



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Trindade da Cruz, Keila Cristianne; D'Elboux Diogo, Maria José
Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico
Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 5, outubro, 2009, pp. 666-672
Escola Paulista de Enfermagem
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023846011>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico*

Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident

Evaluación de la capacidad funcional de adultos mayores con accidente vascular encefálico

Keila Cristianne Trindade da Cruz¹, Maria José D'Elboux Diogo²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico (AVE) e verificar a relação, bem como a influência de variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional desses sujeitos. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas com 44 idosos, vítimas de AVE, durante o atendimento nos locais de coleta de dados. O instrumento de coleta de dados contemplou dados sociodemográficos e clínicos. Para avaliar a capacidade funcional dos sujeitos foi aplicado o instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF).

Resultados: Houve predomínio da faixa etária entre 60 e 69 anos. A MIF apresentou boa consistência interna. A pontuação total MIF dos apresentou média de 97,0. Os pacientes com acesso ao serviço de saúde apresentaram valores superiores aos dos indivíduos que não tinham acesso (Teste de Mann-Whitney). Foi observada correlação negativa entre a MIF e seus domínios e a idade (Pearson). **Conclusão:** O AVE causou alteração na capacidade funcional dos sujeitos da pesquisa, o que aponta para a necessidade de se investir em estratégias de reabilitação que venham a amenizar as perdas funcionais advindas da própria idade e, principalmente, das seqüelas de AVE.

Descritores: Idoso; Acidente vascular encefálico; Avaliação geriátrica

ABSTRACT

Objective: To evaluate the functional capacity of elders with encephalic vascular accident (EVA) and to examine the association between sociodemographic variables and functional capacity. **Methods:** Interviews with 44 elders who had EVA were conducted during their assessment and treatment in the data collection settings. The instrument contemplated clinical and social-demographic variables. Functional Independence Measure (FIM) was used to measure the subjects' functional capacity. **Results:** Most subjects were between 60 and 69 years of age. The MIF had good internal consistency reliability estimate. Subjects had a mean score of 97.0 on FIM. Mann-Whitney test indicated that participants who had access to health care services had higher FIM scores than individuals without health care access. Pearson's correlation analysis indicated a significantly negative correlation coefficient between age and FIM score. **Conclusion:** Encephalic vascular accident is associated with alterations in functional capacity of the sample of this study. This finding suggests the need for the use of effective rehabilitation strategies to help individuals who have decreased functional capacity due to normal aging and/or sequela to encephalic vascular accident.

Keywords: Aged; Cerebrovascular accident; Geriatric assessment

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la capacidad funcional de personas adultas mayores con accidente vascular encefálico (AVE) y verificar la relación, así como la influencia de variables sociodemográficas y de salud en la capacidad funcional de esos sujetos. **Métodos:** Fueron entrevistadas 44 personas adultas mayores, víctimas de AVE, durante la atención en los locales de recolección de datos. El instrumento de recolección de datos incluyó datos sociodemográficos y clínicos. Para evaluar la capacidad funcional de los sujetos se aplicó el instrumento de Medida de Independencia Funcional (MIF). **Resultados:** Hubo predominio del grupo etáreo comprendido entre 60 y 69 años. La MIF presentó buena consistencia interna. La puntuación total de la MIF presentó un promedio de 97,0. Los pacientes con acceso al servicio de salud presentaron valores superiores a aquellas personas que no tenían acceso (Test de Mann-Whitney). Fue observada una correlación negativa entre la MIF y sus dominios y la edad (Pearson). **Conclusión:** El AVE causó alteración en la capacidad funcional de los sujetos de la investigación, lo que indica la necesidad de invertir en estrategias de rehabilitación que amenicen las pérdidas funcionales procedentes de la propia edad y, principalmente, de las secuelas del AVE.

Descriptores: Anciano; Accidente cerebrovascular; Evaluación geriátrica

* Trabalho realizado na cidade de Campinas, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, São Paulo (SP), Brasil.

