo Conte (2009) e Orsi et al., (2011) é a CF, que envolve fatores, como independência, cognição, suporte financeiro, social e

autonomia, a qual se reporta as condição do indivíduo para realizar tarefas do cotidiano assegurando-lhe a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliar, ou seja, a capacidade para se vestir, realizar higiene pessoal, se transferir, preparar refeições e alimentar-se, controle dos esfíncteres, tomar medicamentos, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, dentre outras funções.

Com o diagnóstico clínico do AVE, sua confirmação deve ser realizada através de exames como: Tomografia Computadorizada (TC) e/ou Ressonância Nuclear Magnética (RNM) realizados em até 24-48h, objetivando identificar a natureza isquêmica ou hemorrágica, informar a extensão e topografia da lesão, bem como, excluir outros diagnósticos e identificar possíveis complicações. Além da investigação etiológica, recomenda-se a realização do ultrassom doppler, eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma com Doppler (GAGLIARDI et al., 2001).

Para o diagnóstico funcional do paciente sequelado de AVE deve-se avaliar criteriosamente o seu nível de dependência física. Para isso é necessária a utilização de escalas funcionais como a MIF - Medida de Independência Funcional, bem como, de uma escala que avalie a qualidade de vida (QV) deste paciente (BENVEGNU., 2008).

A MIF é um questionário que atende a critérios de confiabilidade, validade, precisão, praticidade e facilidade, e é um instrumento que verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, subdivididas em sub-escalas de autocuidados, controle esfincteriano, transferências, locomoção, comunicação, cognição social e mobilidade. funcional (RIBERTO et al.,2001).

A independência funcional é definida como a capacidade de realizar algo com os próprios meios não requerendo ajuda para as AVDs, supondo condições motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho das tarefas (SCATTOLIN; DIOGO; COLOMBO., 2007). Já as limitações funcionais comprometem a capacidade do indivíduo para manter-se independente (BONARDI; SOUZA; MORAES, 2007). Em relação à QV deve ser utilizado um questionário, como o Short-Form-36 (SF-36), no qual o paciente é perguntado sobre seu estado atual e comparado á sua condição há um ano. Este questionário classifica o estado do paciente como; excelente, muito bom, razoável ou ruim (CAPORICCI; NETO., 2011).

O SF-36 é um questionário mundialmente utilizado em estudos que mensuram QV, sendo considerado o instrumento mais utilizado para esse tipo de estudo. É formado por 36 itens, reunidos em dois grandes componentes físicos e mentais, e contempla oito domínios, como: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade, dor e percepção geral de saúde. Seus escores variam de 0-100, onde os

valores maiores indicam melhor qualidade de vida (CAMPOLINA; CICONELLI, 2011; SOUSA., 2008).

A reabilitação pós-AVE tem como objetivo acelerar e maximizar a recuperação das limitações funcionais, com manutenção da função, prevenindo atrofias e contraturas musculares. Os benefícios mentais com a prática regular de atividade física são considerados uma efetiva terapia para estresse, ansiedade e depressão, além da melhora significativa da velocidade da marcha, da habilidade para subir e descer escadas e do domínio de habilidades físicas (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2005).

Indivíduos sequelados de AVE devem seguir normalmente o tratamento, o qual deve variar desde a intervenção inicial, que pode ser cirúrgica ou clínica, e posteriormente fisioterapêutica. A fisioterapia consiste em restabelecer funções perdidas, promovendo a estabilização do quadro deixado pela lesão que vai depender da área e da extensão cerebral afetada, sendo assim, o paciente poderá tornar-se um dependente deste tratamento (COSTA; DUARTE., 2002).

Estudos mostram que, cerca de 50 a 70% dos indivíduos acometidos por AVE recuperam sua independência funcional, em seis meses, sendo que uma média de 50% destes apresenta como sequela um padrão de hemiplegia, considerada a principal incapacidade crônica em adultos. Todavia, as habilidades funcionais podem continuar melhorando com a intervenção da fisioterapia, mesmo muitos anos após a lesão (BARCALA., 2011).

A fisioterapia constitui-se de uma modalidade terapêutica em busca da reabilitação, envolvendo aspectos clínicos e funcionais, que têm como objetivo promover estímulos sensoriais para a recuperação dos movimentos funcionais, aplicando-se recursos nos membros afetados com a finalidade de estimular novas conexões com o sistema nervoso central (SNC), contribuindo para a plasticidade neural (ARTHUR, 2010; CHAR, J; DIBAI, et al., 2010).

Dentre as muitas técnicas utilizadas na fisioterapia, está a cinesioterapia, uma modalidade terapêutica que consiste em diminuir a hipertonia, fortalecer a musculatura, manter as amplitudes articulares de movimentos e proporcionar estimulação sensorial e proprioceptiva, utilizando posturas e exercícios passivos e ativos, alongamentos musculares, exercícios de equilíbrio e coordenação que mimetizam as atividades de vida diária (FONSECA et al, 2006; CARVALHO., 2007).

Outras formas de fisioterapia abordam técnicas sensório-motoras, através da prática de estímulos nos receptores cutâneos. Dentre elas podem ser destacadas a crioterapia e a modulação de tônus, que podem ser feitas usando mobilização passiva e ativação dos órgãos tendinosos de Golgi (SHEPHERD, et al., 2008).

A reabilitação aquática ou hidroterapia constitui um tratamento que utiliza os princípios físicos da água para fins terapêuticos. Seus principais efeitos são o alívio das dores e dos espasmos musculares; o aumento da amplitude de movimento das articulações; a redução de espasticidade; o fortalecimento muscular com ganho de força e resistência e melhora das atividades funcionais e da marcha (SANTOS, et al., 2011).

De acordo com Abreu et al, (2007), a fisioterapia respiratória atua desde a prevenção, utilizando-se de diversas técnicas e procedimentos terapêuticos, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar com o objetivo de restabelecer um padrão respiratório funcional no intuito de reduzir o gasto energético durante a ventilação, ajudando o individuo a realizar suas AVDs sem promover grandes transtornos ou repercussões negativas.

Indivíduos hemiplégicos podem participar de um programa de treinamento aeróbico, apesar dos déficits motores, pois, estes visam potencializar a CF e a QV daqueles que sobreviveram ao AVE. Assim, com a melhora do condicionamento cardiovascular se possibilita a realização das AVD's com um menor gasto energético, uma vez que esses indivíduos têm um alto gasto para a realização das suas tarefas, o que reduz a sua qualidade de vida (POTEMPA et al., 1996).

A QV do paciente sequelado de AVE fica deverazmente limitada, porém, com o tratamento fisioterápico, estes pacientes tendem a melhorar a sua CF, facilitando o retorno às suas AVDs, bem como, à sua reintegração à sociedade (CRUZ., 2011).

Doenças crônicas e complexas como o AVE, além das incapacidades com redução considerável da QV, sobretudo, determinando um impacto negativo nas dimensões psicológicas, físicas e sociais (MORAES et al., 2011).

Então, para uma melhor compreensão dos impactos dessa doença, é importante incorporar medidas avaliativas das incapacidades. Desenvolver estudos que busquem caracterizar os fatores que interferem na QV de sujeitos com sequelas de AVE, já que estes necessitam de cuidados em longo prazo (COSTA; DUARTE., 2002; BARALDI;SORIANO., 2010), e desse modo, estudar os cuidados de saúde, como sendo determinantes importantes para os resultados das intervenções terapêuticas (EUZÉBIO; RABINOVICH., 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa clínica, com estudo quantitativo, do tipo transversal, com abordagem descritiva, cuja pretensão foi avaliar a capacidade funcional e qualidade de vida dos portadores de acidente vascular encefálico (AVE) e suas disfunções associadas.

Numa pesquisa do tipo descritiva e quantitativa as investigações consistem em uma avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais, onde é realizada a coleta sistemática de dados sobre população de pesquisa empírica, cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, utilizando várias técnicas como: entrevistas, questionários e formulários (MARCONI, 2008).

3.2 CAMPO E PERÍODO DA PESQUISA

Este trabalho foi realizado em uma clínica escola de fisioterapia da cidade de Patos-PB, compreendendo o período de fevereiro a abril de 2012.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo para o desenvolvimento da pesquisa foi composta de todos os pacientes com sequela de AVE da clínica escola de fisioterapia de Patos-PB. A amostragem foi composta de 10 indivíduos, de ambos os gêneros cadastrados na clínica escola de fisioterapia.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes que concordaram em participar do estudo e que faziam seus tratamentos de reabilitação na referida clínica de fisioterapia, e ainda tinham como diagnóstico o acidente vascular encefálico.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da amostra os pacientes com indisponibilidade de tempo**,** os que apresentavam alguma patologia associada que pudesse interferir com os resultados desta pesquisa, os que tinham menos de 26 anos, e os que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) para participar da pesquisa.

3.6 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os instrumentos para a avaliação consistem em duas escalas. A Medida de Independência Funcional MIF (ANEXO B) é um questionário que atende a critérios de confiabilidade, validade, precisão, praticidade e facilidade. É um instrumento que avalia a independência funcional do paciente sequelado e verifica o seu desempenho para a realização de um conjunto das mais diversas tarefas do cotidiano, as AVD's (SCATTOLIN; DIOGO; COLOMBO, 2007).

