



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA -UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE ADULTOS COM
SEQÜELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

KARLA SIMONE DOS SANTOS OLIVEIRA FRÓES

**FORTALEZA - CE
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KARLA SIMONE DOS SANTOS OLIVEIRA FRÓES

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE ADULTOS COM
SEQÜELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Teresa Moreno Valdés

**FORTALEZA - CE
2008**

F925q Fróes, Karla Simone dos Santos Oliveira.
Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos com seqüelas de
acidente vascular cerebral / Karla Simone dos Santos Oliveira Fróes. - 2008.
103 f.

Cópia de computador.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2008.

“Orientação : Profa. Dra. Maria Teresa Moreno Valdés.”

1. Promoção da saúde. 2. Adultos – Qualidade de vida. 3. Acidente
vascular cerebral. I. Título.

CDU 614

Karla Simone dos Santos Oliveira Fróes

Qualidade de Vida relacionada à Saúde de Adultos com
Seqüelas de Acidente Vascular Cerebral

Área de Concentração: Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

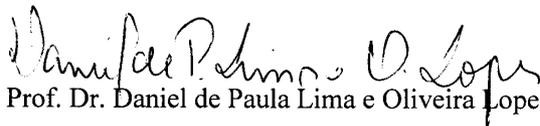
Data de Aprovação: 28/10/2008

Banca Examinadora:



Prof.^a. Dr.^a. Maria Teresa Moreno Valdés

(orientadora – UNIFOR)



Prof. Dr. Daniel de Paula Lima e Oliveira Lopes

(membro efetivo – SARAH)



Prof. Dr. Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves

(membro efetivo – UNIFOR)

Prof.^a. Dr.^a. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira

(membro suplente – UNIFOR)

Eu dedico esta dissertação as pessoas mais importantes da minha vida: meus pais, irmãos, marido e enteado. Vocês fazem a minha vida mais feliz e me dão força para seguir com perseverança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão de tudo e de todos.

Ao meu marido Paulo pela força, paciência, incentivo e companheirismo. Você foi à pessoa mais importante nesse processo, me ajudando nos momentos difíceis e nunca deixando que eu me abatesse.

A minha família que mesmo de longe sempre demonstrou alegria diante do meu sucesso.

A minha orientadora Maite, pela sabedoria, competência, disciplina e experiência. Você me ensinou muita coisa. Obrigada por tudo.

Ao Hospital Sarah Fortaleza pela generosidade em permitir que eu realizasse mais este sonho em minha vida.

Aos pacientes que fizeram parte desta pesquisa, por terem contribuído tão gentilmente com as suas declarações. Muito obrigada.

Aos profissionais do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR que me ajudaram direta ou indiretamente durante esses dois anos.

Aos profissionais do Programa de Lesão Cerebral Adulto, em especial aos fisioterapeutas e ao psicólogo Daniel, pela ajuda e compreensão nos diferentes momentos em que precisei.

Ao estatístico Cruiff pela colaboração na análise de dados da minha pesquisa.

Aos funcionários da Biblioteca do Sarah Fortaleza pela facilitação nas buscas pelo referencial teórico da minha pesquisa.

Aos colegas, amigos e professores do Mestrado, em especial as amigas Marlucilena, Eliete, Emanuella, Iracema, Cláudia, Ana Luísa e Melina, e ao professor Marcelo.

RESUMO

O envelhecimento populacional e o conseqüente aumento na prevalência de doenças crônicas são grandes desafios para os sistemas de saúde de todo o mundo. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição crônica de alta morbi-mortalidade que permanece como um problema de saúde coletiva relevante na atualidade. O AVC cursa com uma série de conseqüências à vida das pessoas acometidas. Entre elas podemos destacar a diminuição da funcionalidade e a redução da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). **Objetivos.** O objetivo deste estudo foi avaliar a QVRS de adultos com seqüelas de AVC e identificar fatores sócio-demográficos, clínicos e funcionais que influenciam os diferentes domínios da QVRS. **Metodologia.** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, analítico-descritiva, de corte transversal realizada no Centro de Reabilitação Sarah de Fortaleza-CE. Foram incluídos pacientes adultos com diagnóstico de AVC admitidos consecutivamente para programa de reabilitação no período de março a agosto de 2008. Os pacientes foram investigados com os instrumentos, *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) para avaliação da QVRS, *Functional Independence Measure* (FIM) para avaliação da funcionalidade e *Beck Depression Inventory* (BDI) para a investigação de sintomas depressivos. **Resultados.** Participaram do estudo 64 adultos, metade do sexo masculino e média de idade de 58,8 anos ($\pm 11,72$). Os domínios da QVRS mais afetados foram capacidade funcional e aspectos físicos. 68,8% dos indivíduos apresentaram baixa QVRS no que se refere a sua capacidade funcional. As pessoas do sexo masculino, com maior tempo de lesão, mais independentes e com menor idade tiveram melhor QVRS neste domínio. Participação social ativa esteve associada com melhor QVRS para a maioria dos domínios. Houve diferença significativa entre os grupos de indivíduos com e sem sintomas depressivos em relação à QVRS, exceto para os domínios capacidade funcional e aspectos físicos. Pior QVRS para o domínio da capacidade funcional esteve associada com pior funcionalidade para os componentes de autocuidado, controle esfíncteriano, transferências, locomoção, comunicação e integração social. **Conclusões.** No presente estudo, os aspectos funcionais da QVRS se mostraram os mais afetados, o que indica que a diminuição da funcionalidade exerce influência negativa na vida de adultos com seqüelas de AVC. Por outro lado, a presença de sintomas depressivos contribui para a piora da QVRS. Os programas de reabilitação devem dar ênfase na melhoria da funcionalidade e em atividades que promovam a participação social. Igualmente a família e a sociedade precisam promover meios de colaborar para uma melhor QVRS dessas pessoas. Dessa forma, propõe-se a adoção dos conceitos e prática da promoção da saúde, possibilitando a integração entre saúde e condições de vida, por meio de políticas públicas saudáveis e do *empowerment* social, econômico, político e cultural.

Palavras-chave: qualidade de vida; acidente vascular cerebral; promoção da saúde.

ABSTRACT

The aging of the population and the consequent increase in the prevalence of chronic diseases are major challenges for healthcare systems around the world. Stroke is a chronic condition with a high rate of morbidity/mortality that still today remains as a relevant problem of public healthcare. Stroke brings about a series of consequences to the lives of people affected. Among them we can highlight the decline in functionality and a reduction in Health-Related Quality of Life (HRQoL). **Purpose.** The purpose of this study was to evaluate the HRQoL of adults with stroke sequelae and to identify the socio-demographic, clinical and functional factors that influence the different domains of HRQoL. **Methodology.** This is a quantitative, analytical-descriptive, cross-sectional study conducted at the Sarah Rehabilitation Center in Fortaleza, Brazil. Included in the study were adult patients diagnosed with stroke, subsequently admitted to a rehabilitation program in the period from March 2008 to August 2008. The patients were investigated with the following instruments: *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) for assessment of HRQoL, *Functional Independence Measure* (FIM) for assessment of functionality, and *Beck Depression Inventory* (BDI) for the investigation of depressive symptoms. **Results.** Sixty-four adults participated in the study, half of whom were males with an average age of 58.8 years (± 11.72). The domains of HRQoL most affected were physical functioning and physical role. Over two thirds (68.8%) of the subjects showed low HRQoL with regard to their physical functioning. The males—who had a longer time of injury and were more independent and younger—had better HRQoL in this domain. Active social participation was associated with better HRQoL for most of the domains. There was a significant difference between groups of individuals with and without depressive symptoms in relation to HRQoL, except for the domains of physical functioning and physical role. A lower HRQoL for the domain of physical functioning was associated with lower functionality for the components of self-care, sphincter control, transfers, locomotion, communication and social integration. **Conclusions.** In this study, the functional roles of HRQoL were the most affected, suggesting that the decline in functionality negatively influences the lives of adults with stroke sequelae. Moreover, the presence of depressive symptoms contributes to the worsening of HRQoL. Rehabilitation programs must focus on improving functionality and on activities that promote social participation. Also, the family and society must work together to promote ways to improve HRQoL of these people. Hence, we propose the adoption of the concepts and practice of promoting health, enabling the integration between health and living conditions, through sound public policies as well as social, economic, political and cultural empowerment.

Key Words: quality of life; stroke; health promotion

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
1.1 Qualidade de Vida	10
1.2 Acidente Vascular Cerebral.....	14
1.2.1 Deficiência e funcionalidade após o AVC	17
1.2.2 Reabilitação de adultos com seqüelas de AVC	19
1.3 Estrutura da Dissertação	22
1.3.1 Desenho geral do estudo.....	22
1.3.2 Obtenção dos dados	22
1.3.3 Principais objetivos dos artigos	23
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo Geral	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3 ARTIGOS	26
3.1 Artigo 1: Manutenção da capacidade funcional do idoso: um desafio para o sistema de saúde no Brasil *	26
3.2 Artigo 2: Health-Related Quality of Life for Adults with Stroke Sequelae*	44
3.3 Artigo 3: Qualidade de vida relacionada à saúde através do domínio da capacidade funcional do SF-36 em adultos com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral *	59
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
5 REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A: Roteiro para coleta de dados sócio-demográficos	77
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
APÊNDICE C: Parecer do Comitê de Ética.....	80
ANEXO 1: Mini-Mental State Examination (MMSE).....	82
ANEXO 2: Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).....	83
ANEXO 3: Functional Independence Measure (FIM)	91
ANEXO 4: Beck Depression Inventory (BDI).....	101

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A humanidade sempre almejou viver mais e o envelhecimento populacional se tornou um fenômeno mundial (GARRIDO; MENEZES, 2002; VERAS, 2004). Porém, países em desenvolvimento como o Brasil passaram a enfrentar desafios outrora restritos aos países desenvolvidos. Um exemplo disso é a crescente demanda por serviços de saúde, de doenças próprias do envelhecimento caracterizadas pelo tratamento de longa duração, de recuperação lenta e complicada, envolvendo altos custos (CHAIMOWICZ, 1997; GARRIDO; MENEZES 2002; VERAS, 2004; SIQUEIRA *et al.*, 2004).

O aumento no número de pessoas com doenças crônicas no Brasil e suas implicações sociais, econômicas e em termos de saúde pública são temas de constantes pesquisas na atualidade (CHAIMOWICZ, 1997; COELHO FILHO; RAMOS, 1999; LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003; LIMA-COSTA *et al.*, 2003; RAMOS, 2003; GARRIDO; MENEZES, 2002; SIQUEIRA *et al.*, 2004; PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006). Dentro do universo das doenças crônicas, vale ressaltar o impacto das doenças cerebrovasculares. No Brasil, essas doenças mataram mais que as doenças isquêmicas do coração, homicídios e acidentes de trânsito, segundo os indicadores de mortalidade do Brasil de 2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). No que se refere ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), a taxa de sobrevivência vem aumentando, porém tem sido descrito que até 90% dos sobreviventes permanecem com algum tipo de deficiência. (LOTUFO, 2000; MAKIYAMA *et al.*, 2004).

O AVC pode gerar grandes conseqüências à vida do indivíduo, como deficiência física e psicológica, limitações na funcionalidade e promover grande impacto para a família e sociedade, além de influenciar de forma significativa à sua qualidade de vida (ASTROM; ASPLUND, 2002; MAKIYAMA *et al.*, 2004; RUNDEK; SACCO, 2004; DOBKIN, 2004). Além disso, o AVC é a maior causa de perda na funcionalidade entre adultos e mais gravemente entre idosos (CALDAS *et al.*, 2004; GOKKAYA; ARAS; CAKCI, 2005).

Com a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999 assumiu-se que a perda da capacidade funcional é a maior conseqüência das doenças que afetam os idosos, sendo apontada como o maior problema de saúde nesta população. Neste sentido, a política propõe a permanência do idoso na sociedade, para que exerça suas funções de forma independente através da promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria da capacidade

funcional, a prevenção de doenças, a recuperação dos que adoecem e a reabilitação da capacidade funcional restringida (BRASIL, 1999; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

As condições de vida afetam a saúde e esta influencia a qualidade de vida, porém o maior desafio a ser resolvido diz respeito às intervenções que devem ser realizadas para que se possa influenciar favoravelmente a qualidade de vida. A promoção de saúde é o campo conceitual e de prática para a possibilidade de integração entre saúde e condições/qualidade de vida (BUSS, 2000).

Em virtude do crescimento ainda evidente na população de idosos, o AVC permanecerá como um problema de saúde pública de alta relevância neste século, o que deve requerer constante atenção em termos de prevenção, suporte e reabilitação (FERNANDES, 1989; GOMES, 1992; MAKIYAMA *et al.*, 2004). Karsch (2003) relata que, além da prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores representam um novo desafio para o sistema de saúde no Brasil.

O presente estudo partiu da necessidade de conhecermos como os adultos com seqüelas de AVC percebem a sua qualidade de vida. Supõe-se que o grau de capacidade funcional pode interferir significativamente na qualidade de vida, pois as pessoas com menor comprometimento costumam ter maior independência nas atividades de vida diária, maior participação na sociedade e assim podem perceber como boa a sua qualidade de vida. Por outro lado, alguns fatores sócio-demográficos, como idade, sexo, renda familiar, estado civil e nível de escolaridade podem estar associados a uma melhor ou pior qualidade de vida percebida.

Existem muitas pesquisas internacionais que abordam a questão da qualidade de vida e funcionalidade após o AVC, porém no Brasil os estudos são ainda incipientes (MAKIYAMA *et al.*, 2004; GOKKAYA *et al.*, 2005; KONG; YANG, 2006; MARCO *et al.*, 2006; PATEL *et al.*, 2006; OLSSON; SUNNERHAGEN, 2007; DÍAZ-TAPIA *et al.*, 2008). Contudo, é interessante destacar o grande enfoque que a literatura brasileira tem dado para a problemática do idoso com doenças crônico-degenerativas e sobre a importância de programas visando o envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional.

Busca-se com o presente estudo contribuir para uma melhor compreensão do impacto que o AVC pode trazer à qualidade de vida das pessoas acometidas e conhecer quais os fatores associados mais relevantes. Os resultados poderão servir para fomentar futuros estudos que visem atender melhor as demandas de saúde dessa clientela e novas propostas de

promoção da saúde, visando atenção aos idosos dependentes e ao suporte de familiares e cuidadores, a partir de uma melhor compreensão do contexto sócio-demográfico no qual estão inseridos.

1.1 Qualidade de Vida

A expressão qualidade de vida ganhou destaque na política através dos presidentes dos EUA, John F. Kennedy e Lyndon B. Johnson. Mais do que aquisição de bens materiais, o conceito ampliou-se adotando os significados de desenvolvimento social, como educação, saúde, moradia, transporte, trabalho e lazer. Como consequência, diversos países adotaram os chamados *Welfare State*, ou seja, as políticas de bem-estar social (ALBUQUERQUE, 2005).

Na medida em que a expressão qualidade de vida se popularizou ao redor do mundo, do ponto de vista semântico, não existe uma definição única que seja consenso no meio acadêmico (ALBUQUERQUE, 2005). Parece haver uma concordância entre a maioria dos pesquisadores de que se trata de um fenômeno complexo e multidimensional (ASTROM; ASPLUND, 2002; NERI, 2004).

A qualidade de vida no campo da saúde teve origem com o nascimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX. Após a II Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu o conceito de saúde, passando a incorporar a noção de bem-estar físico, emocional e social. No campo biomédico, passou-se a valorizar outros parâmetros que não apenas o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (ALBUQUERQUE, 2005).

Atualmente, no campo da saúde, duas tendências são identificadas em relação ao construto: qualidade de vida como um conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada à saúde. O conceito mais genérico de qualidade de vida não faz referência a disfunções ou agravos, a exemplo da conceituação adotada pela OMS, em seu grupo de estudos para o desenvolvimento do instrumento WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Assessment*), que avalia a qualidade de vida em uma perspectiva internacional e transcultural (SEIDL; ZANNON, 2004).

O grupo de estudos multicêntrico da OMS define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores

nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição abrange vários domínios (ou dimensões) da vida do indivíduo, a saber: físico, estado psicológico, níveis de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais (FLECK *et al.*, 1999; SEIDL; ZANNON, 2004).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tem objetivos semelhantes ao conceito genérico, mantendo o caráter multidimensional e a percepção geral da qualidade de vida, porém costuma referenciar o impacto da enfermidade ou do agravo na qualidade de vida. Os instrumentos com esta finalidade geralmente dão ênfase aos sintomas ou limitações ocasionados pela enfermidade (SEIDL; ZANNON, 2004).

Fernández-Concepción *et al.* (2001) definem QVRS como sendo “(...) o valor concedido à duração da vida modificado pela deficiência, o estado funcional, a percepção de saúde e a oportunidade social, devido a uma enfermidade, acidente, tratamento ou política determinada”. (p.725)

Cleary *et al.* (1995) apud Seidl e Zannon (2004) dizem que a QVRS “refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida” (p.583).

A partir da década de 90 consolidou-se um consenso entre os estudiosos sobre dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: a subjetividade e a multidimensionalidade (SEIDL; ZANNON, 2004).

Em relação à subjetividade:

trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. (SEIDL; ZANNON, 2004, p.582)

Geralmente quatro dimensões (ou domínios) são consideradas na avaliação da QVRS: a física, a funcional, a psicológica e a social. A saúde física se refere aos sintomas físicos causados pela enfermidade ou pelo seu tratamento. A dimensão funcional contempla a capacidade do indivíduo para cuidar de si, grau de atividade física e deambulação, bem como a realização de atividades familiares e laborais rotineiras. O funcionamento cognitivo e emocional, como o grau de satisfação com a vida, humor, felicidade e a percepção geral de

saúde fazem parte da dimensão psicológica. Por fim, a dimensão social se refere à interação do sujeito com o ambiente, como os contatos sociais ou grau de isolamento. Todas as dimensões, porém, sofrem influência de um conjunto de aspectos como experiências pessoais, crenças, expectativas individuais e percepção subjetiva do indivíduo (CAROD-ARTAL, 2004).

Segundo Neri (2004):

A multidimensionalidade é atendida por um modelo composto por múltiplos aspectos em interação, que não privilegia apenas os prismas médico (qualidade da saúde ou qualidade dos serviços de atendimento à saúde), psicológico (bem-estar subjetivo), sociológico (bem-estar econômico) ou da qualidade do ambiente construído, mas sim o maior número de sistemas em interação. (p.6)

Nas últimas três décadas, a medida da qualidade de vida se tornou importante no meio científico para a investigação e avaliação de pacientes, especialmente daqueles com enfermidades crônicas. Diversos instrumentos foram desenvolvidos com esta finalidade. Alguns destes possuem enfoques gerais, abrangendo vários grupos populacionais. São exemplos: *Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile*, *The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL)*, *The EuroQol Instrument* e *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Os instrumentos genéricos avaliam a qualidade de vida entre populações ou doenças; são capazes de detectar os efeitos da doença e do tratamento em diferentes domínios e possibilitam comparações dos resultados em diferentes populações (CICONELLI, 1997; SANTOS, 2007).

Os instrumentos específicos, por sua vez, são desenvolvidos com ênfase em determinada doença ou problema, enfocando os domínios relevantes da doença e sobre as características dos pacientes afetados pela mesma. Existem diversos instrumentos doença-específicos descritos na literatura, para as mais variadas doenças, como diabetes, esclerose múltipla, asma, epilepsia, entre outras (SANTOS, 2007). Também no AVC, várias escalas específicas foram desenvolvidas. Carod-Artal (2004) realizou uma busca no MEDLINE entre 1976 e 2004 e exemplificou mais de 10 escalas específicas. As principais escalas, devido as propriedades psicométricas conhecidas são: *The 30-item SIP adapted for stroke*, *The Stroke Impact Scale Version 2.0*, *Stroke Specific Quality of Life Scale (SSQOL)*, *The Stroke and Aphasia QLS (SAQOL-39)*, *The Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure (NEWSQOL)* e a *QLS for young patients suffering from brain hemorrhage*.

A maioria dos instrumentos para medir QVRS é originalmente desenvolvido na língua inglesa, porém nos últimos anos diversos grupos internacionais estão se empenhando para a adaptação cultural e validação de vários desses instrumentos (SANTOS, 2007). Um projeto de validação internacional conhecido como IQOLA (*Internacional Quality of Life Assessment Project*) foi iniciado em 1991 por Ware e colaboradores, para tradução e validação do SF-36 para diferentes idiomas em 15 países (CICONELLI, 1997; SANTOS, 2007).

O SF-36 é o questionário genérico mais utilizado na literatura científica. Foi derivado de um questionário formado por 149 itens e testado em mais de 22000 pacientes, como parte dos “estudos de avaliação em saúde” (*The Medical Outcomes Study – MOS*). Inicialmente o questionário possuía 18 itens, englobando apenas a capacidade física, limitação devido à doença, saúde mental e percepção da saúde. A adição dos aspectos sociais e dor deram origem ao SF-20, administrado em aproximadamente 11000 participantes (WARE; SHERBOURNE, 1992). A criação do SF-36 foi baseada numa revisão de vários instrumentos da literatura nos últimos 20 anos, sendo selecionados 8 domínios entre mais de 40 conceitos e escalas analisadas pelos MOS (WARE *et al.*, 1993). Posteriormente, foi desenvolvida uma versão mais curta, o SF-12, de fácil administração (cerca de 2 minutos), sugerido nos casos de mensuração em larga escala, porém o SF-36 define mais níveis de saúde e melhor representa o conteúdo de medidas de saúde do que o SF-12 (WARE *et al.*, 1996).