¹ Mestre em Enfermagem. Pós-graduanda (Doutorado) do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

² Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade, realidade mundial atual, favorece alterações funcionais nos indivíduos que resultam, de muitas vezes, em predisposição para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e suas seqüelas, quase sempre incapacitantes, destacando-se entre elas a hipertensão arterial sistêmica, o *diabetes mellitus*, a artrite reumatóide e o acidente vascular encefálico⁽¹⁻²⁾.

O presente estudo abordará, especificamente, o acidente vascular encefálico (AVE), por sua grande incidência na população idosa e pelas limitações da capacidade funcional que suas seqüelas podem provocar na vida desses indivíduos.

O AVE é definido como um déficit neurológico súbito, originado por uma lesão vascular, compreendido por complexas interações nos vasos e nos elementos sanguíneos e nas variáveis hemodinâmicas⁽³⁾. 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.

O AVE provoca alterações e deixa seqüelas muitas vezes incapacitantes relacionadas à marcha, aos movimentos dos membros, à espasticidade, ao controle esfíncteriano, 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⁽⁴⁾. 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, consequentemente, a de suas famílias.

Entre os indivíduos que sobrevivem a um AVE, 15% não apresentam prejuízo de sua capacidade funcional; 37% mostram discreta alteração, mas são capazes 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⁽⁵⁾.

As condutas tomadas diante de um AVE em fase aguda são fundamentais e podem reduzir a letalidade dessa afecção⁽³⁻⁴⁾. Após o episódio, o tratamento de reabilitação deve ser iniciado, precocemente, de forma a amenizar as incapacidades, garantindo se não totalmente, parcialmente a autonomia, por isso é necessário um preparo específico da equipe multidisciplinar para o cuidado adequado a esses sujeitos.

O enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar de saúde, deve estar atento tanto à prevenção de fatores de risco do AVE, quanto às seqüelas e consequências provocadas pela doença, para que esses indivíduos recebam uma assistência de enfermagem 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⁽⁶⁾.

Nesse sentido, o presente estudo teve o objetivo de avaliar a capacidade funcional de idosos com AVE e verificar a relação, bem como a influência de variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional desses sujeitos.

Espera-se que os resultados possam oferecer subsídios para o planejamento e implantação de serviços de reabilitação que contemplem recursos humanos, especialmente enfermeiros, preparados e equipamentos adequados para o atendimento das peculiaridades e especificidades da população idosa; contribuindo, desse modo, para a melhoria da capacidade funcional e, consequentemente, da qualidade de vida dessas pessoas.

MÉTODOS

Tipo de estudo e amostra

Trata-se de um estudo exploratório descritivo transversal, realizado com idosos, vítimas de AVE e atendidos em diferentes serviços de saúde do município de Campinas: no Ambulatório de Neuroclínica de um hospital universitário, no Centro de Reabilitação e um Centro de Saúde municipais.

A amostra adotada neste estudo foi de conveniência e compreendeu idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Último episódio de AVE superior a 60 dias, para que, em caso de seqüelas, o paciente tivesse um intervalo mínimo de adaptação; capacidade de manter comunicação e concordância em participar do estudo conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os idosos com dificuldade de comunicação que prejudicasse a entrevista.

Os pacientes atendidos no Centro de Reabilitação e no Ambulatório foram considerados sujeitos com acesso ao serviço de saúde, inicialmente 34 idosos, pois conseguiam se deslocar às instituições para receber atendimento. Contudo, no período de coleta de dados, dois pacientes agendados não estavam freqüentando o Centro de Reabilitação, pois não conseguiam chegar ao local e suas entrevistas foram realizadas no domicílio uma vez que estes serviços não contam com atendimento domiciliário. Assim, esses dois idosos foram considerados no grupo de sujeitos sem acesso ao serviço de saúde, que incluiu os pacientes vinculados ao Centro de Saúde e que não se deslocavam até o serviço e recebiam atendimento domiciliário. Portanto a amostra deste estudo foi composta por 44 idosos, sendo

32 deles com acesso ao serviço de saúde (28 pacientes em acompanhamento no Ambulatório de Neuroclínica e quatro no Centro de Reabilitação) e 12 sem acesso ao serviço (dez idosos vinculados ao Centro de Saúde e dois do Centro de Reabilitação).