A MIF foi elaborada para mensurar a capacidade funcional e verificar o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, subdivididas em 6 (seis) sub-escalas de autocuidados, controle esfincteriano, transferências, locomoção, comunicação, cognição social e mobilidade. Cada item é classificado por meio de uma escala de graus de 7 (sete) níveis, os quais representam os graus de funcionalidade, variando da independência total à dependência total para as habilidades, sendo o valor 0 (zero) para a dependência total e o valor 7 (sete) correspondente à normalidade ou a independência total para a realização das tarefas (RIBERTO, 2001). Somando-se os pontos das sub-escalas, obtém-se um escore total

mínimo de 18 ou máximo de 126 pontos, caracterizando os níveis de dependência funcional (VIANNA et al, 2008**).**

A escala SF-36 (ANEXO D) consiste de um questionário mundialmente empregado em estudos envolvendo a avaliação da QV, e é considerado o mais utilizado para essa avaliação. É formado por 36 itens, reunidos em dois grandes componentes físicos e mentais. Apresenta oito (8) domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade, dor e percepção geral de saúde. A pontuação para cada um dos 8 domínios da escala, varia de 0 (zero), sendo o menor escore possível e o pior estado de saúde, a cem (100), o maior escore e o melhor estado de saúde, o que indica que, quanto maior o valor do escore obtido coma a avaliação melhor será CF e a qualidade de vida do avaliado (CAMPOLINA; CICONELLI; 2011; SOUSA, 2008).

A CF é considerada a habilidade do indivíduo em realizar atividades instrumentais do seu cotidiano, garantindo sua autonomia. Quando esta capacidade está prejudicada ou limitada, a QV também está afetada (MOTA; NICOLATO, 2008), já a incapacidade funcional pode ser definida pelo grau de dificuldade no desempenho das atividades da vida diária (HAAS, 2010).

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Através da resolução n° 196/96 de 10 de outubro de 1996, o Conselho Nacional de Saúde aprovou as diretrizes e normas de regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e incorporou sob a ética do individuo e das coletividades as quatros referencias básicas da bioética: beneficência e justiça, autonomia, não-maleficiêcia, visando assegurar os direitos e deveres da comunidade científica.

Com isso, os participantes da pesquisa expediram concordância documentada através do TCLE. Esse termo de autorização da pesquisa visa garantir o respeito à dignidade dos sujeitos, sua autonomia e defesa em sua vulnerabilidade, a qual dará garantias da identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, e deixa claro que a pesquisa não trará ônus financeiro para nenhum participante, podendo ele desistir em qualquer momento.

Foi assinado o termo de Autorização Institucional (ANEXO A) pela diretoria da instituição de atendimento fisioterapêutico, para utilização do espaço para realização da

pesquisa. O termo de responsabilidade do pesquisador (APÊNDICE C) também foi necessário para a preservação dos dados coletados durante a pesquisa.

3.8 ANÁLISE DE DADOS

As informações foram coletadas através dos dados contidos nas duas escalas a MIF e SF-36. Foram contabilizados os dados sócio-demograficos, as informações sobre o padrão funcional de cada paciente com AVE, e na medida do possível, seus fatores etiológicos.

Os dados obtidos foram analisados no programa estatístico SPSS versão 17.0, para analisar as variáveis sócias demográficas, também para a análise dos dados utilizou-se o recurso da estatística descritiva (média, desvio padrão e percentual). Os resultados foram apresentados em forma de quartis e tabelas, através do programa Excel correlacionando-os com a literatura para melhor compreensão do objeto de estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados desta pesquisa foram obtidos a partir dos dados coletados de uma amostra constituída de dez indivíduos sequelados de Acidente Vascular Encefálico (AVE) em tratamento fisioterápico. Os dados foram colhidos através dos seguintes instrumentos de avaliação: o questionário de dados sóciodemográficos, o questionário de qualidade de vida, SF-36, e a escala de avaliação funcional, a MIF. Tais resultados foram processados e analisados, e estão dispostos e apresentados nas formas de tabelas e ilustrações, bem como, discutidos ao longo deste capítulo.

4.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES DA AMOSTRA

Parte dos dados sócio-demográficos está disposta na **Tabela 1,** mostrando: a distribuição da amostra, com a média e desvio padrão das idades dos casos estudados. Nela percebe-se uma amostra constituída de dez (10) pacientes portadores de AVE, cuja média de idade destes foi de 57,10 anos, com desvio padrão de ±20,09 anos. A menor idade da amostra foi de 28 anos e a idade máxima foi de 82 anos. Nota-se também, uma prevalência de 40% (4) casos, com idade entre 41-65 anos.

Esses dados são corroborados com os estudos elaborados por Scalzo et al (2010) , que em pesquisa realizada com 96 indivíduos, mostrou quanto à faixa etária uma predominância de indivíduos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, totalizando (57,4%) 27 dos pacientes.

Tabela 1. Distribuição da amostra, com a média e desvio padrão das idades dos participantes segundo características sócio demográficas.

Idade (anos)	N=10	%	Média	±DP
28-38	3	30	57,10	±20,09
41-65	4	40		
79-82	3	30		
Total	10	100		

Fonte de dados, 2012

A **Tabela 2** exibe resultados de outras características sócio-demográficas dos casos, em relação às variáveis: gênero, escolaridade, situação ocupacional e conjugal, condições de moradia e renda familiar. Observando a variável gênero, nota-se uma prevalência do gênero feminino, com 70% (7) dos casos. Essa prevalência contrapõe estudos de Scalzo et al (2010) , que em pesquisa similar comprova uma predomínio do gênero masculino, com 57,4% do total da sua amostra. Para Polese et al (2008) , após os 55 anos de idade, a incidência do AVE dobra a cada década de vida, sendo que os homens são acometidos 19% a mais que as mulheres.

Observando a variável escolaridade, nota-se que, a maioria dos pacientes 40% (4) são analfabetos, contra 20% (2) com ensino fundamental incompleto e uma mesma quantidade 20% com ensino superior completo. Comparando os resultados deste estudo com os apresentados por Scalzo et al., 2010, que também mostra uma maioria dos pacientes 29,8% (14) analfabetos, estabelece-se uma concordância entre ambos os estudos, nos quais é mostrado que a maioria dos pacientes apresentaram baixa escolaridade.

Tabela 2. Características sócio demográficas dos pacientes com AVE da clínica escola de fisioterapia.

Gênero	**n**	**%**
Feminino	7	70
Masculino	3	30
Escolaridade		
Não-alfabetizados	4	40
Ensino fundamental incompleto	2	20
Ensino superior completo	2	20
Situação ocupacional		
Aposentado	5	50
Dona do lar	5	50
Situação conjugal		
Casado (a)	5	50
Solteiro (a)	3	30
Viúvo (a)	2	20
Condições de moradia		
Com família e casa própria	10	100
Renda familiar		
1 a 3 salários	6	60
Até um salário mínimo	3	30
3 a 5 salários mínimos	1	10
Total	10	100

Fonte de dados, 2012.

Em relação à variável situação ocupacional, observa-se que, a metade, ou seja, 50% (5) dos pacientes são aposentados, os outros 50% são do lar. Esses resultados mais uma vez estão de acordo com Scalzo et al., 2010, em cujo estudo pode verificar que a maioria de sua amostra (76,6%) (36) era aposentada.

Na variável situação conjugal, percebe-se que 50% dos pacientes são casados, igualmente demonstrado nos estudos realizados por Pereira et al., 2009, no qual um percentual de 46% de pacientes eram casados. Em relação às condições de moradia, 100% (10) dos casos relataram morar com a família e em casa própria ao contrário do estudo realizado por Santana; Fukujima; Oliveira., (1996), que mostra um percentual de quase 24% dos pacientes morando em casa alugada.

Com relação à variável renda familiar, nota-se que, mais de metade dos pacientes, ou seja, 60% deles relataram possuir renda de um a três salários mínimos. Scattolin; Diogo; Colombo., 2007 ratificam esses dados, afirmando em seus estudos que, a maioria dos idosos é aposentada e possui renda média de 2 a 3 salários mínimos.

4.2 ASPECTOS DA QV DO PACIENTE COM AVE ANALISADOS ATRAVÉS DA SF-36

Os aspectos da QV foram avaliados através do questionário SF-36, subdividido em oito domínios, que mostram as AVD's dos pacientes, da seguinte forma: capacidade funcional (CF), aspecto físico, dor, estado geral da saúde (EGS), vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental. Cada domínio é classificado como: excelente, muito boa, boa/bom, regular e ruim, e é valorado em escores de zero (0) a cem (100), indicando que, quanto maior o escore (mais próximo de 100), melhor será a percepção do paciente sobre a sua saúde (CAPORACCI; NETO., 2011), como mostra a **Tabela 3.**

Tabela 3: Classificação da pontuação transformada em escores de 0 a 100, obtidas através do questionário SF-36.

Classificação	Escores de 0-100
Ótimo	84-100
Bom/boa	61
Regular	25
Ruim	0

Fonte de dados, 2012.

Os oito domínios estão agrupados em duas dimensões do estado de saúde: física e mental. A dimensão física: que compreende a função motora, o desempenho físico, a dor física e a saúde em geral. E a dimensão mental: constitui-se pela saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade (SEVERO et al., 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde significa um completo estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (DOI; TURCHIARI; STOPIGLIA, 2007). Para a OMS discutir o SF-36 mediante os seus resultados de QV é relevante e atual, pois este engloba os aspectos e domínios direcionados as condições de saúde, do ponto de vista multifatorial.

A **Tabela 4** mostra a média e o desvio padrão geral dos domínios de QV dos pacientes, como capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, analisados através do questionário SF-36.

Tabela 4 – Média e desvio padrão do total de paciente relativo aos domínios de Qualidade de Vida.

Domínio SF-36	Média	±DP
Capacidade funcional	11,5	±13,9
Limitação p/ aspectos físicos	0	±0
Dor	66,1	±31,5
Estado geral de saúde	48,4	±9,2
Vitalidade	33	±16
Aspectos sociais	68,7	±13,2
Aspectos emocionais	16,6	±23,5
Saúde mental	45,6	±27,8

Fonte de dados, 2012.

