

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SOLANE ALVES DA SILVA MOURA

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA COM SEQUELA DE
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

PICOS

2012

SOLANE ALVES DA SILVA MOURA

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA COM SEQUELA DE
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, campus Senador Helvídeo Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora:
Prof^ª. Msc. Ana Larissa Gomes Machado

PICOS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

M929a Moura, Solane Alves da Silva.

Avaliação da capacidade funcional da pessoa com
sequela de acidente vascular cerebral / Solane Alves da
Silva Moura. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (49 p.)

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador (A): Profa. MSc. Ana Larissa Gomes Machado

1. Acidente Vascular Cerebral. 2. Capacidade Funcional.
3. Enfermagem. I. Título.

CDD 613.208 072

SOLANE ALVES DA SILVA MOURA

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA COM SEQUELA DE
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvidio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 09 / 30 / 2012

BANCA EXAMINADORA:

Ana Larissa Gomes Machado

Prof. Ms. Ana Larissa Gomes Machado
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSINB
Presidente da Banca

Ana Roberta Vilarouca da Silva

Prof. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva
Professor Adjunto Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB
2º. Examinador

Andressa Stelly S. de Oliveira

Prof. Ms. Andressa Stelly Saturnino de Oliveira
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSINB
3º. Examinador

Dedico esse trabalho a Deus, à minha mãe (Maria Lúcia) e ao meu pai (Abdias), pois sem eles eu jamais teria conseguido vencer essa etapa de minha vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Quero te agradecer por tudo, mas não sei como, mesmo que a palavra OBRIGADO signifique muito, não expressará por inteiro o quanto és essencial em meu viver. Agradeço, por me ter concedido sabedoria e tranquilidade para superar todas as dificuldades que apareceram durante essa minha jornada, agradeço também pelos obstáculos que me destes até o momento, pois foram eles que me ajudaram a crescer. E por estar sempre guiando e ajudando a trilhar meu caminho. OBRIGADA, SENHOR!

Antes de tudo quero dizer que tens meu amor, meu respeito e minha admiração e que meus olhos se enchem de lágrimas ao falar de pessoas como vocês. Pessoas essas que nos momentos de tristezas sempre estiveram ao meu lado me consolando, que por mim já fizeram muito e eu nem se quer agradei, já derramaram lágrimas e eu nem se quer às enxuguei. Vocês que são minhas pernas, meus olhos, minha boca, as armas que necessito para a batalha do dia- a- dia, enfim, meu tudo. São vocês que têm sido meu raio de esperança e o motivo para muitas risadas quando eu apenas queria chorar, além de ser o estímulo e o exemplo que tenho em cada amanhecer para ir atrás e lutar pelos meus objetivos.

Poderia lhes oferecer o mundo, ou o mar, talvez quem sabe a felicidade completa, mas ainda seria pouco para agradecer o que vocês merecem e sei que também impossível. Pois em forma de agradecimento lhe ofereço o meu simples sorriso, meu sincero amor e dizer para vocês que quando precisar de alguém ou de alguma coisa chame por mim, pois farei o impossível para lhe oferecer minha ajuda e se possível minha vida. MÃE, PAI (MARIA LÚCIA E ABIDIAS), obrigada por tudo que me ensinaram, pois o que sou hoje e o que já consegui em minha vida eu devo a vocês.

Agradeço também a minha avó (Gertrudes) que sempre foi um espelho de vida, uma mulher guerreira. Que em cada amanhecer lembro – me de vossa face que como é lindo o brilho que irradia dos teus olhos e é esse brilho que me ajuda a seguir com mais ânimo e alegria, pois você é e sempre será eterna em minha vida. TE AMO, VÓ!

A minha segunda mãe (Tia Nene) meus eternos agradecimentos, admiração e amor, pelos os ensinamentos que levo comigo até hoje, pela dedicação, pelo amor. Você é um dos pilares de minha vida, pois mesmo que tivesse todas as coisas belas da vida e todos os belos lugares do mundo nada teria sentido se você não fizesse parte de minha vida. Obrigada por tudo que já me proporcionou.

Aos meus irmãos Laianny, Soane e Samuel por todos os momentos, pela cumplicidade, pois saibam que vocês me fazem crescer a cada momento que passamos juntos,

obrigada pela admiração que tens por mim, pois todo o meu esforço até o momento e os que virão foram e são por vocês. Agradeço o teu sorriso, a sua calma (Soane), a você Lalá, obrigada por tudo, pelos conhecimentos, pelo companheirismo e desculpa pelos estresses que te fiz passar todos esses anos, espero que entenda os motivos e o meu irmão querido (Samuel) que me faz rir em momentos de tristeza, obrigada por me transmitir essa sua alegria. Continuem assim, pois é com essas e outras características que vocês têm minha eterna admiração, respeito e amor. E que sempre que precisar pode contar comigo, pois estarei sempre à disposição de vocês. AMO VOCÊS!

A minha família meu muito obrigado por sempre acreditar em mim, espero não ter decepcionado vocês em nenhum momento. Obrigada aos meus tios maternos em especial tia Isabel, tia Ângela, tio Budo e Tio Nêgo, aos meus tios paternos em especial a tio Moura e a tia Dos Santos. Aos meus avós paternos (Socorro e Benedito) obrigada pelo apoio. A todos os meus primos, em especial a Alane e Ayla, pois mais do que primas são minhas irmãs e amigas obrigada por todos os conselhos e pelo companheirismo.

Meu sincero e carinhoso agradecimento aos mestres desde a minha pré-escola até o momento, pelos conhecimentos que foram transmitidos, as dúvidas esclarecidas, pela amizade e paciência. Deste ponto partirei para um mundo com novos horizontes e sempre recordarei das jornadas traçadas com vocês, da experiência do aprender e do saber. E em especial quero agradecer a minha orientadora, Prof^a Msc. Ana Larissa Gomes Machado, pelo apoio em todos os momentos que precisei a paciência e todos os ensinamentos que me transmitiu, pois tens minha admiração por sua inteligência, humildade e preocupação com os outros. Saiba que você será um dos meus alicerces, neste futuro profissional.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa e Saúde Coletiva, pois foi através dele que me interessei mais ainda pela pesquisa e pela saúde dos idosos, obrigada a todos os professores que o compõem, pelos ensinamentos e dedicação para o desenvolvimento de pesquisa e meus colegas de grupo pelo companheirismo. Em especial quero agradecer a Ana Zaira e Ana Danúsia pela dedicação e ajuda que tiveram para coletar os dados dessa pesquisa.

Aos meus amigos da vida acadêmica, Rose, Jéssica Alves, Wellyda, Gleison e Gleiciane Lucena. Obrigada por ter posto tanta sabedoria, cuidado e imaginação em nossa amizade, por compartilhar tantas coisas boas e por marcar tantas lembranças, pois junto com o meu diploma levarei vocês comigo. A minha amiga Ana Paula, obrigada por todos esses anos que passamos juntas (do ensino fundamental até a graduação), por todos os conhecimentos e momentos. As minhas amigas Ana Karoline, Luza, Carla Maria e a minha amiga – irmã Brunayra obrigada por me permitir desfrutar, gentilmente, de suas amizades, suas energias

positivas que muitas vezes me ajudou a ganhar as batalhas do dia - a - dia. Enfim obrigada a todos os meus amigos que de alguma forma contribuíram para que eu conquistasse essa vitória. MUITO OBRIGADA!!!

“Os sonhos trazem saúde para a emoção, equipam o frágil para ser autor da sua história, renovam as forças do ansioso, animam os deprimidos, transformam os inseguros em seres humanos de raro valor. Os sonhos fazem os tímidos terem golpes de ousadia e os derrotados serem construtores de oportunidades”.