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados contemplaram dados sociodemográficos (idade, sexo, renda pessoal e familiar, composição familiar e cuidador) e clínicos (questões relacionadas ao episódio de AVE, limitações impostas pelo AVE, fatores de risco). Para avaliar a capacidade funcional foi aplicado o instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF), traduzido e validado no Brasil⁽⁷⁻⁸⁾ e indicado para avaliação de idosos por conter parâmetros importantes relacionados à capacidade funcional na velhice.

De acordo com a literatura revisada, a MIF tem sido utilizada para avaliar os resultados dos tratamentos de reabilitação em pacientes com trauma raquimedular, AVE e trauma de crânio. Com idosos, o uso da MIF é indicado e tem se expandido, uma vez que contempla, além da avaliação do domínio motor, os domínios cognitivo e social, parâmetros estes importantes na avaliação funcional de idosos⁽⁹⁾.

A MIF verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes aos domínios motor (autocuidado, controle esfínteriano, transferências, locomoção) e cognitivo social (comunicação e cognição social). O valor atribuído para cada tarefa avaliada, pode variar de um (assistência total) a sete (independência completa), portanto, o escore da MIF total (MIFT) varia entre o mínimo de 18 e o máximo de 126.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas individualmente, por uma das autoras, antes ou após o atendimento dos pacientes pelos diferentes profissionais da saúde do Ambulatório de Neuroclínica e do Centro de Reabilitação na presença do acompanhante e no domicílio dos idosos que não tinham acesso ao serviço de saúde.

Análise dos dados

Foram realizadas as seguintes análises:

- Descritiva das variáveis quantitativas e categóricas com medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão);
- Coeficiente alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna da MIF. Foi considerado como critério satisfatório a $\geq 0,70$;
- Mann-Whitney: para comparação entre os grupos com e sem acesso ao serviço de saúde e os domínios da MIF;
- Coeficiente de correlação de Pearson (r) para verificar a existência de correlação entre os domínios da MIF e a idade. Foi adotado o seguinte critério de classificação dos coeficientes de correlação: $<0,3$ (fraca correlação), $\geq 0,3$ a $<0,5$ (moderada correlação) e $\geq 0,5$ (forte correlação);

- Análise de Variância Univariada (ANOVA) para avaliar a influência de cada variável nos escores dos domínios da MIF. As variáveis independentes foram: idade, cuidador, AVE anterior, último AVE e as limitações do AVE (seqüelas). A Análise de Variância Multivariada (MANOVA) foi utilizada para identificar a variação entre todos os escores dos domínios da MIF (variáveis dependentes) a partir das variáveis independentes já mencionadas. A MANOVA é utilizada para testar a significância da diferença entre as médias de dois ou mais grupos, em relação a duas ou mais variáveis dependentes, consideradas simultaneamente.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Parecer n.º 285/03. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução/nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 44 pacientes, sendo 27 (61,4%) do sexo masculino; a idade variou entre 55 e 87 anos, com predomínio da faixa etária entre 60 e 69 anos (43,2%) e média de 66 anos; a maioria dos idosos era de aposentado ou pensionista (72,7%). A presença do cuidador foi verificada entre 61,4% dos sujeitos, função esta assumida predominantemente pelo cônjuge (Tabela 1).

Com relação à ocorrência de AVE, 34,1% dos pacientes apresentaram episódios anteriores; o AVE deixou seqüelas em 42 pacientes, sendo as mais freqüentes a hemiparesia e a paresia, em 50,1% e 31,8% dos sujeitos, respectivamente. Outras seqüelas apresentadas por 40,8% dos idosos foram cefaléia, crise convulsiva, paralisia facial, alterações da linguagem, do equilíbrio e da memória e tremor. Dos 44 indivíduos entrevistados, apenas dez (22,7%) contavam com acompanhamento fisioterápico.