Avaliar a QV em indivíduos com sequela de AVE é fornecer um perfil global das condições funcionais, psicossociais do paciente e de suas expectativas em relação á vida, direcionando a reabilitação com objetivos mais específicos, que contribuam para uma maior humanização e efetividade do processo de reabilitação e para uma melhor percepção da QV pelos pacientes (OLIVEIRA, ORSINI., 2008).

Domínios correspondem à exploração do conceito de QV através das culturas e geração de questões (FLECK et al., 1999). Assim sendo, os resultados dos domínios da QV obtidos pela SF-36 estão melhores visualizados nas ilustrações a seguir, nas quais se observa que as porcentagens foram classificadas segundo os quartis.

Na **Ilustração 1** observa-se que, no domínio CF, 90% (n=9) da amostra foi classificada como ruim, o que significa grande diminuição que os pacientes entrevistados apresentam em executar as atividades rigorosas, que requerem um grande dispêndio de energia, e que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, subir vários lances de escada, andar vários quarteirões e praticar esportes.

De acordo com Phillips; Haskell, apud Okuma., 1997, a perda da CF leva o indivíduo à incapacidade para realizar as suas AVD's, como, se vestir, comer, tomar banho sozinho e, até mesmo, caminhar pequenas distâncias de forma independente.

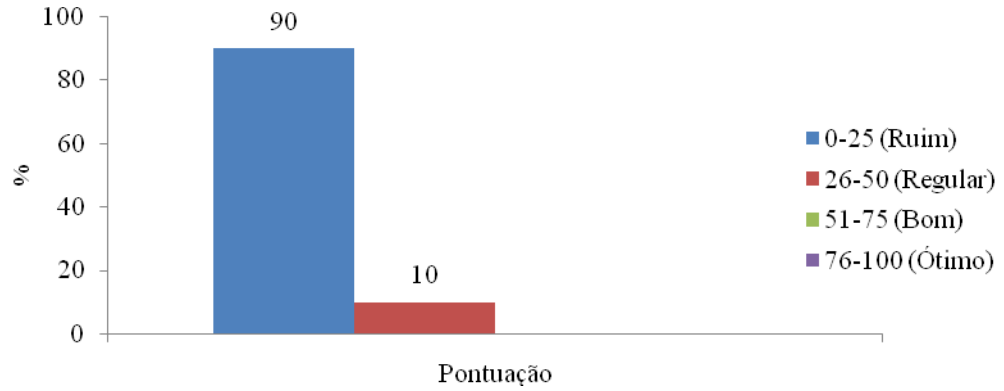


Ilustração 1 - Quartis domínio Capacidade Funcional

Na **Ilustração 2** observa-se com relação ao domínio aspecto físico que, 100% (n=10) da amostra também foi classificada como ruim, o que nos dar a entender que os pacientes entrevistados tiveram um desempenho reduzido para as tarefas executadas, no que diz respeito ao seu desempenho físico diante das suas limitações básicas.

Os dados mensurados permitem corroborar com Alves; Leite; Machado (2008) na associação entre a incapacidade sobre a dimensão física ser um dos domínios mais afetados, interferindo diretamente com a QV das vítimas de AVE.

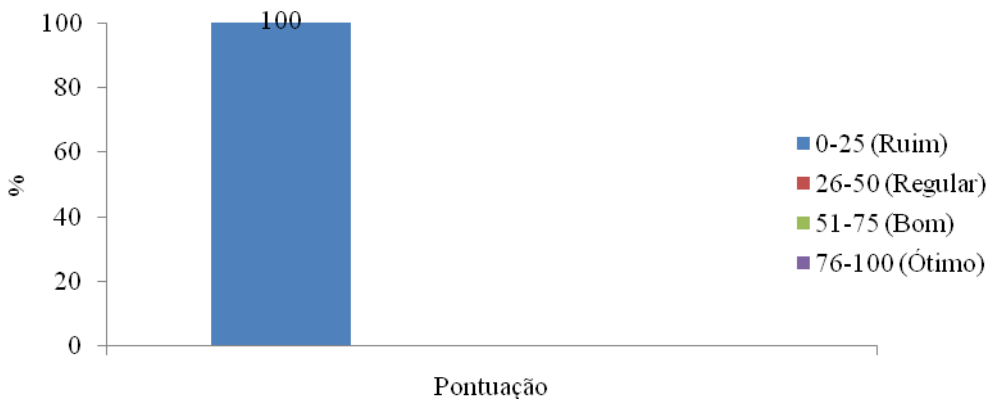


Ilustração 2 - Quartis Limitação por Aspectos Físicos

De acordo com Costa (2002), a QV deixou de representar apenas uma vida sem doenças físicas, mas, acima de tudo, a busca da felicidade e da satisfação pessoal, em todos os aspectos da vida, em um conjunto de equilíbrio harmonioso.

A **Ilustração 3** a seguir mostra que, no que concerne ao domínio Dor, 40% (n=4) da população estudada, não referiu nenhuma dor durante as últimas 4 semanas, o que significa uma ótima QV em relação à percepção dolorosa.

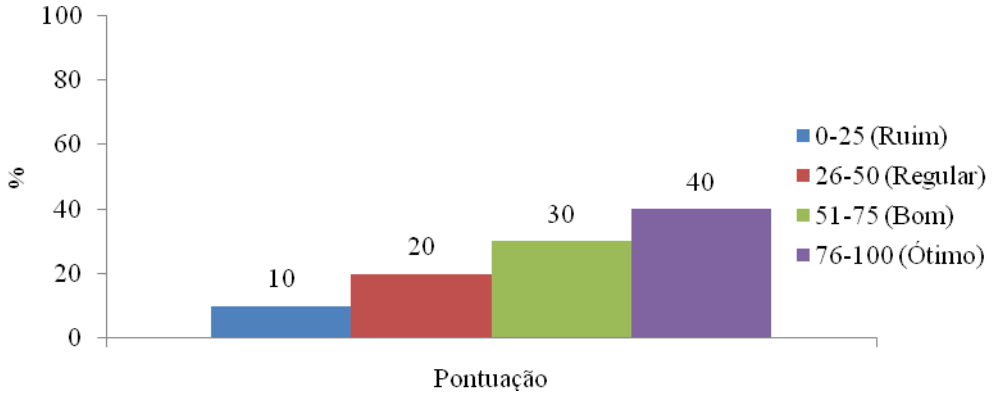


Ilustração 3 - Quartis domínio Dor

A partir dos dados mensurados observa-se uma discrepância em relação ao estudo de Lockette; Keyes., 1994. Diante desse estudo notou-se que a dor é uma companheira constante do portador de sequelas de AVE, principalmente da articulação do ombro, a mais comum e, talvez, uma das mais limitantes.

Na **Ilustração 4,** visualiza-se quanto ao estado geral da saúde (EGS) que, 60% (n=6) da amostra, apresenta um valor considerado bom, esse valor pode ser explicado devido os

pacientes estarem participando ativamente do tratamento fisioterápico, o que contribui significativamente para um melhor estado de saúde.

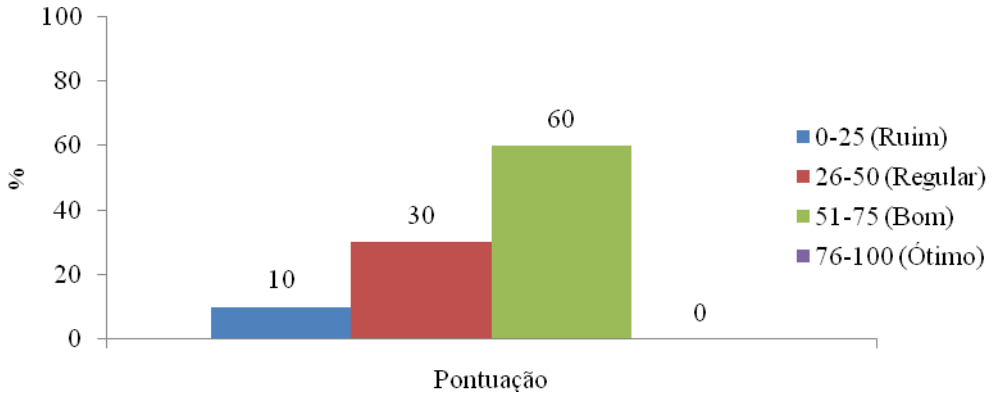


Ilustração 4 - Quartis domínio Estado Geral da Saúde

Para Almeida., (2010), o tempo de tratamento influencia positivamente o domínio EGS, visto que há uma melhora espontânea do quadro clínico com o passar do tempo devido à recuperação da zona de penumbra isquêmica (fase aguda) e pela própria plasticidade neuronal, que obviamente é potencializada com a fisioterapia.

De acordo com a **Ilustração 5** no domínio Vitalidade, 50% (n=5) dos pacientes foram classificados como regular, eles afirmam que em alguma parte do tempo sentem-se cheios de vigor, de vontade e de força, enquanto em outros momentos sentem-se esgotados, incapazes de realizar tarefas simples do dia-a-dia e, numa pequena parte do tempo se sentem nervosos e com pouca energia.