Augusto Cury

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico é uma doença caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico que persiste por pelo menos 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral que leva a uma redução do aporte de oxigênio às células cerebrais adjacentes ao local do dano, com consequente morte dessas células. O Acidente Vascular Encefálico deixa sequelas físicas como na área motora, relacionado à marcha, aos movimentos dos membros; controle esfincteriano, cuidados pessoais, a linguagem, à função cognitiva, dentre outras e consequentemente afeta a vida social tanto do paciente como o da família, comprometendo também as atividades de vida diária. Sendo assim é importante ter a presença de um cuidador para esse público devido às sequelas que afetam a vida deles, além disso, tem que haver educação em saúde tanto para os pacientes como para os cuidadores de como lidar com as mudanças decorrentes do Acidente Vascular Encefálico. Objetivou-se avaliar a capacidade funcional de pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico na cidade de Picos – PI. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, transversal. Participaram deste estudo trinta pessoas vítimas de Acidente Vascular Encefálico cadastradas em cinco unidades da Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados foi realizada através de visita domiciliária no período de fevereiro a abril de 2012 e norteadas por um formulário que contemplou dados sociodemográficos e clínicos e pela escala de Medida de Independência Funcional adaptada. Os dados foram compilados e analisados através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences versão 17.0. A realização da pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Piauí com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 0483.0.045.000-11. Os resultados mostraram que a maioria dos pesquisados era do sexo masculino, 53,3%, com média de idade de $72,3 \pm 9,0$ anos e que 70,0% dos participantes tinham um cuidador. Todos os participantes eram hipertensos. A maioria teve um episódio de Acidente Vascular Encefálico, mas um número significativo de participantes sofreu com mais de um episódio de Acidente Vascular Encefálico. Em relação às sequelas apresentadas, 46,7% atingiram a área motora e locomoção. Acerca da independência funcional, 63,3% eram independentes de acordo com a pontuação da escala Medida de Independência Funcional. Como visto, o Acidente Vascular Encefálico ocasiona alterações nas atividades de vida diária e consequentemente na qualidade de vida. O que implica a necessidade de uma atenção maior por parte da enfermagem para esse público, como prevenção de sequelas e educação em saúde, assim eles terão um maior entendimento sobre a doença e sobre as consequências deixadas.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Capacidade Funcional. Enfermagem

ABSTRACT

The Stroke is a disease characterized by acute onset of a neurological deficit that persists for at least 24 hours, reflecting focal involvement of the central nervous system as a result of a disturbance in cerebral circulation that leads to a reduction in oxygen delivery to brain cells adjacent to the site of the damage, with consequent death of these cells. The Stroke leaves the physical sequelae such as motor area, related to the march, the movements of the limbs, sphincter control, personal care, language, cognitive function, among others and hence affects the social life of both the patient and the family, undermines the activities of daily living. Therefore it is important to have the presence of a caregiver for this audience due to sequelae that affect their lives, in addition, there must be health education for both patients and caregivers on how to cope with the changes resulting from Stroke . The objective was to evaluate the functional capacity of people with sequelae of cerebrovascular accident in the city of Picos - PI. This is an exploratory and descriptive, cross-sectional quantitative approach. The study included thirty people victims of Stroke enrolled in five units of the Family Health Strategy. Data collection was conducted through home visits in the period February to April 2012 and guided by a form that included demographic and clinical data and the scale of the Functional Independence Measure adapted. Data were compiled and analyzed using the statistical program Statistical Package for the Social Sciences version 17.0. The research was approved by the research ethics committee of the Federal University of Piauí with Certificate of Appreciation Presentation for Ethics No. 0483.0.045.000-11. The results showed that the majority of respondents were male, 53.3%, with a mean age of 72.3 ± 9.0 years and 70.0% of participants had a caregiver. All participants were hypertensive. Most had an episode of Stroke, but a significant number of participants experienced more than one episode of Stroke. Regarding presented sequelae, 46.7% reached the motor area and locomotion. About functional independence, 63.3% were independent according to the scale score Functional Independence Measure. As seen, the Stroke causes changes in activities of daily living and consequently the quality of life. This implies the need for greater attention by nursing staff for this audience, as sequelae of prevention and health education so they will have a greater understanding of the disease and the consequences left.

Keywords: Stroke. Functional Capacity. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização socioeconômica dos participantes. Picos – PI, fev./ abril, 2012.....	24
Tabela 2. Relação entre idade e sequelas apresentadas. Picos- PI, fev./abril, 2012.....	26
Tabela 3. Pontuação de acordo com as categorias da Escala MIF. Picos- PI, fev. / abril, 2012.....	26
Tabela 4. Relação entre as sequelas apresentadas e a classificação da escala MIF. Picos – PI, fev. /abril, 2012,.....	27

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Principais sequelas apresentadas após AVE. Picos- PI, fev – abril, 2012.....25

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diária

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DNTs - Doenças Não Transmissíveis

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Hipertensão Arterial e Diabetes

MIF - Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

QDV - Qualidade de Vida Diária

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPI – Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipo de estudo.....	22
4.2 Local e período do estudo.....	22
4.3 População e Amostra.....	22
4.4 Coleta de dados.....	23
4.5 Análise dos dados	24
4.6 Aspectos Éticos.....	24
5 RESULTADOS.....	25
6 DISCUSSÃO.....	29
7 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade tem determinado uma mudança no perfil nosológico da população e entre as principais preocupações relacionadas à assistência à saúde advindas deste fenômeno destacam-se as elevadas taxas de mortalidade decorrentes das doenças do sistema cardiovascular, as quais têm como sequelas déficits funcionais e cognitivos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003), os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) tem aumentado sua frequência na população e geram incapacidades, como perda do controle voluntário dos movimentos musculares, problemas sensoriais, incontinência, e problemas na comunicação e na fala, que comprometem a saúde física, emocional e social de uma pessoa.

Entre os indivíduos que sobrevivem ao AVE, 15% não apresentam prejuízo de sua capacidade funcional; 37% mostram discreta alteração, mas são incapazes de se autocuidar; 16% apresentam moderada incapacidade, sendo capaz de andar sozinho, necessitando de auxílio para vestir-se; 32% demonstram alteração intensa ou grave de sua capacidade funcional, necessitando de ajuda tanto para deambular quanto para o autocuidado, quando não se encontram restritos a uma cadeira de rodas ou ao leito, necessitando de cuidados constantes. Além disso, é considerada uma doença primária do idoso, contudo, aparece também nas estatísticas como a terceira causa de morte entre as pessoas de meia idade (CRUZ et al., 2009).

Diante desses dados epidemiológicos, percebe-se que uma pessoa que sobrevive a um episódio de AVE sofre uma grande mudança em suas atividades de vida diária, por mais que as sequelas sejam mínimas, esta mudança é muito perceptível. Além disso, há uma carga muito grande sobre a família e o sistema de saúde após sua ocorrência.

É uma doença caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico (diminuição da função) que persiste por pelo menos 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral que leva a uma redução do aporte de oxigênio às células cerebrais adjacentes ao local do dano com consequente morte dessas células. Começa abruptamente, sendo o déficit neurológico máximo no seu início, e podendo progredir ao longo do tempo (BRASIL, 2006).

Classifica-se em duas categorias, o isquêmico, quando ocorre oclusão de um vaso sanguíneo (artéria) que irriga determinada região encefálica, privando essa região de nutrientes e oxigênio, e o hemorrágico, quando há ruptura de um vaso sanguíneo encefálico (BRASIL, 2006).

No entanto, como se observa, após um episódio de AVE uma série de déficits neurológicos podem estar presentes, portanto é importante que o paciente tenha cuidados necessários e que inicie o tratamento de reabilitação precocemente, de forma amenizar as incapacidades a qual é definida pela presença de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (ROSA et al., 2003).

Os AVEs, mesmo quando não são mortais, geram um impacto que conduz com frequência à deficiência parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para ele, o qual terá limitações para realizar as atividades de vida diária, interferindo na saúde tanto física, emocional e social e em consequência gerando também impactos na vida da família.

Portanto é importante que as ações de prevenção de incapacidades sejam feitas com mais frequência, e para isso é necessário que exista uma equipe multidisciplinar capacitada para que esses indivíduos possam receber uma assistência de forma individualizada nas diferentes esferas do processo de reabilitação e sua capacidade funcional seja preservada o máximo possível garantindo uma boa qualidade de vida.

O enfermeiro, como membro de uma equipe multidisciplinar de saúde, deve estar atento tanto à prevenção de fatores de risco da doença, quanto às sequelas e consequências provocadas pela doença para que esses indivíduos recebam uma assistência de enfermagem adequada (CRUZ et al., 2009).

Devido a um grande número de casos e à incapacidade funcional que o AVE ocasiona, a qual afeta a qualidade de vida do paciente, e a existência de poucos estudos desenvolvidos sobre o assunto no município de Picos- PI, é de grande relevância um estudo desta natureza como subsídio para prevenção das incapacidades geradas. Identificados os principais problemas e as reais necessidades desses pacientes, fica mais viável o profissional enfermeiro prestar assistência adequada para prevenção das incapacidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a capacidade funcional de pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico na cidade de Picos – PI.

2.2 Específicos

- Caracterizar a amostra estudada quanto aos aspectos sociodemográficos e clínicos;
- Descrever as sequelas físicas apresentadas pelos participantes do estudo;
- Analisar a relação entre idade dos participantes e sequelas físicas apresentadas;
- Identificar o comprometimento da capacidade funcional após o AVE.

3 REVISÃO DE LITERATURA

À medida que as nações se industrializam, mudanças nos padrões de vida e trabalho são inevitavelmente acompanhadas por uma transformação nos padrões das doenças e, dentre elas, as que mais se destacam são as doenças não transmissíveis (DNTs). E este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

Esta mudança no padrão de doenças transmissíveis para não transmissíveis está ocorrendo rapidamente na maioria dos países desenvolvidos, onde as doenças crônicas estão cada vez mais se tornando as principais causas de morte e invalidez. Além disso, produzem elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças (BRASIL, 2006).