Os escores de avaliação da capacidade funcional obtidos com a aplicação da MIF estão apresentados na Tabela 2. A pontuação total (MIFT) variou de 32 a 125, com a média de 97,0 ($\pm 22,3$). No domínio motor (MIFm), a variação observada foi de 19 a 91, com média de 68,9 ($\pm 17,4$) e no domínio cognitivo/social (MIFcs), os escores variaram entre 13 e 35, com média de 28,1 ($\pm 7,3$).

Na comparação entre os escores da MIFT e seus domínios, observa-se, na Tabela 3, que os pacientes com acesso ao serviço apresentaram valores superiores aos indivíduos que não tinham acesso ao serviço de saúde e estatisticamente significativos ($p \leq 0,005$).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos da pesquisa. Campinas, 2004

Dados sociodemográficos	N	%
Idade		
< 60 anos	9	20,4
60 - 69 anos	19	43,2
70 - 79 anos	13	29,5
≥ 80 anos	3	6,8
Sexo		
Masculino	27	61,4
Feminino	17	38,6
Cuidador		
Não	17	38,6
Sim	27	61,4
Cônjugue	17	38,6
Filha(o)	7	15,9
Outro	3	6,8
Ocupação Aposentado/ pensionista		
Sim	32	72,7
Não	12	27,3

Tabela 2 – Medidas dos domínios da MIF dos sujeitos da pesquisa. Campinas, 2004

MIF	N	Média	D.P.	Variação observada	Variação possível
MIFm	44	68,9	17,4	19 - 91	13 - 91
MIF cs	44	28,1	7,3	13 - 35	5 - 35
MIFT	44	97,0	22,3	32 - 125	18 - 126

MIFm= MIF motor; MIFcs= MIF cognitivo/social; MIFT= MIF total

Tabela 3 - Comparação dos domínios da MIF entre os sujeitos que tiveram acesso e os sem acesso ao serviço de saúde. Campinas, 2004

MIF	Com acesso(n=32)		Sem acesso(n=12)		Valor de p*
	Média (± dp)	Mediana	Média (± dp)	Mediana	
MIFm	74,2 (± 11,3) 76,00		50,7 (± 22,5) 53,50		p= 0,0028
MIFcs	30,1 (± 5,8) 32,50		21,2 (± 8,0) 20,00		p= 0,0029
MIFT	104,4 (± 14,0) 107,00		71,9 (± 27,4) 72,00		p= 0,0004

* Teste de Mann-Whitney

MIFm= MIF motor; MIFcs= MIF cognitivo/social; MIFT= MIF total

Houve correlação negativa significativa que variou de moderada a forte magnitude entre a MIFT e seus domínios e a idade (Tabela 4). Dessa forma, pode-se afirmar que quanto maior a idade, menores os valores da MIF.

A análise univariada (ANOVA) mostra que a presença do cuidador ($p=0,0372$) e da hemiparesia ($p=0,0011$) interferiram no domínio motor da MIF, a idade

($p=0,0348$) e a presença de cuidador ($p=0,0063$) na pontuação da MIFcs e a idade ($p=0,0206$), a presença do cuidador ($p=0,0044$) e a hemiparesia ($p=0,0009$) influenciaram no escore da MIFT. (Tabela 5).