Os oito domínios do SF-36 são: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens). O escore final ajustado pode variar de 0 a 100, onde 0 representa o pior estado geral de saúde percebido, e 100 o melhor estado geral de saúde percebido. O SF-36 inclui ainda um item de avaliação das alterações de saúde ocorridas no período de um ano que não são pontuadas, mas representa uma importante avaliação comparativa das condições de saúde atual e a de um ano atrás.

No Brasil os estudos sobre qualidade de vida vêm crescendo no campo da saúde. Um trabalho pioneiro foi à tradução e adaptação transcultural para uma amostra de 50 pacientes com artrite reumatóide, que disponibilizou o instrumento genérico SF-36 (SEIDL; ZANNON, 2004). A tradução, adaptação cultural e validação das propriedades psicométricas foi realizada por Ciconelli (1997). Em seu trabalho, a reprodutibilidade intra e interobservadores foi significativa. As dimensões que apresentaram menores médias foram a

capacidade funcional (59,50), limitação por aspectos físicos (63,96) e dor (66,50) (CICONELLI, 1999).

O presente estudo assumirá o construto qualidade de vida relacionada à saúde, partindo da premissa de que o AVC é uma condição que pode influenciar a vida das pessoas acometidas, interferindo na sua percepção de saúde. Não obstante, assume o caráter multidimensional e subjetivo do mesmo, pois parte do pressuposto de que a qualidade de vida é inerente ao indivíduo e consequência de um conjunto de dimensões ou domínios em inter-relação, essencialmente o físico, o psicológico, o funcional e o social.

1.2 Acidente Vascular Cerebral

Segundo a Classificação das Doenças Cerebrovasculares, publicada em 1990 pelo *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) dos Estados Unidos, o AVC é uma disfunção cerebral focal e existem os seguintes tipos: hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnóide, hemorragia intracraniana proveniente de malformação arteriovenosa (MAV) e infarto cerebral (isquemia). Além do AVC, dentro da classificação estão incluídas outras condições cerebrovasculares: a demência vascular, a encefalopatia hipertensiva, como também uma outra disfunção cerebral focal, o ataque isquêmico transitório (MUTARELLI; EVARISTO, 2006).

Dentre as principais causas da hemorragia intracerebral, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é responsável por 70% dos casos. Na hemorragia subaracnóide, a ruptura de aneurismas saculares intracranianos predomina com 80% dos casos (MUTARELLI; EVARISTO, 2006).

No infarto cerebral, várias classificações ou subtipos têm sido propostos; alguns consideram os possíveis mecanismos fisiopatológicos envolvidos. A oclusão aterotrombótica de grandes artérias é a causa mais comum de infarto cerebral, sendo a HAS o fator de risco mais freqüentemente associado à aceleração da aterosclerose, doença que promove uma série de alterações patológicas nas artérias que culmina com a formação do trombo aterotrombótico que pode levar à oclusão parcial ou total da artéria. Outros fatores de riscos são idade, diabetes mellitus, tabagismo, uso de contraceptivos orais, dislipidemias (alteração do colesterol), obesidade e inatividade física (MUTARELLI; EVARISTO, 2006).

A embolia cardiogênica é outro tipo de isquemia, ou seja, condições cardíacas de alto e médio risco podem levar a formação de trombos que se originam no coração, e através da corrente sanguínea, quando passam a ser denominados de êmbolos, atingem os vasos do cérebro causando a oclusão. Aproximadamente 20% dos infartos são desse tipo. Exemplos de condições cardíacas que favorecem a formação de trombos são o infarto agudo do miocárdio, a miocardiopatia dilatada, a insuficiência cardíaca congestiva e a fibrilação atrial. Particularmente no idoso a fibrilação atrial, presente em 30% dos indivíduos acima de 80 anos, representa um marcador de AVC nesta população, sendo o risco 5 vezes maior do que a população geral (MUTARELLI; EVARISTO, 2006).

Outro tipo de infarto cerebral é a oclusão de pequenas artérias (lacunas), lesões geralmente na profundidade dos hemisférios cerebrais ou no tronco cerebral, e que representam cerca de 26% dos casos. Os fatores de risco principais são HAS e diabetes mellitus (MUTARELLI; EVARISTO, 2006).

Além dos principais tipos de AVC isquêmico, existem ainda casos de etiologia indeterminada e outras causas, como arterites inflamatórias e infecciosas, estados hipercoagulantes, intoxicações por drogas como a cocaína e anfetamina, hiperhomocisteinemia e dissecções arteriais cervicais traumáticas e espontâneas (MUTARELLI; EVARISTO, 2006).

A disfunção motora mais freqüente da doença cerebrovascular é a hemiplegia ou hemiparesia, que se caracteriza por uma paralisia (ausência de força muscular) ou paresia (fraqueza muscular) de um lado do corpo, respectivamente. Outras alterações igualmente significativas que podem ocorrer incluem a disfunção sensorial, a afasia (distúrbio da linguagem) ou a disartria (alteração na fala), defeitos de campo visual e comprometimentos, mental e intelectual (RYERSON, 1994).

Logo após o AVC, a pessoa com hemiplegia vivencia um estado de baixo tônus muscular ou flacidez que pode durar poucos dias até um período de semanas ou meses. Na maioria das vezes, este período é seguido pelo surgimento de padrões de aumento do tônus muscular e do desenvolvimento de retorno da função muscular (ANDERSON, 1994; RYERSON, 1994).

Um sinal muito freqüente nos indivíduos após o AVC com comprometimento motor é a espasticidade, caracterizada por uma hipertonia, ou seja, aumento exagerado de tônus, evidenciada por uma resistência aumentada ao alongamento passivo do músculo. A

espasticidade moderada a grave interfere nos movimentos coordenados, ficando estes anormais, com velocidade baixa, realizados com esforço ou mesmo impedidos. O desenvolvimento da espasticidade ocorre não somente no braço e na perna do hemicorpo afetado, mas também na musculatura da cabeça, pescoço e tronco. Um bom sinal da recuperação motora ocorre na medida em que a dependência nos movimentos sinergistas (padrões anormais de movimentos) e a espasticidade diminuem, pois concomitantemente a função voluntária aumenta (RYERSON, 1994).

Em relação à recuperação do dano neurológico, historicamente se aceita que a recuperação se completa após 3 a 6 meses da sua ocorrência. Porém, a recuperação funcional pode continuar por meses ou anos. A recuperação do dano neurológico inicial geralmente é atribuída à redução do edema cerebral, absorção do tecido lesado e melhora do fluxo vascular local. Estes mecanismos não contribuem para a recuperação funcional a longo prazo (ANDERSON, 1994; RYERSON, 1994).

Os processos envolvidos na recuperação funcional a longo prazo ainda não estão completamente esclarecidos. Acredita-se que os dois mecanismos envolvidos são o brotamento colateral e a exposição de vias neurais, conhecidos como processos morfológicos potencialmente reparativos. Enquanto as pesquisas não expliquem as bases da recuperação, a ênfase é dada na intervenção terapêutica e no retreinamento de habilidades funcionais (RYERSON, 1994).

Entre os anos de 1980 e 2002 houve uma redução significativa na mortalidade por AVC, principalmente nas regiões mais desenvolvidas do país (ANDRÉ *et al.*, 2006). Segundo dados do Datasus, em 2006, a taxa de mortalidade total por AVC no Brasil foi de 20,53%. As maiores taxas foram evidenciadas na região sudeste (22,85%), centro-oeste (20,74%) e nordeste (19,97%). As taxas de mortalidade por tipo de AVC foram às seguintes: hemorragia intracraniana 26,53%, infarto cerebral 25,09% e AVC não especificado se hemorrágico ou isquêmico 17,94% (DATASUS, 2007).

Embora o AVC seja um grande problema de saúde pública, dentro do campo das doenças cerebrovasculares existe pouco enfoque no controle dos fatores de risco, na organização dos cuidados médicos e no financiamento à pesquisa (LOTUFO, 2005). Apesar da diminuição na mortalidade ao longo dos anos, a maioria dos indivíduos após o AVC permanece com algum tipo de deficiência. (LOTUFO, 2000; MAKIYAMA *et al.*, 2004).

1.2.1 Deficiência e funcionalidade após o AVC

O conceito de deficiência, bem como de funcionalidade, se tornou mais abrangente com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) aprovada pela OMS em 2001. A CIF faz parte da Família das Classificações Internacionais da OMS e foi traduzida para o Brasil, pelo Centro Colaborador da OMS, na Universidade de São Paulo (USP). Segundo a CIF, “a funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação; do lado oposto, o termo incapacidade abrange as deficiências, limitações de atividades ou restrições na participação” (CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS, 2007).

A CIF define deficiência, como “problemas na função ou estrutura do corpo como um desvio significativo ou perda (...). Podem ser temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáticas, intermitentes ou contínuas”. O desvio é baseado nos padrões populacionais geralmente aceitos no estado biomédico do corpo e das suas funções, podendo ser leve ou severo e flutuar ao longo do tempo (CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS, 2007).

A atividade “é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo”, enquanto que as limitações de atividade, “são as dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades”. A participação “é o envolvimento em situações de vida diária” e as restrições de participação “são os problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida” (CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS, 2007).

Observa-se que não há uma relação direta entre deficiência e incapacidade, pois esta pode ocorrer sem a presença de deficiência ou ser decorrente de fatores ambientais e sociais. Em outros termos, “(...) a limitação da funcionalidade não decorre necessária e exclusivamente da deficiência” (ROCHA, 2006, p.25).

Como elucidado anteriormente, o AVC é uma condição que na maioria das vezes resulta em uma deficiência. Segundo a afirmação de Rocha (2006) descrita no parágrafo acima, podemos inferir que a deficiência após o AVC pode ou não resultar em uma incapacidade (ou limitação da atividade nos termos da CIF), e que esta pode ser decorrente de vários fatores, não necessariamente da deficiência em si.

Os termos independência funcional, capacidade funcional e funcionalidade são amplamente utilizados na literatura científica, como sinônimos; do mesmo modo que os

termos dependência funcional e incapacidade funcional. À medida que estudos utilizando a CIF forem sendo desenvolvidos, estes últimos serão substituídos pelo termo limitação da atividade e participação (ou da capacidade e desempenho, respectivamente).

No presente trabalho utilizaremos o termo independência funcional, para designar os pacientes com deficiência após o AVC que não possuem limitações na capacidade funcional, e o termo dependência funcional, para designar os pacientes com incapacidade funcional (ou limitação da atividade e participação nos termos da CIF).

Independência funcional é a capacidade de realizar sozinho as funções essenciais do ser humano (GIACOMIN, 2004). Giacomini (2004) dividiu estas funções vitais ou atividades de vida diária em funções de autocuidado, de mobilidade e mentais, a serem desempenhadas tanto no domicílio como na comunidade.

As funções de autocuidado no ambiente incluem diversas atividades, como comer, banhar-se, vestir-se, possuir controle esfinteriano, cozinhar, arrumar a casa, tomar remédios, exercer a sexualidade, etc. Na comunidade estas atividades incluem fazer compras, pagamentos bancários, administrar as finanças, entre outras (GIACOMIN, 2004).

A mobilidade no ambiente doméstico diz respeito às habilidades funcionais, como mover-se na cama, transferir-se de um local a outro, deambular com ou sem auxílio-locomção (por exemplo, bengalas, andador ou cadeira de rodas) em terrenos planos ou não. Na comunidade essas atividades incluem dirigir veículos, usar transportes públicos, andar longas distâncias com ou sem auxílio-locomção e também sobre terrenos irregulares (rampas, curvas, subir calçadas) (GIACOMIN, 2004).

As funções mentais são importantes para consecução das tarefas acima mencionadas e envolvem a percepção auditiva e visual, a orientação, a atenção, a memória, a linguagem, entre outras (GIACOMIN, 2004).

A capacidade funcional é um indicador de saúde dos idosos, enquanto que a dependência é um sinal de falência das habilidades, seja qual for o motivo que estas ocorram. A avaliação funcional é um instrumento de grande importância na determinação dos cuidados necessários aos idosos, bem como para programar a sua reabilitação. “(...) Mais do que saber a idade ou as doenças que porventura estejam acompanhando o processo de envelhecimento, o importante é saber o que o idoso é capaz de fazer” (GIACOMIN, 2004, p.133). Deve incluir a cognição, o ambiente físico, a situação sócio-econômica e os desejos do idoso quanto à sua

qualidade de vida. Deve ser global, multidisciplinar e contemplar todas as habilidades essenciais (GIACOMIN, 2004).

Diversas escalas foram criadas com o intuito de avaliar as habilidades funcionais, com boa confiabilidade e validade. Exemplos de algumas medidas de incapacidade: *Barthel's Index*, *Functional Independence Measure* (FIM), *The Katz Index of ADL*, *The Frenchay Activities Index*, *The Glasgow Outcomes Scale* e *The Rankin Scale* (VUADENS, 2002).

Um estudo de revisão sobre os instrumentos utilizados na avaliação do estado funcional do idoso identificou pelo menos 18 instrumentos publicados no MEDLINE (1966 e 2000) e no LILACS (1990 e 2000), específicos para avaliar as atividades de vida diária (AVD) ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (PAIXÃO JR; REICHENHEIM, 2005).

Alguns instrumentos que foram validados e adaptados para a língua portuguesa descritos na literatura são: *The Health Assessment Questionnaire* (HAQ), *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), *The Glasgow Outcomes Scale*, *The Modified Rankin Scale*, *Barthel's Index* e *The Functional Independence Measure* (FIM) (RIBERTO *et al.*, 2001, 2004; GUIMARÃES; GUIMARÃES, 2004; PAIXÃO JR; REICHENHEIM, 2005; CANEDA *et al.*, 2006).

A escala FIM foi desenvolvida na década de 80 com o objetivo de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros exigido pelo indivíduo para a realização de tarefas motoras e cognitivas. A escala FIM tem sido apontada como superior ao Índice de Barthel e ao Índice de Katz de atividades de vida diária, pois estas últimas avaliam apenas o desempenho de atividades motoras (RIBERTO *et al.*, 2001).

1.2.2 Reabilitação de adultos com seqüelas de AVC

A reabilitação consta de intervenções e adaptações que visam manter as atividades de vida diária e o estilo de vida. Os objetivos são prevenir agravos e perdas funcionais, manutenção das funções preservadas e recuperação e/ ou adaptações das funções perdidas (TIRADO, 2004).

Como descrito em parágrafos precedentes, o AVC é a maior causa de perda na funcionalidade principalmente entre os idosos, ou seja, a diminuição da funcionalidade devido

a problemas físicos, cognitivos ou psicológicos gera dependência de terceiros. Além disso, em termos de políticas públicas, atualmente são muitas as preocupações com o envelhecimento ativo e saudável.

A manutenção da independência e autonomia do idoso é uma questão de prioridade não apenas para o idoso, como também para a família, para os serviços sociais e de saúde (TIRADO, 2004).

Independente da causa do declínio funcional, a reabilitação é cabível na tentativa de recuperar a autonomia perdida ou evitar mais perdas. Sempre que possível é preciso estabelecer o nível de autonomia anterior ou pelo menos ajudar o paciente e a família a estabelecerem um equilíbrio entre incapacidade funcional e os recursos sociais e materiais disponíveis para tal incapacidade (GIACOMIN, 2004).

A reabilitação é realizada por uma equipe de profissionais e começa a partir de uma avaliação funcional para conhecer os potenciais e dificuldades para o desempenho de tarefas rotineiras. A necessidade de assistência parcial ou total requer diferentes estratégias, técnicas e recursos terapêuticos individualizados, por parte da equipe, na tentativa de restabelecer o máximo de habilidade possível no ambiente deste idoso (TIRADO, 2004).

É preciso explorar a capacidade funcional através do treinamento das atividades de vida diária, a fim de tornar o indivíduo o mais independente possível. Na realização dessas atividades, várias funções precisam ser consideradas, como de mobilidade e cognitivas, por isso o treinamento visa não apenas a trabalhar as funções preservadas, como também compensar as funções alteradas, através de adaptações nas atividades, no ambiente ou da utilização de dispositivos de ajuda (TIRADO, 2004).

Tirado (2004) ainda aponta outros aspectos importantes da reabilitação, como o envolvimento e participação dos familiares e/ ou cuidadores, a participação e aprovação das propostas pelo paciente para maior adesão ao processo de tratamento e a detecção dos aspectos culturais e psicossociais do ambiente pela equipe de reabilitação, principalmente preservação da identidade do ambiente e privacidade do paciente.

A reabilitação de adultos com seqüelas de AVC têm algumas peculiaridades. As pessoas com hemiplegia em fase aguda ou mais dependentes precisam adotar posicionamentos corretos no leito e em cadeira de rodas evitando complicações, como encurtamentos musculares e trauma em ombro plégico. Devem evitar longos períodos de permanência em uma mesma posição, evitando os efeitos deletérios da imobilidade (infecção

respiratória e urinária, trombose nas pernas e osteoporose). A partir do momento em que a pessoa adquire maior independência funcional, deve ser estimulada quanto a realizar as atividades com o máximo grau de independência possível e com segurança (CALDAS *et al.*, 2004).

Os programas de reabilitação têm sido grandes aliados na melhoria da sobrevivência e da funcionalidade após o AVC (GOKKAYA; ARAS; CAKCI, 2005; MAKIYAMA *et al.*, 2004). Os objetivos do programa de reabilitação têm sido a otimização da independência funcional e a educação de pacientes e familiares para a continuidade das orientações médicas e de programa de exercícios diários (TIRADO, 2004; GOKKAYA; ARAS; CAKCI, 2005), além de promover a reintegração sócio-familiar do indivíduo e restaurar a sua qualidade de vida relacionada à saúde (DOBKIN, 2004).

No Centro de Reabilitação Sarah de Fortaleza, semanalmente são admitidos novos pacientes no Programa de Lesão Cerebral Adulto. Os principais esforços da equipe interdisciplinar de reabilitação, junto aos pacientes e familiares são: promover o maior grau de independência funcional possível, através do treinamento de habilidades funcionais; estimular à continuidade das orientações após a alta; treinar a família e envolvê-la no processo de reabilitação; promover à socialização e, quando possível, o retorno ocupacional. Todas as atividades propostas visam, sobretudo, interferir positivamente na qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares.

A pesquisadora da presente pesquisa possui formação em fisioterapia e trabalha na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação há cinco anos. Na minha prática profissional atuo na reabilitação de adultos com lesão cerebral, em sua maioria com seqüelas de AVC. Levando-se em consideração que um dos objetivos da reabilitação é a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, a minha motivação para o desenvolvimento da pesquisa partiu da necessidade de conhecer a qualidade de vida relacionada à saúde na percepção dos sujeitos. A minha intenção é que a equipe interdisciplinar, a família e a sociedade possam conhecer os possíveis fatores que interferem nesta qualidade de vida, para que possamos contribuir de forma assertiva para a melhoria da mesma durante todo o processo de reabilitação.

1.3 Estrutura da Dissertação

A presente dissertação é apresentada no formato de três artigos, onde cada artigo buscou responder aos objetivos da pesquisa. A seguir serão descritos o desenho geral do estudo, a obtenção dos dados e os principais objetivos de cada artigo.

1.3.1 Desenho geral do estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, analítico-descritiva, de corte transversal realizada no Centro de Reabilitação Sarah de Fortaleza-CE, no período de março a agosto de 2008. Participaram do estudo adultos com diagnóstico de AVC admitidos consecutivamente para programa de reabilitação neste período. O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) foi utilizado para a triagem dos pacientes quanto aos aspectos cognitivos suficientes para a colaboração com a pesquisa (Anexo 1). Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: o *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) para avaliação da QVRS, o *Functional Independence Measure* (FIM) para avaliação da funcionalidade e o *Beck Depression Inventory* (BDI) para investigação de sintomas depressivos (Anexos 2, 3 e 4). Um questionário foi aplicado na forma de entrevista para a obtenção de dados sócio-demográficos, como sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda mensal, entre outros dados (Apêndice A). Os aspectos éticos obedeceram a Resolução de nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde e obteve o consentimento dos participantes através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

1.3.2 Obtenção dos dados

Semanalmente novas pessoas com seqüelas de AVC são admitidas no programa de reabilitação no Sarah de Fortaleza com objetivo de receber orientações e treinamento por parte da equipe interdisciplinar, composta por médico, fisioterapeuta, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, educador físico e pedagogo.

No primeiro momento, cada adulto admitido para programa de reabilitação foi avaliado quanto aos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa, através do prontuário eletrônico. O escore do MMSE foi registrado em prontuário pela equipe de enfermagem durante as primeiras 24 horas da internação.