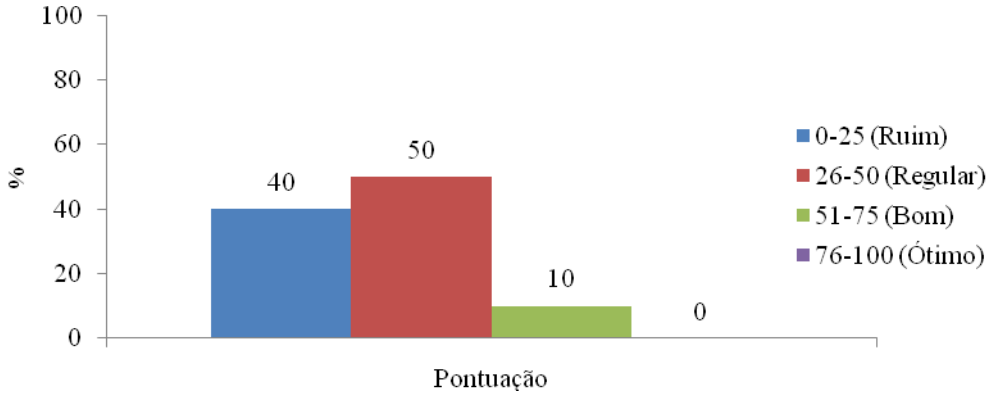


Ilustração 5 - Quartis domínio Vitalidade

Segundo Vigueira., 2001, a vitalidade é o potencial de equilíbrio orgânico, homeostase, harmonia biológica e ímpeto vital. A pessoa vital experimenta sentimentos de

alegria interior, coragem, ímpeto, motivação para viver e dispõe de energia para a ação. Os pacientes portadores de AVE raramente experimentam tais sentimentos devido às próprias limitações da doença.

A **Ilustração 6** indica, quanto ao aspecto social, que 50% (n=5) da amostra foi classificada como ótimo. Nesse domínio foi questionado de que maneira a saúde física ou os problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família aos vizinhos e amigos, ou nas atividades em grupo realizadas durante as quatro semanas. Pode-se observar que não houve impacto desse domínio na vida social desses indivíduos repercutindo com excelente qualidade de vida.

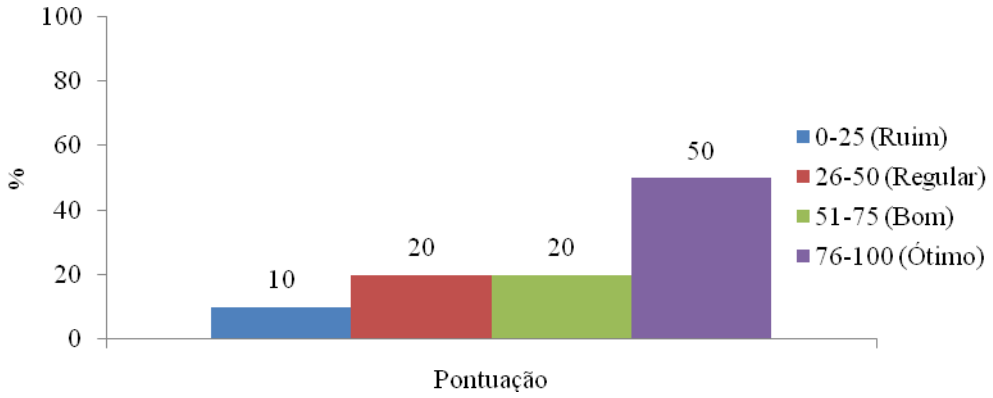


Ilustração 6 - Quartis domínio Aspectos Sociais

Pereira., (2000), aborda que, as repercussões psicossociais atingem não somente o paciente com sequelas de AVE, mas todo o universo familiar, podendo trazer problemas complexos traduzidos em prejuízo na QV de todo o grupo. Portanto, é importante o processo de adaptação da família, proporcionando maior interação social a esse individuo e a nova situação. São consideradas implicações desse processo, os custos financeiros, o desgaste físico, o estresse emocional, a atividade produtiva e a vida social.

Como demonstrado na **Ilustração 7,** no domínio aspectos emocionais, 70% (n=7) da amostra foi classificada como ruim. Essa afirmativa é confirmada por Amorim .,2010, ao definir que em patologias crônicas e complexas como o AVE, a QV não está relacionada exclusivamente a incapacidades físicas, mas também a processos comportamentais, emocionais e psicológicos. Fatores como dificuldade financeira, complicações familiares e isolamento social.

Carod-Artal et al., (2000) realizaram um estudo transversal com 118 pacientes, acompanhados durante um ano para avaliação da QV no pós-AVE no qual foi utilizada a SF-

36. Este estudo mostrou que 38% dos pacientes alcançavam escores para depressão e as variáveis correlacionadas foram: gênero feminino, ser casado, não trabalhar em decorrência de incapacidade e diminuição da atividade social.

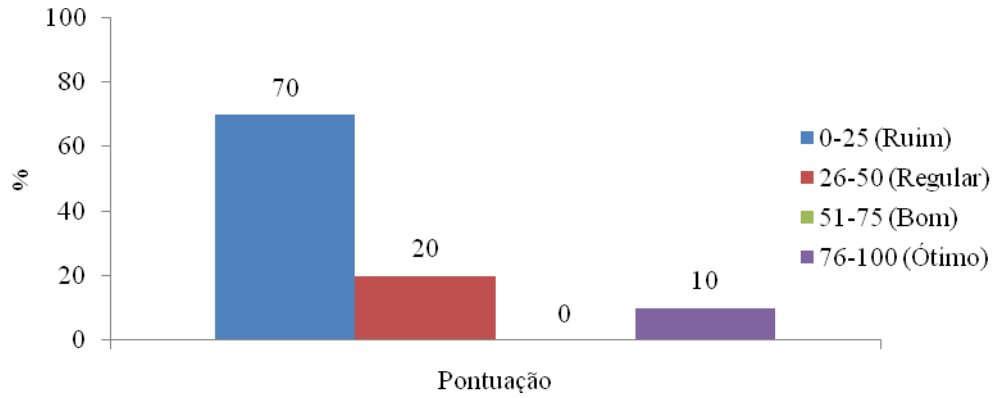


Ilustração 7 - Quartis domínio Aspectos Emocionais

Scalzo et al., (2010) explica que, o domínio aspectos emocionais inclui as limitações relacionadas ao tipo e quantidade de trabalho, assim como o quanto essas limitações interferem no desenvolvimento do trabalho e das AVD's dos pacientes.

O fato de a maioria dos pacientes do presente estudo serem aposentados poderia explicar estes resultados. Isto pode ser justificado pela média de idade alta (60,5), mas também não pode ser esquecido o fato de que as sequelas do AVE muitas vezes são incapacitantes e prejudicam ou até mesmo impossibilitam o retorno ao trabalho, ocasionando aposentadorias precoces.

Conforme a **Ilustração 8,** no domínio Saúde Mental, nota-se variações de resultados, onde 30% (n=3) da amostra foi classificada como ruim, 30% (n=3) classificada como regular e 30% (n=3) como bom estado de saúde.

Este domínio inclui aspectos cognitivos, tais como: atenção, concentração, raciocínio e estado de vigília. Diante disto, acreditamos que a saúde mental, neste caso, não está correlacionada com distúrbio encefálico causado pela doença, mas está intimamente ligada com o juízo de valores que o indivíduo faz a seu próprio respeito e à sua melhor capacidade de poder vislumbrar e projetar um futuro, que, se não livre da deficiência e suas sequelas, mas com condições de conviver com as limitações (COSTA, DUARTE., 2002).

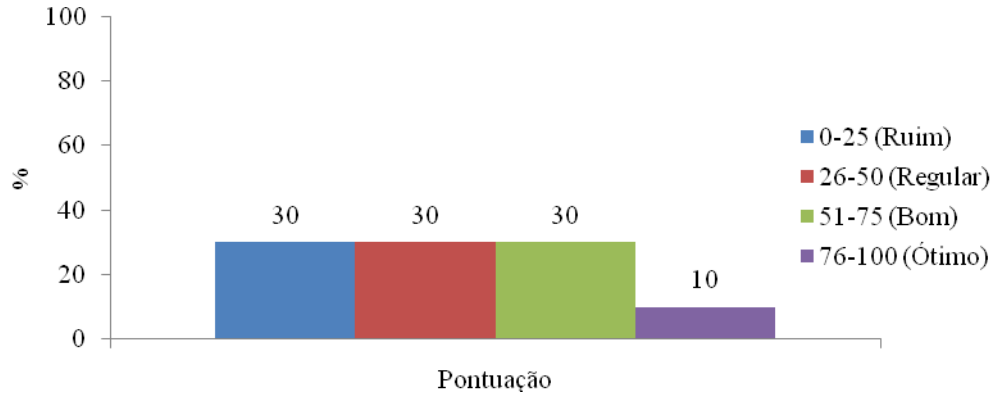


Ilustração 8 - Quartis domínio Saúde Mental

A perda de consciência e até a deficiência da memória, julgamentos imprecisos, diminuição da atenção, dificuldade de processamento e no aprendizado de informações são elementos intrinsecamente relacionados com o sucesso de um programa terapêutico, pois as alterações cognitivas conduzem o paciente a uma incapacidade de processar adequadamente os estímulos ambientais e de responder apropriadamente ou recordar eventos impedindo a continuidade do tratamento (DESMOND; PATEL et al., 2002; TAMEMICH., 1994).

4.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO PACIENTE COM AVE DE ACORDO COM A ESCALA MIF

O AVE é uma doença geradora de incapacidades, com perdas de independência e da autonomia, o que exige frequentemente a presença de alguém para auxiliar estes indivíduos no desempenho de suas atividades diárias (PERLINI., 2005). Os graus de incapacidade apresentados pelo paciente indicam a sua dependência, e o que esta representa em termos de aprisionamento da pessoa aos cuidados de outra (CACHO et al., 2004; BOCCHI., 2004).