Devido a essas mudanças, segundo Brasil (2006), as doenças circulatórias são responsáveis por impacto expressivo na mortalidade da população brasileira, correspondendo a 32% dos óbitos em 2002. Não sendo uma estatística muito diferente do AVE, pois representa a terceira causa de morte.

Vários conceitos são dados para AVE, dentre eles:

(...) déficit neurológico súbito, originado por uma lesão vascular, compreendido por complexas interações nos vasos e nos elementos sanguíneos e nas variáveis hemodinâmicas. Essas alterações podem provocar obstrução de um vaso, causando isquemia, pela ausência de perfusão sanguínea, nesse caso, conhecido como AVE isquêmico, como podem também causar rompimento de um vaso e hemorragia intracraniana, conhecido como AVE hemorrágico (CRUZ et al., p. 667, 2009).

O AVE é definido pela OMS como rebaixamento neurológico focal (ou global) de início súbito que persiste por mais de 24 horas (ou conduz a morte antes desse tempo) de provável origem vascular. Além disso, observam-se outras sequelas da doença:

Sequelas (...) muitas vezes incapacitantes relacionadas à marcha, aos movimentos dos membros, a espasticidade, ao controle esfinteriano, à realização das atividades da vida diária, aos cuidados pessoais, à linguagem, à alimentação, à função cognitiva, à atividade sexual, à depressão, à atividade profissional, à condução de veículos e às atividades de lazer. Dessa forma o AVE pode comprometer a vida dos indivíduos de forma intensa e global. Essas alterações funcionais interferem em suas atividades de vida diária (AVD), tornando-os dependentes, sem vida própria, causando isolamento social e depressão, desestruturando a vida dessas pessoas e, conseqüentemente, a de suas famílias (CRUZ et al., p.668, 2009).

Em relação à morbidade, cerca de 50% dos sobreviventes apresentam sequelas graves, com déficits neurológicos significativos, o que torna o AVE a principal causa de incapacidade funcional no mundo ocidental. As alterações funcionais são as conseqüências

mais importantes após o AVE, sendo sua avaliação uma das mais complexas, pois envolve a conjugação de vários fatores como ambientais, econômicos e sociais, fatores comportamentais e motivacionais (DIAS et al., 2010; RIZZETTI ; TREVISAN,2008).

Na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2003), a OMS redefiniu a incapacidade como um termo “guarda-chuva” para comprometimentos, limitações de atividade ou restrições na participação de uma pessoa, apresentando a interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais.

Já Giacomini et al. (2008) definem a incapacidade funcional como:

A dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde, com impactos sobre a habilidade da pessoa para exercer papéis e atividades na sociedade. Tais atividades são agrupadas em atividades de vida diária (AVD) que caracterizam a habilidade para realizar tarefas de autocuidado e de mobilidade; e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) que incluem as tarefas que permitem a vida em comunidade.

A incapacidade funcional é uma condição multifatorial que difere em relação a: causas, natureza, forma de aparecimento, ritmo e implicações sociais, constituindo mais em um processo do que em um estado estático (GIACOMINI et al., 2008). As incapacidades verificadas após o AVE repercutem ou são relevadas de modo diferente para homens e mulheres e que os sintomas depressivos e problemas de comunicação apresentam maior força entre as mulheres. Mas o AVE, independentemente do gênero, é causa de insatisfação com a vida e de limitações funcionais diversas, pela perda da autonomia decorrente das incapacidades (GOMES et al., 2007).

De acordo com o trabalho realizado por Falcão (1999) no qual os campos de estudo foram os domicílios da população estudada, distribuído em 25 dos 94 bairros da cidade de Recife - PE. Dos 46 casos entrevistados o sexo masculino teve uma pequena predominância do sexo feminino, tendo uma média de idade de 52 anos, onde constatou que as mulheres tiveram episódio de AVE mais cedo que os homens.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos entrevistados permaneceu casada após o AVE. Cerca de 90% tem filhos e apenas 4,3% dos entrevistados moravam sozinhos antes e após o AVE. Além disso, é importante ressaltar que apenas 02 dos entrevistados informaram ter como cuidador principal uma pessoa que não é da família e que não reside com estes, isso nos mostra que a maioria dos cuidadores é composta por seus familiares e que a família está cada vez mais presente na vida das pessoas que tem algum tipo de necessidade, seja ela física ou mental.

Acerca da escolaridade, destaca-se que 39% dos entrevistados não apresentaram nenhum estudo e que 44% concentravam-se no 1º grau incompleto, sendo que 03 pessoas relataram ter perdido a condição de leitura e de escrita após o AVE. Dos casos que compõe a amostra, 67,4% participaram diretamente da pesquisa, respondendo a entrevista. Os outros casos necessitaram de auxílio de outra pessoa (32,6%), em razão de possuírem sequelas do AVE que atrapalham a comunicação, limitando a condição de respostas. Da população estudada 56,6% afirmaram ter conhecimento de ser portador de outra doença anterior ao AVE, entre estas, a hipertensão arterial foi a mais freqüente, 69,3% dos casos.

Verificou-se também as principais sequelas deixadas pelo AVE na área motora e locomoção, nas quais, 82,6% relacionavam-se à existência de dificuldades de movimentos, com maior freqüência no braço ou perna e 86,8% afirmaram que esta dificuldade motora interfere em sua vida funcional, sendo mais evidente na autonomia e qualidade ou condição de realizar a função e nas atividades profissionais. Na área de comunicação e cognição, apenas 03 dos 46 utilizam gestos e sinais. Sendo que 58,7% dos que utilizam a fala referem algum grau de dificuldade em sua comunicação tendo 70,4% de interferência na vida funcional, alterando a autoestima, o convívio e as relações interpessoais.

A incapacidade visual e auditiva instalou-se como consequência do AVE para 83% dos casos, além de 90,6% ter referido sentir-se deprimido devido o AVE. Outra incapacidade decorrente do AVE é na condição de desempenho nas tarefas de alimentação, a qual é apontada como problema em 53% dos casos, causando dependência e necessidade de esperar por alguém. Enquanto as condições de desempenho nas atividades do vestuário 60,9% referiram está dependendo de alguém para vestir-se e isso está interferindo na autoestima e autonomia.

No estudo realizado por Giacomini et al.(2008), em relação à incapacidade funcional, 84% dos idosos eram totalmente independentes nas seis Atividades de Vida Diária (AVD) consideradas, 8% apresentavam alguma dificuldade para realizar pelo menos uma AVD e 8% eram totalmente incapazes para fazê-las. E em relação aos idosos que tiveram AVE 37,8% tinha dependência total nas AVD, além de ser a doença que está mais fortemente associada à incapacidade funcional.

No trabalho realizado por Cruz et al. (2009) que teve como objetivo avaliar a capacidade funcional de idosos com AVE e verificar a relação da influência de variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional desses sujeitos, 27 (61,4%) dos participantes eram do sexo masculino; a idade variou entre 55 e 87 anos, com uma predominância entre 60 e 69 anos (43,2%) e média de 66 anos; a maioria dos idosos era

aposentado ou pensionista (72,7%) e a presença do cuidador foi verificada entre 61,4% dos sujeitos, função esta assumida predominantemente pelo cônjuge.

Em relação à ocorrência de AVE, 34,1% dos pacientes apresentaram episódios anteriores, os quais deixaram sequelas em 42 pacientes, sendo as mais frequentes a hemiparesia (50,1%) e a paresia (31,8%). Outras sequelas apresentadas por 40,8% dos idosos foram cefaleia, crise convulsiva, paralisia facial, alterações da linguagem, do equilíbrio e da memória e tremor e dos 44 indivíduos entrevistados apenas 22,7% contavam com acompanhamento fisioterápico.

Verificou-se ainda no mesmo estudo que o AVE isquêmico predominou e que um total de 42 pacientes apresentaram sequelas motoras, cognitivas, emocionais e sociais, as quais se destacaram por prejudicar a realização das AVDs e conseqüentemente a autonomia e a independência desses sujeitos.

Como visto nos estudos apresentados, as sequelas deixadas pelo AVE têm uma grande significância na interferência da qualidade de vida desses pacientes, por isso é de grande importância prover e manter os profissionais de enfermagem qualificados para que possam desenvolver a assistência de enfermagem com qualidade e segurança. Além disso, é com base nos resultados desses estudos e de outros que se mostra a necessidade de equipamentos adequados para o atendimento das peculiaridades e especificidades da população idosa, contribuindo desse modo para a melhoria da capacidade funcional e, conseqüentemente, da qualidade de vida dessas pessoas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal. Na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador (GIL, 2010).

Já os estudos transversais analisam dados em um determinado ponto no tempo; isto é, os dados coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

4.2 Local e período do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em 5 unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Picos, no período de agosto de 2011 a junho de 2012.