No segundo momento, os adultos que preencheram os critérios de inclusão na pesquisa e aceitaram participar da mesma, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistados para a aplicação do questionário SF-36 e para coleta de dados sócio-demográficos, pela pesquisadora. A entrevista ocorreu na primeira semana de internação para se evitar possíveis mudanças na qualidade de vida e funcionalidade devido à influência do programa de reabilitação. Neste mesmo período, o psicólogo do programa de reabilitação aplicou o BDI para investigação dos sintomas depressivos.

Nas primeiras 72 horas, a escala FIM foi obtida pela equipe de enfermagem e os dados foram registrados em prontuário eletrônico, de onde obtivemos as informações sobre o grau de independência funcional dos indivíduos. As informações clínicas, como tipo de AVC, lado da lesão cerebral, tempo de lesão, quantidade de ictus, presença de fatores de risco e/ou co-morbidades para o AVC e uso de medicação antidepressiva foram coletadas do prontuário eletrônico pela pesquisadora. O prontuário eletrônico contém toda a história clínica dos pacientes, bem como os dados laboratoriais e de neuroimagens.

1.3.3 Principais objetivos dos artigos

Artigo n° 1

O primeiro artigo teve como objetivo revisar o novo conceito de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e propor a adoção das práticas de promoção da saúde para manutenção da capacidade funcional do idoso.

Artigo n° 2

Este artigo objetivou descrever os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde de adultos com seqüelas de AVC e os fatores que interferem nesta QVRS.

Artigo n° 3

Este artigo buscou avaliar a QVRS de adultos com seqüelas de AVC sob a perspectiva da funcionalidade utilizando-se do domínio capacidade funcional do SF-36.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de adultos com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde de adultos com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral.

Analisar a correlação entre qualidade de vida relacionada à saúde e funcionalidade dos mesmos.

Analisar a associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e presença de sintomas depressivos nessa população.

Analisar a associação entre qualidade de vida relacionada à saúde e variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde sob a perspectiva do domínio da capacidade funcional do SF-36.

Analisar a associação entre grupos de adultos com melhor e pior qualidade de vida relacionada à saúde e variáveis sócio-demográficas, clínicas e funcionais, a partir do domínio da capacidade funcional do SF-36.

3 ARTIGOS

3.1 Artigo 1: Manutenção da capacidade funcional do idoso: um desafio para o sistema de saúde no Brasil *

* Este artigo será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva para publicação. ISSN 1678-4561 (versão online).

Manutenção da capacidade funcional do idoso: um desafio para o sistema de saúde no Brasil

Resumo

O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas são duas realidades desafiadoras para o Brasil, cujas condições de saúde se mantêm influenciadas pela existência de profundas desigualdades sociais. No País, onde a maioria dos idosos possui uma doença crônica, a manutenção da funcionalidade passa a ser a condição determinante da boa saúde dessa população. O presente estudo de revisão aborda os aspectos conceituais da capacidade funcional sob a nova perspectiva adotada pela Organização Mundial da Saúde, mediante a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, além de debater as propostas para o envelhecimento saudável e para a manutenção da capacidade funcional dos idosos no Brasil. Compreendendo as diferentes dimensões que afetam a funcionalidade do idoso, esta revisão propõe a adoção dos conceitos e prática da promoção da saúde, por meio de políticas públicas saudáveis e do *empowerment* social, econômico, político e cultural.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idoso, Incapacidade, Promoção da Saúde

Maintenance of functional capacity of the elderly: a challenge for the health system in Brazil

Abstract

The aging in the population and the increase in the prevalence of chronic diseases are two challenging realities in Brazil, where health conditions continue to be influenced by the existence of deep social economic discrepancies. In this country, where most of the elderly has a chronic disease, the preservation of functioning is a determinant condition of good health. This study review approaches the conceptual aspects of functional capacity under the new perspective adopted by the World Health Organization, through The International Classification of Functioning, Disability and Health. In addition, it discusses the proposals for positive aging and the preservation of functional capacity of the elderly in Brazil. By understanding the different dimensions that affect functioning in the elderly, this study review proposes the adoption of concepts and the application of health promotion practices, through health-oriented public policies and the social, economical, political and cultural empowerment of the population.

Key words: Aging, Elderly, Disability, Health Promotion

Introdução

Na atualidade, o Brasil enfrenta desafios associados ao envelhecimento populacional, como o aumento no número de doenças crônico-degenerativas. As implicações sociais, econômicas e em termos de saúde pública dessas doenças são temas de constantes pesquisas^{1,2,3,4,5,6,7,8}.

Dentre as principais conseqüências das doenças crônicas encontra-se o comprometimento da autonomia do indivíduo, dificultando a realização de papéis sociais^{4,6,7,8,9}. Além disso, alguns estudos avaliaram o impacto das diferentes condições crônicas na qualidade de vida dos indivíduos em diversos países^{10,11,12}.

Vale salientar que o aumento do número de doenças crônicas não é o único problema que representa um desafio para o Brasil. O País tem suas condições de vida e saúde da população influenciada pela permanência de profundas desigualdades sociais. A pobreza, o nível educacional baixo e a estrutura familiar podem influenciar as condições de saúde dos idosos^{4,5,6,13}.

Ramos⁶ aponta a importância de se entender o perfil da saúde dos idosos no Brasil, de modo multidimensional, com base na identificação das dimensões que mais afetam a sua capacidade funcional, para que se possa indicar soluções que transcendam o aumento da cobertura diagnóstica e terapêutica das doenças que acometem esta população.

O presente trabalho de revisão aborda os conceitos de capacidade funcional e debate as propostas para o envelhecimento saudável e para a manutenção da capacidade funcional dos idosos no Brasil.

Abordagem dos conceitos de capacidade funcional

Na literatura científica, os termos capacidade funcional, independência funcional e funcionalidade são freqüentemente utilizados como sinônimos. No que se refere aos aspectos conceituais, à medida que novos enfoques na área da saúde foram considerados importantes, muitas mudanças ocorreram no modo de interpretar a funcionalidade e a deficiência.

O primeiro modelo das conseqüências das doenças publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1980, foi a *International Classification of Impairments*,

Disabilities, and Handicaps (ICIDH), que em português foi traduzida como Classificação Internacional da Deficiência, Incapacidade e Desvantagem (CIDID). Este modelo propunha uma seqüência linear em três níveis: deficiência, incapacidade e desvantagem^{14,15}.

Segundo a CIDID, a deficiência é qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função, seja psicológica, fisiológica ou anatômica. A incapacidade representa qualquer restrição ou perda da habilidade para realizar uma atividade, sendo resultante de uma deficiência. A desvantagem, por conseguinte, coincide com as limitações ou impedimentos decorrentes da deficiência ou incapacidade, no cumprimento de um padrão que é normal para qualquer outro indivíduo, dentro do ambiente social e cultural.

O modelo da CIDID foi criticado por alguns autores, pois uma relação causal entre deficiência-incapacidade-desvantagem ou deficiência-desvantagem nem sempre pode ser comprovada. Observa-se que não há relação direta entre deficiência e incapacidade, pois esta pode ocorrer sem a presença de deficiência ou ser decorrente de fatores ambientais e sociais^{14,15,16,17}.

É neste contexto que a própria OMS, após algumas revisões da classificação anterior, chega ao conceito mais amplo de funcionalidade, desde a aprovação, em 2001, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF faz parte da Família das Classificações Internacionais da OMS e foi traduzida para o Brasil pelo Centro Colaborador da OMS, na Universidade de São Paulo (USP). Segundo a CIF, funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação^{15,18}.

A principal diferença em relação à classificação anterior é a mudança de uma categoria estritamente biomédica para uma que adota também o caráter sociológico e político da deficiência. A influência para a nova classificação partiu do principal marco teórico sobre deficiência, conhecido como modelo social da deficiência, corrente política e teórica iniciada no Reino Unido nos anos 1960. Este modelo contestou a CIDID, admitindo que as lesões não representam a principal causa das desvantagens, mas sim a opressão social às pessoas com deficiência^{17,19}.

Segundo Diniz *et al*¹⁷ *disability* não se restringe a *impairment*, pois é o resultado negativo da interação de um corpo com lesões em ambientes sociais pouco sensíveis à diversidade corporal das pessoas.

A nova classificação desloca a perspectiva da patologia para os estados de saúde, pois coloca a deficiência e limitações na funcionalidade como possíveis estados ou alterações

do campo da saúde, não pertencendo exclusivamente à doença. Os termos deficiência, incapacidade e desvantagem são substituídos pelos construtos *funções e estruturas do corpo; atividades e participação*, sendo estes influenciados por fatores contextuais, ambientais e pessoais¹⁶.

A atividade *é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo*, enquanto que as limitações de atividade *são as dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades*. A participação *é o envolvimento em situações de vida diária* e as restrições de participação *são os problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida*¹⁸.

Dessa forma, a CIF baseia-se em uma integração entre dois modelos de deficiência, o médico e o social, mediante uma abordagem biopsicossocial, onde se obtém a integração das várias perspectivas de funcionalidade. Assim, a CIF tenta chegar a uma síntese das diferentes dimensões de saúde sob uma perspectiva biológica, individual e social^{15,17,18}.

A CIF tem contribuído para a uniformidade de conceitos e mudanças de paradigmas nos mais variados campos do saber, o que permite a comunicação entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e usuários em geral¹⁵. Em particular, na Medicina Física e de Reabilitação, o enfoque aos poucos deixou de ser apenas nos aspectos físicos, passando a incorporar as noções de funcionalidade, fatores ambientais e pessoais, habilidade e desempenho²⁰.

No campo da Saúde Coletiva, a CIF deve servir de base para as políticas em relação às pessoas com deficiência. Segundo Farias e Buchalla¹⁵, as contribuições neste campo contemplam questões importantes, como comparar o estado de saúde das pessoas com deficiência em relação às demais, conhecer as suas necessidades e quais tipos de intervenções são mais adequadas na redução de condições secundárias e para a promoção da saúde.

À medida que estudos utilizando a CIF forem sendo desenvolvidos, as expressões incapacidade funcional e dependência funcional serão substituídas pelos termos limitação da atividade e da participação (ou limitação da capacidade e do desempenho, respectivamente).

Para Sassaki²¹, utilizar o termo incapacidade é um retrocesso aos anos de 1950, no qual as pessoas com deficiência no Brasil eram chamadas de incapacitadas. Também no texto da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é descrito que a palavra incapacidade não é mais utilizada porque pode ser tomada como uma desqualificação social, e

por isso foi substituída por limitação da atividade, agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal²².

Segundo a CIF, qualquer dificuldade ou limitação corporal, permanente ou temporária, pode configurar uma deficiência. Dessa forma, esta terminologia pode abranger desde idosos a grávidas¹⁹.

Em relação ao idoso, um ambiente hostil, que acumule limitações leves na funcionalidade corporal, pode se tornar causa de grandes deficiências¹⁹. No contexto atual de envelhecimento populacional e de aumento do número de doenças crônicas, cresce a importância nos estudos de medidas para avaliar a habilidade física dos indivíduos. Estas são baseadas, principalmente, nos modelos conceituais de saúde e qualidade de vida da OMS²³.

Diversas escalas foram criadas com o intuito de avaliar as habilidades funcionais, com boa confiabilidade e validade. Exemplos de algumas medidas de incapacidade são: *Barthel's Index*, *The Functional Independence Measure (FIM)*, *The Katz Index of Activities Daily Living*, *The Frenchay Activities Index*, *The Glasgow Outcomes Scale* e *The Rankin Scale*²⁴.

Um estudo de revisão sobre os instrumentos utilizados na avaliação do estado funcional do idoso identificou pelo menos 18 instrumentos publicados no MEDLINE (1966 a 2000) e no LILACS (1990 a 2000), específicos para avaliar as atividades de vida diária (AVD) ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD)²⁵.

Alguns instrumentos validados e adaptados para a língua portuguesa, descritos na literatura, são: *The Health Assessment Questionnaire (HAQ)*, *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*, *The Glasgow Outcomes Scale*, *The Modified Rankin Scale*, *Barthel's Index* e *The Functional Independence Measure (FIM)*^{25,26,27,28,29}.

Os desafios do Brasil para a manutenção da capacidade funcional dos idosos

Ramos⁶ relatou que o desafio da nova saúde pública do século XXI será cuidar da crescente população de idosos, a maioria com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, aliada ao baixo nível socioeconômico e educacional.

Na atualidade, o Brasil conta com 15 milhões de idosos, o que representa mais de 9% da população. A maior parte é composta por mulheres de baixa renda, pouca escolaridade

e sozinhas (viúvas ou solteiras), ou seja, sem suporte familiar adequado. Na região Sudeste, concentram-se 50% dos idosos brasileiros. Na cidade de Fortaleza-CE, o percentual de idosos é de aproximadamente 8%, o que deve refletir a tendência das demais capitais do Nordeste³⁰.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, idosos com melhor renda possuem melhores condições de saúde, capacidade física e acesso aos serviços de saúde. A inatividade (idosos aposentados) ocorre mais naqueles com maior frequência de doenças crônicas e menor grau de autonomia e mobilidade física^{4,5}.

Do ponto de vista sociodemográfico, um estudo realizado em Fortaleza (CE), com 667 idosos, mostrou que 66% eram do sexo feminino, 48,1% eram casados, 36,8% viúvos e que a maioria das mulheres vivia sem cônjuge (67,2%)².

Também chama atenção neste estudo o fato de que a maioria dos idosos vivia em domicílio multigeracional, porém um maior nível socioeconômico foi relacionado com maior potencial para residir em domicílios unigeracionais ou sozinhos, maior grau de independência, menor frequência de doenças crônicas, melhores condições mentais e maior facilidade de acesso aos serviços de saúde.

Estudo longitudinal na cidade de São Paulo, em 1991, identificou que os fatores de risco para a mortalidade em idosos foram: sexo masculino, idade avançada, hospitalização, déficit cognitivo e dependência nas atividades de vida diária. A presença de doenças crônicas em si não afeta o risco de morte, provavelmente em razão da variabilidade com que a patologia afeta a capacidade funcional. O mais importante é que o estado cognitivo e o grau de dependência nas atividades de vida diária foram apontados como os fatores de risco mutáveis que podem diminuir o risco de morte nessa população⁶.

Com efeito, a incapacidade funcional é apontada como uma das maiores conseqüências das condições crônicas, em virtude da sua abrangência na geração de problemas de funcionamento social, desempenho de atividades de vida diária e de papéis socialmente definidos dentro de um ambiente particular sociocultural e físico⁹.

No Brasil, estima-se que 10% das pessoas acima de 65 anos precisam de ajuda nas atividades de vida diária, como banho, vestir-se e alimentar-se, e que cerca de 40% necessitam de auxílio nas atividades instrumentais de vida diária, aí incluídas atividades como realizar as compras e pagamentos da família, limpar a casa e cozinhar; ou seja, são mais de 6 milhões de pessoas e famílias com necessidade de apoio e suporte³¹.

Estudos em países desenvolvidos, e mais recentemente no Brasil, sobre prevalência de incapacidade funcional em idosos, apontam uma redução desta nos últimos anos. As melhoras, no entanto, têm ocorrido em grupos sociodemográficos diferenciados^{32,33,34,35}. No Brasil, estudo comparando os anos de 1998 e 2003 demonstrou redução na prevalência de idosos que declararam dificuldade para andar cerca de 100m, de 25% para 22,6%. As melhoras, todavia, ocorreram em maior proporção nas regiões com melhor nível de desenvolvimento social e econômico, ou seja, no Sul e no Sudeste³⁵.

A saúde do idoso, contudo, é tema de debates, uma vez que, em sua maioria, os idosos são portadores de pelo menos uma doença crônica. O fato de ele apresentar enfermidade crônica não o situa na condição de pessoa sem saúde, a menos que interfira na sua autonomia ou na capacidade de realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Neste sentido, a autonomia torna-se o determinante da vida saudável para o idoso^{6,36,37}.

Com a Política Nacional de Saúde do Idoso, foi assumida a realidade de que a perda da capacidade funcional é a maior consequência das doenças que afetam os idosos, sendo apontada como o maior problema de saúde nesta população³⁶.

O objetivo da Política é a permanência, por maior tempo, do idoso na sociedade para que exerça suas funções de forma independente. Dessa forma, propõe a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria da capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação dos que adoecem e a reabilitação da capacidade funcional restringida^{36,38}.

Ramos⁶, definindo envelhecimento saudável, diz que este *passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica*.

A promoção da saúde dos idosos no Brasil

São crescentes os investimentos em assistência médica curativa e individual, na tentativa de resolver os problemas de saúde da população, porém medidas preventivas e a promoção da saúde são apontadas como alternativas mais eficientes. O novo paradigma em saúde veio questionar o papel da Medicina, da Saúde Pública e do próprio setor Saúde no

enfrentamento dos problemas de saúde, buscando respostas para as causas mais amplas desses problemas, distanciando-se do modelo propriamente médico da questão saúde¹³.

O bem-estar ou saúde na velhice resulta do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional, o que não significa dizer ausência de problemas entre elas. *Pouco importa saber que [...] mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca [...]. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa saudável*⁶.

Por conseguinte, a promoção de saúde aparece como o campo conceitual e de prática que possibilita a integração entre saúde e condições de vida¹³. A Carta de Ottawa, oriunda da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em 1986, veio estabelecer os pré-requisitos e as estratégias/ações para a promoção da saúde, que serviu como base para as demais conferências realizadas sobre o tema. Os pré-requisitos são as condições e recursos fundamentais para a saúde, devendo-se voltar às ações de promoção da saúde, ou seja, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade³⁹.

Buss¹³ resume acertadamente o papel que a promoção da saúde assume no enfrentamento dos múltiplos problemas que afetam as populações, quando expressa a noção de que, *partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, [a promoção da saúde] propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução*.

As conferências internacionais contribuíram para as mudanças no sistema de saúde de vários países. No Brasil, muitos avanços foram alcançados, contemplando esta nova visão de saúde da população. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), no auge do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, defendeu a descentralização do sistema de saúde e a implantação de políticas sociais e de cuidado à vida, o que culminou com a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS)^{40, 41}.

O SUS foi institucionalizado na Constituição de 1988 e suas bases são a universalidade no acesso aos serviços, a igualdade no atendimento e a equidade na distribuição dos recursos⁴¹. O SUS, entretanto, se mantém direcionado pelo paradigma hegemônico (biomédico), pois os serviços se concentram na atenção à doença, com a utilização de tecnologias médicas e reforço na abordagem individual⁴².

Mais recentemente, a Política Nacional de Promoção da Saúde propôs as diretrizes e estratégias no âmbito das esferas das gestões federal, estadual e municipal, em um *esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sóciohistórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde*⁴⁰. Busca, dessa forma, intervir nos determinantes do processo saúde-doença no País, como violência, desemprego, fome, habitação inadequada, urbanização desordenada, falta de saneamento básico e de acesso à educação, entre outros.

A equidade constitui um dos recursos fundamentais para a saúde e as ações devem se voltar para a capacitação das pessoas no controle dos determinantes da sua saúde, por intermédio do *empowerment*. Segundo Heidmann⁴³, a estratégia mais importante para transformar a realidade de saúde atual é *através do fortalecimento do empowerment econômico, político, social e cultural dos múltiplos atores sociais que, em conjunto, possam compreender a determinação do processo saúde e doença e conquistar o direito à vida com ética e dignidade humana*.

A redução das desigualdades sociais faz parte das ações propostas dentro do conceito e práticas da Promoção da Saúde, por meio de sua atuação sobre os fatores sociais que determinam o processo saúde-doença e da adoção de medidas para a criação de ambientes favoráveis^{39,40}.

Silvestre e Costa Neto³⁶, quando trazem as estratégias de saúde da família no Brasil, apontam a importância de o profissional perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, tanto individuais, quanto coletivos, estabelecendo sempre as relações do indivíduo com seu meio ambiente. Compreendendo a saúde de modo abrangente, deve-se conhecer a realidade das famílias, incluindo aspectos físicos, mentais, demográficos e sociais, bem como os problemas mais relevantes, estabelecendo um diagnóstico psicossocial, ou seja, detectando situações de vulnerabilidade familiar.

Araújo³⁷ aponta como aliados na manutenção da qualidade de vida dos idosos *um transporte público de qualidade, adaptado às necessidades dessa população; diminuição das barreiras de acesso aos serviços de saúde por meio do atendimento domiciliar e das unidades móveis; continuação da autonomia do dirigir; a presença de programas que auxiliem na manutenção dos idosos na família, e estruturas físicas apropriadas para idosos nas cidades*.

Caldas⁴⁴ descreve alguns meios para a promoção da saúde de pessoas idosas, como a criação de políticas sociais, redes de apoio para os idosos dependentes e sua família,

assistência aos idosos sem cuidados familiares e programas que visem a evitar posterior dependência.

Na perspectiva de Araújo³⁷, *o suporte social destina-se a integrar o idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social, seja por meio das redes de apoio sociais (família, amigos e comunidade) ou mediante a construção e viabilização de políticas públicas*. O objetivo é contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente as que estão em circunstância de exclusão, contribuindo para o exercício da cidadania.

Em relação aos idosos dependentes ou com deficiência, a promoção da qualidade de vida vai requerer a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento de potencialidades. Estas se configuram em ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida com qualidade²².