Tabela 4 - Valores do Coeficiente de Correlação de Pearson entre a MIFT e seus domínios e a idade. Campinas, 2004

Domínios da MIF	Idade
MIFm	r= - 0,47 p= 0,0010
MIFcs	r= - 0,44 p= 0,0024
MIFT	r= - 0,51 p= 0,0003

MIFm= MIF motor; MIFcs= MIF cognitivo/social;
MIFT= MIF total

Tabela 5 - Valores de significância estatística (p-valor) nas análises univariada (ANOVA) e multivariada (MANOVA), considerando os escores dos domínios motor, cognitivo/social e total da MIF e as variáveis independentes pesquisadas. Campinas, 2004

Variáveis	Valor de p		
	MIFm	MIFcs	MIFT
Idade	0.0830	0.0348	0.0206
Cuidador	0.0372	0.0063	0.0044
AVE anterior	0.3619	0.7602	0.3719
Último AVE	0.2869	0.6420	0.5320
Hemiparesia	0.0011	0.1461	0.0009
Paresia	0.4182	0.7456	0.4149
Parestesia	0.8771	0.6991	0.9720
Deficiência visual	0.7229	0.6028	0.9400

MANOVA

Geral	0.0010	0.0095	0.0001
-------	--------	--------	--------

MIFm= MIF motor; MIFcs= MIF cognitivo/social;
MIFT= MIF total

Considerando as variáveis independentes idade, presença de cuidador, AVE anterior, último AVE, hemiparesia, paresia, parestesia e deficiência visual e as variáveis dependentes MIFT, MIFcs e MIFm, observamos que a presença do cuidador e da hemiparesia continuaram interferindo na pontuação obtida da MIFm, sendo observado média inferior nesse domínio (média=65,5) para os sujeitos que contavam com cuidador e para os indivíduos com hemiparesia (média=62,0) quando comparados ao restante do grupo, sem cuidador (média= 79,0) e sem hemiparesia (média=79,8), respectivamente.

A idade e a presença de cuidador mantiveram influência nos escores da MIFcs, sendo observado média inferior (média=25,7) nesse domínio para os sujeitos que contavam com a presença do cuidador, quando comparados aos sujeitos sem cuidador (média=32,2).

A idade, a presença de cuidador e a hemiparesia interferiram nos resultados da MIFt, sendo observado média inferior (média=91,2) nesses escores para os sujeitos com cuidador e com hemiparesia (média=87,4) quando comparados aos indivíduos sem cuidador (média=111,3) e sem hemiparesia (111,1). A idade, como no MIFcs, apresentou correlação negativa ($r=-0,43$) com a MIFt, ou seja, quanto maior a idade, menores os valores da MIFt e MIFcs.

DISCUSSÃO

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⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A freqüência das doenças encefalovasculares aumenta exponencialmente com a idade⁽¹¹⁾. Em trabalho realizado para verificar a reincidência dessas doenças entre grupos etários extremos mostra 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⁽¹²⁾. Outros estudos comprovam que a ocorrência de AVE aumenta com a idade⁽¹³⁻¹⁶⁾.

No presente estudo, a maioria dos entrevistados convivia com duas gerações no domicílio ($n=24$) sendo predominantemente o(a) filho(a). Dados parecidos foram encontrados em estudo realizado com idosos na cidade de São Paulo, em que verificou-se que mais da metade deles residiam com os filhos⁽¹⁷⁾.

Os indivíduos entrevistados eram, em sua grande maioria, a fonte principal de renda da casa, com salários variando entre um e menos que três salários mínimos; a renda familiar mensal foi maior que um e menor que três salários mínimos, demonstrando uma baixa renda familiar, dados estes semelhantes aos encontrados em estudo realizado na região sudeste do Brasil⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

No que diz respeito à presença do cuidador, em ambos os grupos de pacientes, ou seja, naqueles atendidos no ambulatório e no centro de reabilitação e nos atendidos em domicílio, a maioria dos sujeitos necessitava de um cuidador, função esta exercida pelo cônjuge na maior parte das vezes.

O AVE, quando severo, causa um grande impacto no bem-estar físico e psicológico do paciente e de seus familiares. Outros estudos, com dados semelhantes aos encontrados nessa pesquisa mostram evidências de que 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⁽²⁰⁾.