A medida de independência funcional-MIF tem como objetivo avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Entre as atividades avaliadas estão os autocuidados, transferências, locomoção, controle esfincteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação, de 1 (dependência total) a 7 (independência

completa), assim, a pontuação total varia de 18 a 126, indicando que, quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência (TORRIANI et al., 2007).

De acordo com Ricci., 2005, a avaliação da CF está relacionada aos aspectos práticos das atividades de cuidado pessoal e do grau de manutenção da capacidade para o desempenho das AVD's mais complexas do cotidiano.

A MIF total pode ser dividida em quatro subescores, de acordo com a pontuação total obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19 – 60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa); c) 61 – 103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa); d) 104 – 126 pontos: independência completa / modificada (RIBERTO et al., 2001).

Os resultados da avaliação da tabela MIF, relacionados com os autocuidados apresentam a soma da pontuação dos escores, mostrando também a média e ±DP, podendo estes ser visualizados abaixo.

Tabela 5: Distribuição quanto a Média e DP da dimensão de autocuidados da MIF

Autocuidados	Pontuação dos escores	Média	±DP
Alimentação	54	5,4	±2,1
Higiene	50	5,0	±2,0
Banho	48	4,8	±2,4
Vestir-se acima da cintura	52	5,2	±2,1
Vestir-se abaixo da cintura	46	4,6	±1,9

Fonte de dados, 2012.

De acordo com a **Tabela 5,** observa-se que as pontuações dos escores de autocuidados apresentam valores semelhantes, sendo classificados como dependência modificada, ou seja, necessitando de assistência de até 50% das tarefas. Diante dos resultados apresentados, nota-se um comprometimento da autonomia dos pacientes para se autocuidar, não necessitando de ajuda para realizar suas próprias tarefas.

Ainda na tabela 5, observa-se uma redução da média e ±DP nas categorias, quanto ao banho (4,8±DP) e vestir-se abaixo da cintura (4,6±1,9), em relação às outras categorias, como alimentação (5,4±2,1), higiene (5,0±2,0), vestir-se acima da cintura (5,2± 2,1). Para Andrade et al., 2010, os itens autocuidados apresentam menores médias (21,9±11,6), sendo justificado por essas atividades apresentarem um nível de dificuldade para a realização do mesmo.

Na **Tabela 6,** a seguir, se observa que os pacientes apresentam dependência modificada com assistência de até 25% em relação ao controle de urina, já em relação ao controle das fezes os pacientes apresentam dependência modificada com assistência até 50% das tarefas. Para Polese et al., 2008, dos 16 pacientes avaliados em relação à continência fecal, 94% referiram não possuir acidentes ocasionais, e 6% referiram que estes ocorriam ocasionalmente, Já em relação à continência urinária, 62% dos pacientes informaram que não ocorriam acidentes com perda de urina, 25% com acidentes ocasionais, e 13% referiram ser incontinentes.

Tabela 6: Distribuição quanto a Média e DP da dimensão de controle de esfíncter da MIF

Controle de Esfíncter	Pontuação do escore	Média	DP
Controle de urina	64	6,4	±1,8
Controle de fezes	55	5,5	±2,3

Fonte de dados, 2012.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a incontinência vesical é uma alteração frequente no AVE e sua prevalência varia de 32% a 79%. Este fato estaria relacionado com a média da idade da população e o tempo médio do AVE. Para Silva; Schoeller; Silva., (2012), a prevalência da incontinência vesical aumenta com a idade.

Há de se observar também que muitos pacientes podem ter um histórico anterior ao AVE, de incontinência vesical por outras causas, tais como: problemas prostáticos, multiparidade, diabetes mellitus, infecção urinária e uso de medicamentos. Na amostra o ganho funcional em relação ao controle da bexiga pode estar relacionado ao fato de que 77 (35%) pacientes tiveram seu 1º atendimento entre 181 a 365 dias após o AVE, o que pode ter levado a um baixo ganho na média do item controle de esfíncter, portanto, já se caracterizou a incontinência.

De acordo com a **Tabela 7**, é visto que no domínio mobilidade, no que se refere às categorias de transferências da cama para cadeira, para o vaso sanitário e chuveiro, as pontuações obtidas foram (53 pontos), apresentando dependência modificada com assistência de até 50% das tarefas, as médias se igualaram (5,3±2,0), isto pode ser explicado devido esses pacientes terem uma marcha comprometida, consequentes à própria limitação causada pela doença. A mesma coisa é dita nos estudos realizados por Corrêa et al., (2005), que apontam que os indivíduos após o AVE demonstram grande dificuldade no item mobilidade.

Tabela 7, Distribuição quanto a Média e± DP da dimensão de mobilidade da MIF

Mobilidade	Pontuação do escore	Média	DP
Trasf.p/ cama e cadeira	53	5,3	±2,0
Trans.p/ vaso sanitário	53	5,3	±2,0
Trans.p/ chuveiro	53	5,3	±2,0

Fonte de dados, 2012.

Pesquisas realizadas por Silva., (2005), mostram que o individuo com AVE apresenta um padrão em flexão do membro superior com extensão do membro inferior no hemicorpo acometido. Devido a tal padrão, o membro inferior não consegue suportar completamente o peso durante a fase de apoio, além de não se projetar para frente durante a fase de balanço, a não ser como um todo em circundução.

Segundo Cardoso., (2009), a mobilidade constitui um componente essencial da avaliação funcional. Refere-se à capacidade de sair da residência, e pode ser mensurada por meio de um enfoque hierárquico, iniciando-se com tarefas simples como transferir-se da cama para a cadeira e progredindo para as tarefas mais complexas como caminhadas de curtas e longas distâncias, subir e descer escadas, enfim, atividades que exigem amplitude de movimento, resistência e força muscular.

Os dados da **Tabela 8** referem-se ao domínio locomoção, onde se observa que, os pacientes apresentam redução considerável na deambulação e movimentação com dependência modificada, ou seja, necessitando de assistência de até 50% das tarefas como: escadas (45 pontos) cadeiras de rodas (49 pontos), o que resulta em uma diminuição considerável de suas habilidades em relação à marcha com média de (4,9 e±2,3) subir lances de escadas (4,5±2,2). A locomoção uma vez prejudicada afeta a CF impedindo o indivíduo de executar de forma autônoma, as atividades consideradas essenciais à sobrevivência e consequentemente a manutenção de suas relações sociais.

Tabela 8, Distribuição quanto a Média e ±DP da dimensão de locomoção da MIF

Locomoção	Pontuação do escore	Média	±DP
Marcha/cadeiras de Rodas	49	4,9	±2,3
Escadas	45	4,5	±2,2

Fonte de dados, 2012.

Estudo realizado por Benvegnu et al., (2008), mostra que a locomoção apresenta menores médias 3,29. Este estudo está em consonância com o de Riberto et al, (2005), onde foi observado uma menor pontuação no mesmo item, sendo justificado por esses pacientes apresentarem um nível de dificuldades maior na realização de atividades, sendo a causa principal a hemiplegia.

A **Tabela 9** mostra que, a menor pontuação dos escores da MIF foi para a resolução de problemas (38 pontos), apontando para uma dependência modificada, com assistência de até 50% das tarefas, com média e ±DP (3,8±2,0).

Tabela 9, Distribuição quanto a Média e± DP da dimensão cognição social da MIF

Cognição Social	Pontuação escore	Média	±DP
Interação social	46	4,6	±2,0
Resolução de problemas	38	3,8	±2,0
Memória	50	5,0	±2,0

Fonte de dados, 2012.

De acordo com Umphred (1994) as sequelas deixadas pelo AVE podem causar distúrbios na cognição social, fato diretamente relacionado com a interação social (4,6±2,0) e memória (5,0±20). Isto significa que esses pacientes foram comprometidos na sua capacidade de processar informações, com alterações cognitivas que incluem o processo mental de compreensão, raciocínio e tomada de decisões que orientam comportamentos e ações.

Os distúrbios cognitivos apresentados por pacientes com AVE podem interferir de forma significativa na realização das atividades funcionais, compreendendo as AVD's e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's). As AVD's dizem respeito aos cuidados pessoais da vida diária, como alimentar-se, vestir-se, fazer higiene e mover-se. As AIVD's são habilidades mais avançadas e consideradas como determinantes para a independência do indivíduo na comunidade, como cozinhar, fazer compras, executar tarefas domésticas e dirigir (ALMEIDA; NITRINI., 1995).

De acordo com a **Tabela 10**, a pontuação do escore na categoria expressão 37 pontos, também mostrou-se reduzida, com dependência modificada com assistência de até 50% das tarefas. Já os resultados referentes ao domínio comunicação mostram que a categoria expressão (3,7 ±2,3) foi mais afetada que a compreensão (5,7 ±2,1). Esse resultado pode ser explicado devido os pacientes provavelmente, terem um comprometimento maior na área de broca, que é a área responsável pela ordenação e planejamento das atividades motoras essenciais á fala.

Tabela 10, Distribuição quanto a Média e ±DP da dimensão comunicação da escala MIF

Comunicação	Pontuação dos escores	Média	DP
Expressão	37	3,7	±2,3
Compreensão	57	5,7	±2,1

Fonte de dados da MIF, 2012.

Cury; Lima (2007) estudaram as pesquisas realizadas pelo fisiologista Frances Pierre Paul Broca, 1861, a partir de uma lesão ocorrida no hemisfério esquerdo de um paciente que manifestava uma desorganização da linguagem e identificaram uma área no lobo frontal, relacionada é elaboração dos atos motores da fala, á qual passou chamar-se, área de Broca. Para ele, essa área do córtex cerebral teria uma grande concentração de neurônios para a habilidade de ordenação dos movimentos necessários a fala, e na grande maioria dos pacientes estaria concentrada no hemisfério esquerdo.