O Centro-Dia Geriátrico é uma opção viável para a permanência diurna de idosos com certo grau de dependência nas atividades de vida diária. A convivência com a equipe multiprofissional contribui para a melhoria ou manutenção da capacidade funcional dos idosos, além de promover a socialização⁴⁵.

No campo de programas de assistência e cuidado ao idoso, Silvestre e Costa Neto³⁶ chamam a atenção para as Unidades Básicas de Saúde, sob a estratégia de saúde da família, que funciona como ponte entre o idoso e o sistema de saúde, além da importância do atendimento domiciliar aos idosos dependentes.

Araújo³⁷ relata que a promoção de saúde pode ser realizada em ambientes multigeracionais, como a família, destacando o perfil dos idosos brasileiros de pertencerem mais a este tipo de estrutura familiar. Aponta ainda para a promoção em grupos de idosos, como igrejas, associações e na Universidade Aberta para a Terceira Idade. O objetivo é a valorização dos idosos e o estímulo para maior autonomia.

A aposentadoria deveria ser uma oportunidade para que o idoso possa realizar atividades de caráter econômico e de valorização pessoal, investindo em medidas como educação, mudança de profissão, turismo, entre outras.

Os esforços devem ser para manter os idosos dentro da comunidade e da família, sendo que serviços de longa permanência, como hospitais de longa estada, asilos ou casas de repouso, seja o último recurso⁴⁶.

Como relataram Paschoal *et al*³⁰, *a perda do trabalho não causa uma diminuição na qualidade de vida do indivíduo, se as variáveis saúde e condição socioeconômica forem controladas. Dessa maneira, a aposentadoria não deve ser temida, desde que venha com o indivíduo em bom estado de saúde, com bom rendimento e permanecendo socialmente ativo.*

Katz e Gurland (1963) apud Neri⁴⁷ apontam os seguintes aspectos para a manutenção de uma boa qualidade de vida na velhice: a independência e a autonomia, a continuidade de papéis sociais e de relações sociais e intergeracionais, a aceitação e o envolvimento social, o conforto e a segurança ambientais, a qualidade de vida nas instituições, a presença de condições econômicas que permitam uma vida digna, a disponibilidade de serviços de saúde, o apoio formal e informal a idosos portadores de doenças e incapacidade, e as políticas sociais dirigidas à assistência e ao cuidado dos idosos.

Os programas de reabilitação são grandes aliados na manutenção e melhoria da capacidade funcional de idosos com certo grau de dependência. São objetivos dos programas de reabilitação a otimização da independência funcional e a educação de pacientes e familiares para a continuidade das orientações médicas e de programa de exercícios diários^{48,49}, além de promover a reintegração sociofamiliar do paciente e restaurar a sua qualidade de vida relacionada à saúde⁵⁰.

É preciso explorar a capacidade funcional do idoso por meio do treinamento das atividades de vida diária, a fim de torná-lo o mais independente possível. Na realização dessas atividades, várias funções precisam ser consideradas, como as de mobilidade e cognitivas, razão por que o treinamento visa não apenas a trabalhar as funções preservadas, como também compensar as funções alteradas, por intermédio de adaptações nas atividades, no ambiente ou da utilização de dispositivos de ajuda⁴⁸.

São outros aspectos importantes da reabilitação: o envolvimento e participação dos familiares e/ ou cuidadores, a participação e aprovação das propostas pelo idoso para maior adesão ao processo de tratamento e a detecção dos aspectos culturais e psicossociais do ambiente pela equipe de reabilitação, principalmente preservação da identidade do ambiente e privacidade do idoso.

Considerações Finais

A perda da capacidade funcional do idoso cursa com várias conseqüências, como a dependência de terceiros, o afastamento social e do trabalho e o aumento dos gastos para a família e a sociedade. A manutenção da capacidade funcional é sinônimo de saúde no idoso; dessa forma, é preciso assumir a multidimensionalidade no que se refere às intervenções e propostas na atenção a pessoa idosa. As condições de saúde do idoso são influenciadas por diversos fatores que não apenas a presença ou ausência de doenças crônicas. Trata-se de uma interação de fatores não apenas físicos e psicológicos (no sentido estritamente biomédico), mas um somatório entre independência, suporte familiar e boas condições de vida.

Os idosos em estado de exclusão geralmente são aqueles com baixo poder econômico, dependentes funcionais, do sexo feminino, viúvas ou solteiras, e que vivem em domicílios multigeracionais. O desafio maior a ser superado pelo Brasil, no sentido da manutenção da capacidade funcional dos seus idosos, diz respeito às profundas desigualdades sociais ainda existentes no País.

Melhores condições de vida, contudo, são desejáveis para que se almeje maior autonomia para esta população. Sem dúvida, os objetivos a serem alcançados devem partir da adoção de políticas públicas saudáveis e do *empowerment*, tido como o fortalecimento da população para exercer o controle sobre os determinantes da sua saúde.

Referências:

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.
2. Coelho Filho JM, Ramos L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5):445-53.
3. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(1):3-6.
4. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo

- descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003a; 19(3):735-44.
5. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003b; 19(3):745-58.
 6. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):793-98.
 7. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos RL. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):687-694.
 8. Veras R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: Saldanha AL, Caldas CP. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p.3-10.
 9. Rabelo DF, Neri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicol Est* 2005; 10(3):403-412.
 10. Fernández-Concepción O, Fiallo-Sánchez MC, Álvarez-González MA, Roca MA, Concepción-Rojas M, Chávez L. La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. *Rev Neurol* 2001; 32(8):725-731.
 11. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr. JE, Aaronson NK, Mosconi P, *et al.* Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004; 13:283-298.
 12. Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J* 2006; 47(3):213-218.
 13. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Rev C S Col* 2000; 5(1):163-177.
 14. Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: testing the WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) model. *Soc Sci Med* 2001; 53:1261-1273.
 15. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2):187-93.
 16. Rocha EF. Deficiência e reabilitação: questões históricas e epistemológicas. In: Rocha EF. *Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão*. São Paulo: Roca; 2006. p. 9-60.

17. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10):2507-2510.
18. Organização Mundial da Saúde. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. [tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português]. São Paulo: Edusp; 2003.
19. Medeiros M, Diniz D. A nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento [Texto para discussão Nº 1040]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica aplicada – IPEA; 2004. [acessado em 2007 Nov 24]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/default.jsp>
20. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med* 2007; 39:286-292.
21. Sasaki RK. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: deficiência mental ou intelectual? doença ou transtorno mental? *Revista Nacional de Reabilitação* 2005; 43:9-10.
22. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2. ed. [Série B. Textos Básicos de Saúde]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2006.
23. Costa AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, Brasil, 2003. *Rev C S Col* 2006; 11(4):927-940.
24. Vuadens P. Assessment of Disability After Stroke. In: Bogousslavsky J. *Long-term effects of stroke*. New York: Marcel Dekker; 2002. p.9-24.
25. Paixão Junior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública* 2005; 1(21):7-19.
26. Riberto M, et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida da Independência Funcional. *Acta Fisiatr* 2001; 8(1):45-52.
27. Riberto M, et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr* 2004; 11(2):72-76.
28. Guimarães RB, Guimarães RB. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. *Rev Bras Neurol* 2004; 3(40):5-13.

29. Caneda MAG, *et al.* Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq neuropsiquiatr* 2006; 3(64):690-697.
30. Paschoal SMP, Salles RFN, Franco RP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 19-34.
31. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):861-866.
32. Melzer D, Parahyba MI. Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. *Age and Ageing* 2004; 33:253-259.
33. Schoeni RF, Martin LG, Andreski PM, Freedman VA. Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982 – 2002. *Am J Public Health* 2005; 95(11):2065-2070.
34. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long term changes in function and health in the U.S. elderly population. *PNAS* 2006; 103(48):18374-18379.
35. Parahyba MI, Simões CC da S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Rev C S Col* 2006; 11(4):967-974.
36. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):839-47.
37. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface* 2006; 9(18):203-16.
38. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9/12/1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 1999; 13 de dez.
39. Brasil. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília, DF: *Ministério da Saúde*, Secretaria de Políticas de Saúde; 2002. [acessado em 2007 Abr 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>
40. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: *Ministério da Saúde*, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2006. [acessado em 2007 Abr 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=962
41. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS potencializando a inclusão social na atenção saúde. *O Mundo da Saúde* 2005; 29(1):20-25.

42. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Sousa Campos GW, Minayo MC de S, Akerman M, Drumon Jr. M, Carvalho YM (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 635-667.
43. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AF, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto-Enferm* 2006; 15(2):352-8.
44. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):773-81.
45. Franciulli SE, Ricci NA, Lemos ND, Cordeiro RC, Gazzola JM. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. *Rev C S Col* 2007; 12(2):373-380.
46. Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Netto MP. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.394-402.
47. Neri AL. Qualidade de vida na velhice. In: Rebelatto JR; Morelli JGS. *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole; 2004. p.1-36.
48. Tirado MGA. Reabilitação e manutenção da capacidade funcional. In: Saldanha AL, Caldas CP. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p.144-151.
49. Gokkaya NKO, Aras MD, Cakci A. Health-related quality of life of Turkish stroke survivors. *Int J Rehabil Res* 2005; 28(3):229-235.
50. Dobkin BH. Rehabilitation and recovery of the patient with stroke. In: Mohr JP. *Stroke pathophysiology, diagnosis, and management*. 4ª ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2004. p. 1089-1105.

3.2 Artigo 2: Health-Related Quality of Life for Adults with Stroke Sequelae*

* Este artigo será submetido à Revista Stroke para publicação. ISSN 0039-2499.

Health-Related Quality of Life for Adults with Stroke Sequelae

Abstract

Background and Purpose – To assess the Health-Related Quality of Life (HRQoL) of adults with stroke sequelae and to identify the factors that influence the different domains of HRQoL.

Methods – Included in the study were adult patients diagnosed with stroke, subsequently admitted to a rehabilitation program in the period from March 2008 to August 2008. The patients were investigated with the following instruments: *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) for assessment of HRQoL, *Functional Independence Measure* (FIM) for assessment of functionality, and *Beck Depression Inventory* (BDI) for the investigation of depressive symptoms.

Results – Sixty-four adults participated in the study, half of whom were male with an average age of 58.8 years (± 11.72). The domains of HRQoL most affected were physical functioning and physical role. The individuals with a longer time of injury and who were more independent and younger had better HRQoL in the domain of physical functioning. Active social participation was associated with a better HRQoL for most of the domains. There was a significant difference between groups of individuals with and without depressive symptoms in relation to HRQoL, except for the domains of physical functioning and physical role.

Conclusions – HRQoL in adults with stroke sequelae was compromised primarily in their functional aspects. Moreover, the presence of depressive symptoms contributed to the decline of HRQoL. Rehabilitation programs must focus their interventions on improving the functionality and on activities that promote social participation, which can encourage the reduction of depressive symptoms and improvement of HRQoL in adults following stroke.

Key Words: quality of life, disability evaluation, stroke, rehabilitation

Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral

Resumo

Objetivos – Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de adultos com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e identificar os fatores que influenciam os diferentes domínios da QVRS.

Métodos - Foram incluídos pacientes adultos com diagnóstico de AVC admitidos consecutivamente para programa de reabilitação no período de março a agosto de 2008. Os pacientes foram investigados com os instrumentos, *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, *Functional Independence Measure* (FIM) para avaliação da funcionalidade e *Beck Depression Inventory* (BDI) para a investigação de sintomas depressivos.

Resultados – Participaram do estudo 64 pacientes, metade do sexo masculino e média de idade de 58,8 anos ($\pm 11,72$). Os domínios da qualidade de vida mais afetados foram capacidade funcional e aspectos físicos. Indivíduos com maior tempo de lesão, mais independentes e com menor idade tiveram melhor QVRS no domínio capacidade funcional. Sexo feminino teve pior QVRS apenas no domínio capacidade funcional. Participação social ativa esteve associada com melhor QVRS para a maioria dos domínios. Houve diferença significativa entre os grupos de pacientes com e sem sintomas depressivos em relação à QVRS, exceto para os domínios capacidade funcional e aspectos físicos.

Conclusões – A QVRS nos adultos com seqüelas de AVC se mostrou comprometida principalmente em seus aspectos funcionais. Por outro lado, a presença de sintomas depressivos contribuiu para a piora da QVRS. Os programas de reabilitação devem focar suas intervenções na melhoria da funcionalidade e em atividades que promovam a participação social, o que poderá favorecer a redução dos sintomas depressivos e a melhoria da QVRS de adultos após o AVC.

Palavras-chave: qualidade de vida, avaliação da funcionalidade, acidente vascular cerebral, reabilitação

Introduction

Health-Related Quality of Life (HRQoL) has been increasingly used as an important measure to assess the impact of stroke in the people affected by this pathology.¹ The often-used neurological and functional scales have limitations in capturing changes in patient health, especially in those that have been minimally compromised.^{2,3} HRQoL focuses not only on deficits or compromised functioning, but considers the fact that Quality of Life (QoL) is an inherent attribute of self-perception, and is able to measure various aspects of patient's general health.⁴

By assessing HRQoL, it is possible to detect problems in the psychosocial functioning or a poor adjustment to the ailment, even in patients with good functional recuperation. In stroke, for example, patients who are quite independent, according to a functional evaluation, may have limitations for returning to work, leisure activities or emotional adjustment.⁵

Studies have shown a decrease in HRQoL following stroke. Martins et al.⁶ assessed the impact of stroke on HRQoL nine months after discharge from the hospital, and found low perception of this in several domains. Kwok et al.⁷ in a one-year follow-up of Chinese patients observed no changes in physical functioning measured by scales, but there was a decrease in HRQoL and increase in depression. Depression is a condition that negatively influences HRQoL^{8,9}. Carod-Artal et al.⁸ found that depression and the degree of functioning were the foremost predictors of HRQoL one year after stroke.

The purpose of this study was to assess HRQoL in adults with stroke sequelae and to analyze the factors that influence the different domains of HRQoL of these patients.

Methods

This is a cross-sectional study conducted at one of the Units of the Sarah Network of Rehabilitation Hospitals in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. The participants in the study were adults diagnosed with stroke and subsequently admitted to a rehabilitation program between March 2008 and August 2008. Of the total number of 213 patients admitted, 64 met the criteria for inclusion in the study and agreed to participate. The inclusion criteria were: diagnosis of stroke confirmed by Computerized Tomography (CT) or Magnetic Resonance Imaging (MRI), time of injury greater than six months, and cognitive capacity for collaboration with the information of the research. For the triage of the subjects regarding

cognitive aspects adequate to collaborate with the study, the Mini-Mental State Examination (MMSE) was used, in which Brazilian standardization was adopted, according to Bertolucci et al.¹⁰, which takes the subject's education level into account. Thus, those with scores higher than 13 (illiterate), 18 (low to medium level of education) and 26 (high level of education) were included.

Excluded from the study were patients with other stroke-associated neurological and orthopedic pathologies that influence functionality, such as Traumatic Brain Injury (TBI), Parkinson's disease, Spinal Cord Injury (SCI), polio and fractures. All were informed about the procedures and agreed to take part in the study, which was approved by the Research Ethics Committee of the Sarah Network of Rehabilitation Hospitals.

To evaluate HRQoL, the Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) was applied. This is a generic HRQoL questionnaire comprised of 36 items, which are distributed among 8 domains, namely: physical functioning (10 items), physical role (4 items), bodily pain (2 items), general health (5 items), vitality (4 items), social functioning (2 items), emotional role (3 items) and mental health (5 items). The adjusted final score can range from 0 to 100, where 0 represents the worst overall health status perceived and 100 represents the best overall health status perceived. The standardized scores in relation to the US population (average of 50 and standard deviation of 10) are used in interpreting the research results in several countries. Thus, a score of less than 50 in each area means that the quality of life is below average.¹¹ The SF-36 was validated for the population with stroke¹², and in Brazil the SF-36 was translated and validated by Ciconelli.^{13,14}

In obtaining the degree of functioning, the scores of the Functional Independence Measure (FIM) were used. The FIM assesses the degree of assistance required by the patient in performing motor and cognitive tasks of everyday life. It describes a set of 18 tasks in order to obtain the record of performance attained, divided into the following components: self-care (eating, getting ready, bathing, getting dressed and using the toilet), sphincter control, transfers, locomotion, communication (comprehension and expression), and social integration (social interaction, problem solving and memory). Each task receives a score from 1 (total dependence) to 7 (total independence), with the final score ranging from 18 to 126 points. It is a generic tool with well-established reliability and validity.¹⁵ It was translated in Brazil (with good reproducibility in patients with stroke sequelae) and validated by Riberto et al.^{16,17}

To investigate the presence of depressive symptoms, the Beck Depression Inventory (BDI) was applied by a trained psychologist. The BDI is an instrument comprised of 21 types

of symptoms and attitudes, with intensities ranging from 0 to 3, with 0 being the absence of depressive symptoms and 3 the presence of more intense symptoms.¹⁸ Its validity in stroke patients was determined in a study with 202 patients.¹⁹ In Brazil, the BDI was validated by Gorenstein and Andrade.²⁰

The three instruments were applied in the first week of hospitalization (the average length of hospital stay is usually four weeks), together with a socio-demographic questionnaire to obtain the following information: age, gender, marital status, education level, income, whether patient has health insurance, whether patient underwent physical therapy prior to admission, whether patient took part in a previous rehabilitation program, and presence of an active social life. Clinical information on the type of stroke, side of the brain affected, time of injury, number of strokes (cerebrovascular ictus), and presence of risk factors and/or co-morbidities for stroke was collected from electronic patient chart, which contains the clinical history of patients as well as laboratory data and neuroimages.

The data were treated in a descriptive and inferential manner. The categorical variables were presented in terms of absolute values and percentages, and the numeric variables through the averages and standard deviations thereof. We applied the t student test and variance analysis (ANOVA) for independent samples in order to compare the influence of the numerical co-variables in the HRQoL domains. The Pearson correlation was used to determine the correlation between the HRQoL domains and the numeric variables of the study. In order to estimate differences between each HRQoL domain, adjusted for the confounding effect of several co-variables, a stepwise multivariate linear regression analysis was used. For all statistical tests, the significance level $p \leq 0.05$ was adopted, and SPSS v13 software was used.

Results

The socio-demographic and clinical characteristics of the population of the study are described in Table 1. The average age was 58.8 years (± 11.72), with a predominant time of injury from 2 to 6 years (50%). Half of the patients were male ($n = 32$), most with complete or incomplete primary education (57.8%), married (53.1%), with monthly income of up to R\$ 415 (40.6 %), which corresponds to approximately US\$ 184. The most prevalent risk factors and/or co-morbidities were: hypertension (81.3%), dyslipidemia (46.9%) and diabetes (21.9%). Among the types of strokes, the most predominant was ischemic stroke (65.6%).

Of the total of 64 adults, nine could not be investigated by means of the BDI due to clinical instability or the fact that the program was interrupted prior to completing the first week of hospitalization. The prevalence of depressive symptoms was 40% ($n = 22$), and the predominant symptoms were of mild to moderate intensity (21.8%) followed by symptoms of moderate to severe intensity (12.7%). The average BDI score was 11.65.

Figure 1 shows the behavior of the averages for the eight domains of the SF-36. We can see that the domains with below-average scores (≤ 50) were physical functioning, physical role, and emotional role.

Figure 1. Description of the Mean Scores in the Domains of HRQOL

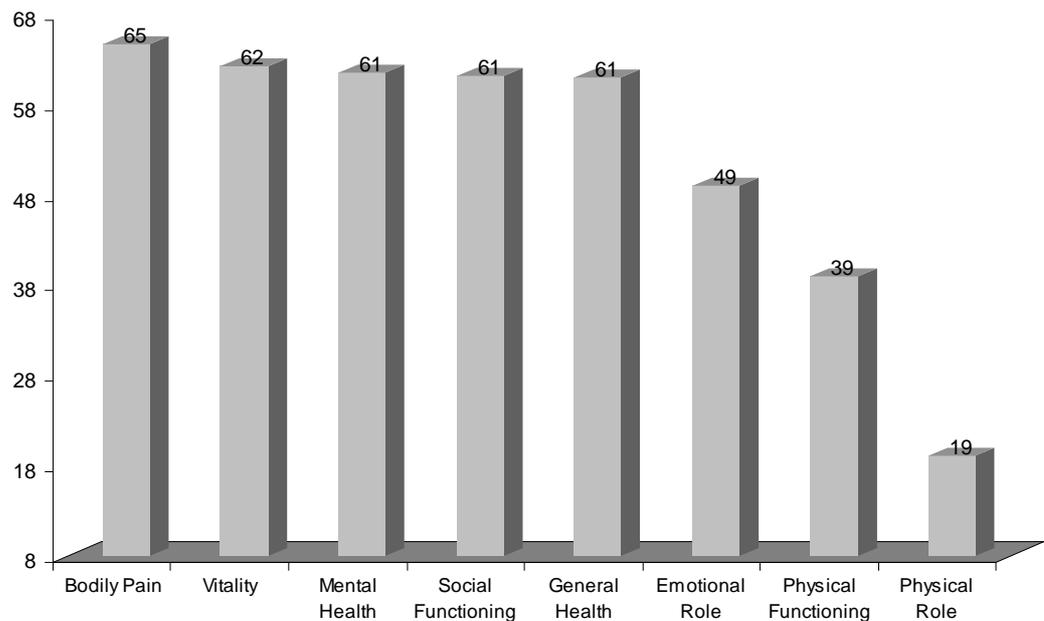


TABLE 1. Sociodemographic and Clinical Characteristics of the Study Population

	Nº	%
Mean age, y (SD)	58.80 (11.72)	
Mean MMSE score (SD)	25.00 (3.83)	
Mean FIM score (SD)		
FIM total	4.26 (1.07)	
FIM motor	4.25 (1.24)	
FIM cognitive	4.27 (1.10)	
Mean BDI score (SD)	11.65 (9.86)	
Time since stroke, y		
< 2	6	9.4
2 a 6	32	50.0
7 a 10	12	18.8
> 10	14	21.9
Sex		
Male	32	50.0
Female	32	50.0
School level		
Without instruction	3	4.7
Elementary school	37	57.8
High school	18	28.1
Higher education	6	9.4
Marital status		
Married	34	53.1
Single	14	21.9
Widowed	9	14.1
Divorced	7	10.9
Mensual income (US\$)		
< 184	26	40.6
> 184 to 368	12	18.9
> 368 to 552	5	8.0
> 552 to 2837	10	15.5
Risk factors/ comorbidity		
Hypertension	52	81.3
Hyperlipidemia	30	46.9
Diabetes	14	21.9
Cardiac diseases	7	10.9
Stroke type		
Hemorrhagic	22	34.4
Ischemic	42	65.6
Side of stroke		
Right hemisphere	27	42.2
Left hemisphere	12	18.8
Both hemisphere	24	37.5
Depressive symptoms		
Absent	33	60.0
Ligth to moderate	12	21.8
Moderate to severe	7	12.7
Severe	3	5.5

MMSE means Mini Mental State Examination; FIM, Functional Independence Measure; BDI, Beck Depression Inventory.

Factors Associated with Health-Related Quality of Life

In the analysis of bivariate correlation, we found that higher scores for overall FIM, motor FIM and cognitive FIM were correlated with higher scores for the HRQoL domains of physical functioning and physical role, indicating a correlation between better HRQoL and better functionality. In identifying predictors for the HRQoL domains, the multivariate regression analysis showed that the time of injury and functionality had a positive relationship with physical functioning, and that age had an inverse relationship. Thus, patients with longer time of injury who are more independent and with a lower age had better HRQoL in relation to the physical functioning domain. For the physical role domain, the time of injury and cognitive FIM established a significantly positive relationship, i.e., longer time of injury and greater functionality indicated better HRQoL evaluated based on this domain (Table 2).

TABLE 2. Factors that Influence in the Domains of HRQOL (Multivariate Linear Regression Analysis)

Patients (n=64)	<i>P</i>	Coefficient
Physical Functioning		
FIM total	< 0.01	0.569
Time since stroke	< 0.01	0.342
Age	< 0.05	-0.213
Physical Role		
FIM cognitive	< 0.01	0.347
Time since stroke	< 0,01	0.539
Vitality		
BDI score	< 0.01	-0.548
Social Functioning		
BDI score	< 0.01	-0.391
Time since stroke	< 0.05	0.346
Emotional Role		
BDI score	< 0.01	-0.423
Mental Health		
BDI score	< 0.01	-0.517
There was no significance in the domains of General Health and Bodily Pain		

In the domains of vitality, social role, emotional role and mental health, the variable that established a negative relationship with such domains was the BDI score; i.e., patients with less depressive symptoms had better HRQoL in several domains, except for physical functioning and physical role. Finally, the “time of injury” variable showed a positive relationship with the “social role” domain, in such a way that patients with a longer time of

injury had better HRQoL in this domain. There was no significance of the numerical variables with the domains “general health” and “bodily pain.”

Certain socio-demographic and clinical factors have established an association with the domains of the SF-36 in this study. An active social life was associated with better HRQoL for the domains of physical functioning, physical role, general health, vitality, emotional role, and mental health ($p \leq 0.05$). Females had the worst HRQoL only in the domain of physical functioning ($p \leq 0.05$). The presence of only one cerebrovascular ictus influenced better HRQoL for the physical role domain ($p \leq 0.01$). Ischemic stroke was associated with better HRQoL in the bodily pain domain ($p \leq 0.05$). There was a significant difference between the groups of patients with and without depressive symptoms in relation to HRQoL for most of the domains, except for physical functioning and physical role. Table 3 shows that individuals with depressive symptoms had below-average scores (≤ 50) for all of the domains. The presence or absence of risk factors/co-morbidities is not generally associated with HRQoL, but regarding diabetes, the diabetic patients had worse HRQoL for the domain of physical role ($p \leq 0.05$).

There was no significant association between quality of life and education level, marital status, side of brain damage, whether or not patient has health insurance, whether or not patient had undergone physical therapy before admission, or whether or not patient had taken part in a previous rehabilitation program.

TABLE 3. Influence of Depressive Symptoms in the Domains of HRQOL

	Depressive symptoms		<i>p</i>
	No	Yes	
Physical Functioning	38.83	33.81	0.561
Physical Role	19.70	15.91	0.635
Bodily Pain	71.48	50.91	< 0.050
General Health	71.40	44.03	< 0.010
Vitality	72.27	45.23	< 0.010
Social Functioning	72.35	46.02	< 0.010
Emotional Role	61.62	31.82	< 0.050
Mental Health	69.70	44.42	< 0.010

Discussion

This study investigated HRQoL of adults with stroke sequelae and the factors associated therewith. The HRQoL domains most affected were physical functioning and physical role. Lower functionality contributed to lower HRQoL only in these two domains, while in the physical functioning domain, lower HRQoL also occurred in individuals with more recent injuries, higher ages, and who were more dependent. Thus, low functionality seems to exert a major impact on people with stroke sequelae. Moreover, when we divide the individuals with and without depressive symptoms, those with depressive symptoms had below-average scores (≤ 50) for all of the domains, suggesting a high influence of such symptoms on HRQoL. Several studies have shown the influence of depression on HRQoL.^{7,8,9,21}

However, regarding the relationship between level of disability and HRQoL, the studies are controversial. This study demonstrated that there was a relationship between greater disability and lower HRQoL only in the functional aspects of questionnaire SF-36. Some studies have also found greater correlation with the domains of physical functioning and physical role.^{21,22} Olsson and Sunnerhagen²³ found no differences among the eight domains of the SF-36 in comparison with motor and cognitive FIM. Similar results were obtained in the studies by Kong and Yang.²⁴ However, other studies have established a positive relationship between HRQoL and functionality for different domains.^{8,9,25} Perhaps one plausible explanation why this variation occurs among the studies is the fact that people with stroke sequelae may have their HRQoL affected, even without significant limitations in functionality. A follow-up study with stroke patients showed a maintaining of low scores in several HRQoL domains, even those with a higher degree of functional independence.⁵

The presence of an active social life appears to contribute to a better HRQoL, since such patients had better HRQoL for the domains of physical functioning, physical role, general health, vitality, emotional roles and mental health, compared with those without this indicator. Another study showed the influence of high social participation on better HRQoL.⁹ Other determinants of the patients' HRQoL could be identified. We found that the female sex was associated with worse HRQoL in physical functioning. This finding is consistent with that of other studies.^{8,21,26} The presence of only one stroke (cerebrovascular ictus) contributed toward better HRQoL in the physical role domain. This finding may be justified when one considers that more than one stroke tends to bring greater functional losses, which may contribute to a worse HRQoL.

In our study, there was a predominant presence of people who are married, with a low education level and socio-economic level. As with other studies^{8,21}, there was no significant association between quality of life and level of education, marital status, presence of co-morbidities (except for diabetes in our study) and side of the brain affected. What we found is that most studies on HRQoL, as well as our own study, have investigated a series of social, demographic, economic and clinical variables, but only a few studies have managed to establish some kind of relationship with these variables. In relation to clinical aspects, for example, Diaz-Tapia et al.²⁵ showed that individuals with extensive cerebral infarctions had lower scores than the less extensive infarctions. Aprile et al.²⁶ found that the physical component of HRQoL was more affected in patients with a low level of education, while for the mental component, there was more impairment in patients with high levels of education.

The most prevalent risk factors and/or co-morbidities in our population were hypertension (81.3%), dyslipidemia (46.9%) and diabetes (21.9%). Carod-Artal et al.⁸, in a study conducted in Spain, found lower rates of hypertension (65.56%) and dyslipidemia (40%), but a higher prevalence of diabetes (30%) and heart disease (38.89%). As another result of our research, the patients presented moderate rates of depressive symptoms (40%). Although these figures are rather variable among the studies, the results are similar to those found in the literature.^{27,28}

Generally, we can conclude that HRQoL of adults admitted to a rehabilitation program was shown to be low only in the domains related to functionality. However, the presence of depressive symptoms proved to be the aggravating factor that contributed most toward the lowering of HRQoL, because it affects several other domains. We emphasize that further studies should be conducted in the search for methodologies that include the study of the relationship between stroke and HRQoL in those individuals most severely impaired from a cognitive viewpoint, which was not possible in this study in virtue of the inclusion criteria used in the sample. Similarly, studies using stroke-specific instruments will be able to identify other HRQoL domains affected in such patients, because they have greater sensitivity about the problems stemming from this condition. It is clear that the identification and undertaking of appropriate therapies for depressive disorders must have a priority role in promoting HRQoL in people affected by stroke, and should be among the initial goals of rehabilitation programs.

Referências

1. Gosman-Hedström G, Claesson L, Blomstrand C. Consequences of severity at stroke onset for health-related quality of life (HRQL) and informal care: a 1-year follow-up in elderly stroke survivors. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;47:79-91.
2. Kissela B. The value of quality of life research in stroke. *Stroke* 2006;37:1958-1959.
3. Ronning OM, Stavem K. Determinants of change in quality of life from 1 to 6 months following acute stroke. *Cerebrovasc Dis* 2008;25:67-73.
4. Suenkeler IH, Nowak M, Misselwitz B, Kugler C, Schreiber W, Oertel WH, Back T. Timercourse of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke *J Neurol* 2002;249:1160-1167.
5. Duncan PW, Samsa GP, Weinberger M, Goldstein LB, Bonito A, Witter DM, Enarson C, Matchar D. Health status of individuals with mild stroke. *Stroke* 1997;28:740-745.
6. Martins T, Ribeiro JP, Garret C. Incapacidade y calidad de vida del paciente afectado por un accidente vascular cerebral: evaluación nueve meses después del alta hospitalaria. *Rev Neurol* 2006;42:655-9.
7. Kwok T, Lo RS, Wong E, Mok V, Kai-Sing W. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:1177-1182.
8. Carod-Artal J, Egido JA, Gonzalez JL, Valera de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke* 2000;31:2995-3000.
9. Jönsson A, Lindgren I, Hallstrom B, Norrving B, Lindgren A. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke* 2005;36:803-808.
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatric* 1994. 52(1):1-7.
11. Ware JE, Kosinski M, Kelle SK. Physical and Mental Health Summary Scale: a user's manual. Boston (MA): The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
12. Anderson C, Laubscher S, Burns S. Validation of the short form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke* 1996;27:1812-1816.
13. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)". 1997. 143f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.

14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão H, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;29(3):143-150.
15. Hamilton BB, Laughlin JA, Fiedler RC, Granger CV. Interrater reliability of the 7-level Functional Independence Measure (FIM). *Scand J Rehabil Med* 1994;26:115-119.
16. Riberto M, Miyazaki MH, Sakamoto H, Jorge Filho D, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida da Independência Funcional. *Acta Fisiatr* 2001;8(1):45-52.
17. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. *Acta Fisiatr* 2004;11(2):72-76.
18. Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:53-63.
19. Aben I, Verhey F, Lousberg L, Lodder J, Honig A, Psych MRC. Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics* 2002 48(5):386-393.
20. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29:453-457.
21. Marco E, Duarte E, Santos JF, Boza R, Tejero M, Belmonte R, Muniesa JM, Sebastián E, Samitier CB, Pou M, Guillen A, Escalada F. Cuestionario de salud Short Form 36 en pacientes hemipléjicos a los 2 años postictus. *Neurologia* 2006;21(7):348-356.
22. Patel MD, Tilling K, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CDA, McKeivitt C. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing* 2006;35:273-279.
23. Olsson BG, Sunnerhagen KS. Functional and cognitive capacity and health-related quality of life 2 years after day hospital rehabilitation for stroke: a prospective study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2007; 16 (5): 208-215.
24. Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J* 2006;47(3):213-218.
25. Díaz-Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A, Illanes-Díez S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. *Rev Neurol* 2008; 46 (11): 652-655.

26. Aprile I, Piazzini DB, Bertolini C, Caliandro P, Pazzaglia C, Tonali P, Pádua L. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurol Sci* 2006;27:40-46.
27. Barker-Collo SL. Depression and anxiety 3 months poster stroke: prevalence e correlates. *Arch Clin Neuropsychol* 2007;22:519-531.
28. Caeiro L, Ferro JM, Santos CO, Figueira ML. Depression in acute stroke. *J Psychiatry Neurosci* 2006;31(6):377-383.

3.3 Artigo 3: Qualidade de vida relacionada à saúde através do domínio da capacidade funcional do SF-36 em adultos com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral *

* Este artigo será submetido à Revista Brasileira de Fisioterapia para publicação. ISSN 1809-9246 (versão online).

Qualidade de vida relacionada à saúde através do domínio da capacidade funcional do SF-36 em adultos com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral

Resumo. Objetivos. A avaliação da funcionalidade e da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) são parâmetros importantes do impacto do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na vida das pessoas acometidas. O presente estudo teve como objetivo avaliar a QVRS de adultos com seqüelas de AVC, através do domínio da capacidade funcional do *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) e identificar os fatores associados à baixa QVRS para este domínio. **Pacientes e Métodos.** Foram incluídos pacientes adultos com diagnóstico de AVC admitidos consecutivamente para programa de reabilitação no período de março a agosto de 2008. Os principais instrumentos utilizados foram: o *Short Form-36 Physical Functioning* (SF-36 PF) e o *Functional Independence Measure* (FIM). **Resultados.** Um total de 64 adultos, metade do sexo masculino e média de idade de 58,8 anos ($\pm 11,72$) foram avaliados. 68,8% dos indivíduos apresentaram baixa QVRS no que se refere a sua capacidade funcional. Pior QVRS esteve associada com maior idade ($p < 0,01$), menor tempo de lesão ($p < 0,05$) e pior funcionalidade para os componentes de autocuidado, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e integração social ($p < 0,01$). **Conclusões.** A capacidade funcional é um domínio da QVRS que está comprometido nos adultos com seqüelas de AVC. Medidas de reabilitação visando melhorar a funcionalidade poderiam contribuir para a melhoria da QVRS dessas pessoas.

Palavras-chave. Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de vida. Funcionalidade. SF-36

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tornou o conceito de funcionalidade mais abrangente, o que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação.¹ A CIF tem contribuído para a uniformidade de conceitos e, em particular na Medicina Física e de Reabilitação, o enfoque aos poucos deixou de ser apenas nos aspectos físicos, passando a incorporar as noções de funcionalidade, fatores ambientais e pessoais, habilidade e desempenho.²

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) costuma cursar com uma série de problemas de ordem física, psicológica e social.³ Dentro dessa complexidade de problemas, a perda da funcionalidade é apontada como uma das maiores conseqüências do AVC.^{4,5,6}

A avaliação da funcionalidade é uma importante ferramenta para se estimar o impacto de doenças crônicas, como o AVC, na vida diária dos sobreviventes, bem como nortear a equipe de reabilitação no planejamento de ações.^{3,4} Diversas escalas foram criadas com o intuito de avaliar as habilidades funcionais, com boa confiabilidade e validade. Exemplos de algumas dessas escalas são: *Barthel's Index (BI)*, *The Functional Independence Measure (FIM)*, *The Katz Index of Activities Daily Living*, *The Frenchay Activities Index*, *The Glasgow Outcomes Scale* e *The Rankin Scale*.⁷

O FIM foi desenvolvido na década de 1980 e tem sido apontado como superior a outras escalas funcionais, pois avalia o desempenho, não apenas de tarefas motoras, como também cognitivas (compreensão, expressão, memória, resolução de problemas e interação social).^{8,9}

A diminuição da funcionalidade também influencia negativamente vários domínios da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), porém outros estudos apontam maior envolvimento dos aspectos funcionais da QVRS, como a capacidade funcional e os aspectos físicos medidos através do instrumento genérico, *Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*.^{10,11} Weimar et al¹² sugere o uso do *SF-36 physical functioning (SF-36 PF)* para avaliar as atividades de vida diária consideradas relevantes para pacientes idosos, justificando que vários outros domínios do SF-36 são pouco sensíveis para avaliar a severidade do AVC ou o efeito do seu tratamento.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a QVRS quanto ao domínio da capacidade funcional em adultos com seqüelas de AVC e comparar indivíduos com melhor e pior QVRS

para este domínio, identificando os fatores sócio-demográficos, clínicos e funcionais associados à baixa QVRS.

Métodos

Participaram do estudo os pacientes adultos com diagnóstico de AVC admitidos consecutivamente para programa de reabilitação na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, na Unidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. O diagnóstico de AVC foi confirmado pela Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM). Foram excluídos do estudo aqueles com outras patologias neurológicas e ortopédicas com influência na funcionalidade, como Traumatismo Cranioencefálico (TCE), Doença de Parkinson, Lesão Medular (LM), poliomielite e fraturas.

A seleção dos indivíduos quanto aos aspectos cognitivos suficientes para a colaboração com a pesquisa foi realizada através da aplicação do *Mini-Mental State Examination* (MMSE), nas primeiras 24h de admissão. Adotou-se a padronização brasileira que leva em consideração o grau de escolaridade.¹³ Dessa forma foram incluídos aqueles com escore maior que 13 (analfabetos), 18 (baixa e média escolaridade) e 26 (alta escolaridade).

Para avaliar a QVRS através do domínio da capacidade funcional, utilizou-se o SF-36 PF. Trata-se de uma subescala do SF-36 composta de 10 questões sobre mobilidade e autocuidado (atividades vigorosas como levantar objetos pesados; atividades moderadas como varrer uma casa; levantar ou carregar mantimentos; subir vários lances de escada; subir apenas um lance de escada; ajoelhar-se ou curvar-se; andar mais de um quilômetro; andar alguns quarteirões; andar apenas um quarteirão; tomar banho ou vestir-se). O indivíduo responde quanto ao grau de dificuldade para fazer tais atividades, em um dos três níveis: sim, dificulta muito; sim, dificulta um pouco ou não, não dificulta de modo algum. O escore final ajustado pode variar de 0 a 100, onde 0 representa o pior estado geral de saúde percebido, e 100 o melhor estado geral de saúde percebido. Os escores normalizados em relação à população americana são utilizados na interpretação dos resultados obtidos na pesquisa em vários países. Dessa forma, escore menor que 50 significa baixa QVRS.¹⁴

O FIM foi utilizado para avaliar o grau de assistência requerida pelo paciente na realização de tarefas motoras e cognitivas do dia a dia. Nele é descrito um conjunto de 18 tarefas para se obter o registro do desempenho obtido, divididas nos seguintes componentes: autocuidado (comer, aprontar-se, banho, vestuário e toalete), controle esfinteriano,

transferências, locomoção, comunicação (compreensão e expressão) e integração social (interação social, resolução de problemas e memória). Cada tarefa recebe uma pontuação de 1 (dependência total) a 7 (independência total), sendo o escore final variável de 18 a 126 pontos. É um instrumento genérico com confiabilidade e validade bem estabelecidas.⁸ Foi traduzido no Brasil, com boa reprodutibilidade em pessoas com seqüelas de AVC, e validado por Riberto et al.^{9,11}

Os dois instrumentos foram aplicados na primeira semana de internação juntamente com um questionário sócio-demográfico para obtenção das seguintes informações: idade, sexo, estado civil, escolaridade, se reside na capital ou interior, presença de acompanhante na internação, renda mensal, locomoção usual, classificação da marcha, se possui plano de saúde, se realizava fisioterapia antes da internação, se participou de programa de reabilitação prévio e se possui vida social ativa. Nesse mesmo período, um psicólogo treinado investigou a presença de sintomas depressivos através da utilização do *Beck Depression Inventory* (BDI). O BDI é formado por 21 categorias de sintomas e atitudes, com intensidades que variam de 0 a 3, sendo 0 a ausência dos sintomas depressivos e 3 a presença dos sintomas mais intensos.¹⁶

As informações clínicas referentes ao tipo de AVC, dimídio comprometido, tempo de lesão, quantidade de ictus e presença de fatores de risco e/ou co-morbididades foram coletadas do prontuário eletrônico, que contém toda a história clínica dos pacientes, bem como os dados laboratoriais e de neuroimagem. Todos foram informados sobre os procedimentos e consentiram em participar do estudo. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação.

Os dados foram tratados de forma descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram apresentadas em termos de valores absolutos e porcentagens e as variáveis numéricas através de suas médias e desvio-padrão. O domínio capacidade funcional do SF-36 foi estratificado com ponto de corte, abaixo ou igual a 50 e acima de 50, para expressar baixa e alta QVRS, respectivamente. Foi aplicado o teste *t* de student para amostras independentes a fim de comparar a influência das co-variáveis numéricas neste domínio. As tabelas de contingência foram analisadas com o teste qui-quadrado ou exato de Fischer para tabela 2x2. Para todos os testes estatísticos foi adotado o nível de significância $p \leq 0,05$ e utilizou-se do software SPSS v13.