Em relação à ocorrência do AVE, verificamos que 29

pacientes não possuíam história de episódio anterior de AVE, enquanto que 15 tinham história de um, dois ou até mesmo três episódios. Em relação à ocorrência de AVE, dentre aqueles indivíduos que sofreram um AVE, 15% e 38% apresentam novo episódio, sendo 50% deles fatais⁽⁵⁾.

Quanto ao último AVE, a ocorrência variou entre maior que dois meses e menor que 12 meses e acima de 24 meses, com tempo máximo de 19 anos. Em estudos semelhantes o intervalo entre o último episódio de AVE e a coleta dos dados variou entre o mínimo de 14 dias⁽²¹⁾ e o máximo de seis anos após⁽²²⁾.

Houve predomínio do AVE isquêmico. Um total de 42 pacientes apresentaram seqüelas, com destaque para a hemiparesia.

O AVE mais comum é o isquêmico e corresponde a aproximadamente 80% dos casos de doenças encefalovasculares⁽⁴⁾. Destaca-se ainda por ser uma das principais causas de internação hospitalar e de internação prolongada entre pacientes idosos acima de 65 anos⁽¹⁵⁾.

A reabilitação tem sido uma das principais formas de tratamento após episódio de AVE, proporcionando melhora a esses indivíduos, recuperando total ou parcialmente as seqüelas causadas pela doença. As seqüelas motoras, cognitivas, emocionais e sociais se destacam por prejudicarem a realização das AVDs consequentemente, a autonomia e a independência desses sujeitos.

Em estudo sobre reabilitação de idoso com AVE, pesquisadores encontraram dados indicando que os pacientes com idade maior ou igual a 80 anos, completam com sucesso o programa de reabilitação e a maioria deles retorna para a comunidade⁽¹⁴⁾.

A MIF conseguiu discriminar os sujeitos que contavam e não contavam com acesso aos serviços de saúde. Os dados obtidos demonstram que aqueles sujeitos que tiveram acesso ao serviço de saúde apresentaram valores maiores da MIF e seus domínios do que aqueles que não tiveram acesso.

Os pacientes que tiveram acesso ao serviço de saúde, apresentaram médias da MIFt ($p=0,0004$), MIFm ($p=0,0028$) e MIFcs ($p=0,0029$) superiores aqueles que não tiveram acesso ao serviço. Embora não seja possível afirmar, não se pode negar a relevância da reabilitação e da continuidade do tratamento do AVE em fase pós aguda.

A idade foi uma variável de importante destaque no estudo e apresentou correlação negativa com a MIF. Resultados semelhantes foram obtidos, em que o aumento da idade estava diretamente relacionado com piores resultados da MIF⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Pesquisadores observaram que apesar dos idosos com idade acima de 80 anos apresentarem menores valores da MIF do que aqueles com idade menor que 80 anos, a maioria dos idosos nas diferentes faixas etárias obteve sucesso na reabilitação e retornou à comunidade⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, observamos que a idade e os fatores a ela relacionados devem ser considerados no tratamento de reabilitação de indivíduos vítimas de AVE.

A presença de cuidador e de hemiparesia influenciaram os valores da MIFm, enquanto a idade e a presença de cuidador influenciaram a MIFcs. Já os resultados da MIFT foram influenciados pela idade, presença de cuidador e de hemiparesia.

A hemiparesia influenciou a MIFm e MIFT, que pode estar relacionada a alteração da capacidade funcional provocada por tal seqüela, prejudicando no autocuidado e na realização das AVDs desse sujeitos.

A presença do cuidador é considerada essencial no tratamento desses pacientes de forma a incentivar e auxiliar na realização das atividades, porém sua intervenção pode influenciar na recuperação e na reabilitação de pacientes com AVE, não somente de forma positiva por meio de estímulo e incentivo como, negativamente, ao subestimar ou superestimar a capacidade dos pacientes⁽¹⁰⁾.

Em estudo com idosos após o primeiro AVE, foi observado que um melhor estado cognitivo na admissão estava relacionado com o melhor resultado da MIFm e com o curto tempo de internação⁽¹⁵⁾. Ainda nesse estudo, pacientes com alteração cognitiva demonstraram poucos resultados na reabilitação. Os autores justificam que é preciso um nível de cognição normal para a realização de técnicas específicas do tratamento.

REFERÊNCIAS

- 1- Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, PY L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni M, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.73-8.
- 2- Silva L, Galera SAF, Moreno V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):397-403.
- 3- André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
- 4- Py MO. Doenças cerebrovasculares. In: Freitas EV, PY L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni M, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.177-88.
- 5- Barros JEF. Doença encefalovascular. In: Nitrini R, Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p.171-88.
- 6- Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do Interior de Minas Gerais. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(1):32-9.
- 7- Roberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica.* 2001;8(1):45-52.
- 8- Roberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica.* 2004;11(2):72-6.
- 9- Kawasaki K, Cruz KCT. A utilização da medida de independência funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. *Med Reabil.* 2004;23(3):57-60.
- 10- Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, Nieminen P, Sotaniemi KA, Myllylä VV. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000; 81(12):1541-6.
- 11- Hopman WM, Verner J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke.* 2003;34(3):801-5.
- 12- Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 1999;9(4):509-18.
- 13- Bagg S, Pombo AP, Hopman W. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. *Stroke.* 2002;33(1):179-85.
- 14- Ergeletzis D, Kevorkian CG, Rintala D. Rehabilitation of the older stroke patient: functional outcome and comparison with younger patients. *Am J Phys Med Rehabil.* 2002; 81(12):881-9.
- 15- Heruti RJ, Lusky A, Dankner R, Ring H, Dolgopiat M, Barell V, et al. Rehabilitation outcome of elderly patients after a first stroke: effect of cognitive status at admission on the functional outcome. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83(6):742-9.
- 16- Jones GR, Miller TA, Petrella RJ. Evaluation of rehabilitation outcomes in older patients with hip fractures. *Am J Phys Med Rehabil.* 2002;81(7):489-97.
- 17- Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento; O projeto SABE no município de São Paulo, uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.203-23.
- 18- Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZMA, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública = J Public Health.* 1993;27(2):87-94.
- 19- Campino ACC, Cyrilo DC. Situação de ocupação e renda. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: Saúde, Bem-estar e

CONCLUSÕES

Para os idosos deste estudo, a idade foi inversamente proporcional aos valores da MIF e seus domínios, ou seja, quanto maior a idade, menor foi a capacidade funcional apresentada pelos entrevistados, o que aponta para a necessidade de se investir em estratégias de reabilitação que venham amenizar as perdas funcionais advindas da própria idade e, principalmente, das seqüelas de AVE. Além disso, os sujeitos que tinham condições para acessar o serviço de saúde tinham capacidade funcional melhor que aqueles que não acessavam esses serviços.

Com os resultados encontrados, podemos dizer que o AVE causou alteração na capacidade funcional dos sujeitos da pesquisa.

O presente estudo pode servir como base para futuros estudos relacionados ao tema. Há necessidade de pesquisas para avaliar a influência da presença do cuidador na funcionalidade dos indivíduos acometidos por AVE na medida que para ambos os grupos (com e sem acesso aos serviços de saúde) a presença do cuidador influenciou negativamente o desempenho do idoso. Isto mostra a necessidade de implantar estratégias de orientações a cuidadores de idosos tendo em vista o estímulo e a manutenção da independência e autonomia dos idosos.

- Envelhecimento; O projeto SABE no município de São Paulo, uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.241-55.
- 20- King RB. Quality of life after stroke. *Stroke*. 1996;27(9):1467-72.
- 21- Kwon S, Hartzema AG, Duncan PW, Min-Lai S. Disability measures in stroke: relationship among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale. *Stroke*. 2004;35(4):918-23.
- 22- Hackett ML, Duncan JR, Anderson CS, Broad JB, Bonita R. Health-related quality of life among long-term survivors of stroke: results from the Auckland Stroke Study. *Stroke*. 2000;31(2):440-7.