A **Tabela 11** classifica o nível de independência dos pacientes com AVE por meio do subescores da MIF, a qual mostra que, uma maioria obteve 50% (n=5) da amostra, apontando para dependência modificada com assistência de até 25%, o que nos dar a entender que, as sequelas deixadas têm relação direta com seu nível de independência funcional para as AVD's, tornando necessário o auxílio de outra pessoa para a realização destas tarefas. Por outro lado, mostra que 40% (n=4) da amostra têm independência completa, não necessitando de ajuda para realizar suas atividades básicas; e apenas 10%, um caso da amostra apresenta dependência completa, evidenciando que apenas um paciente encontra-se gravemente incapacitado.

Tabela 11, Classificação do nível de independência nos pacientes com AVE, por meio do subescores da MIF

	N=10	%
Dependência completa		
18 pontos	**1**	**10**
Dependência modificada com		
assistência de até 50% das tarefas	**0**	**0**
19-60 pontos		
Dependência modificada com	**5**	**50**
assistência de até 25% das tarefas		
60-103 pontos		
Independência completa	**4**	**40**
Maior que104		
Total da amostra	**10**	**100**

Fonte de dados, 2012.

Estes resultados corroboram com as pesquisas de Cruz e Diogo (2009), que avaliando pacientes acometidos por AVE obtiveram uma pontuação total da MIF (MIFt), variando entre 32 a 125, com a média de 97,0 (± 22,3). No domínio motor (MIFm), a variação observada foi de 19 a 91, com média de 68,9 (± 17,4) e no domínio cognitivo/social (MIFcs), os escores variaram entre 13 e 35, com média de 28,1 (± 7,3).

Indivíduos acometidos por AVE, na maioria das vezes, se apresentam incapazes para realizar atividades simples do dia a dia. O que se nota é que o cuidador sente-se obrigado a suprir e até mesmo substituir as atividades que antes eram realizadas pela própria pessoa (CESÁRIO et al., 2006).

Pesquisas realizadas por Andrade et al, (2010), mostraram que a MIF pode ser interpretada pelos seus subescores, os quais mostraram que, antes do tratamento apenas 3 de um total de 15 pacientes apresentavam independência completa/modificada e após o tratamento, os pacientes classificaram-se em apenas duas categorias: dependência modificada, com assistência até 25% para execução da tarefa (6,6%) e independência modificada/completa (94%).

Na **Tabela 12,** o resultado total da MIF motora apresenta uma média de (57,4), e MIF cognitivo com menor prevalência com média de 22,8, totalizando 80,2, isso mostra que esses

pacientes com AVE apresentam uma dependência modificada com assistência de até 25% das tarefas.

Tabela 12, pontuação total da média dos domínios motor e cognitivo da MIF.

MIF Total	Média
Motora	57,4
Cognitivo	22,8
Total	80,2

Fonte de dados, 2012.

Riberto., (2004), estudou com relação ao nível de independência funcional dos seus pacientes, e observou através da MIF, que a média do escore total referente à MIF motora foi de 54,6±17,15, valor sugestivo de nível moderado de comprometimento funcional. Estes achados estão de acordo com o estudo de validação da MIF no Brasil, que encontrou valores médios de 54,1 ±23,00 para pacientes com lesões encefálicas.

No presente estudo, verificou-se que as habilidades para realização das tarefas básicas ou complexas do dia-a-dia encontram-se minoradas pela afecção neurológica. O impacto da doença pode provocar extensas modificações na vida dos envolvidos, como verificado no estudo de Edwards e colaboradores (2006), onde cerca de 90%, dos 771 pacientes analisados, apresentaram alterações nas AVD's, nas atividades laborais e recreativas, além de diminuição do grau de satisfação com a vida, após o evento neurológico.

Há uma discrepância desse estudo com os estudos realizados por Vianna et al, (2008), no qual mostra que os resultados para o domínio motor foram 43,0±0,8, para domínio cognitivo, 17,0±1,3, e a MIF total, 60,0±0,9. Os resultados demonstraram que 57,1% dos indivíduos com sequela de AVE apresentaram dependência modificada – assistência de até 50%, e 21,4% dependência modificada – assistência de até 25% e 21,4% de independência completa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais doenças crônicas e incapacitantes, que levam à dependência e perda da autonomia funcional. Pode deixar sequelas importantes nos pacientes acometidos, que influenciarão de forma negativa para a sua recuperação funcional, consequentes à perda das habilidades motoras e cognitivas, além das possíveis co-morbidades. Esse fato pode gerar um decréscimo importante na prática das AVDs, cuja maior dificuldade é no aspecto físico e na locomoção, interferindo diretamente na aquisição da independência funcional causando grande impacto no retorno social do paciente.

No presente estudo, os pacientes com AVE, apresentaram dependência em todas as dimensões estudadas, resultantes de um baixo desempenho funcional e cognitivo. Os resultados mostraram que, a maioria dos indivíduos obteve resultados de dependência modificada com assistência de até 25% para realização das suas AVD's. Em relação ao SF-36, foi possível observar o comprometimento na percepção da QV em detrimento de todos os domínios do questionário, principalmente nos aspectos físicos e a capacidade funcional, o que pode ser justificado pelas manifestações clínicas provocadas pelo AVE, que causam prejuízo na autonomia e independência destes pacientes.

A avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida nesses pacientes com AVE é necessária a fim de fornecer um perfil global das condições funcionais, psicossociais do paciente e de suas expectativas em relação à vida, direcionando a reabilitação a objetivos mais específicos, que contribuam para uma maior humanização e efetividade do processo de reabilitação e para uma melhor percepção da QV pelos pacientes. Portanto, a MIF e o SF-36 foram instrumentos confiáveis para serem utilizados nessa população.

Considerando-se os resultados obtidos, pode-se sugerir que os instrumentos utilizados foram adequados as necessidades da amostra deste estudo. Além disso, sugere-se que sejam realizados novos estudos, com maior número de pacientes institucionalizados portadores de sequela de AVE, com o objetivo de comprovar o grau de dependência destes para realização de suas atividades básicas de vida diária.

Portanto, conclui-se que, o AVE compromete a vida do indivíduo de forma intensa e global, e que as sequelas motoras, dele resultantes interferem na sua independência funcional, tornando-os dependentes de ajuda para a realização de tarefas básicas do dia-a-dia, prejudicando sua autonomia, sua capacidade funcional, e consequentemente sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABREU, L.C de. et al. Uma visão da pratica da fisioterapia respiratória: ausência de Evidencia não e evidencia de ausência. **Arq Med ABC,** v. 32, (2):76-8, 2007.

ALMEIDA, A.L.M. Considerações sobre avaliação da qualidade de vida em grupo de pacientes com acidente vascular cerebral. **Ver. Neurociên**, v.18, n.(2): 147-149, 2010.

ALVES, L.C; LEITE, I.da.C; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando o functional da população idosa uma revisão da literature. Ciência e Saúde coletiva, v.13, n.(4): 199-207 2008.

ALMEIDA, A.L.M. Considerações sobre a avaliação da qualidade de vida em grupo de pacientes com Acidente Vascular Cerebral**. Rev Neuroscience**, v.18, n(2): 147-149, 2010.

AMORIM, R. Reabilitação. **Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia.** Porto**,** V.19, (3):189-191, 2010.

ARTHUR, A.M. et al. Tratamentos fisioterapeuticos em pacientes pós-AVC:Uma revisão do papel da neuroimagem no estudo da plasticidade neural.**Ensaios e ciência:ciências biológicas e da saúde**, v.14,(1), São Paulo, 2010.

ARES, M.J.J. **Acidente vascular encefálico. In:**TEIXEIRA**,** E. et al. **Terapia ocupacional na reabilitação física**, p.03-16, 2003.

BARROS, A.F. F; FÁBIO, S.R. C; FURKIM, A.M. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença**. Arq. Neuropsiquiatr.** V.64, (4):1009-1014, jul/out 2006.

BARCALA, L. et al. Análise do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após o treino com o programa Wii Fit**. Fisioter. mov.**V.24, n.(2), 2011.

BENVEGNU, A.B; GOMES, L.A; SOUZA, C.T.de; 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). **Rev. Ciência e saúde**, v.1, n.(2):71-77, 2008.

BORGES, D; MOURA, EW; LIMA, E; CAMPOS e SILVA, PA. **Fisioterapia – aspectos clínicos e práticos da reabilitação.** Artes médicas: São Paulo, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília-DP, 1996.

CANCELA D.G. O **Acidente vascular cerebral-classificação, principais conseqüências e reabiliotação**, 2008.18f. Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de licenciatura do porto, Portugal, 2008.

CAPORICCI, S; NETO, M.F.O. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. **Doaj content**, Vol. 7, n. (2): 15-24, 2011.

CARDOSO, A.F. Capacidade e incapacidade funcional no envelhecimento. **Rev. Digital.** Vol.13, n. 128, 2009, disponível em >http: //www.efdeportes.com/> 23/10/2011 11:00.

CARVALHO, A.C. et al. Projeto Hemiplegia – Um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos. **Arq Ciênc Saúde.** Vol.14,(3):161-168, 2007**.**

CAROD-ARTAL J, Egido JA, Gonzalez JL, Varela de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. Stroke.v.31, n.(12), :2995-3000, 2000.

CAMPOLINA, A.G; DINI, P.S; CICONELLI, R.M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** vol.16 n. (6) Rio de Janeiro, 2011.

CESÁRIO, C.M. M; PENASSO, P; OLIVEIRA, A.P.R. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico**. Revista Neurociências** v.14, n.1, Nov-Fev. p.6-9, 2006.