Foi realizado um levantamento de acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde com o número de idosos cadastrados no HIPERDIA (Programa de controle de Hipertensão Arterial e Diabetes) e 5 unidades de Saúde da Família, as quais foram escolhidas por conter uma quantidade maior de idosos cadastrados e por ser campo de estágio curricular, sendo assim facilitado o acesso.

4.3 População e amostra

Fez-se uma busca ativa nos domicílios de pessoas com sequelas de AVE, já que não se dispõe atualmente de dados ou registro do número de pessoas com o perfil desejado no município. A população estudada foram os idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que sofreram um ou mais episódios de AVE e que se enquadraram nos seguintes critérios.

- Apresentar sequelas de AVE;
- Ocorrência do último episódio de AVE há 60 dias ou mais.

Foi realizada uma busca ativa na residência dos participantes, a qual permitiu fazer um levantamento do número de pessoas que vivem sob cuidados domiciliares e possuem incapacidade funcional decorrente do AVE no município de Picos – PI, o qual resultou na

amostra intencional de 30 pessoas com esse perfil. Dos trinta participantes, 02 pessoas não possuíam condição cognitiva/física para responder o formulário devido a problemas de comunicação e cognição, sendo estes respondidos por seus cuidadores.

A maioria dos cuidadores eram mulheres e com um vínculo familiar. A designação do cuidador, ou seja, aquele que assume os cuidados pessoais do incapacitado passa por quatro fatores: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente mulher); proximidade física (aquele que vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) (KARSCH, 2003).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2012, nos domicílios. Optou-se por visitas domiciliares por facilitar o encontro dos pacientes que participaram da coleta, a qual foi norteada por meio de formulários que contemplaram dados sociodemográficos e clínicos, como sequelas físicas apresentadas, números de episódios, doenças associadas e período do último episódio (APÊNDICE A) e uma escala para avaliar a capacidade funcional (ANEXO A).

A escala utilizada foi a que avalia a Medida de Independência Funcional (MIF). A mesma é organizada pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade versus sua necessidade por assistência de outra pessoa ou recurso de adaptação, além de quantificar a ajuda necessária. Ela é distribuída em 2 dimensões subdivididas em categorias com um total de 18 itens, definidos para avaliar a independência do indivíduo em realizar satisfatoriamente e efetivamente atividades básicas de vida diária.

As categorias da escala são divididas em: Cuidados pessoais, que inclui alimentação, auto cuidado, banhar-se, vestir tronco superior, vestir tronco inferior e higiene íntima; Controle esfíncteriano (controle vesical e intestinal); Modalidade/ transferência em relação à cama/cadeira/cadeira de rodas, banheiro, banho chuveiro/banheira; Locomoção, que inclui andar/ cadeira de roda e escadas; Comunicação, a qual inclui compreensão e expressão; e por fim, a categoria Cognitivo social, a qual é composta pela interação social, resolução de problemas e memória (BORGE, 2006).

A pontuação varia do escore de 7 pontos, representando o nível de completa independência, a 1 ponto, o de completa dependência. O escore total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias. Essa pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, com escore

mínimo de 18 e máximo de 126. Além disso, é possível obter três classificações que são as condições: sem ajuda – escores 7 e 6, necessitando de ajuda - escores 5, 4 e 3 e dependência completa – escores 2 e 1.

A MIF avalia a independência funcional, independente das sequelas de ordem física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras, apresentadas pelos pacientes. Ela mede a incapacidade, não a deficiência. Tem como objetivo medir o que o indivíduo com incapacidade faz na realidade, não aquilo que ele deveria ou poderia fazer em circunstâncias diferentes. Importante ressaltar que a MIF não apresenta nenhuma restrição e é aplicável em todos os casos (PERLINI et al., 2005; BENVENEGU et al., 2008).

4.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram inicialmente tabulados através da utilização do Excel for Windows (Microsoft Office 2010). Logo em seguida fez-se a análise estatística dos dados com a utilização do Software Statistical Package for the Social Sciences, (SPSS) versão 17.0 para Windows.

Ao final do tratamento analítico, os dados foram apresentados em tabela e gráficos, cuja consolidação serviu para realização das principais inferências do estudo que foram conflitadas com a literatura.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo configura-se em um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0483.0.045.000-11 (ANEXO B). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi entregue aos participantes da pesquisa, o qual foi assinado pelos mesmos, conforme recomenda a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996).

Foi assegurada a liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e para garantia de sigilo e privacidade o formulário só foram acessados pelos pesquisadores participantes do estudo e não foram divulgadas informações que pudessem identificar os participantes.

5 RESULTADOS

Os resultados ora apresentados se referem à consolidação dos dados adquiridos por meio dos formulários aplicados aos 30 participantes que apresentavam sequelas de AVE. Foram descritas inicialmente as características sociodemográficas, seguidas pelos dados clínicos, sequelas apresentadas e o grau de independência em relação às AVD's após o episódio de AVE.

Verificou-se que houve predomínio de pessoas do sexo masculino (16; 53,3%), com média de idade de $72,3 \pm 9,0$ anos, raça parda (16; 53,3%), casados (16; 53,3%), analfabetos (15; 50,0%), com renda pessoal de até 1 salário mínimo (20; 66,7%) e sem ocupação atual (30;100,0%).(Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos participantes. Picos (PI), fev/ abril, 2012.

Dados sociodemográficos	f	%	Estatística
Sexo			
Feminino	14	46,7	
Masculino	16	53,3	
Idade			
55 a 65 anos	8	26,6	Média ± DP: 72,33 ± 9,022 anos
66 a 76 anos	11	36,7	
≥77 anos	11	36,7	
Cor/ raça			
Branca	8	26,7	
Negra	5	16,7	
Parda	16	53,3	
Amarela	1	3,3	
Estado civil			
Solteiro	3	10	
Casado	16	53,3	
Divorciado	2	6,7	
Viúvo	9	30	
Escolaridade			
Analfabeto	15	50	
Fundamental Incompleto	9	30	
Fundamental Completo	3	10	
Médio Completo	1	3,3	
Superior Completo	2	6,7	
Renda pessoal			
Até 1 salário*	20	66,7	Média ± DP: R\$ 870,800±386,5453
>1 até 2 salários	8	26,7	
>2 até 3 salários	2	6,6	
Ocupação			
Sim	-	-	
Não	30	100	

*Valor atual (2012): R\$622,00. DP: desvio padrão.

A maioria dos participantes tinha cuidadores (70,0%), com predominância dos cônjuges e filhos, sendo a maioria mulheres, confirmando que a família constitui-se elemento fundamental para a reabilitação do paciente com este perfil. Da quantidade de episódios apresentados, predominou nesta pesquisa a ocorrência de 1, (21,70,0%), com 2, (03; 10,0%), 3, (02; 6,7%), 4 (03; 10,0%) e 5 episódios, (01; 3,3%).

Das patologias associadas ao AVE, a Hipertensão arterial sistêmica (HAS), destacou-se em 46,7% dos casos, seguida de casos de HAS associados ao Diabetes Mellitus (DM), com 33,3% e 20% apresentaram outros agravos como doença cardíaca, Parkinson e Alzheimer. Acerca das sequelas físicas após o episódio de AVE, como mostra a Figura 1, as áreas motora e de locomoção foram as mais atingidas (14, 46,7%). Em seguida, observaram-se sequelas concomitantes na área motora e locomoção associadas às sequelas na comunicação e cognição (13, 43,3%).

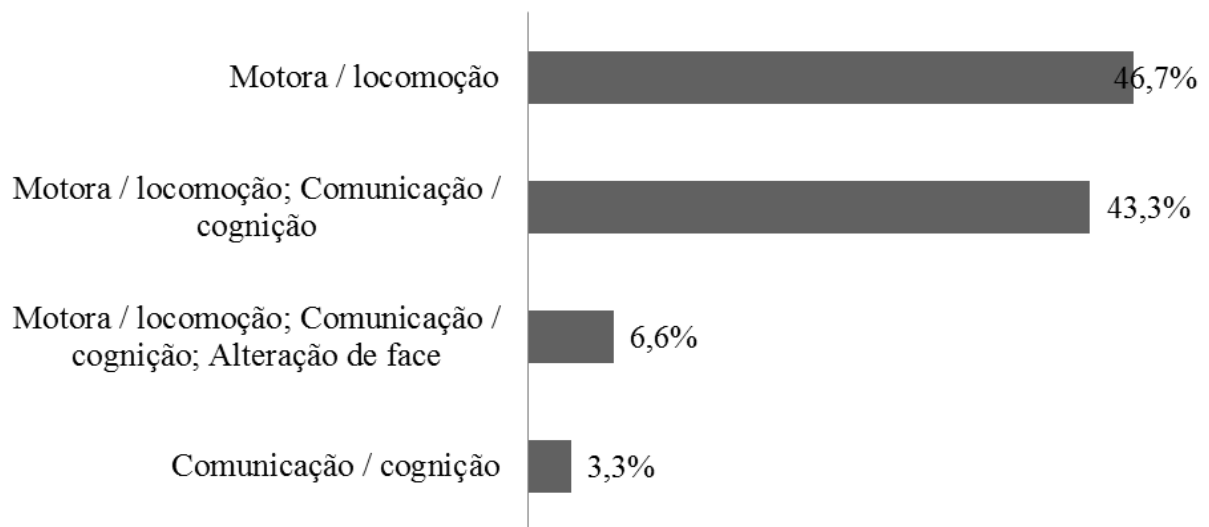


Figura 1 - Principais sequelas apresentadas após AVE. Picos – PI, fev / abril, 2012.