Resultados

Participaram do estudo 64 indivíduos, metade do sexo masculino ($n=32$), a maioria com ensino fundamental completo ou incompleto (57,8%), casados (53,1%) e com a renda mensal de até R\$ 415 (40,6%), o correspondente a aproximadamente US\$ 184. A média de idade foi 58,8 anos ($\pm 11,72$) e o tempo de lesão predominante de dois a seis anos (50%). As demais características sócio-demográficas da população do estudo estão descritas na tabela 1. Os fatores de risco e/ou co-morbidades mais prevalentes foram: hipertensão (81,3%), dislipidemia (46,9%) e diabetes (21,9%). Entre os tipos de AVC predominou o AVC de origem isquêmica (65,6%). Nove pacientes não puderam ser investigados através do BDI, devido à ocorrência de alterações clínicas ou programa interrompido antes de completar a primeira semana de internação, porém a prevalência de sintomas depressivos nas pessoas avaliadas foi de 40% (Tabela 2).

No que se refere à locomoção, a maioria dos pacientes era capaz de realizar uma marcha (70,4%), mesmo com uso de algum auxílio-locomoção (bengala ou andador). O potencial de locomoção (deambular a nível domiciliar ou comunitário) predominante foi à marcha comunitária (53,2%), porém 21,9% desses pacientes ainda precisavam da ajuda de terceiros para andar na comunidade (Tabela 2).

Na avaliação dos escores do SF-36 PF, 68,8% ($n=44$) dos pacientes apresentaram escores ≤ 50 , indicando que a maioria deles possui baixa QVRS no que se refere a sua capacidade funcional. A média do SF-36 PF foi de $38,9 \pm 31,72$ (Tabela 2). Na análise da associação entre as variáveis do estudo e os grupos de indivíduos com melhor (escore SF-36 PF > 50) e pior QVRS (escore SF-36 PF ≤ 50), encontramos que pior QVRS está associada com maior idade ($p < 0,01$), menor tempo de lesão ($p < 0,05$) e pior funcionalidade para os componentes de autocuidado, controle esfincteriano, transferências, locomoção, comunicação e integração social do FIM ($p < 0,01$) (Tabela 3).

TABELA 1. Características sócio-demográficas da população do estudo

	Nº	%
Média idade, anos (DP)	58,8 (11,72)	
Faixa de tempo de lesão (anos)		
< 2	6	9,4
2 a 6	32	50
7 a 10	12	18,8
> 10	14	21,9
Sexo		
Masculino	32	50
Feminino	32	50
Escolaridade		
Sem instrução	3	4,7
Ensino fundamental	37	57,8
Ensino médio	18	28,1
Ensino superior	6	9,4
Estado civil		
Casado	34	53,1
Solteiro	14	21,9
Viúvo	9	14,1
Divorciado	7	10,9
Renda individual (R\$)		
< 415	26	40,6
> 415 a 830	12	18,9
> 830 a 1245	5	8
> 1245 a 6400	10	15,5
Procedência		
Capital	41	64,1
Interior	18	21,1
Outros estados	5	7,8
Ocupação anterior	46	71,9
Ocupação atual	4	6,3
Plano de saúde	25	39,1
Fisioterapia prévia	32	50
Programa de reabilitação prévio	11	17,2
Vida social ativa	33	51,6

Não houve associação significativa entre QVRS e as variáveis: sexo, escolaridade, renda, estado civil, se reside na capital ou interior, ter acompanhante na admissão, dimídio comprometido, se tem plano de saúde, se fazia fisioterapia prévia, se participou de programa de reabilitação prévio, presença de vida social ativa, tipo de AVC, quantidade de ictus, presença de fatores de risco/ co-morbidades e presença de sintomas depressivos.

TABELA 2. Características clínicas e funcionais da população do estudo

	N°	%
Média SF-36 PF (DP)	38,9 (31,72)	
Sintomas depressivos		
Ausente	33	60
Presente	22	40
Fatores de risco/ co-morbidades		
Hipertensão	52	81,3
Dislipidemia	30	46,9
Diabetes	14	21,9
Doenças cardíacas	7	10,9
Apenas um ictus	57	89,1
Tipos de AVC		
Hemorrágico	22	34,4
Isquêmico	42	65,6
Dimídio comprometido		
Bilateral	3	4,7
Direito	25	39,1
Esquerdo	36	56,3
Locomoção usual		
Marcha com assistência	9	14
Marcha com auxílio	20	31,3
Marcha sem auxílio	25	39,1
Cadeira de rodas	10	15,6
Classificação funcional		
Comunitária independente	20	31,3
Comunitária dependente	14	21,9
Domiciliar independente	12	18,8
Domiciliar dependente	14	21,9
Sem marcha	4	6,3

Discussão

Vários estudos estabeleceram relação positiva entre QVRS e escalas funcionais para diferentes domínios.^{17,18,19} Alguns estudos, porém, encontraram maior correlação destas com o domínio da capacidade funcional.^{10,11} Em nosso estudo avaliamos a QVRS apenas no domínio da capacidade funcional, pois pretendemos analisar a influência da baixa funcionalidade na vida das pessoas com seqüelas de AVC.

O presente estudo demonstrou alto envolvimento na funcionalidade entre os adultos com seqüelas de AVC, através da alta prevalência de indivíduos com escore abaixo da média no domínio da capacidade funcional (68,8%), além da associação entre baixa QVRS para este domínio com idade avançada, menor tempo de lesão e menores escores nos componentes do FIM. Ainda com relação à associação entre o SF-36 PF e os componentes do FIM, vimos que houve associação também com os aspectos não motores do FIM, como compreensão,

expressão, interação social, resolução de problemas e memória. Ou seja, quanto mais dependente foi o indivíduo nesses aspectos menor foi a sua QVRS.

TABELA 3. Componentes do FIM de acordo com uma melhor ou pior QVRS

Componentes do FIM	SF-36		P
	PF ≤ 50	PF > 50	
Auto-cuidado	3,79	5,45	< 0,01
Controle esfinteriano	5,3	6,62	< 0,01
Transferências	3,61	5,75	< 0,01
Locomoção	2,05	3,7	< 0,01
Comunicação	4,53	5,47	< 0,01
Integração social	3,59	4,6	< 0,01

No presente estudo não houve associação significativa entre QVRS e grau de escolaridade, estado civil, presença de co-morbidades e lado de lesão, assim como em alguns estudos.^{10,17} Em outros estudos, porém, sexo feminino esteve associado com pior QVRS no domínio da capacidade funcional.^{5,10,17} O que observamos é que a maioria dos estudos sobre QVRS, assim como o nosso, tem investigado uma série de variáveis sociais, demográficas, econômicas e clínicas, obtendo resultados diferentes. Acreditamos que esses resultados variem de acordo com as condições sociais e ambientais de cada grupo, bem como do contexto individual. Aprile et al⁵ chamaram a atenção para as características dos pacientes no estudo da relação entre funcionalidade e QVRS. Eles encontraram, por exemplo, que o componente físico da QVRS esteve mais afetado naqueles com baixo nível de escolaridade e que viviam com familiares, porém esse mesmo grupo apresentou bons escores para os domínios aspectos sociais e saúde mental. Por outro lado, o componente mental esteve mais afetado naqueles com alto nível de escolaridade e que viviam sozinhos.

Contudo podemos observar que o domínio da capacidade funcional da QVRS se mostrou comprometido em nossa população e que houve diferenças significativas entre indivíduos com maior e menor QVRS, sendo mais baixa a QVRS nos indivíduos mais dependentes, mais velhos e na fase precoce do AVC. Dessa forma, podemos dizer que a diminuição da funcionalidade exerce influência negativa na vida das pessoas com seqüelas de AVC. Uma abordagem ampla para a reabilitação dessas pessoas deve objetivar compreender o conceito de funcionalidade em sua dimensão biopsicossocial para a melhoria da sua QVRS.

Como limitação do nosso estudo, encontramos que outros domínios da QVRS não foram avaliados. Por outro lado, a ênfase na funcionalidade se deve ao fato de que as

dificuldades que um indivíduo encontra para executar uma tarefa e os problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações cotidianas (definições de limitações da atividade e da participação, segundo a CIF) estão diretamente relacionados à sua QVRS. Ressaltamos, porém que novos estudos devem ser realizados contemplando um número maior de pessoas, inclusive aqueles com alterações cognitivas mais significativas, o que neste estudo não foi possível em virtude dos critérios de seleção dos mesmos.

Referências

1. WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organization, Geneva.
2. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med* 2007; 39:286-292.
3. Pajalic Z, Karlsson S, Westergren A. Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. *J Adv Nurs* 2006; 54(4):457-66.
4. Gokkaya NKO, Aras MD, Cakci A. Health-related quality of life of Turkish stroke survivors. *Int J of Rehabil Res* 2005; 28(3):229-235.
5. Aprile I, Piazzini DB, Bertolini C, Caliendo P, Pazzaglia C, Tonali P, Pádua L. Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurol Sci* 2006; 27:40-46.
6. Carandang R, Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, Kase CS, Kannel WB, Wolf PA. Trends in incidence, lifetime risk, severity, and 30-day mortality of stroke over the past 50 years. *JAMA* 2006; 296:2939-2946.
7. Vuadens P. Assessment of Disability After Stroke. In: Bogousslavsky J. Long-term effects of stroke. New York: Marcel Dekker, 2002. p.9-24.
8. Hamilton BB, Laughlin JA, Fiedler RC, Granger CV. Interrater reliability of the 7-level Functional Independence Measure (FIM). *Scand J Rehabil Med* 1994; 26:115-9.
9. Riberto M, Miyazaki MH, Sakamoto H, Jorge Filho D, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida da Independência Funcional. *Acta Fisiatr* 2001; 8(1):45-52.
10. Marco E, Duarte E, Santos JF, Boza R, Tejero M, Belmonte R, Muniesa JM, Sebastiá E, Samitier CB, Pou M, Guillen A, Escalada F. Cuestionario de salud Short Form 36 en pacientes hemipléjicos a los 2 años postictus. *Neurologia* 2006; 21(7):348-356.

11. Patel MD, Tilling K, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CDA, McKeivitt C. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing* 2006; 35:273-279.
12. Weimar C, Kurth T, Kraywinkel K, Wagner M, Busse O, Haberl RL, Diener HC. Assessment of functioning and disability after ischemic stroke. *Stroke* 2002; 33:2053-2059.
13. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatric* 1994; 52(1):1-7.
14. Ware JE, Kosinski M, Kelle SK. Physical and Mental Health Summary Scale: a user's manual. Boston (MA): The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
15. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr* 2004; 11(2):72-76.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:53-63.
17. Carod-Artal J, Egido JA, Gonzalez JL, Valera de Seijas E. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke* 2000; 31:2995-3000.
18. Jönsson A, Lindgren I, Hallstrom B, Norrving B, Lindgren A. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke* 2005; 36:803-808.
19. Díaz-Tapia V, Gana J, Sobarzo M, Jaramillo-Muñoz A, Illanes-Díez S. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. *Rev Neurol* 2008; 46 (11):652-655.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo partiu da necessidade de conhecermos a QVRS de adultos com seqüelas de AVC que são admitidos no programa de reabilitação, na percepção dos próprios adultos. Dessa forma, identificar os domínios da QVRS mais afetados, bem como os possíveis fatores associados que possam interferir nesta QVRS, de modo que os resultados possam contribuir com a equipe de reabilitação na tomada de decisões visando o sucesso das ações em prol da melhoria dos pacientes. Encontramos como principais resultados que:

- Os domínios mais afetados da QVRS desses indivíduos foram capacidade funcional e aspectos físicos;
- Pior funcionalidade esteve relacionada com pior QVRS nos domínios capacidade funcional e aspectos físicos;
- A presença de sintomas depressivos, por outro lado, influenciou para uma mais baixa QVRS para todos os domínios.

Quantos aos fatores sócio-demográficos e clínicos associados à QVRS no presente estudo foram encontrados os seguintes achados:

- Sexo masculino, maior tempo de lesão e menor idade associaram-se com melhor QVRS para o domínio da capacidade funcional;
- Maior tempo de lesão também se associou com melhor QVRS para os domínios aspectos físicos e aspectos sociais;
- Presença de vida social ativa teve associação com melhor QVRS para os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental;
- Apenas um ictus cerebrovascular e ausência de diabetes estabeleceram associação com melhor QVRS para o domínio aspectos físicos.

Conclui-se que a diminuição da funcionalidade e a presença de sintomas depressivos são dois fatores significativos que influenciam para uma baixa QVRS das pessoas com seqüelas de AVC. Dessa forma, durante o programa de reabilitação, a equipe interdisciplinar precisa desenvolver estratégias de intervenção em atividades que promovam maior independência e autonomia nas atividades de vida diária dos pacientes, bem como identificar e empreender terapêuticas precoces aos transtornos depressivos. De igual modo, a família e a sociedade precisam conhecer esses fatores e promover meios de também colaborar para uma melhor QVRS dessas pessoas. A prática da promoção da saúde possibilita alcançar tais objetivos. No campo da saúde do idoso, a manutenção da funcionalidade é o determinante da sua saúde. Mesmo na presença de doenças crônicas como o AVC, o idoso pode ser capaz de desenvolver suas atividades com independência e autonomia, porém a sociedade precisa promover meios adequados de inserção do idoso na mesma, admitindo as suas peculiaridades.

5 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. **Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos**. 2005. 233f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANDERSON, T. P. Reabilitação de pacientes com derrame cerebral completo. In: KOTTKE, F. J.; LEHMANN, J. F. **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1994. 1v. Cap.30, p. 649-669.

ANDRÉ, C. et al. Progressive decline in stroke mortality in Brazil from 1980 to 1982, 1990 to 1992, and 2000 to 2002. **Stroke**, v. 37, p. 2784-2789, 2006.

ASTROM, M.; ASPLUND, K. Handicap and quality of life after stroke. In: BOGOUSLAVSKY, J. **Long-term effects of stroke**. New York: Marcel Dekker, 2002. Cap. 3, p. 25-50.

BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 237-E, p. 20-24, 13 dez. 1999. Seção1.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev C S Col**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CALDAS, C. P. et al. AVC no idoso. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (org). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. Cap. 6, p. 249-255.

CANEDA, M. A. G. et al. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. **Arq neuropsiquiatr**, n. 64, v. 3, p. 690-697, 2006.

CAROD-ARTAL, F. J. Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. **Rev Neurol**, n. 39, v. 11, p. 1052-1062, 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS: Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais. **CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/~cbcd/cifWeb.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2007.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”**. 1997. 143f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.

_____ et al. Tradução para o português e validação do questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 143-150, maio-jun. 1999.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 445-53, 1999.

DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de Estatística do SUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 23 set. 2007.

DÍAZ-TAPIA, V., et al. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico. **Rev Neurol**, v.46, n.11, p.652-655, 2008.

DOBKIN, B. H. Rehabilitation and recovery of the patient with stroke. In: MOHR, J. P. et al. **Stroke pathophysiology, diagnosis, and management**. 4. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2004. Cap. 56, p. 1089-1105.

FERNANDES, J. G. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares. **R. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 353-61, out-dez. 1989.

FERNÁNDEZ-CONCEPCIÓN, O. et al. La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. **Rev Neurol**, v. 32, n. 8, p. 725-731. 2001.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 3-6, 2002.

GIACOMIN, K. Avaliação funcional: o que é função, como avaliar função e como lidar com perdas. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. Cap. 4, p. 132-143.

GOKKAYA, N. K. O.; ARAS, M. D.; CAKCI, A. Health-related quality of life of Turkish stroke survivors. **Int J Rehabil Res**, Turkey, v. 28, n. 3, p. 229-235, 2005.

GOMES, M. M. Doenças do cérebro: prioridade de política de saúde pública no Brasil? **Rev Bras Neurol**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 11-16, jan-fev. 1992.

GUIMARÃES, R. B.; GUIMARÃES, R. B. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. **Rev Bras Neurol**, n. 40, v. 3, p. 5-13, 2004.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio-jun. 2003.

KONG, K.H; YANG, S.Y. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. **Singapore Med J**, v.47, n.3, p.213-218, 2006.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-44, 2003.

_____ et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-58, 2003.

LOTUFO, P. A. Mortalidade pela doença cerebrovascular no Brasil. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 387-91, out-dez. 2000.

_____. Stroke in Brazil: a neglected disease. **Med J**, São Paulo, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005.

MAKIYAMA, T. Y. et al. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. **Acta Fisiatr**, v. 11, n. 3, p. 106-109, 2004.

MARCO E, et al. Cuestionario de salud Short Form 36 en pacientes hemipléjicos a los 2 años postictus. **Neurologia**, v.21, n.7, p.348-356, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de Saúde. Indicadores de Saúde. **Indicadores e Dados Básicos – IDB – 2007**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 14 out. 2008.

MUTARELLI, E. G.; EVARISTO, E. F. Acidentes Vasculares Cerebrais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 11, p. 141-153.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice. In: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica**: a prática da assistência ao idoso. São Paulo: Manole, 2004. Cap.1, p. 1-36.

OLSSON, B.G; SUNNERHAGEN, K.S. Functional and cognitive capacity and health-related quality of life 2 years after day hospital rehabilitation for stroke: a prospective study. **J Stroke Cerebrovasc Dis**, v.16, n.5, p.208-215, 2007.

PAIXÃO JR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 1, p. 7-19, 2005.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 2, p. 19-34.

PATEL MD, et al. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. **Age and Ageing**, v.35, p.273-279, 2006

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-8, 2003.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida da Independência Funcional. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

_____. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

ROCHA, E. F. Deficiência e reabilitação: questões históricas e epistemológicas. In: ROCHA, E. F. **Reabilitação de pessoas com deficiência**: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca, 2006. Cap. 2, p. 9-60.

RUNDEK, T.; SACCO, R. L. Outcome following stroke. In: MOHR, J. P. et al. **Stroke pathophysiology, diagnosis, and management**. 4. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2004. Cap. 3, p. 35-57.

RYERSON, S. D. Hemiplegia resultante de agressão ou doença vascular. In: UMPHRED, D. A. **Fisioterapia neurológica**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1994. Cap. 22, p.615-656.

SANTOS, A. S. **Validação da escala de avaliação da qualidade de vida na doença cerebrovascular isquêmica para a língua portuguesa**. 2007. 109f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em Programa de Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-47, 2003.

SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004.

TIRADO, M. G. A. Reabilitação e manutenção da capacidade funcional. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. Cap. 4, p. 144-151.

VERAS, R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. Cap. 1, p. 3-10.

VUADENS, P. Assessment of Disability After Stroke. In: BOGOUSSLAWSKY, J. **Long-term effects of stroke**. New York: Marcel Dekker, 2002. Cap. 2, p. 9-24.

WARE, J.E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. **Med Care**, v. 30, p. 473-83, 1992.

WARE et al. SF-36 Health Survey: **Manual and Interpretation Guide**. Boston: New England Medical Center, Health Institute; 1993.

WARE, J.E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **Med Care**, v. 34, p. 220-233, 1996.

APÊNDICE A: Roteiro para coleta de dados sócio-demográficos

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome: _____ Prontuário: _____

Idade: _____ **Sexo:** F () M ()

Estado civil: _____ **Escolaridade:** _____

Cidade: _____ Estado: _____

Região: () capital () interior

Plano de saúde: Sim () Não ()

Renda individual: _____

Ocupação anterior: _____

Ocupação atual: _____

Fazia fisioterapia em clínica ou domiciliar antes da internação? Sim () Não ()

Participou de programa de reabilitação prévio no Sarah? Sim () Não ()

Costuma sair de casa para passear (Vida social ativa)? Sim () Não ()

Presença de acompanhante na internação? Sim () Não ()

Locomoção usual:

- marcha c/ auxílio () marcha sem auxílio () marcha com assistência () apenas cadeira de rodas ()

- marcha domiciliar independente () marcha domiciliar dependente () marcha comunitária independente () marcha comunitária dependente () sem marcha ()

DADOS A SEREM COLETADOS DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO:

Mini-mental score total ()

Tipo de AVC: AVC isquêmico () AVC hemorrágico ()

Lado da lesão cerebral: D () E () bilateral ()

Quantidade de ictus: apenas um () mais de um ()

Data da última lesão: ___/___/___

Dimídio comprometido: D () E () bilateral ()

Presença de co-morbidades/ fatores de risco:

Hipertensão () diabetes () doença cardíaca () dislipidemia () Outros ():

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral”

Nome do (a) Pesquisador (a): Karla Simone dos Santos Oliveira Fróes

Nome do (a) Orientador (a): Maria Teresa Moreno Valdés

- 1. Natureza da pesquisa:** a Sra. (Sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar como os pacientes que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC) percebem a sua qualidade de vida e a associação de fatores, como sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar e grau de funcionalidade com esta qualidade de vida.
- 2. Participantes da pesquisa:** participarão do estudo pacientes com diagnóstico de AVC que internarem para participar do Programa de Reabilitação no Sarah-Fortaleza no período de fevereiro a julho de 2008. Não farão parte da pesquisa pacientes com outras doenças associadas que interfiram nas funções e movimentos do corpo, pacientes que não consigam cooperar com as informações para a pesquisa e com tempo decorrido da ocorrência do AVC menor que 6 meses.
- 3. Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo a Sra. (Sr.) permitirá que a pesquisadora possa investigar como está a qualidade de vida de pacientes após o AVC e propor alternativas que visem melhorá-la. A Sra. (Sr.) tem liberdade de se recusar a participar ou interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Sra. (Sr.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa, através do telefone da pesquisadora e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
- 4. Sobre as entrevistas:** durante a pesquisa a Sra. (Sr.) será entrevistada uma única vez onde aplicaremos 3 instrumentos, sendo 2 deles para avaliar a percepção da qualidade de vida e 1 para avaliar a depressão. Serão coletadas também informações suas sócio-demográficas, como idade, estado civil, escolaridade e renda familiar. Você poderá deixar de responder qualquer uma das perguntas que forem feitas, caso não queira respondê-las por qualquer motivo.

5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais, riscos ou desconforto físico. Você participará apenas fornecendo informações em forma de entrevista (o pesquisador pergunta e apenas o paciente responde). Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução No. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e será mantido o anonimato dos participantes. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados e apenas os resultados da pesquisa poderão ser divulgados.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a Sra. (Sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a qualidade de vida de pacientes após o AVC, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa fornecer sugestões ou estimular futuros estudos para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.
8. **Pagamento:** a Sra. (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

TELEFONE

Karla Simone dos Santos Oliveira Fróes (Pesquisadora): (85) 9152- 3982

APÊNDICE C: Parecer do Comitê de Ética

SARAH REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO
ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS

Projeto de Pesquisa/ Trabalho Científico

Conforme CI 053/2004, os trabalhos científicos devem ser encaminhados ao Comitê de Avaliação de Trabalhos Científicos dois meses antes da data limite estabelecida pelo evento ou periódico.

Título do Projeto de Pesquisa / Trabalho Científico:

Qualidade de Vida Percebida de Pacientes com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral

Previamente submetido à avaliação dos Comitês? Sim Não

DO(S) AUTOR(ES)

Nome: Karla Simone dos Santos Oliveira Fróis Autor Co-autor

Cargo: Fisioterapeuta Tel./ramal: 3499-4854 Matrícula: 8284

Admissão: 30/02/2003 Área: Lesado Cerebral Unidade: Fortaleza

Nome: Autor Co-autor

Cargo: Tel./ramal: Matrícula:

Admissão: Área: Unidade:

Nome: Autor Co-autor

Cargo: Tel./ramal: Matrícula:

Admissão: Área: Unidade:

DO PROJETO DE PESQUISA / TRABALHO CIENTÍFICO

O trabalho científico deverá ser anexado a este formulário, na íntegra. As normas estabelecidas pelo periódico ou evento deverão ser seguidas. Solicita-se que uma cópia dessas normas seja anexada ao texto. Caso não haja uma norma definida, deve-se seguir a estrutura conhecida como IMRD - Introdução, Métodos, Resultados* e Discussão*, acrescentando-se o resumo estruturado.

*Os itens Resultados e Discussão não precisam ser preenchidos nos casos de Projetos de Pesquisa.

DA FINALIDADE

Projeto de Pesquisa

Exigência de curso de pós-graduação (anexar declaração de matrícula no curso)

Nome da Instituição de Ensino Superior: Fundação Edson Queiroz - Universidade de Fortaleza

Curso: Mestrado em Saúde Coletiva

Publicação
Periódico:

Apresentação de trabalhos em eventos externos

DO EVENTO

Nome do evento (por extenso): Data:

Local: Data limite de envio do trabalho (deadline):
FEV/08

Tipo de apresentação:

Pôster Apresentação Oral Aula Mesa Redonda Outros:

DA COMPROVAÇÃO

Comprometo-me a apresentar à Área de Recursos Humanos, 2 (duas) cópias do trabalho para os devidos registros.

Data: 30/30/2007 Assinatura do profissional: *[Handwritten Signature]*

DA CIÊNCIA DA LIDERANÇA DA ÁREA

Estamos de acordo com o projeto de pesquisa que é pertinente à atuação da profissional dentro do programa de LC.

Data: Assinatura da Liderança: *[Handwritten Signature]*
Associação das Pioneiras Sociais
Aparecida Aparecida de Jesus
Fisioterapeuta
Matr. 2004173

DO PARECER DO NÚCLEO DE DIREÇÃO DA UNIDADE

Favorável Desfavorável

De acordo mediante análise e autorização do Comitê Científico de Brasília. OBS: Consideramos um trabalho com boa estrutura, sendo adequada

Data: 14/12/07 Núcleo de Direção da Unidade: Associação das Pioneiras Sociais
Aparecida Aparecida de Jesus
Fisioterapeuta
Matr. 2004173

DO PARECER DO COMITÊ DE AVALIAÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

Favorável Desfavorável

Data: 22/02/08 Comitê de Avaliação de Trabalhos Científicos: *[Handwritten Signature]*
ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS
Centro Nacional de Controle de Qualidade
Luiz Guilherme Nadal Nunes
Esp. Médico - Matr. 2004173

DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Favorável Desfavorável

Aprovado na Reunião de 13.02.08

Data: 15.02.08 Comitê de Ética em Pesquisa: *[Handwritten Signature]*
Renato Angelo Saraiva
CRM DE RJ - Matr. 201577

DO PARECER DA DIREÇÃO EXECUTIVA

Favorável Desfavorável

Data: Assinatura: *[Handwritten Signature]*

Lúcia Willadino Braga
Diretora Executiva e Presidente
Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

ANEXO 1: Mini-Mental State Examination (MMSE)

VERSÃO BRASILEIRA DO MMSE

1. Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 – 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 – 3 pontos)	Peça ao paciente para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo (0 – 5 pontos)	O (a) Sr (a) faz cálculo?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a.	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneta Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0 – 3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça para o paciente nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	Nem aqui, nem ali, nem lá	1
8. Linguagem (0 – 2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao paciente para que leia a ordem e a execute	Feche os olhos	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao paciente para escrever uma frase completa		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho	Desenhar dois polígonos de 5 lados sobrepostos e pedir para o paciente copiar	1

Avaliações dos resultados: Pontuação total = 30 pontos.

Os critérios de inclusão segundo o grau de escolaridade foram: Analfabetos = 13; baixa e média escolaridade = 18; alta escolaridade = 26 (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

ANEXO 2: Medical Outcomes 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária.

Responda cada questão, marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- Excelente 1
- Muito boa 2
- Boa 3
- Ruim 4
- Muito ruim 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás.....1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás.....2
- Quase a mesma de um ano atrás..... 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
- Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades?

Neste caso, **quanto**?

(circule um número em cada linha)

ATIVIDADES	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não Dificulta de modo algum
A. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
C. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D. Subir vários lances de escada	1	2	3
E. Subir um lance de escada	1	2	3
F. Curva-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G. Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
H. Andar vários quarteirões	1	2	3
I. Andar um quarteirão	1	2	3
J. Tomar banho, ou vestir-se	1	2	3

4. Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)		Sim	Não
A.	Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B.	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
C.	Esteve limitado no seu tipo de trabalho, ou em outras atividades?	1	2
D.	Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra?)	1	2

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

(circule uma em cada linha)		Sim	Não
A.	Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
B.	Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
C.	Não trabalhou, ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado , como geralmente faz?	1	2

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

(circule uma)

- De forma nenhuma.....1
- Ligeiramente.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

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

(circule uma)

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

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

(circule uma)

- De maneira nenhuma.....1
- Um pouco.....2
- Moderadamente.....3
- Bastante.....4
- Extremamente.....5

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

Em relação às **últimas 4 semanas**:

(circule um número para cada linha)

		Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A.	Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B.	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C.	Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido, que nada pode animá-lo	1	2	3	4	5	6
D.	Quanto tempo você tem se sentindo calmo ou tranquilo	1	2	3	4	5	6
E.	Quanto tempo você tem se sentindo com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F.	Quanto tempo você tem se sentindo desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G.	Quanto tempo você tem se sentindo esgotado?	1	2	3	4	5	6
H.	Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I.	Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

- Todo o tempo1
- A maior parte do tempo2
- Alguma parte do tempo.....3
- Uma pequena parte do tempo.....4
- Nenhuma parte do tempo.....5

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

		Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
A.	Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B.	Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C.	Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D.	Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Pontuação do questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1 => 5,0 2 => 4,4 3 => 3,4 4 => 2,0 5 => 1,0
02	Soma Normal
03	Soma Normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1 => 5 2 => 4 3 => 3 4 => 2 5 => 1
07	1 => 6,0 2 => 5,4 3 => 4,2 4 => 3,1 5 => 2,2 6 => 1,0
08	<p>Se 8=>1 e 7=> 1 =====> 6 Se 8=>1 e 7=> 2 a 6 =====> 5 Se 8=>2 e 7=> 2 a 6 =====> 4 Se 8=>3 e 7=> 2 a 6 =====> 3 Se 8=>4 e 7=> 2 a 6 =====> 2 Se 8=>5 e 7=> 2 a 6 =====> 1</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1 => 6,0 2 => 4,75 3 => 3,5 4 => 2,25 5 => 1,0</p>
09	<p>a, d, e, h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1)</p> <p>Vitalidade = a + e + g + i Saúde mental = b + c + d + f + h</p>
10	Soma Normal
11	<p>a, c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)</p>

Cálculo do Raw Scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10,30	20
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7+8	2,12	10
Estado Geral de Saúde	1+11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos Sociais	6+10	2,10	8
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5,30	25

Raw Scale:

Ex: Item = $\frac{[\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}]}{\text{Variação}} \times 100$

Ex: Capacidade funcional = 21

Valor mais baixo = 10

Variação = 20

$$\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

Obs.: A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios

Dados Perdidos:

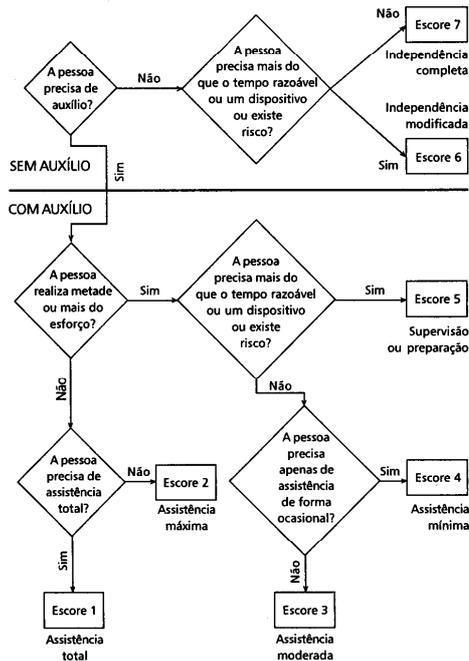
Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média

ANEXO 3: Functional Independence Measure (FIM)

Versão Brasileira do FIM

INSTRUÇÕES PARA USO DA ÁRVORE DE DECISÃO - FIM

Descrição Geral dos Níveis Funcionais FIM e seus Escores



A - COMER - usar os instrumentos apropriados para levar a comida à boca, mastigar e engolir, logo que a refeição seja apresentada da forma usual, numa mesa ou tableiro. Desempenho seguro.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - come de um prato, bebe de uma xícara ou copo, sabendo tratar diferentes tipos de comida e com a refeição disposta na forma clássica sobre uma mesa ou bandeja. O paciente usa colher ou garfo para levar a comida à boca; a comida é mastigada e engolida.

6 - Independência Modificada - necessita de um dispositivo de adaptação ou apoio, tal como canudo longo, espeto, faca rotativa, despende, para comer, um tempo acima do razoável, necessita alterar a consistência da comida ou liquefazê-la ou exige cuidados de segurança no ato de comer. Se a pessoa usa, parcialmente de outras formas de alimentação (parenteral ou gastrostomia) ela é capaz de fazê-lo por si própria.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - necessita supervisão (por exemplo, alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese); ou quando é preciso a ajuda de alguém para abrir as embalagens, cortar carne, passar manteiga no pão ou despejar líquidos, sem contato físico.

4 - Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas de alimentação.

3 - Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas de alimentação.

2 - Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas de alimentação.

1 - Assistência Total - a pessoa executa menos de 25% das tarefas. Ou, quando sua alimentação se faz em parte por via oral e em parte por outras vias (parenteral ou gastrostomia), e ela não consegue administrar por si própria estas últimas.

B - APRONTAR-SE - inclui higiene bucal, arranjo do cabelo, lavagem do rosto e das mãos, barbear-se ou maquiar-se. Se a pessoa não pretende barbear-se nem maquiar-se, ignore. Desempenho com segurança.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - limpa os dentes ou dentadura, penteia ou escova o cabelo, lava as mãos e o rosto, barbeia-se ou maquia-se incluindo os preparativos. Se não houver opção entre barbear-se ou maquiar-se, desconsidere essa questão. Desempenho seguro.

6 - Independência Modificada - quando é preciso equipamento especializado (incluindo prótese ou órtese), quando toma mais tempo que o razoável ou quando exige cuidados de segurança.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - exige supervisão (por exemplo, estar alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese, dispor o equipamento, preparativos iniciais tais como aplicar pasta de dentes na escova, abrir embalagens de maquiagem).

4 - Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3 - Assistência Moderada - quando executa 50 a 74% das tarefas.

2 - Assistência Máxima - quando executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - quando executa menos de 25% das tarefas.

C - BANHO - lavar o corpo do pescoço para baixo (excluindo as costas) na banheira, na ducha ou na cama (com esponja). Executa com segurança.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - lava, esfrega e enxuga o corpo. Desempenho seguro.

6 - Independência Modificada - exige equipamento especializado (incluindo prótese ou órtese), ou leva mais tempo que o razoável ou exige cuidados de segurança.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - exige supervisão (estar ao lado, incentivar, sugerir) ou preparação (dispor o equipamento especializado de banho ou preparar a água e material de limpeza).

4 - Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3 - Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2 - Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

D - VESTIR PARTE SUPERIOR DO CORPO: vestir-se ou despir-se acima da cintura bem como colocar e remover próteses ou órteses. Desempenho seguro.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - vestir-se e despir-se, conseguindo obter as roupas de armários e gavetas, manejando agasalhos ou camisas abertas ou fechadas, soutiens, zíperes e botões; coloca e remove prótese ou órtese. Desempenho seguro.

6 - Independência Modificada - exige adaptações (como o velcro ou dispositivo de ajuda) ou assistência (incluindo prótese ou órtese) ou quando leva um tempo acima do razoável.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - exige supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese ou de equipamento especializado).

4 - Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3 - Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2 - Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - a pessoa não se veste ou executa menos de 25% das tarefas.

E - VESTIR PARTE INFERIOR DO CORPO: vestir-se da cintura para baixo, assim como colocar e remover prótese ou órtese, quando aplicável. Desempenho seguro.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - veste-se e despe-se, conseguindo obter as roupas de armários e gavetas, manejando calcinha, cueca, saia, cinto, meias, sapatos, zíperes e botões; coloca e remove prótese ou órtese quando aplicável. Desempenho seguro.

6 - Independência Modificada - necessita de adaptações (como o velcro) ou dispositivo de ajuda (prótese ou órtese) ou quando leva um tempo acima do razoável.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - exige supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese ou prótese na parte inferior do corpo ou perna ou de equipamento especializado).

4 - Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3 - Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2 - Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - a pessoa não se veste ou executa menos de 25% das tarefas.

F - TOALETE - envolve a manutenção da higiene na zona perineal assim como retirar e ajustar a roupa antes e depois de usar o toalete ou comadre/papagaio. Executa com segurança.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - limpa-se após toalete, maneja papel higiênico e tampões, retira e repõe a roupa para ir ao toalete. Desempenho seguro.

6 - Independência Modificada - requer equipamento especializado (incluindo órtese ou prótese) ou leva um tempo acima do razoável ou há risco de segurança.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - requer supervisão (por exemplo, alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicando adaptações ou abrindo embalagens).

4 - Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3 - Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2 - Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

Comentário: Se a pessoa precisa de apoio para a mudança de penso higiênico (usualmente 3-5 dias por mês) o nível de assistência é 5, Supervisão ou Preparação.

G - CONTROLE DA BEXIGA - controle intencional completo do ato de urinar e uso do equipamento ou agentes necessários para o controle da urina.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - controla intencional e completamente o ato de urinar e este nunca é incontinente.

6 - Independência Modificada - requer urinol, comadre, cateter, absorvente, toalha, algum artifício para coleta de urina ou medicamento para controle de urina. Se usa cateter, ele o maneja sem assistência. Limpa, esteriliza e arruma o equipamento sem assistência. Se a pessoa usa um artifício ela o aplica sem assistência de alguém; esvazia, coloca, remove e limpa a bolsa aplicada na perna ou esvazia e limpa a bolsa aplicada no ilíeo. Sem acidentes.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - requer supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo) ou preparação (colocando, esvaziando) do equipamento para manter um padrão satisfatório de excreção ou para manter um dispositivo externo. O tempo para se chegar ao banheiro ou comadre pode provocar acidentes ocasionais ou derramamentos do urinol mas menos de uma vez por mês.

4 - Assistência com Contato Mínimo - requer uma assistência de contato mínimo para manter algum dispositivo externo. A pessoa executa 75% ou mais das tarefas e apresenta acidentes ocasionais menos de uma vez por semana.

3 - Assistência Moderada - requer assistência moderada para manter algum dispositivo externo. A pessoa executa 50 a 74% das tarefas e pode ter acidentes ocasionais menos de uma vez por dia.

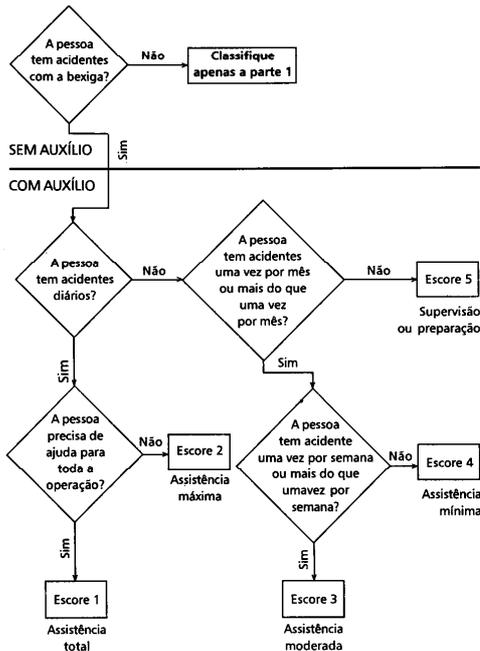
2 - Assistência Máxima - apesar da assistência, a pessoa se molha quase todos os dias; necessita usar absorventes quer esteja ou não usando dispositivos (cateter ou dispositivo de ostomia). A pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - apesar da assistência, a pessoa se molha todos os dias; necessita usar absorventes quer esteja ou não usando dispositivos (cateter ou de ostomia). A pessoa executa menos de 25% das tarefas.

Comentário: o objetivo funcional do controle da bexiga é a abertura do esfíncter urinário apenas quando necessário mantendo-se fechado o restante do tempo. Isso pode exigir dispositivos, remédios ou assistência para algumas pessoas. Esse item relaciona duas variáveis: 1) nível de assistência requerida e 2) nível de sucesso no controle da bexiga. Normalmente, um acompanha o outro. Por exemplo, quando há mais acidentes normalmente requer-se mais assistência. Em todo o caso, não coincidindo os dois níveis, deve-se registrar o nível mais baixo.

CONTROLE DA BEXIGA - FREQUÊNCIA DE INCONTINÊNCIA

O domínio da bexiga inclui controle completo e intencional da bexiga e, se necessário, uso de equipamentos ou agentes para controle da bexiga. No nível 7 a pessoa controla completamente e intencionalmente e nunca é incontinente. Não precisa de equipamento nem agentes. Nota: este item relaciona-se com duas variáveis. Nível de assistência para controle da bexiga e frequência de incontinência. Classifique a parte 1 e a parte 2 separadamente. Depois registre o escore mínimo.



H - CONTROLE DO INTESTINO - inclui o controle intencional completo do movimento intestinal e o uso de equipamentos e agentes necessários ao controle do intestino.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - controla intencional e completamente o ato de defecar e este nunca é incontinente.

6 - Independência Modificada - requer uso de comadre, mesa de apoio, estímulo manual, supositórios, laxantes ou lavagens de forma regular ou uso de outra medicação para controle. Se usa colostomia, é capaz de mantê-la. Sem acidentes.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - requer supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo) ou preparação do equipamento necessário para manter um padrão satisfatório de defecação ou para manter um dispositivo de ostomia. Pode haver acidentes ocasionais porém menos de uma vez por mês.

4 - Assistência com Contato Mínimo - requer assistência com contato mínimo para manter um padrão satisfatório de defecação através de supositórios, lavagens ou algum dispositivo externo. A pessoa executa 75% ou mais das tarefas. Poderá ter acidentes mas menos de uma vez por semana.

3 - Assistência Moderada - requer assistência moderada para manter um padrão satisfatório de defecação através de supositórios, lavagens ou algum dispositivo externo. A pessoa executa 50 a 74% das tarefas. Pode haver acidentes ocasionais mas menos de uma vez por dia.

2 - Assistência Máxima - apesar da assistência, a pessoa suja-se quase que diariamente requerendo o uso de absorventes havendo ou não dispositivo de ostomia. A pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - apesar da assistência, a pessoa suja-se quase que diariamente, requerendo o uso de absorventes, havendo ou não dispositivo de ostomia. A pessoa executa menos de 25% das tarefas.

Comentário: o objetivo funcional do controle do intestino é a abertura do esfíncter anal apenas quando necessário e o seu fechamento no restante do tempo. Isto pode exigir dispositivos, drogas ou apoio em alguns indivíduos. Este item, portanto, envolve 2 variáveis: 1) nível de assistência requerida e 2) nível de sucesso no controle do intestino. Usualmente as duas são consecutivas. Por exemplo, quando ocorrem mais acidentes, maior será a assistência. No entanto, se os dois níveis não forem exatamente os mesmos, registre sempre o nível inferior.

I - TRANSFERIR-SE: CAMA, CADEIRA, CADEIRA DE RODAS: envolve todos os aspectos da transferência de e para a cama, cadeira e cadeira de rodas, assim como ficar em pé se a marcha for o modo de locomoção usual da pessoa. Desempenho seguro.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - Caso ande, a pessoa se aproxima, senta-se, levanta-se de uma cadeira normal e fica numa posição ereta; transfere-se da cama para a cadeira. Executa com segurança. Caso esteja numa cadeira de rodas, a pessoa se aproxima da cama ou da cadeira, aciona o freio, ajusta os pedais e remove o apoio dos braços caso necessário; transfere-se (ficando em pé ou deslizando) e retorna. Executa com segurança.

6 - Independência Modificada - requer dispositivos de ajuda ou adaptação (prótese ou órtese) tais como equipamentos móveis ou de elevação, bancos ou cadeiras especiais, suportes ou muletas. Leva um tempo acima do razoável ou existem riscos de segurança. Neste caso, uma prótese ou órtese se considera como dispositivo de apoio se for utilizada para a transferência.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (posicionando os equipamentos móveis, ajustando os pedais, etc.).

4 - Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3 - Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2 - Assistência Máxima - A pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - A pessoa executa menos de 25% das tarefas.

Comentário: ao transferir-se da cama para a cadeira a pessoa inicia e termina em posição de supinação.

J - TRANSFERIR-SE: VASO SANITÁRIO - sentar-se e levantar-se do vaso sanitário. Desempenho seguro.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - Se a pessoa anda, ela se aproxima, senta-se e levanta-se de um vaso padrão. Executa com segurança. Se a pessoa está numa cadeira de rodas, ela se aproxima do vaso, aciona o freio, ajusta os pedais, remove os suportes para o braço se for necessário, transfere-se (ficando em pé ou deslizando) e retorna. Executa com segurança.

6 - Independência Modificada - requer dispositivos de ajuda ou adaptação (prótese ou órtese) tais como equipamentos móveis, de elevação, barra de apoio ou banco especial. Leva um tempo acima do razoável ou existe risco de segurança. Neste caso, uma prótese ou órtese se considera com dispositivo de apoio se for usado para a transferência.

COM AJUDA

5 - Supervisão ou Preparação - requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (posicionando o equipamento, ajustando os pedais, etc.).

4 - Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3 - Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2 - Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

K - TRANSFERIR-SE: BANHEIRA OU CHUVEIRO - entrar e sair de uma banheira ou de um boxe.

SEM AJUDA

7 - **Independência Total** - Se a pessoa anda, ela se aproxima, entra e sai da banheira ou do boxe. Executa com segurança. Se a pessoa está na cadeira de rodas, ela se aproxima da banheira ou boxe, aciona o freio, ajusta os pedais, remove os suportes de braço se for necessário, transfere-se (ficando em pé ou deslizando) e retorna. Executa com segurança.

6 - **Independência Modificada** - requer dispositivos de adaptação ou ajuda (prótese ou órtese) tais como equipamento móvel ou de elevação, barra de apoio ou banco especial. Leva mais tempo do que o razoável ou há risco de segurança.

COM AJUDA

5 - **Supervisão ou Preparação** - requer supervisão (alguém ao lado, sugestão, incentivo) ou preparação (posicionando equipamento, ajustando pedais, etc.).

4 - **Assistência com Contato Mínimo** - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3 - **Assistência Moderada** - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2 - **Assistência Máxima** - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - **Assistência Total** - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

L - LOCOMOVER-SE: MARCHA/CADEIRA DE RODAS: andar (estando em pé) ou usar cadeira de rodas (estando sentado) numa superfície plana. Se a pessoa usa os dois modos de locomoção com a mesma frequência, indique "ambos".

SEM AJUDA

7 - **Independência Completa** - anda pelo menos 50 metros sem dispositivos auxiliares. Não usa cadeira de rodas. Executa com segurança.

6 - **Independência Modificada** - anda pelo menos 50 metros mas usa um apoio (órtese) ou prótese na perna, sapatos especiais, bengala, muletas ou andadores. Leva um tempo acima do razoável ou há risco de segurança. Se a pessoa não anda: opera cadeira de rodas manual ou motorizada independentemente por um mínimo de 50 metros; dá voltas; manobra a cadeira até à mesa, cama ou toalete; consegue manobrar a cadeira em espaços apertados.

5 - **Exceção (Deambulação Doméstica)** - anda apenas pequenas distâncias (mínimo de 17 metros) com ou sem dispositivo. Pode levar um tempo acima do razoável ou há risco de segurança ou conduz independentemente uma cadeira de rodas manual ou elétrica apenas por curtas distâncias (mínimo de 17 metros).

COM AJUDA

5 - **Supervisão** - se a pessoa anda, requer alguém ao lado, sugerindo ou incentivando para andar um mínimo de 50 metros. Se a pessoa não anda, requer alguém ao lado, sugerindo ou incentivando para conduzir a cadeira de rodas por pelo menos 50 metros.

4 - **Assistência com Contato Mínimo** - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais do esforço de locomoção para andar um mínimo de 50 metros.

3 - **Assistência Moderada** - a pessoa executa 50 a 74% do esforço de locomoção para andar um mínimo de 50 metros.

2 - **Assistência Máxima** - a pessoa executa 25 a 49% do esforço de locomoção para andar um mínimo de 15 metros. Requer a assistência de uma pessoa.

1 - **Assistência Total** - a pessoa executa menos de 25% do esforço, ou requer assistência de duas pessoas ou não anda (a pé ou na cadeira de rodas) o mínimo de 17 metros.

Comentário: Se a pessoa exige um dispositivo de apoio para a marcha: cadeira de rodas, prótese, andador, muleta, sapato adaptador, etc., o escore ANDAR/CADEIRA DE RODAS nunca pode ser superior ao nível 6. O modo de locomoção (ANDAR/CADEIRA DE RODAS) deve ser o mesmo na admissão e alta. Se o indivíduo mudar o modo de locomoção da admissão para a alta (usualmente de cadeira de rodas para marcha), reclassifique o modo de locomoção na admissão de acordo com o modo mais freqüente de locomoção na alta.

M - ESCADAS - subir e descer um lance de escadas (12 a 14 degraus) em casa ou no hospital. Desempenho seguro.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - sobe e desce pelo menos um lance de escadas sem corrimão ou apoio. Executa com segurança.

6 - Independência Modificada - sobe e desce pelo menos um lance de escadas requerendo corrimão ou algum outro apoio. Leva um tempo acima do razoável ou há risco de segurança.

5 - Exceção (Deambulação Doméstica) - sobe e desce 4 a 6 degraus independentemente, com ou sem dispositivo auxiliar. Pode levar um tempo acima do razoável ou haver risco de segurança.

COM AJUDA

5 - Supervisão - requer alguém ao lado, sugerindo ou incentivando, para subir e descer um lance de escadas.

4 - Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais do esforço para subir e descer um lance.

3 - Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% do esforço para subir e descer um lance.

2 - Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% do esforço para subir e descer 4 a 6 degraus. Requer a assistência de uma só pessoa.

1 - Assistência Total - a pessoa executa menos de 25% do esforço ou requer a assistência de duas pessoas, ou não sobe e desce 4 a 6 degraus ou é carregada.

N - COMPREENSÃO - entender uma comunicação sonora ou visual (por exemplo, escrita, signos, gestos). Avaliar e conferir o modo mais freqüente de compreensão (Auditório ou Visual). Se ambos são usados igualmente, marcar "Ambos".

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - entende instruções e conversação complexas ou abstratas; entende sua língua materna, falada e escrita.

6 - Independência Modificada - entende instruções e conversação complexas ou abstratas na maior parte das vezes, ou com pequena dificuldade. Não necessita de facilidades. Pode requerer ajuda auditiva, visual, ou outro dispositivo auxiliar ou necessita de um tempo suplementar para entender a informação.

COM AJUDA

5 - Facilitação Potencial - entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas em mais de 90% do tempo. Requer facilidades (falar mais lentamente, repetir, realçar palavras, frases e pausas, sugerir por gestos ou visualmente) menos de 10% do tempo de comunicação.

4 - Facilitação Mínima - entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas em 75 a 90% do tempo de comunicação. Requer facilidades entre 10 e 25% do tempo de comunicação.

3 - Facilitação Moderada - entende orientações e conversações sobre necessidades cotidianas básicas em 50 a 74% do tempo de comunicação. Requer facilidades entre 25 e 50% do tempo de comunicação.

2 - Facilitação Máxima - entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas em 25 a 49% do tempo. Pode entender apenas perguntas ou afirmações simples. Requer facilidades em mais de metade do tempo de comunicação.

1 - Assistência Total - entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas em menos de 25% do tempo de comunicação, ou não entende perguntas ou afirmações simples ou, apesar das facilidades, não responde de forma apropriada ou consistente.

Comentário:

A compreensão de informação complexa ou abstrata abrange: conversação de grupo, assuntos atuais tratados nas televisões e nos jornais, informação abstrata como religião, humor, matemática ou finanças usada na vida cotidiana. Informação sobre necessidades cotidianas básicas diz respeito à conversação, orientações, perguntas ou afirmações ligadas às necessidades da pessoa em nutrição, líquidos, evacuação, higiene, sono (necessidades fisiológicas). Facilitação: falar mais lentamente, repetir, realçar palavras, frases e pausas, sugerir por gestos ou visualmente.

O - EXPRESSÃO - exprimir linguagem com clareza por via oral ou não. Abrange a fala inteligível ou a expressão clara da linguagem através de escrita ou de um dispositivo de comunicação. Verifique a avaliação do modo de expressão mais usado (Vocal ou Não Vocal). Se ambos forem usados com a mesma frequência, marque "ambos".

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - exprimir idéias complexas ou abstratas com clareza e fluência.

6 - Independência Modificada - exprimir idéias complexas ou abstratas na maior parte das ocasiões ou com pequena dificuldade. Não necessita de facilidades. Pode necessitar de um dispositivo de ampliação sonora.

COM AJUDA

5 - Facilitação Potencial - exprime idéias e necessidades cotidianas básicas em mais de 90% do tempo. Em menos de 10% do tempo requer facilidades (por exemplo, repetição frequente) para ser entendido.

4 - Facilitação Mínima - exprime idéias e necessidades cotidianas básicas em 75 a 90% do tempo. Requer facilidades entre 10 e 25% do tempo de expressão.

3 - Facilitação Moderada - exprime idéias e necessidades cotidianas básicas em 50 a 74% do tempo. Requer facilidades entre 25 e 50% do tempo de expressão.

2 - Facilitação Máxima - exprime idéias e necessidades cotidianas básicas em 25 a 49% do tempo. Pode usar apenas gestos e palavras simples. Necessita de facilidades em mais de metade do tempo de expressão.

1 - Assistência Total - exprime idéias e necessidades cotidianas básicas em menos de 25% do tempo ou, apesar das facilidades, não exprime as necessidades básicas de forma apropriada ou consistente.

Comentário:

Idéias complexas ou abstratas abrangem: discussão sobre assuntos atuais, religião ou relações com outras pessoas.

Exprimir idéias e necessidades básicas refere-se à habilidade da pessoa em comunicar suas necessidades diárias tais como nutrição, líquidos, evacuação, higiene e sono (necessidades fisiológicas).

Facilitação: por exemplo, repetição frequente para ser entendido.

P - INTERAÇÃO SOCIAL - relacionar-se e participar com outros em situações sociais e terapêuticas. Refere-se à capacidade da pessoa em lidar com suas próprias necessidades em conjunto com as necessidades dos outros

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - interage adequadamente com o pessoal do hospital, outros pacientes e familiares. Por exemplo: controla seu temperamento, aceita críticas, tem consciência que as palavras e ações têm impacto sobre os outros. A pessoa não precisa de medicação para se controlar.

6 - Independência Modificada - interage adequadamente com o pessoal do hospital, outros pacientes e familiares na maior parte das ocasiões e apenas perde controle ocasionalmente. Não requer supervisão. Pode precisar de um tempo acima do razoável para se ajustar nas situações sociais ou pode necessitar de medicação para controle.

COM AJUDA

5 - Supervisão - requer supervisão (acompanhamento, controle verbal, sugestão, incentivo) apenas em situações incomuns ou sob tensão mas não mais que 10% do tempo. Pode precisar de incentivo para começar a participar.

4 - Orientação Mínima - o paciente interage adequadamente 75 a 90% do tempo, ou seja, apresenta comportamento socialmente inadequado entre 10 e 25% do tempo, necessitando de orientação mínima.

3 - Orientação Moderada - a pessoa interage adequadamente 50 a 74% do tempo, ou seja, apresenta comportamento socialmente inadequado entre 25 e 50% do tempo, necessitando de orientação moderada.

2 - Orientação Máxima - a pessoa interage adequadamente 25 a 49% do tempo. Pode necessitar de restrições devido a comportamentos socialmente inadequados.

1 - Assistência Total - não interage adequadamente ou o faz menos de 25% do tempo. Necessita de restrições devido a comportamentos socialmente inadequados.

Comentário:

Exemplos de comportamento socialmente inadequado: acessos de raiva, excessos na altura de voz, riso ou choro; linguagem suja ou abusiva, agressões físicas, comportamento retraído ou não interativo.

Q - RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS - resolver problemas da vida diária. Tomar decisões razoáveis, seguras e em tempo sobre assuntos financeiros, sociais e pessoais, iniciar atividades, obedecendo a uma seqüência e aplicando-se correções, para solucionar os problemas.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - reconhece consistentemente um problema, toma decisões apropriadas, dá início a uma seqüência de etapas para resolver problemas complexos até concluir o trabalho, aplicando correções quando comete erros.

6 - Independência Modificada - reconhece um problema, toma decisões apropriadas, na maioria das vezes dá início a uma seqüência de etapas para resolver problemas complexos, ou com pequena dificuldade ou levando um tempo acima do razoável para tomar decisões sobre ou resolver problemas complexos.

COM AJUDA

5 - Supervisão - requer supervisão (sugerindo, incentivando) em até 10% do tempo para resolver problemas de rotina sob condições incomuns ou sob tensão.

4 - Orientação Mínima - a pessoa resolve problemas de rotina em 75 a 90% do tempo.

3 - Orientação Moderada - resolve problemas de rotina em 50 a 74% do tempo.

2 - Orientação Máxima - a pessoa resolve problemas de rotina em 25 a 49% do tempo. Em mais de metade do tempo necessita orientação para dar início, planejar ou concluir atividades diárias elementares. Podem ser necessárias restrições para haver segurança.

1 - Assistência Total - a pessoa resolve problemas de rotina em menos de 25% do tempo. Necessita de orientação quase todo o tempo ou não resolve efetivamente os problemas. Pode necessitar constantemente de orientação para completar, uma a uma, as atividades diárias elementares. Podem ser necessárias restrições para haver segurança.

Comentário:

Exemplos de problemas

- Complexos: gerir uma conta bancária, participar no planejamento de alta, administrar medicação a si próprio, confrontar problemas interpessoais e decidir sobre emprego.

- De Rotina: concluir, com sucesso, tarefas diárias e lidar com as questões não planejadas ou ocasionais que surgem nas atividades do dia a dia. Exemplos mais específicos de problemas de rotina incluem o pedido de assistência quando a pessoa necessita de se transferir, pedir um novo pacote de leite se o leite em uso se deteriorou ou acabou, desabotoar uma camisa antes de a colocar, e pedir utensílios em falta no tabuleiro de refeição.

??

R - MEMÓRIA - capacidade de reconhecer e lembrar-se enquanto desenvolve atividades cotidianas num contexto institucional ou comunitário. Inclui a capacidade de guardar e recuperar informação, em particular, a informação verbal e visual. A evidência funcional da memória inclui o reconhecimento de pessoas que se encontram com frequência, a memorização das rotinas diárias e a execução de tarefas sem alguém ter que as recordar. Um déficit de memória prejudica a aprendizagem bem como o desempenho das tarefas.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa - reconhece as pessoas que vê com frequência e lembra-se das rotinas diárias; executa tarefas de outros sem necessidade de repetição.

6 - Independência Modificada - A pessoa parece ter apenas uma ligeira dificuldade em reconhecer as pessoas que encontra frequentemente, lembrando-se das rotinas diárias, e respondendo a pedidos de outros. Pode usar indicações, lembretes ou ajudas de sua iniciativa ou do ambiente.

COM AJUDA

5 - Supervisão - necessita de facilitações (sugestões, repetições, lembranças) apenas sob condições inabituais ou de tensão, porém não mais que em 10% do tempo.

4 - Facilitação Mínima - a pessoa reconhece e lembra-se em 75 a 90% do tempo.

3 - Facilitação Moderada - a pessoa reconhece e lembra-se em 50 a 74% do tempo.

2 - Facilitação Máxima - a pessoa reconhece e lembra-se em 25 a 49% do tempo. Necessita de estímulo na maior parte do tempo.

1 - Assistência Total - a pessoa não reconhece ou não se lembra ou o faz em menos de 25% do tempo.

ANEXO 4: Beck Depression Inventory (BDI)

Versão Brasileira do BDI

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira como você tem se sentido **na última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1. 0 = Não me sinto triste
1 = Eu me sinto triste
2 = Estou sempre triste e não consigo sair disto
3 = Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar
2. 0 = Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
1 = Eu me sinto desanimado quanto ao futuro
2 = Acho que nada tenho a esperar
3 = Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
3. 0 = Não me sinto um fracasso
1 = Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
2 = Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
3 = Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso
4. 0 = Tenho tanto prazer em tudo como antes
1 = Não sinto mais prazer nas coisas como antes
2 = Não encontro um prazer real em mais nada
3 = Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo
5. 0 = Não me sinto especialmente culpado
1 = Eu me sinto culpado grande parte do tempo
2 = Eu me sinto culpado na maior parte do tempo
3 = Eu me sinto sempre culpado
6. 0 = Não acho que esteja sendo punido
1 = Acho que posso ser punido
2 = Creio que vou ser punido
3 = Acho que estou sendo punido
7. 0 = Não me sinto decepcionado comigo mesmo
1 = Estou decepcionado comigo mesmo

- 2 = Estou enjoado de mim
- 3 = Eu me odeio
8. 0 = Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
- 1 = Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
- 2 = Eu me culpo sempre por minhas falhas
- 3 = Eu me culpo por tudo de mal que acontece
9. 0 = Não tenho quaisquer idéias de me matar
- 1 = Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
- 2 = Gostaria de me matar
- 3 = Eu me mataria se tivesse oportunidade
10. 0 = Não choro mais que o habitual
- 1 = Choro mais agora do que costumava
- 2 = Agora, choro o tempo todo
- 3 = Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira
11. 0 = Não sou mais irritado agora do que já fui
- 1 = Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
- 2 = Agora, eu me sinto irritado o tempo todo
- 3 = Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
12. 0 = Não perdi o interesse pelas outras pessoas
- 1 = Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar
- 2 = Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
- 3 = Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
13. 0 = Tomo decisões tão bem quanto antes
- 1 = Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
- 2 = Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes
- 3 = Absolutamente não consigo mais tomar decisões
14. 0 = Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
- 1 = Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo
- 2 = Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
- 3 = Acredito que pareço feio
15. 0 = Posso trabalhar tão bem quanto antes
- 1 = É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
- 2 = Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
- 3 = Não consigo mais fazer qualquer trabalho
16. 0 = Consigo dormir tão bem como o habitual
- 1 = Não durmo tão bem como costumava

2 = Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de habitualmente e acho difícil voltar a dormir

3 = Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17. 0 = Não fico mais cansado do que de habitual

1 = Fico cansado mais facilmente do que costumava

2 = Fico cansado em fazer qualquer coisa

3 = Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

18. 0 = O meu apetite não está pior do que o habitual

1 = Meu apetite não é tão bom como costumava ser

2 = Meu apetite é muito pior agora

3 = Absolutamente não tenho mais apetite

19. 0 = Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente

1 = Perdi mais do que 2,5 kg

2 = Perdi mais do que 5,0 kg

3 = Perdi mais do que 7,0 kg

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 = Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual

1 = Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação

2 = Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa

3 = Estou tão preocupado com problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

21. 0 = Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 = Estou menos interessado por sexo que costumava

2 = Estou muito menos interessado em sexo agora

3 = Perdi completamente o interesse por sexo

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)