CONTE, A.L.F.et al. Confiabilidade, compreensão e aceitação da versão em português da Motor Assessment Scale em pacientes com acidente vascular encefálico**. Rev. bras. Fisioter,** v.13, n.(5):405-411, 2009.

CORREIA, A.de. C.S. et al. Crioterapia e cinesioterapia no membro superior espástico no acidente vascular cerebral**. Fisioter Mov**, v.23, n.(4): 555-563, Curitiba, 2010.

COSTA, A.M. DARTE, E. **Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) Rev. Bras.Ciên. e Mov.,** Brasília,v.10:47- 5 4, 2002.

CURY, E.M. G; LIMA, S.I.de. **Cérebro, linguagem, e afasias,** 2007.

CRUZ, B.F.M. de. Fisioterapia como fator de qualidade de vida em pacientes de ave da clínica escola de fisioterapia do UNIPÊ - João Pessoa – PB. **Rev. de Fisioterapia do UNIPÊ.** V.1, n.(1), 2011.

DALL'AGNOL, R. et al. Identificação dos fatores de risco modificáveis, do grau de comprometimento neurológico e do conhecimento a respeito da doença em pacientes internados com AVE. **ConScientia e Saúde.** Vol.9, n.(2):253-259, 2010.

DIAS, K. S. **Perfil dos indivíduos portadores de acidente vascular cerebral vinculado ao programa de saúde da família no município de Divinópolis – MG:** a demanda por cuidados fisioterapêuticos. 2006. 119 f. Tese (Mestrado em Promoção da Saúde) – Universidade de Franca, Franca, 2006.

DIBAI, F.A.V. et al.Caracterização dos fatores de risco e da terapia medicamentosa de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico em tratamento fisioterapeutico. **ConScientiae Saúde**,v.9,n.(1):103-109, 2010.

DOI, K.Y; TURCHIARA, M.A; STOPIGLIA, M. O impacto do acidente vascular encefálico na qualidade de vida dos acompanhantes em uma clínica de fisioterapia universitária. **Rev.Ist. Saúde**, V.25, n.1, pag.23-8, 2007.

EDWARDS, D.; Harn, N.; BAUM, C. e Dromerick, A. The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. J Stroke Cerebrovasc Dis,V. 15,n.(4):151-157, 2006.

ELIAS KNOBEL et al. Terapia intensiva: Neurologia,ed. Atheneu, 2003, pag.111. Hemorragia intraparenquimatosa.

EUZÉBIO, C.J. V; RABINOVICH, E.P. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com seqüela de Acidente Vascular Encefálico. **Temas psicol**. v.14 n.(1) Ribeirão Preto, 2006.

FLECK MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Ver. Saúde Pública, V.33, N.2, PAG.198-205, 1999.

FONSECA, Ana Paula C. et al. Espasticidade: Tratamento por Meio da Medicina Física. **Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação.** São Paulo, jun, 2006.

FURUKAWA, T.S. et al.Mortalidade por doenças cerebrovasculares por residência e local de ocorrência do óbito:Paraná, Brasil.**Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.27,n.(2):327-334, 2011.

GAGLIARDI, R.J. et al. Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral**. Arq Neuropsiquiatr.**vol.59,n.(4), São Paulo, jan/set, 2001.

KAISER, S.E. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronarianas e cerebrovasculares. **Rev. da SOCERJ.** Vol.17, n.(1), Rio de Janeiro, p.11-17, 2004.

HAAS, J.S. **Avaliação da capacidade funcional em pacientes críticos após dois anos da alta da UTI.** 2010.117 f. Dissertação (Mestrado em ciências médicas)-Universidade federal do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, 2010.

IWABE, C; DIZ M.A. de. R; BARUDY, D.P. Análise cinemática da marcha em indivíduos com Acidente Vascular Encefálico. **Rev. Neurocienc,** Jul/Out, 2008.

JORGE, R.; COSTA, D. **Fatores predistores do estado de saúde e indivíduos vítimas de AVE.** 2009, 198f. Tese (Doutorado) tecnologias da saúde-Universidade de Aveiro, Aveiro, 2009.

MAZZOLA, D.et al, **Perfil dos Pacientes Acometidos por Acidente Vascular Encefálico Assistidos Na Clínica De Fisioterapia neurológica Da Universidade De Passo Fundo**,V.20 n.(1):22-27, 2007 disponível em:http://redalyc.uaemex.mx > 23/10/2011 16:00.

MARCONI, M.de. A.; LAKATOS, E.M**. Técnicas de pesquisa.** 7. Ed.são Paulo: atlas, 2008.p.70.

MELLO, L.L; MOURA, C.E. M de; GODOY, J.R.P.de. A paciente no paciente hemiparético. Univ.Ci. Saúde, v.3, n.(2);261-273, Brasília, 2005.

MENEGHETTI, C.H. Z et al. Avaliação da Força Muscular Respiratória em Indivíduos Acometidos por Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc** v.19, n.(1): 56-60, 2011.

Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde**. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Resoluções CNS/MS). In: Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; p. 83-99, 2002.

MONTEIRO, N. M; GUEDES, G.A.P; ROCHA, J.A.M. Análise da qualidade de vida dos pacientes internados em âmbito hospitalar: importância da fisioterapia**. Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais,** Minas Gerais, v.1, n.4, p.7-12, 2009.

MORAES, G.F.de et al. Fortalecimento dos Músculos Estabilizadores da Escápula e qualidade de Vida de Indivíduos com Hemiparesia**. Consscientiae Saúde**, Belo-Horizonte, v.10, n.(2):356-362, 2011.

MOTTA, J.F; NICOLATO, R. **Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral instrumentos de avaliação e seus resultados. J Bras Psiquiatr**, v.57, n.2, Belo-Horizonte, MG, P.148-156 2008.

NETTINA, Sandra. M. Doença vascular cerebral. **Prática de enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro:Guanabara koogan.pag.444 – 446, 2003.

OMS-ORAGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Ministério da saúde, 1899.

OTTOBONI, C; FONTES, S.V; FUKUJIMA, M.M. Estudo comparativo entre a marcha normal e a de pacientes hemiparéticos por acidente vascular encefálico: aspectos biomecânicos. **Rev.neurociencias,** Vol.10, n.(1): 10-16, 2002.

OVANDO, A.C. Treinamento de marcha, cardiorrespiratório e muscular após acidente vascular encefálico: estratégias, dosagens e desfechos**. Fisioter. Mov. (Impr.)**, Curitiba, v.23, no. (2):253-269, 2010.

PATEL M.D. ET al. **Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life**. Age and Ageing.v. 35, p.273-9, 2006.

PERLINI, N.M.O.; FARO, A.C.M.cuidar da pessoa incapacitada Por acidente vascular cerebral no domicilio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. enferm USP.** Set - jan, v. 39, n.(2), 2005.

PEREIRA, A.B.C.N.da.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** vol.25 n.(9) Rio de Janeiro Set, 2009.

PIMENTEL, N.M. RIBEIRO, N.M.da.S. A perspectiva de recuperação dos pacientes após seis meses de acidente vascular encefálico mediante a reabilitação**. Cad. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v.9, n.(1):59-75, São Paulo, 2009.

PIRES, S.L.; GAGLIARDI, R.J.; GORZONI, M.L. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuropsiquiatr**. Vol.62 n.(3) São Paulo Abr/mai, 2004.

PIROPO G.do. N. et al. Estilo de vida de pessoas idosas pós Acidente Vascular Encefálico e sua Relação com a Assistência de Fisioterapia em Domicílio**. Revista Kairós Gerontologia,** São Paulo, v.13, n.(2):41-56, 2010.

PIASSAROLI, C.A.de. P. Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. **Rev Neurocienc.Nov/jul,** 2011.

POLESE, F.C.et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico.**Revista neurociência**.v.16, n.(3):175-178, 2008.

POTEMPA, K.; BRAUN, L.; TINKNELL, T.; POPOVICH - Benefits of aerobic exercise after stroke. J Sports Med, v. 21, p. 337-46, 1996.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário**. Arq. Neuropsiquiatr**, v.58, n.(1), 2000.

RAIMUNDO K.C. et al. Análise cinemática e eletromiográfica do alcance em pacientes com acidente vascular encefálico**. Fisioter. Mov.**vol.24, n.(1), Curitiba Jan./Mar. 2011.

RAMOS, L.R. et al;. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultado de Inquérito domiciliar. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.(2), p.87-94, 1993.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional.**Rev**.**Acta Fisiátrica**,V. 8, Pag.45-52. 2001.

RIBEIRO, J. Comunicar com o doente afásico, Nursing- Revista de formação continua em enfermagem, n.(216):42-46, 2006.

RYERSON SD. Hemiplegia. In: Umphred DA editor. Reabilitação Neurológica. 4 ed. São Paulo: Manole: 2004.

SANTOS, J.C.C.doset al. A influência da Kinesio Taping no tratamento da subluxação de ombro no Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Neurocienc.** Dez/Agos, 2010.

SANTANA, B.A.S.de; FUKUJIMA, M.M; OLIVEIRA, R.de.M.C de. Características sócio-econômicas de pacientes com acidente vascular cerebral. Arq. Neuropsiquiatr, v.52, n.(3):428-432, 1996.

SEVERO, M. et al. Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36.

SILVA, G.A.da; SCHOELLER, S.D; SILVA, E.M.de J.P. Reabilitação funcional após acidente vascular cerebral: EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires,** V. 17, n. (167), Abril de 2012. Pesquisado em http://www.efdeportes.com/ no dia 22/05 ás 10h10min.