Verifica-se, na Tabela 2, a caracterização dos participantes quanto à idade e às sequelas físicas apresentadas.

Tabela 2 - Relação entre idade e sequelas apresentadas. Picos- PI, fev /abril, 2012.

Idade	Motora e locomoção		Motora e locomoção com comunicação e cognição		Motora e locomoção com comunicação e cognição e alteração de face		Comunicação e cognição	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
55 - 65 anos	3	10,0	4	13,33	1	3,33	-	-
66 - 76 anos	5	16,66	5	16,66	1	3,33	-	-
≥ 77 anos	6	20,0	4	13,33	-	-	1	3,33

Não foi observada, em relação à idade, proporcionalidade quanto à ocorrência de sequelas associadas. A esse respeito, 11 participantes com idade superior a 77 anos apresentaram sequelas em duas ou mais áreas, em contrapartida, 19 indivíduos nas faixas etárias inferiores, também apresentaram sequelas.

A análise acerca da dependência para AVDs obtida a partir da aplicação da escala MIF é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Pontuação de acordo com as categorias da Escala MIF. Picos- PI, fev / abril, 2012.

Categorias	Independência completa		Independência modificada		Supervisão		Mínima assistência	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cuidados pessoais	92	51,4	12	6,7	15	8,3	5	2,8
Controle esfinteriano	36	60,0	6	10,0	-	-	4	6,66
Mobilidade e transferência	40	44,4	16	17,77	-	-	4	4,44
Locomoção	14	22,6	18	29,02	2	3,22	3	4,84
Comunicação	33	56,0	2	3,4	5	8,4	2	3,4
Cognitivo social	35	39,3	8	8,98	4	4,5	7	7,86

Tabela 3 - Pontuação de acordo com as categorias da Escala MIF. Picos- PI, fev / abril, 2012. (cont.)

Categorias	Moderada assistência		Máxima assistência		Total assistência	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cuidados pessoais	9	5,02	1	0,55	45	25,13
Controle esfinteriano	-	-	2	3,33	12	20,0
Mobilidade transferência	2	2,22	1	1,1	27	30,0
Locomoção	3	4,84	3	4,84	19	30,64
Comunicação	6	10,15	9	15,25	2	3,4
Cognitivo social	11	12,35	7	7,86	17	19,1

A pontuação das categorias da escala MIF variou de 1 a 92 pontos neste estudo. Os participantes apresentaram independência completa nas categorias cuidados pessoais, mobilidade e transferência e controle esfinteriano. Dentre as categorias que exigiram total assistência, destacaram-se cuidados pessoais, mobilidade e transferência e locomoção.

Na categoria de controle esfinteriano 20% apresentou total assistência e 60% independência completa e na categoria mobilidade/transferência também a maioria foi de independência completa com 44,44%.

A Tabela 4, a seguir, retrata a relação entre as sequelas apresentadas e a classificação da escala MIF.

Tabela 4 - Relação entre as sequelas apresentadas e a classificação da escala MIF. Picos-PI, fev / abril, 2012.

Nível	Motora e locomoção		Motora e locomoção com comunicação e cognição		Motora e locomoção com comunicação e cognição e alteração de face		Comunicação e cognição	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Independente	6	20,0	9	30,0	1	3,3	1	3,3
Dependente parcial	-	-	1	3,3	-	-	-	-
Dependente	8	26,6	3	10,0	1	3,3	-	-

Apesar da maioria dos participantes ter sido classificada como independente, representada por 17 pessoas, todos os participantes apresentavam sequelas. Predominaram os déficits na área motora e locomoção associadas à sequelas na comunicação e cognição. Nas treze pessoas dependentes foi predominante a associação de sequelas na área motora e locomoção. Apenas um participante com grau de dependência parcial apresentou sequelas.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que o AVE afeta a qualidade de vida, sendo predominante em pessoas idosas, do gênero masculino e em analfabetos. Segundo Silveira et al. (2010), a incidência no sexo masculino duplica a cada década quando somadas a alterações cardiovasculares e metabólicas relacionadas à idade, destacando que a menor prevalência no sexo feminino é devido à proteção hormonal. Não sendo diferente do estudo de Mazzola et al. (2007) e Rodrigues, Sá e Alouche (2004), que também apontam uma maior incidência de AVE no sexo masculino e em idosos.

Segundo Kauhanen et al. (2004) e Hopman e Verner (2007), estudos internacionais, realizados com amostras populacionais maiores, com sujeitos vítimas de AVE mostram dados sociodemográficos semelhantes ao presente estudo, desde a média de idade que foi superior a 60 anos, com predomínio do sexo masculino e de indivíduos casados.

Esses achados corroboram com a literatura que mostra relação entre o aumento da longevidade ocorrido nos últimos anos e uma tendência de maior incidência e prevalência de AVE, o que também tem ocorrido no Brasil, acometendo principalmente a faixa etária acima de 60 anos. Além disso, é sabido que a maior incidência é em homens (SCALZO et al., 2010).

De acordo com Falcão et al. (2004), a escolaridade precária contribui como ponto negativo para a recuperação, pois evidências da literatura relacionam a escolaridade mais elevada com o aumento da sobrevivência, melhor controle dos fatores de risco e capacidade de retornar ao trabalho. Nesse trabalho todos os participantes que sofreram AVE não voltaram a trabalhar.

Destaca-se ainda que a maioria dos participantes era analfabeto e sobrevivia com apenas um salário mínimo, não sendo diferente do estudo de Lima et al. (2003) o qual fala que foi possível observar a alta porcentagem de pacientes com longo tempo de instalação de AVE e de baixa renda, o que poderia ser justificado pelo fato de o nosso serviço prestar atendimento ao Sistema Único de Saúde. É descrito que a situação socioeconômica desempenha um papel determinante na saúde de indivíduos e populações, sendo que piores condições de saúde e pior função física associam-se com menor renda familiar, independentemente da faixa etária. As pessoas de classes sociais mais baixas são frequentemente acometidas por enfermidades crônicas, já que possuem menor acesso à informação, à alimentação adequada e atividades físicas (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Os dados clínicos mostram que a maioria tinham cuidadores, com predominância de seus cônjuges. De acordo com Cruz et al. (2009), o AVE, quando severo, causa um grande

impacto no bem-estar físico e psicológico do paciente e de seus familiares. A maioria dos sobreviventes ao episódio de AVE torna-se dependentes de outra pessoa para o autocuidado e para a realização das AVDs, devido às incapacidades provocadas pela doença.

Lui, Ross e Thompson (2005) dizem que a dependência das pessoas após o AVE exige o envolvimento de cuidadores, em sua maioria familiares. Após a alta hospitalar os familiares são levados a assumir os cuidados precocemente, enfrentando as mudanças no cotidiano, o que pode ser fator relevante no processo de reabilitação destas pessoas, bem como da própria saúde dos cuidadores.

Em relação às patologias associadas ao AVE, a maioria dos idosos desse estudo tinham Hipertensão Arterial Sistêmica. Sendo que este resultado mostra-se semelhante ao estudo de Silveira et al.(2010), no qual a Hipertensão Arterial Sistêmica invariavelmente apresentou destaque relevante e no estudo de Scalzo et al.(2010), as doenças mais frequentes foram HAS, com 80,8% e diabetes mellitus (DM), com 14,9%. Rodrigues, Sá e Alouche (2004) descrevem a HAS como fator de risco mais poderoso para o AVE, sendo que sua ocorrência está estimada em torno de 70% de todos os quadros vasculares encefálicos.

Silveira et al. (2010) dizem que as investigações epidemiológicas continuam a identificar numerosos fatores de risco para o AVE. Atualmente, os fatores de risco modificáveis e não modificáveis do perfil de tendência ao AVE incluem a HAS, o DM, a hipercolesterolemia, o tabagismo, o abuso de álcool, a idade, apresentando pico de incidência a partir da 6ª década de vida quando se somam as alterações cardiovasculares e metabólicas, e o sexo, apresentando maior incidência no homem.