SILVEIRA, et al. Análise do perfil de pacientes com quadro clínico de acidente vascular encefálico. Ensaios e ciência biológicos, agrários e da saúde, v. 14, n.(1), 2010.

SCATTOLIN, F.A.de.A et al**.** Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca.**Cad.Saúde Pública**, v.23, n.(11), Rio de Janeiro, 2007.

SCALZO et. al. **Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral**: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. Rev. Neurocienc. 2010;18(2):139-144. Disponível em: http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/443%20original.pdf. Acesso em: 30/08/2010.

SHEPHERD, R; CHAR, J. Reabilitação neurológica otimizando o desempenho motor. 1ed, 2008.

SHUSTER, R.C. et al. Caracterizações de internações hospitalares por acidente vascular encefálico na cidade de passo Fundo-RS.**ConScientae Saúde**.v.9, n.(4), p.581-585, 2009.

SOUZA, A.G.de et al. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas.**ConScientiae saúde**,V.7,n.(4), jul/out, 2008.

SULLVAN, S.B.O. Acidente vascular encefálico. **Fisioterapia: avaliação e tratamento.** 2**.** Ed.Barueri, SP: Manole, 2004.p.520.

SORIANO, F.F. S; BARALDI, K. Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. **Conscientiae saúde.** Vol.9, n.(3): 521-530, 2010.

SOUZA, R.de.O. Hemiplegia espástica pura de origem piramidal. Arq. Neuro-psiquiat, v.46, n.(1):7-87, 1988.

TALARICO, T.R; VENEGAS, M.J; ORTIZ, K.Z. Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário. **Rev. CEFAC**, vol.13, n.(2) São Paulo Mar./Apr, 2011.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F. et al. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. **Rev. bras. fisioter.** Vol.9, n.(3): 347-353, Belo-Horizonte, MG, Brasil, 2005.

TEIXEIRA-SALMELA L.F, et AL. Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. **Acta Fisiátrica**. V, 7, p.108-18, 2000.

TEIXEIRA, O.A.N.I.O. Envelhecimento cortical e a reorganização neural após o AVE. Implicações para a reabilitação. Rev.ciencia e saúde coletiva, 2008.

UNE, D.de.S.;BIANCHIN, M.A. A importância do cuidador em pacientes portadores de acidente vascular cerebral.**Caderno de Terapia Ocupacional da UFScar,**v.12,n.2.Rio Preto, 2004.

UMPHRED, D.A. Reabilitação Neurológica. 4. Ed. São Paulo, editora manole, 2004. Idosos com seqüelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. **Rev. bras. geriatra. Gerontol.**V.11,n.(1), jan.-abr, 2008.

VIANNA, F.P. et al. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com seqüelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. **Rev. bras. geriatra. Gerontol.V.**11,n.(1), jan.-abr, 2008.

VIGUERA, V. G. de. **Aulas do CVEPE** Seminários por internet: Temas de Psicogerontologia N os 1,4,7, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE - A QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

DatadeAplicação___/___/___

1-.DATA DE NASCIMENTO ___/___/___

2. IDADE_____

3. SEXO: 1M ( ) 2( )F

4. ESTADO CIVIL: 1( ) Solteiro 3( ) Divorciado 5( ) Separado
2( ) Casado 4( ) viúvo 6( ) Outros

5. ESCOLARIDADE: 1.( ) Não alfabetizado 4.( ) 2° Incompleto 7.( ) 3° Superior
2.( )1º grau incompleto 5.( )2º Completo 8.( )Pós graduado
3.( )1° Grau Completo 6.( ) 3° Incompleto

6. PROFISSÃO:_____

7. OCUPAÇÃO:_____

7. RENDA FAMILIAR: 1.( ) Até um salário mínimo
2.( ) 1 a 3 salários mínimos
3.( ) 3 a 5 salários mínimos
4.( ) Acima de 5 salários mínimos

8.CONDIÇÃO DE MORADIA: 1.( ) Sozinho
2.( ) Com a família
3.( ) Com outras pessoa

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA CIDADE DE PATOS.

Pesquisadores responsáveis: Jomayra de Barros Oliveira, e Rosineide Fernandes da Silva.

Informações sobre a pesquisa: O trabalho terá como objetivo avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes com acidente vascular encefálico.

_____

Pesquisador responsável

Instituição:_____

Eu,_____,

portador de RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa.

a- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre a aplicação do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, estando assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas;
b- A segurança plena de que não serei identificado mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo;
c- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa poderá causar um pequeno risco ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado, mas não causará dano físico, uma vez em que se pretende apenas colher informações, através da aplicação de questionário padrão;
d- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita;
e- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento;
f- A garantia de conferir benefícios á parte envolvida, uma vez que se buscam informações sobre o nível de independência funcional e da qualidade de vida dos pacientes com acidente vascular encefálico,submetidos ao tratamento fisioterápico.
Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos, ____de _____ de 2011.

Assinatura do envolvido

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Título do projeto: **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA CIDADE DE PATOS.**

Pesquisador responsável: Rosineide Fernandes da silva.

Instituição: Faculdades Integradas de Patos - FIP

Telefone para contato: (83) 91129075

Local da coleta de dados: Clinica Escola de Fisioterapia

O pesquisador do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados em "Escala e Questionário". Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em poder do pesquisador por um período de 5 anos sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Jomayra de Barros Oliveira. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos em ___/___/_____, com o número de protocolo_____.

Patos, ____de _____ de 2011.

Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO – A TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu_____
Venho por meio deste autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada"**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NA CIDADEDE PATOS",** sob responsabilidade da aluna(a) Jomayra de Barros Oliveira e orientadora(a) Rosineide Fernandes da Silva, como requisito para a conclusão de curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Este documento foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa das Faculdades Integradas de patos em ___/____/____, com o número de protocolo _____.

Patos-PB,_____de_____ de 2011.

_____

Pesquisador

_____

Responsável institucional

_____

Orientador

ANEXO B - ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

	Itens	Nível
	Autocuidados	
	Alimentação	( )
	Higiene	( )
	Banho	( )
	Vesti-se acima da cintura	( )
	Vesti-se abaixo da cintura	( )
Controle do esfíncter		
MIF Motor	Controle da urina	( )
	Controle das fezes	( )
Mobilidade		
	Trans. para cama e cadeira	( )
	Trans. para o vaso sanitário	( )
	Trans. Para chuveiro	( )
Locomoção		
	Marcha /cadeira de rodas	( )
	Escadas	( )
	Cognição social	
	Interação social	( )
	Resolução de problemas	( )
	Memória	( )
	Comunicação	
	Expressão	( )
	Compreensão	( )

Independência 7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	**SEM ASSISTÊNCIA**
Dependência Modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 Ajuda (indivíduo >= 50%) 2 Ajuda máxima (indivíduo >= 25%) 1 Ajuda total (indivíduo >= 0%)	**COM ASSISTÊNCIA**

Fonte: Riberto et al, 2001.

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

Fonte: Ciconelli, Ferraz e Santos (1998) apud castro et al (2003)

Idade: _____ **Sexo**: _____
Função exercida no trabalho: _____
Há quanto tempo exerce essa função: _____

1- **Em geral você diria que sua saúde é**

: Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor 1	Um Pouco Melhor 2	Quase a Mesma 3	Um Pouco Pior 4	Muito Pior 5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
I)Andar um quarteirão	1	2	3
j)Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como conseqüência de sua saúde física?

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como conseqüência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	SIM	NÃO
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo? De forma nenhuma

Nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitiva-mente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D- PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36

Fonte: Ciconelli; Ferraz e santos (1998) apud castro et al.(2003).

<table>
<tr><td>Questão</td><td colspan="2">Pontuação</td></tr>
<tr><td>01</td><td>Se a resposta for
1
2
3
4
5</td><td>Pontuação
5,0
4,4
3,4
2,0
1,0</td></tr>
<tr><td>02</td><td colspan="2">Manter o mesmo valor</td></tr>
<tr><td>03</td><td colspan="2">Soma de todos os valores</td></tr>
<tr><td>04</td><td colspan="2">Soma de todos os valores</td></tr>
<tr><td>05</td><td colspan="2">Soma de todos os valores</td></tr>
<tr><td>06</td><td>Se a resposta for
1
2
3
4
5</td><td>Pontuação
5
4
3
2
1</td></tr>
<tr><td>07</td><td>Se a resposta for
1
2
3
4
5
6</td><td>Pontuação
6,0
5,4
4,2
3,1
2,0
1,0</td></tr>
<tr><td>08</td><td colspan="2">A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7
Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)
Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)
Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)
Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)
Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)
Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)

Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte:
Se a resposta for (1), a pontuação será (6)
Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)
Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)
Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)
Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</td></tr>
</table>

09	**Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:** **Se a resposta for 1, o valor será (6)** **Se a resposta for 2, o valor será (5)** **Se a resposta for 3, o valor será (4)** **Se a resposta for 4, o valor será (3)** **Se a resposta for 5, o valor será (2)** **Se a resposta for 6, o valor será (1)** **Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo**
10	**Considerar o mesmo valor.**
11	**Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:** **Se a resposta for 1, o valor será (5)** **Se a resposta for 2, o valor será (4)** **Se a resposta for 3, o valor será (3)** **Se a resposta for 4, o valor será (2)** **Se a resposta for 5, o valor será (1)**

ANEXO E: CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 29 de novembro de 2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Avaliação da Capacidade Funcional e da Qualidade de Vida em Pacientes com Acidente Vascular Encefálico na Cidade de Patos.** Protocolo número: **232/2011** da pesquisadora: **Rosineide Fernandes da Silva.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 16 de fevereiro de 2012.

GERALDO GONÇALVES DE ALMEIDA FILHO
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FIP