Da quantidade de episódios apresentados, predominou nesta pesquisa a ocorrência de um, 70,0% (n=21), com dois episódios foram 10,0% (n=03), três episódios 6,7% (n=2), quatro episódios 10,0% (n= 03) e cinco episódios 3,3% (n=1), tendo em vista que é necessário maior aplicabilidade das medidas preventivas e de políticas voltadas para essa patologia, enfatizando nos fatores de risco como a HAS e DM, pois as tomadas de tais atitudes poderão reduzir tanto o número de episódios como a incidência do AVE. Ferreira et al.(2005) relatam que entre as ações primárias do Programa Saúde da Família (PSF), o controle da DM e HAS é a medida mais eficaz na prevenção do AVE.

As pessoas vítimas de AVE geralmente têm de enfrentar incapacidades residuais tais como paralisias musculares, rigidez nas partes do corpo afetadas, perda da mobilidade articular, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais (SANTOS, 2008). Nessa pesquisa, os participantes tiveram um comprometimento maior na área motora, sendo que não tiveram um tratamento de reabilitação

adequado, deteriorando mais ainda a permanência das sequelas e conseqüentemente afetando a qualidade de vida.

Segundo Silveira et al.(2010), pacientes com sequelas de AVE apresentam limitações específicas no desempenho individual de suas AVD e AIVD's, dificuldade em controlar o início do movimento, bem como o controle motor voluntário e espasticidade. Outra forma de expressão da gravidade, no que diz respeito às incapacidades funcionais resultantes do AVE é a perda de autonomia entre adulto e sua conseqüente dependência, visto que a aptidão física e a capacidade de executar as AVD são as dimensões físicas mais afetadas, e estão relacionadas diretamente com o estado emocional e a auto – percepção de seu estado geral de saúde.

A recuperação física e cognitiva atinge uma estabilização após seis meses aproximadamente após o episódio. Num período que varia de um mês a dois anos após o AVE, as pessoas afetadas podem sofrer deterioração da funcionalidade, melhorar ou permanecerem estabilizadas na condição inicial. Estudos transversais têm demonstrado que a qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo são significativamente comprometidos, mesmo depois de um AVE leve (SANTOS, 2008).

Ainda no estudo de Santos (2008) fala-se que os estudos transversais e prospectivos indicam que quando comparados com a população geral, os indivíduos afetados pelo AVE apresentam uma menor sensação de bem-estar subjetivo. Além disso, indicam mudanças na Qualidade de Vida Diária (QDV) das vítimas de AVE, mesmo entre pessoas moderadamente afetadas.

No estudo de Teixeira e Silva (2009), as incapacidades mais presentes foram a disfunção motora e/ou sensorial manifestada através das hemiplegias, hemiparesias ou parestesias e os déficits cognitivos capazes de comprometer a capacidade de concentrar-se, diminuir o nível de atenção, ocasionando a perda da memória de curtos ou longos períodos. Tarefas como se vestir, despir, fechar botões que exigem coordenação motora e administração de medicações, horários e doses foram atividades impossíveis de serem executadas. Já no estudo de Falcão et al.(2004), a mobilidade ou condição de andar em casa e no seu entorno se encontrava prejudicada em, aproximadamente, 90% dos casos precisando do uso de dispositivos auxiliares, como bengala, cadeira de rodas, andador, entre outros.

A hemiplegia é um sinal clássico do AVE e é caracterizada por perda dos movimentos voluntários em um hemicorpo, apresentando alterações musculares, sensitivas e cognitivas. Uma das sequelas mais importantes do AVE é a dificuldade na realização dos movimentos, que está relacionada à diminuição da função cognitiva, indicando uma forte

influência negativa para a recuperação dos movimentos e sobrevivência dos indivíduos acometidos por essa patologia (VERONEZI et al., 2004 ; MAZZOLA et al., 2007) .

Dependendo da gravidade das sequelas apresentadas, esses indivíduos têm comprometido seu nível de independência funcional nas atividades cotidianas, tais como alimentar-se, tomar banho, usar o toailete, vestir-se, deambular, deitar-se e levantar-se necessitando de auxílio de outra pessoa para a realização das AVDs (SOUZA et al., 2005; CESÁRIO et al., 2006).

De acordo com o estudo de Leite, Nunes e Correa (2011), nos aspectos físicos observou-se alteração na fala em 42% (n=13). Quanto à marcha 87% eram deambuladores, dos quais, desses 55% foram capazes de deslocar-se além dos domínios da comunidade e 32% (n=10) utilizavam algum dispositivo de auxílio à marcha.

A incapacidade motora tem influência marcante no contexto de vida do paciente, pois representa limitação na capacidade funcional global para as atividades cotidianas como mover o segmento corporal comprometido (braço, mão, perna), manusear objetos, instrumentos de comunicação, de trabalhos, utensílios domésticos, andar, cuidar de sua higiene pessoal, exercer uma profissão e assim por diante (OMS, 2007).

As sequelas na área motora predominaram nos participantes de idade mais avançada. Segundo Ovando et al.(2009), a incidência sobe rapidamente com o aumento da idade, os AVEs são raros abaixo de 50 anos, mas a incidência aumenta progressivamente nas faixas etárias subsequentes. É difícil prever a extensão de uma recuperação eventual imediatamente após o AVE, embora sinais como continência urinária, *idade jovem*, AVE leve, melhora rápida, boas habilidades perceptuais e ausência de desordens cognitivas sejam indicadores de *bom prognóstico*.

No estudo de Oken e Yavuzer (2008), a assimetria também se relaciona com o grau de recuperação motora e a idade também está relacionada com assimetrias na marcha. Os indivíduos mais idosos (acima de 65 anos) apresentaram uma maior assimetria temporal, em termos de tempo de apoio simples, enquanto os indivíduos com menos idade (menor de 65 anos) tiveram uma maior assimetria cinemática, em termos de ângulos articulares tanto no apoio como na fase de balanço. Já no estudo realizado por Falcão et al.(2004) em uma amostra de 46 pessoas que sofreram AVE com idade entre 20 e 56 anos, os resultados mostraram que é expressivo o percentual de casos ainda jovens, com sequelas pós-AVE.

Cruz et al.(2009) mostram que a doença encefalovascular é 340 vezes mais incidente em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, quando comparada ao grupo

etário de 15 a 24 anos. Outros estudos comprovam que a ocorrência de AVE aumenta com a idade.

As sequelas de um AVE implicam algum grau de dependência. Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVE são impedidos de voltarem ao trabalho e requerem algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas (TEIXEIRA; SILVA, 2009). No presente estudo foi utilizado a escala MIF para uma avaliação mais precisa dos efeitos de um AVE.

A MIF avalia a independência funcional, independente das sequelas de ordem física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras, apresentadas pelos pacientes. Ela mede a incapacidade, não a deficiência. Tem como objetivo medir o que o indivíduo com incapacidade faz na realidade, não aquilo que ele deveria ou poderia fazer em circunstâncias diferentes. Importante ressaltar que a MIF não apresenta nenhuma restrição e é aplicável em todos os casos (PERLINI et al., 2005; BENVEGNU et al., 2008).

O presente estudo mostrou que a maioria dos participantes tem sua independência em realizar alguma das atividades de vida diária, mas não todas. Visto que eles precisam da ajuda de alguém para realizar parte das atividades de seu cotidiano e nenhum dos participantes voltou à sua ocupação anterior ao AVE. Em relação à pontuação total da MIF a pontuação variou de 18 a 126. Já no estudo de Cruz et al.(2009), a pontuação total variou de 32 a 125, com a média de 97,0 (\pm 22,3). No domínio motor, a variação observada foi de 19 a 91, com média de 68,9 (\pm 17,4) e no domínio cognitivo/social, os escores variaram entre 13 e 35, com média de 28,1 (\pm 7,3).

Viana et al. (2008) apresentam em seu estudo que o uso da MIF atende aos critérios de confiabilidade, validade, precisão, praticidade e facilidade. O mesmo autor relata que MIF é utilizada principalmente em lesões neurológicas. A MIF é dividida em dois domínios, o motor e o cognitivo. Nesse estudo a MIF foi de grande colaboração visto que nos possibilitou evidenciar as incapacidades e níveis de dependência de cada pessoa.

Costa (2008) descreve que na maioria dos casos de AVE, os indivíduos estão predispostos às sequelas incapacitantes, com limitações motoras, paralisia de um lado do corpo, alterações sensoriais, déficits de linguagem e déficits cognitivos, o que impede, de várias maneiras, as realizações das atividades de vida diária. Isto confirma os dados obtidos nesse estudo, visto que em relação à categoria de cuidados pessoais 25,13% tem a total assistência em realizar essa atividade de vida diária e que a maioria com 51,4% tem total independência.

Na categoria de controle esfinteriano 20% apresentou total assistência e 60% independência completa e na categoria mobilidade/transferência também a maioria foi de independência completa com 44,44%. O estudo realizado por Rizzetti e Trevisan (2008) em relação às Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) todos os participantes (n=10) conseguem levantar-se da cama para a cadeira ou piso, tomar banho, realizar os cuidados pessoais de higiene e controlar seu intestino sem ajuda. Dos participantes 90% alimentam-se e vestem-se sem ajuda, enquanto 10% necessitam de auxílio parcial durante a alimentação e ao vestir-se. Com relação à deambulação, 80% deles andam sem ajuda, enquanto 20% deambulam com ajuda parcial de outras pessoas ou muletas. E 60% dos participantes conseguem controlar sua bexiga sem ajuda de laxantes; 30% controlam com ajuda parcial de laxantes e 10% não a controlam.

No presente estudo, a categoria de locomoção teve predominância com necessidade de total assistência, visto que a maioria apresentava sequelas na área motora. Já em relação à comunicação social a predominância foi de independência completa, a qual só confirma os resultados voltados para as sequelas apresentadas, com uma minoria dos participantes terem sequelas na comunicação. Além disso, mostra que a maioria dos participantes resolvem seus problemas e continuam tendo interação social.

No estudo de Rizzetti e Trevisan (2008), 10% deles não sobem escadas independentemente, 50% sobem escadas com ajuda parcial de outra pessoa e 40% sobem escadas sem necessidade de auxílio. Dos participantes 10% não conseguem caminhar fora de casa, 40% caminham com ajuda parcial e 50% deles caminham fora de casa sem ajuda, 40% dos pacientes gerenciam seus próprios negócios, 20% conseguem gerenciar dia-a-dia as compras, necessitando de ajuda apenas com o banco, enquanto que 40% não os gerenciam. E 10% deles cuidam de todas as compras necessárias para a casa independentemente, 70% fazem apenas pequenas compras independentemente, necessitando de acompanhante para fazerem a maior parte delas e 20% são completamente dependentes para fazerem as compras.

Resultados de pesquisa realizada no município de São Paulo mostraram que mais da metade da população estudada (53%) referia necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das AVD. Foi detectado também que 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três dessas atividades, e 17% necessitavam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades de vida diária (ROSA et al., 2003).

Tem-se calculado que, nos Estados Unidos, aproximadamente 25 milhões de sobreviventes de AVE vivem com graus variados de invalidez. Apesar de 30% desses sobreviventes de AVE retornarem à atividade ou ao emprego, 15% são completamente

dependentes em decorrência das incapacidades graves, e 55%, embora incapazes de trabalhar, podem desempenhar as ABVD. Estes dados vão ao encontro dos achados deste estudo, os quais também indicaram que a maioria dos pacientes consegue realizar ABVDs e que as maiores limitações encontram-se nas AIVDs, impedindo, portanto, o desempenho de atividades para as quais anteriormente eram capacitados, prejudicando o retorno ao emprego (RIZZETTI; TREVISAN, 2008).

Na presente pesquisa, a maioria dos participantes foram classificados como independentes, mas todos apresentavam sequelas e principalmente na área motora. Além disso, foram obtidos resultados de pessoas que apresentavam total dependência com associação de sequelas na área motora e locomoção, comunicação e cognição e também alteração na face, sendo que tiveram pessoas com dependência parcial e que também apresentaram sequelas. Isso mostra que o grau de dependência não está relacionado com a quantidade de sequelas apresentadas. O estudo de Cruz et al.(2009) enfatiza os resultados desse estudo quando ele afirma que quanto maior a idade, menores os valores da MIF.

No estudo de Scalzo et al.(2010) foi observado que a presença do cuidador e da hemiparesia interfere no grau de dependência obtido através da pontuação da MIF e que a idade junto com a presença de cuidador também influencia na pontuação da escala MIF. Já no estudo de Bagg et al.(2002) foi observado que os idosos com idade acima de 80 anos apresentaram menores valores da MIF do que aqueles com idade menor que 80 anos. No entanto, esses estudos só confirmam os resultados encontrado nessa pesquisa, os quais mostram que a quantidade de sequelas não está relacionada com a pontuação da escala MIF.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), as consequências do AVE geram impactos tanto na estrutura e função do corpo, por exemplo, hemiplegia, fraqueza muscular, padrões anormais de movimento, afasia e espasticidade, bem como nas atividades e participação social que incluem vestir-se, tomar banho e andar. Além disso, outros fatores que influenciam no nível de limitação da atividade são motivação e disposição, cognição, capacidade de aprendizado, adaptação e habilidade, gravidade das comorbidades adquiridas ou pré-existentes, estabilidade clínica e capacidade física (MOURA et al., 2005).

7 CONCLUSÃO

Os objetivos deste estudo foram alcançados e os resultados mostraram os déficits físicos ocasionados pelo acidente cerebrovascular e, além disso, confirmaram que a qualidade de vida dos indivíduos é afetada, mesmo que as sequelas sejam de pequena extensão.

Das trinta pessoas que participaram da pesquisa nenhuma voltou a realizar as atividades que ocupava antes do episódio. Foi percebido também que quase todos possuíam cuidadores e que a hipertensão arterial estava presente em todas as pessoas. Os dados mostraram que a maioria dos participantes do estudo tinha cuidadores, com predominância de seus cônjuges, era analfabeta e sobrevivia com apenas um salário mínimo. As sequelas físicas apresentadas foram predominantes nas pessoas com faixa etária idosa.

A principal sequela apresentada foi na área motora e locomoção, mas tiveram também sequelas em relação à comunicação e cognição e alterações na face. O estudo mostrou ainda que a maioria dos participantes era independente, mas que houve modificações em sua qualidade de vida, pois eles apesar de serem independentes precisavam de ajuda parcial para realizar algumas das atividades de vida diária.

É importante salientar que o AVE ocasiona alterações nas AVDs das pessoas que sofrem algum episódio e que muitos deles não tem as orientações acerca da sua doença e das incapacidades ocasionadas pelo AVE. É fundamental que o enfermeiro atue junto com o paciente e sua família, informando e ensinando sobre a doença e as incapacidades físicas, assim o paciente terá melhoras na execução das atividades de vida diária e conseqüentemente na qualidade de vida.

O profissional enfermeiro como membro fundamental da equipe da Estratégia Saúde da Família, é importante ter uma capacitação relacionado às conseqüências deixadas pelo AVE e a qualidade de vida dessas pessoas, pois isso permitirá uma melhor articulação do profissional e a família e o paciente. Além disso, é importante que o enfermeiro esteja planejando e atuando junto com a equipe multidisciplinar, pois esse público além de necessitar de serviços de reabilitação e equipamentos adequados para o atendimento, eles necessitam de humanização e cuidado.

Durante a realização desse estudo existiram varias limitações, as quais se relacionaram à falta de informações acerca da identificação das pessoas vítima de acidente cerebrovascular no município, dificultando a busca dos participantes para a pesquisa. Apesar disso, os resultados provenientes dessa pesquisa devem respaldar discussões e trabalhos futuros a respeito do tema, como também mostrar que a população que tem sequelas de AVE

necessita de cuidados especializados e de políticas públicas voltadas para eles. E é nessa perspectiva que o enfermeiro tem que atuar na promoção à saúde, prevenção e controle dos fatores de risco, por meio de acompanhamento continuado.

REFERÊNCIAS

- BAGG, S. et. al. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. **Stroke**, v.33, n 1, p. 179-185, 2002.
- BENVEGNO, A. B. et. al. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n 2, p. 71-77, 2008.
- BORGE, J.B.C. **Avaliação da medida de independência funcional – escala MIF – e da percepção da qualidade de serviço – escala servqual – em cirurgia cardíaca**. Botucatu, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 1996.
- CESÁRIO, C.M.M. et. al. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. **Revista Neurociências**, v. 14, n 1, p. 6-9, 2006.
- CHAGAS, N. R; MONTEIRO, A.R.M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scient Health Sci**. v.26, n 1, p.193-204, 2004.
- COSTA, I. M. P. F. **A qualidade de vida de pacientes sobreviventes de acidente vascular encefálico**. Dissertação (Mestrado em saúde e ambiente) – Universidade Tiradentes. Aracajú: UNIT, p. 60, 2008.
- CRUZ, K. C. T. et. al. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 22, n 5, p. 666-672, 2009.
- DIAS, A. M. et. al. **Análise da capacidade funcional dos indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico**, 2010.
- FALCÃO, I. V. **A incapacidade como expressão do acidente vascular cerebral precoce: seu impacto na integração social de adultos moradores do Recife**. Recife - PE, 1999.
- FALCÃO, I.V. et. al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo sistema único de saúde. **Ver. Bras. Matern. Infant**, v. 4, n 1, p. 95-102, 2004.
- FERREIRA, M.J. et. al. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. **Rev. Saúde. Com**, v. 1, n 1, p. 35 – 43, 2005.
- GIACOMIN, K. C. et. al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad.Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n . 6, p.1260-1270, 2008.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GOMES, M. A. et al. Aspectos do estilo de vida e da capacidade funcional do portador de acidente vascular cerebral(AVC):um estudo de caso. **Revista Digital**, Buenos Aires, v.11, n 104, p.13 -16 2007.
- HOPMAN, W.M; VERNER, J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. **Stroke**, v. 34,n 3,p. 801-805, 2007.
- KARSCH, U.M. Idosos dependentes: família e cuidadores. **Cad Saúde Pública** . v.19, n 3, p. 861-866, 2003.
- KAUHANEN, M. L et. al. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 81,n 12,p.1541-1546, 2004.
- LEITE, H. R; NUNES, A. P.N e CORREA, C.L et. al. Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 15-21, jan./abr, 2011.
- LIMA, J. H. et. al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Púb**, v.19, n 2,p.745-757, 2003.
- LOBIONDO – WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LUI, M.H; ROSS, F.M; THOMPSON, D.R. Supporting family caregivers in stroke care: a review of the evidence for problem solving. **Stroke**, v. 36, n 11, p. 2514-2522. 2005.
- MAZZOLA, D. et. al. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clinica de fisioterapia neurológica na universidade de Passo Fundo. **RBPS**, v. 20, n 1, p. 22-27, 2007.
- MOURA, R. M. F. M. et. al. Efeitos do treinamento aeróbio na qualidade de vida e na capacidade funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos. **Acta Fisiatr**,v. 22, n 12, p. 94-99, 2005.
- ÖKEN, O ;YAVUZER, G. Spatio-temporal and kinematic asymmetry ratio in subgroups of patients with stroke. **Eur J Phys Rehabil Med**. v. 44, n 2, p. 127-132, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde**. Universidade de São Paulo, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde**. Artmed; 2007.
- OVANDO, A.C. et. al. Acidente vascular encefálico: comprometimento motor dos membros inferiores e alterações na marcha. **Revista Digital – Buenos Aires**, v. 14, n 132,p. 37 – 39, 2009.

PERLINI, N.M.O.G. et al. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev Esc Enferm USP**. v. 39, n 2, p.154-163, 2005.

RIZZETTI, D.A ; TREVISAN, C.M. **Avaliação da capacidade funcional em pacientes portadores de sequelas de AVC participantes do projeto de hidrocinesioterapia aplicada às patologias neurológicas do idoso.** *Saúde*, Santa Maria, v. 34, n 1-2, p 32-36, 2008.

RODRIGUES, J. E, SÁ, M.S, ALOUCHE, S.R. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. **Revista Neurociências**, v.12, n 3, p. 117-122, 2004.

ROSA, T. E. C. et. al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n 1, p. 40-48, 2003.

SANTOS, V. L. **Qualidade de vida após acidente vascular cerebral**, 2008.

SCALZO, P. L. et. al. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. **Rev Neurocienc**, v. 18, n 2, p.139-144. . 2010.

SILVEIRA, S. R. et. al. Análise do perfil funcional de pacientes com quadro clinica de acidente vascular encefálico. **Ensaio e Ciências, Ciências Biológicas, Agrárias e de Saúde**. v. 14, n 1,p. 112 – 115, 2010.

SOUZA, N.R. et. al. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. **Revista Saúde.com**, v. 1, n 1, p. 51-59, 2005.

TEIXEIRA, P. C, SILVA, L.D. As Incapacidades Físicas de Pacientes com Acidente vascular cerebral: ações de enfermagem. **Revista Electronica Cuatrimestral de Enfermeria**, n 15, 2009.

VERONEZI, A.M.G. et. al.Avaliação da performance da marcha de pacientes hemiplégicos do projeto hemiplegia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 17, n 1,p.31-38, 2004.

VIANA, F.P. et. al. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.11, n 1,p145 - 148 , 2008.

APÊNDICES

**APÊNDICE A- Formulário sócio-demográfico para coleta de dados do projeto
“avaliação da capacidade funcional da pessoa com sequela de acidente vascular
encefálico”.**

Formulário Nº: _____ Data: ____/____/____

Variáveis sóciodemográficas

1 – Idade _____ anos

2 - Sexo:

(1) Feminino (2) Masculino

3 - Cor/Raça:

(1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Outra: _____

4 - Escolaridade?

(1) Analfabeto (2) Fundamental incompleto

(3) Fundamental completo (4) Médio incompleto

(5) Médio completo (6) Superior incompleto

(7) Superior completo

5 - Estado civil?

(1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo

6- Você trabalha? (1) Sim (2) Não

7- Qual sua renda? _____ salários mínimos

8- Você tem cuidador? (1) Sim (2) Não

9- Doenças Associadas

10 – sequelas físicas apresentadas:

11 – números de vezes que apresentou episódio de AVE? _____

12 – período do último AVE? _____

APÊNDICE B-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS- CSHNB- PICOS- PI
CURSO: BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Título do projeto: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Pesquisador responsável: Prof^ª Ms. Ana Larissa Gomes Machado

Instituição/Departamento: UFPI/CSHNB

Telefone para contato: (89) 99839113

Pesquisador participante: Solane Alves da Silva Moura

Telefones para contato: (89)88114908/ (89)88117036/ (89)88030256 Email: solanealves@hotmail.com

- Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

-A pesquisa trata-se de uma avaliação da capacidade funcional em pacientes com seqüelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) no município de Picos - Piauí. Tem como objetivo avaliar a capacidade funcional em pessoas com seqüelas de acidente vascular encefálico(AVE) na cidade de Picos – PI. Você responderá a um formulário sobre dados sociodemográficos, clínicos e o que o AVE vem interferindo nas suas atividades de vida diária.

- A pesquisa não trará riscos, desconforto ou qualquer tipo de prejuízo a sua pessoa.

- Não haverá nenhuma recompensa financeira ou premiação, apenas a satisfação de estar contribuindo com o crescimento da ciência da saúde.

- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

- Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, e a equipe do estudo terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

- A pesquisa será realizada entre os meses de fevereiro a abril. Você terá todo o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo sem penalização alguma.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/_____

_____ CPF/_____ abaixo assinado, concordo em participar do

estudo _____ como sujeito.

Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim,

descrevendo o estudo “AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DA PESSOA COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO”. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data: _____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, _____ de _____ de 2012

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella-Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 – CEP: 64.049-550 – Teresina – PI. Tel.: (86) 3215-5734 – Email: cep.ufpi@ufpi.br

Web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL MEDIDA DE

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – ESCALA MIF*

CATEGORIAS	ESCORE						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>CUIDADOS PESSOAIS</i>							
Alimentação							
Auto cuidado							
Banhar-se							
Vestir tronco superior							
Vestir tronco inferior							
Higiene íntima							
<i>CONTROLE ESFINCTERIANO</i>							
Controle vesical							
Controle intestinal							
<i>MOBILIDADE TRANSFERÊNCIAS</i>							
Cama / cadeira / cadeira de rodas							
Banheiro							
Banho chuveiro / banheira							
<i>LOCOMOÇÃO</i>							
Andar / cadeira de rodas							
Escadas							
<i>COMUNICAÇÃO</i>							
Compreensão							
Expressão							
<i>COGNITIVO SOCIAL</i>							
Interação social							
Resolver problemas							
Memória							
<i>TOTAL</i>							



NÍVEL

7	Independência completa (seguro e em tempo satisfatório)
6	Independência modificada (recursos auxiliares)
Dependência Parcial	
5	Supervisão
4	Mínima assistência (75%)
3	Moderada assistência (50%)
Dependente	
2	Máxima assistência (25%)
1	Total assistência (0%)

Essa pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, com escore mínimo de 18 e máximo de 126. Além disso, é possível obter três classificações que são as condições: sem ajuda – escores 7 e 6, necessitando de ajuda - escores 5, 4 e 3 e dependência completa – escores 2 e 1.

*Retirado e modificado de BORGE, J. B. C. **Avaliação da medida de independência funcional – escala MIF – e da percepção da qualidade de serviço – escala servqual- em cirurgia cardíaca.** Botucatu, 2006.

ANEXO B - Parecer do comitê de ética em pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Avaliação da capacidade funcional da pessoa com seqüela de acidente vascular encefálico.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0483.0.045.000-11

Pesquisador Responsável Profa.Ms. Ana Larissa Gomes Machado

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

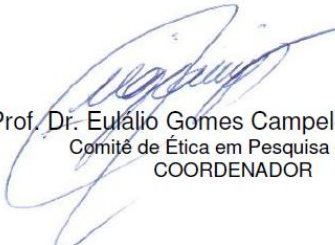
Julho2012

Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 19/12/2011

Teresina, 20 de Dezembro de 2011.



Prof. Dr. Eulálio Gomes Campelo Filho
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR