

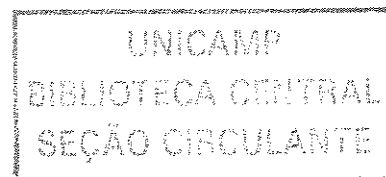
KEILA CRISTIANNE TRINDADE DA CRUZ

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE
VIDA DE INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COM IDADE
MAIOR OU IGUAL A 55 ANOS**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de **KEILA CRISTIANNE TRINDADE DA CRUZ**


Profa. Dra. Maria José D'Elboux Diogo
Orientadora

**Campinas - SP
2004**



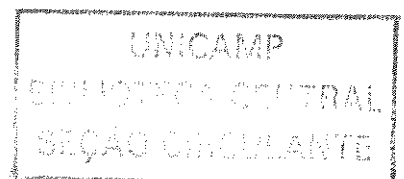
KEILA CRISTIANNE TRINDADE DA CRUZ

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DA QUALIDADE DE
VIDA DE INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COM IDADE
MAIOR OU IGUAL A 55 ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Enfermagem - Nível
Mestrado, da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria José D'Elboux Diogo

**Campinas - SP
2004**



UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	TI UNICAMP C889a
V	EX
TOMBO BC/	63718
PROC.	16.P.00086.05
C	☐
D	☒
PREÇO	11.00
DATA	13/05/05
Nº CPD	811-10 350280

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C889a Cruz, Keila Cristianne Trindade da
Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos com AVE com idade maior ou igual a 55 anos / Keila Cristianne Trindade da Cruz . Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Maria José D'Elboux Diogo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Gerontologia. 2. Autonomia. 3. Qualidade de vida. 4. Envelhecimento. I. Maria José D'Elboux Diogo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador(a) PROFA. DRA MARIA JOSÉ D'ELBOUX DIOGO

Membros:

1. PROFA. DRA MARIA JOSÉ D'ELBOUX DIOGO Maria José D'Elboux Diogo
2. PROFA. DRA. YEDA APARECIDA OLIVEIRA DUARTE Yeda A O Duarte
3. PROFA. DRA. MARIA CECÍLIA BUENO JAYME GALLANI Maria Cecília Bueno Jayme Gallani
-

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 13 de dezembro de 2004

Dedicatória

***Dedico esse trabalho com muito amor e carinho,
aos meus pais, Antonio Carlos e Clenir , razões da minha vida,
aos meus queridos irmãos, Kelvin e Karine,
à Amanda, o sorriso confortante de todos
os dias e ao Cláudio, com quem
compartilho sonhos e uma
doce realidade.***

A concretização de um sonho é sempre um grande motivo para comemorações. Por isso, gostaria de agradecer a todos aqueles que ajudaram a torná-lo realidade...

À Prof^ª. Dr^ª. Maria José D'Elboux Diogo, que com muita dedicação, paciência e muito carinho auxiliou-me em cada passo desta pesquisa. "Tenho o privilégio de tê-la como exemplo e ser um fruto do seu trabalho".

À Prof^ª. Dr^ª. Maria Cecília Bueno Jayme Gallani, pelo carinho, pela receptividade e disponibilidade na leitura e correção de partes deste estudo.

À todos os professores da Área de Enfermagem Médico-cirúrgica e Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP pelo apoio, compreensão e incentivo em meu aprimoramento pessoal e profissional.

Aos meus pais, pelo exemplo de luta, coragem e determinação. "Sem a presença e o incentivo de vocês, certamente não poderíamos comemorar mais uma vitória..."

Aos meus irmãos Karine e Kelvin, pelo exemplo de persistência e coragem e pelo incentivo sempre presente.

Ao Cláudio pelo companheirismo e grande incentivo durante a realização deste estudo.

À Cândia, minha amiga de todas as horas, pelo carinho e pela força.

À Prof^ª. Dr^ª Rachel Noronha, Prof^ª. Dr^ª Maria José Nascimento Brandão Cecarelli e Maria Helena de Almeida pela amizade, pelo carinho e pelo grande incentivo para o meu crescimento profissional.

À amiga Maria Cristina Gomes de Oliveira pelo grande apoio em minha vida profissional.

Às amigas Marisa Lopes Correia Gomes da Silva e Cleusa Aparecida Vedovato pelo carinho e pela presença amiga constante.

À Kozue Kawasaki, com quem compartilhei todas as "emoções" da realização de uma dissertação de mestrado.

À Andréa e Cleide pela realização das análises estatísticas dos resultados da pesquisa e pela atenção com que nos receberam sempre que necessário.

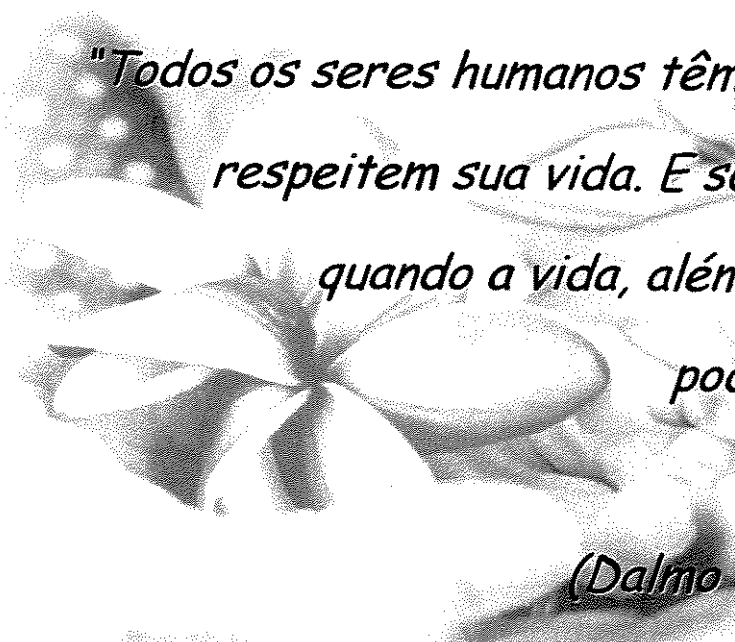
À Janice Kairalla Silva Delgado, pelo carinho e dedicação com que me atendeu em todos os momentos que precisei.

Ao Carlos Alberto Fidelis de Araújo pela responsável editoração desse trabalho.

Ao Centro de Reabilitação "Jorge Rafful Kanawati" pela possibilidade de servir como campo de coleta de dados e em especial a coordenadora Osmarina F. C. Ruiz, pela atenção e receptividade.

Ao Ambulatório de Neuroclínica do Hospital de Clínicas-UNICAMP e ao Centro de Saúde Costa e Silva pela autorização dos campos para coleta de dados.

E principalmente, aos idosos que participaram desse estudo, pela disponibilidade, receptividade e responsabilidade com que responderam a entrevista. Dessa forma, tornaram possível a realização deste estudo.



*"Todos os seres humanos têm o direito de que
respeitem sua vida. E só existe respeito
quando a vida, além de ser mantida,
pode ser vivida com
dignidade."*

(Dalmo de Abreu Dalari)

Resumo	xxiii
Abstract.....	xxv
1. INTRODUÇÃO.....	27
1.1 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento.....	29
1.2 Acidente vascular encefálico (AVE).....	33
1.3 Capacidade funcional e suas implicações na velhice	37
1.4 Qualidade de vida e sua abordagem na velhice	43
2. OBJETIVOS	51
2.1 Objetivo geral	53
2.2 Objetivos específicos.....	53
3. MATERIAL E MÉTODO.....	55
3.1 Descrição do estudo.....	57
3.2 Campo de pesquisa.....	57
3.3 Sujeitos	58
3.4 Período de coleta de dados.....	59
3.5 Instrumentos de coleta de dados.....	59
3.6 Procedimento de coleta de dados	63
3.7 Aspectos éticos	64
3.8 Tratamento e análise estatística dos dados.....	64
4. RESULTADOS	67
4.1 Características sociodemográficas e de saúde dos sujeitos do estudo.....	69
4.2 Capacidade funcional dos sujeitos da pesquisa	76
4.3 Qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa.....	81
5. DISCUSSÃO.....	90
6. CONCLUSÕES.....	105
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES	109
7.1 Limitações do estudo.....	111
7.2 Recomendações para futuras pesquisas.....	111
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS.....	129
APÊNDICES	149

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos 44 sujeitos da pesquisa.	70
Tabela 2: Distribuição dos sujeitos quanto à presença de cuidador, de acordo com o grau de parentesco e o local de atendimento.	71
Tabela 3: Frequência absoluta e relativa das comorbidades, dos fatores de risco e das medicações em uso dos sujeitos da pesquisa.	73
Tabela 4: Dados sobre a ocorrência de AVE dos sujeitos da pesquisa.	75
Tabela 5: Escores dos valores da MIF para os 44 sujeitos da pesquisa.	76
Tabela 6: Comparação entre os valores dos escores obtidos nos domínios da MIF entre os sujeitos que tiveram acesso e os que não tiveram acesso ao serviço de saúde. (Teste de Mann-Whitney).	77
Tabela 7 - Valores do Coeficiente de Correlação de Pearson entre a MIF e seus domínios e a idade.	77
Tabela 8: Apresentação dos valores de significância estatística (p-valor) nas análises univariada (ANOVA) e multivariada (MANOVA), considerando os escores dos domínios motor, cognitivo/social e escore total da MIF e as variáveis independentes pesquisadas.	78
Tabela 9: Valores de coeficiente alfa de Cronbach para cada dimensão do SF-36 e para o instrumento como um todo, obtidos neste estudo e em outras pesquisas.	81
Tabela 10: Escores das dimensões do SF-36 para os 44 sujeitos da pesquisa.	82
Tabela 11: Valores da média de cada dimensão do SF-36 obtidos neste estudo e em outras pesquisas.	83
Tabela 12: Comparação entre os valores dos escores obtidos nas oito dimensões do SF-36 entre os sujeitos que tiveram acesso e os que não tiveram acesso ao serviço de saúde. (Teste de Mann-Whitney).....	84
Tabela 13: Coeficiente de Correlação de Pearson dos escores das dimensões do SF-36 e da MIF com a idade.	85
Tabela 14: Apresentação dos valores de significância estatística (p-valor) nas análises univariada (ANOVA) e multivariada (MANOVA), considerando as oito dimensões do SF-36 (variáveis dependentes) e as variáveis independentes pesquisadas.	86
Tabela 15: Coeficiente de Correlação de Pearson dos escores das dimensões do SF-36 e da MIF.	88

Lista de Figuras

Figura 1: Representação gráfica da associação das domínios da MIFm, MIFcs e MIFt e a presença de cuidador dos sujeitos do estudo.	80
Figura 2: Representação gráfica da associação dos escores da MIFm, MIFcs e MIFt e a presença de hemiparesia dos sujeitos do estudo.	80
Figura 3: Representação gráfica da associação dos escores da dimensão capacidade funcional e a presença de hemiparesia dos sujeitos do estudo.	87

Lista de Siglas

- AVDs - Atividades da Vida Diária
- AVE - Acidente Vascular Encefálico
- AIVDs - Atividades Instrumentais da Vida Diária
- DM - Diabetes mellitus
- HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
- MIF - Medida de Independência Funcional
- MIFcs - Medida de Independência Funcional – domínio cognitivo/social
- MIFm - Medida de Independência Funcional – domínio motor
- MIFt - Medida de Independência Funcional total
- SF-36 - The Medical Outcomens Study 36-item Short-Form Health Survey

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais doenças crônicas incapacitantes, com seqüelas que levam à dependência e perda da autonomia das pessoas. O objetivo geral desse estudo foi avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida de indivíduos com idade maior ou igual a 55 anos acometidos por AVE e como objetivos específicos identificar correlações entre capacidade funcional e qualidade de vida desses sujeitos, avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínico/terapêuticas e a capacidade funcional e entre essas variáveis e a qualidade de vida. Foram realizadas entrevistas e colhidos dados referentes aos aspectos sociodemográficos e de saúde, da Medida de Independência Funcional (MIF) e do "The Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey" (SF-36). Dos 44 pacientes entrevistados, predominou a faixa etária entre 60 e 69 anos. Um total de 42 pacientes apresentou seqüelas decorrentes do AVE. Verificamos que os indivíduos com acesso ao serviço de saúde apresentaram valores da MIF superiores aos indivíduos que não tinham esse acesso. A MIF sofreu influência da idade, da presença de cuidador e da hemiparesia. Dentre as médias das dimensões do SF-36 a capacidade funcional (CF) apresentou o menor escore. Aqueles sujeitos que possuíam acesso ao serviço de saúde apresentaram média da CF maior que aqueles que não tinham acesso. Ao compararmos as dimensões do SF-36 e as domínios da MIF, observamos que houve uma correlação positiva de forte magnitude entre a dimensão CF e os domínios da MIF. Há correlação entre o nível de independência funcional e qualidade de vida e a hemiparesia; o aumento da idade, a falta de acesso a reabilitação e a presença de cuidador influenciaram negativamente as medidas de capacidade funcional e qualidade de vida. As seqüelas provocadas pelo AVE causam prejuízo na autonomia e na independência dos sujeitos interferindo em sua capacidade funcional e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Autonomia, qualidade de vida, envelhecimento, gerontologia, SF-36 e Medida de Independência Funcional.

The stroke is considered one of the main chronic diseases, whose sequels lead to people's dependence and loss of their autonomy. The general objective of the study was to evaluate the functional capability and the quality of life of stroke survivors with more than 55 years and as specific objectives to identify correlations between functional capacity and quality of life of those subjects, to evaluate the relationship between social-demographic variables, clinical and therapeutic and the functional capacity and the life quality. Data were obtained from interviews with outpatients in the rehabilitation program and medical accomplished and, home care, using the Functional Independence Measure (FIM) and The Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey (SF-36). From 44 patients interviewed, predominantly aged between 60 and 69 years, a total of 42 patients presented sequels from stroke. People who had access to the health service presented values of FIM superior than those who didn't have access. The FIM score was influenced by age, caregivers' presence and hemiparesis. Among the averages of the dimensions of SF-36 the functional capability presented the smallest score. People who had access to health services presented high average in the functional capability dimensions than those who didn't have access. If it's compared the dimensions of SF-36 and the domains of FIM, we observed that there was a positive correlation of strong magnitude among the dimension functional capability and the domains of FIM. There is correlation between the level of functional independence and life quality and the hemiparesis; the increase of age, the lack of to access rehabilitation or caregivers' presence influenced the measures of functional capacity and life quality negatively. The study verified that the sequels provoked by stroke caused damage in the autonomy and in the independence of the subjects interfering with their functional capability and, consequently, in their quality of life.

Keywords: Autonomy, quality of life, ageing, gerontology, SF-36 and Measure of Functional Independence.

Introdução

1.1 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento

O crescimento da população de idosos tem ocorrido de forma acelerada e intensa nessas últimas décadas em todo o mundo tornando-se um problema mundial. Especialmente nos países do terceiro mundo, este crescimento ocorre de forma desorganizada e sem o planejamento adequado para o atendimento da demanda desta população.

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população ocorreu de forma gradativa desde a Revolução Industrial no século XIX, fato importante que proporcionou a melhora das condições ambientais, de saneamento básico, de moradia, educação e de saúde a essa população. (KALACHE, RAMOS e VERAS, 1987; RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987; VERAS, RAMOS e KALACHE 1987; PASCHOAL, 1996a)

No Brasil, o envelhecimento populacional é recente, provocado pela queda da mortalidade a partir da década de 40, época em que houve melhorias no saneamento básico e com a saúde de forma geral, bem como o avanço da tecnologia colaborando na prevenção de doenças infecciosas e parasitárias comuns no país naquela época. Outro fator importante que contribuiu para esse envelhecimento foi a redução da taxa de fecundidade a partir da década de 60, alterando a estrutura etária do país (RAMOS, VERAS, KALACHE, 1987; MONTEIRO e ALVES, 1995; BERQUÓ, 1999; RAMOS, 2002).

A queda da mortalidade e a queda da fecundidade contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população, porém, esse crescimento não foi acompanhando pela melhoria das condições de vida e saúde da população. Com os avanços científicos e tecnológicos, relacionados ao meio ambiente e aos cuidados com a saúde, diminuíram-se as doenças infecciosas na infância, mas com as más condições de higiene, o baixo poder aquisitivo, o baixo grau de escolaridade, a alimentação inadequada que afetam a maioria da população, houve aumento das doenças crônicas não transmissíveis nos adultos e idosos. A

expectativa de vida aumenta, mas sem garantia de saúde o que propicia uma sobrevida e um envelhecimento com dependência (RAMOS, 2002).

No Brasil, a expectativa de vida ao nascer vem apresentando um significativo aumento, em 1980 era de 62,5 anos, subindo para 66,9 anos em 1991, 70,5 anos em 2000 e em 2002 para 71 anos, tornando-se um marco na história brasileira por ultrapassar pela primeira vez a faixa etária dos 70 anos (IBGE, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (1984), considera idosos, pessoas com idade igual ou maior que 65 anos em países desenvolvidos, e igual ou maior que 60 anos em países em desenvolvimento. No Brasil, a Política Nacional do Idoso em vigência no país desde 1998, considera o idoso a pessoa com idade igual ou maior a 60 anos (BRASIL, 1998; BRASIL, 2003).

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no intervalo entre os censos demográficos de 1991 e 2000, enquanto a população total do país aumentou 15,65%, o número de idosos aumentou 35,56%, demonstrando assim na realidade brasileira de um envelhecimento assustador da sua população (IBGE, 2003a; IBGE, 2003b). Segundo VERAS et al. (2002), em 2020 o Brasil terá uma população idosa de 31,8 milhões pessoas. Os autores chamam a atenção para essa população específica, que entre 1950 e 2020 tende a crescer 15 vezes enquanto a população total terá crescido aproximadamente cinco vezes, o que fará do Brasil a sexta população em número de idosos no mundo.

Envelhecer consiste em uma das etapas da vida, com todas as suas particularidades e limitações. O envelhecimento biológico é marcado pelo declínio progressivo das funções orgânicas do indivíduo e é um processo individual, ou seja, cada pessoa tem o seu próprio processo de envelhecimento de acordo com sua história de vida e o meio em que vive. Nas últimas décadas, muitos estudos têm sido realizados mundialmente, de forma a proporcionar melhorias nas vidas de pessoas que ultrapassam os 60 anos.

O início do envelhecimento ainda é impreciso. Muitos estudos e teorias têm sido explorados na tentativa de se descobrir a partir de quando e como, o ser humano começa a envelhecer. Mas o caráter individual do processo de envelhecimento dificulta essa avaliação.

Às alterações orgânicas, funcionais e psicológicas decorrentes de um envelhecimento normal dá-se o nome de senescência e às modificações determinadas por afecções que normalmente acometem os idosos é conhecido como senilidade. Os efeitos da senilidade podem ser acentuados pelos da senescência e vice-versa (PASCHOAL, 2002). Dessa forma o idoso torna-se mais vulnerável às doenças crônicas, que muitas vezes apresentam-se concomitantemente.

VERAS et al. (2002) referem que o crescimento da população idosa brasileira provoca um significativo impacto na sociedade e de forma importante no sistema de saúde. Porém, a infra-estrutura necessária para responder às necessidades desses indivíduos, no que se refere a instalações, programas específicos e recursos humanos adequados, é precária tanto no setor público quanto no setor privado.

As mudanças no perfil epidemiológico provocam o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis e com isso há um aumento dos custos com tratamento, hospitalização e reabilitação. Os idosos necessitam mais dos serviços de saúde, apresentando altas taxas de internação e com tempo médio de ocupação do leito hospitalar três vezes maior que qualquer outra faixa etária (VERAS, 1994; VERAS et al, 2002). De acordo com os dados do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1997, o tempo médio de permanência hospitalar foi de 6,8 dias para a população idosa e de 5,1 dias para as demais faixas etárias (VERAS et al, 2002).

As doenças mais comuns em idosos são as cardiovasculares e as de aparelho locomotor (PAPALEO NETTO, 1996; MEDINA, SHIRASSU e GOLDFEDER, 1998). Sendo as primeiras, segundo RAMOS (2002), a principal

causa de morte no Brasil, nas diferentes regiões geográficas. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), artrite reumatóide e o acidente vascular encefálico (AVE). As medidas preventivas para tais doenças estão relacionadas na maioria das vezes à mudança de hábitos de vida, tarefa difícil, considerando o baixo nível socioeconômico e o baixo grau de escolaridade da população brasileira. Quanto ao tratamento, a grande maioria dessas afecções, que afetam o idoso, não têm cura; porém quando se mantém aderência ao tratamento pode haver um controle da progressão das mesmas (RAMOS, 2002).

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, predominantes no envelhecimento, pode levar ao prejuízo da independência do idoso, tornando essa população funcionalmente incapacitada, prejudicando sua autonomia em diferentes intensidades e, conseqüentemente, alterando sua estrutura física, social e emocional. A autonomia consiste na capacidade que o ser humano tem de determinar e executar suas próprias tarefas, função essencial que proporciona liberdade de ação a esses indivíduos (PASCHOAL, 1996b; RAMOS, 2002).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis o AVE se destaca como uma das principais doenças incapacitantes e com grande incidência na população idosa (BAGG, POMBO, HOPMAN, 2002). Além disso, segundo HERUTY et al. (2002), encontra-se entre as principais causas de incapacidade e mortalidade nos idosos e a principal causa de admissão hospitalar prolongada em pacientes com idade maior ou igual a 65 anos.

Os dados epidemiológicos mostram que o AVE em idosos tende a ser, num futuro próximo, o maior problema de saúde mundial, com implicações econômicas significativas relacionados à hospitalização, a reabilitação e as alterações sociais (KALRA, 1994).

Esse trabalho abordará especificamente o AVE, por sua grande incidência na população idosa e pelas limitações da capacidade funcional que suas seqüelas podem provocar na vida desses indivíduos.

1.2 Acidente vascular encefálico (AVE)

As doenças encefalovasculares são a terceira causa de morte no mundo, ficando atrás das cardiopatias e das neoplasias (ANDRÉ, 1999; HERUTI et al., 2002; BARROS, 2003). No Brasil, é considerada a primeira causa de morte, inclusive para as pessoas com idade acima de 65 anos (ANDRÉ, 1999; HERUTI et al., 2002). Cerca de 40% a 50% dos indivíduos que sofrem um AVE morrem após seis meses do episódio. A grande maioria dos sobreviventes apresenta deficiências neurológicas e incapacidades funcionais importantes o que torna o AVE a principal causa de incapacitação funcional no mundo ocidental (ANDRÉ, 1999; LESSA, 1999; PY, 2002). BARROS (2003) acrescenta que o AVE pode retirar de sua vítima a possibilidade de independência e de comunicação.

O AVE pode ocorrer em todas as idades, mas a sua incidência aumenta a partir dos 60 anos de idade e dobra a cada nova década (BARROS, 2003; PY, 2002). A idade tem sido considerada um fator prognóstico relevante para o AVE (BAGG, POMBO, HOPMAN, 2002). A incapacidade decorrente do AVE é o principal problema de saúde pública em geriatria e reabilitação (FALCONER, et al., 1994).

As doenças encefalovasculares consistem em alterações vasculares encefálicas que provocam o AVE (ANDRÉ, 1999; PY, 2002). Segundo ANDRÉ (1999), o AVE é definido como um déficit neurológico súbito, devido a uma lesão vascular, compreendido por complexas interações nos vasos sanguíneos, nos elementos sanguíneos e nas variáveis hemodinâmicas. Essas alterações podem provocar obstrução de um vaso, causando isquemia pela ausência de perfusão sanguínea, nesse caso, conhecido como AVE isquêmico, como podem também causar rompimento de um vaso e hemorragia intracraniana, conhecido como AVE hemorrágico.

BARROS (2003) define doença encefalovascular como todas as alterações nas quais uma área encefálica é, transitória ou definitivamente, afetada

por isquemia e/ou sangramento, ou nas quais um ou mais vasos encefálicos são envolvidos num processo patológico.

Dentre os principais mecanismos que levam ao AVE isquêmico predominam a aterosclerose (mais comum em idosos), embolias, infarto lacunar, trombose venosa cerebral e baixo débito cardíaco. Já no AVE hemorrágico, a hipertensão, angiopatia, ruptura de aneurisma, má formação arteriovenosa, coagulopatias e neoplasias são os principais mecanismos dessa afecção (PY, 2002).

O AVE provoca alterações e deixa seqüelas muitas vezes incapacitantes relacionadas à marcha, aos movimentos dos membros, a espasticidade, ao controle esfinteriano, à realização das atividades da vida diária, aos cuidados pessoais, à linguagem, à alimentação, à função cognitiva, à atividade sexual, à depressão, à atividade profissional, à condução de veículos e às atividades de lazer. Dessa forma o AVE pode comprometer a vida dos indivíduos de forma intensa e global (PY, 2002).

Quanto aos fatores de risco relacionados ao AVE, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), cardiopatias, dislipidemia e obesidade, tabagismo, etilismo, além de fatores genéticos e ambientais. No Brasil, a hipertensão é um dos principais problemas de saúde pública vivenciados atualmente, especialmente por não contar com medidas de controle de prevenção adotados sistematicamente. A presença desta afecção aumenta de três a quatro vezes o risco de AVE num indivíduo, seja ele isquêmico ou hemorrágico (ANDRÉ, 1999; LESSA, 1999).

A HAS se destaca por estar presente em 60% dos idosos, e é um fator determinante na morbidade e mortalidade elevada dessa população. Além disso, a HAS freqüentemente está associada a outras doenças crônicas não transmissíveis como a DM, com alto índice de morbidade e mortalidade cardiovascular a essa população (BRANDÃO et al., 2002).

PY (2002) classifica os fatores de risco para as doenças encefalovasculares como modificáveis, ou seja, aqueles em que podem ser controlados e os não modificáveis. Entre os modificáveis, destacam-se a HAS, DM, dislipidemia, doenças cardíacas, tabagismo, etilismo dentre outras. Quanto aos não modificáveis, a idade se destaca como maior fator de risco, seguido do sexo, raça, história familiar e fatores genéticos.

As condutas tomadas diante de um AVE em fase aguda são fundamentais e podem reduzir a letalidade dessa afecção (ANDRÉ, 1999; PY, 2002). Após o episódio, o tratamento de reabilitação deve ser iniciado o mais rápido possível de forma a amenizar as incapacidades.

Essa afecção quando não leva à morte, deixa seqüelas que podem alterar parcialmente ou totalmente a capacidade motora e cognitiva do indivíduo. Essas alterações funcionais interferem em suas atividades de vida diária, tornando-os dependentes, sem vida própria, proporcionando isolamento social e depressão, desestruturando a vida dessas pessoas e conseqüentemente a de suas famílias. Desse modo, a prevenção dos fatores de risco modificáveis, segundo PY (2002), é fundamental para evitar o AVE e as incapacidades tão comuns nos indivíduos idosos.

O AVE é um evento que acontece de forma abrupta na vida de um indivíduo e na de seus familiares provocando angústias, medos, inseguranças, mudanças significativas no ambiente familiar. Por isso, torna necessário um apoio emocional a esse indivíduo e seus familiares para que o tratamento tenha o maior sucesso possível. A família é fundamental na vida e no processo de reabilitação.

Segundo BARROS (2003), dos indivíduos que sobrevivem a um AVE, 15% não apresentam prejuízo de sua capacidade funcional; 37% mostram discreta alteração, mas são capazes de se autocuidar; 16% apresentam moderada incapacidade, sendo capaz de andar sozinho, necessitando de auxílio para vestir-se; 32% demonstram alteração intensa ou grave de sua capacidade funcional, necessitando de ajuda tanto para deambular quanto para o autocuidado, quando

não encontram-se restritos a uma cadeira de rodas ou ao leito necessitando de cuidados constantes. Dessa forma pode-se observar que 85% dos sobreviventes a um AVE apresentam algum tipo de incapacidade e 48% necessitam de auxílio para desempenhar alguma atividade.

Quanto aos fatores que influenciam a recuperação funcional merecem destaque o tamanho e local da lesão, a presença de déficits motores, os distúrbios afásicos e as demências. BARROS (2003) enfatiza que já na fase aguda o indivíduo aponta sinais preditivos da sua recuperação funcional. Na fase aguda do AVE, o indivíduo que apresentar sinais de melhora nos três primeiros dias tem grande probabilidade de voltar a andar sem ajuda. Já aquele que não apresenta melhora após três primeiros meses provavelmente permanecerá com tal incapacidade (BARROS, 2003).

A recidiva da AVE pode ser influenciada pelo tipo de lesão, pelos fatores de risco e pelas informações clínicas do indivíduo. Entre 15% e 38% dos pacientes vítimas de AVE apresentam novo episódio, sendo 50% deles fatais (BARROS, 2003).

Mundialmente, alguns estudos têm relacionado a idade e o AVE, de modo a verificar a resposta desses indivíduos ao tratamento de reabilitação.

NAKAYAMA et al. (1994), investigaram a influência da idade nas seqüelas decorrentes do AVE em pacientes admitidos em unidade hospitalar e observaram que com o aumento da idade, a severidade do AVE e a recuperação das atividades da vida diária são piores, no entanto a idade não influenciou na recuperação neurológica desse indivíduo. Embora não exista uma recuperação acentuada do estado neurológico, observa-se uma grande diferença na melhora do desempenho das AVDs.

Com o objetivo de demonstrar o efeito da idade e de fatores associados a ela na recuperação funcional após AVE; BAGG, POMBO e HOPMAN (2002) concluíram que ocorre uma relação inversa entre a idade e a recuperação

funcional, ou seja, quanto maior a idade pior é o resultado funcional da reabilitação e vice-versa.

HERUTI et al. (2002) ao relacionarem o estado cognitivo e o desempenho funcional em idosos com AVE, mostram que a maioria obteve ganhos na sua habilidade funcional durante a reabilitação. No entanto, os maiores ganhos funcionais foram entre os pacientes sem alteração cognitiva.

O AVE destaca-se por ser uma das principais causas de incapacidades e de internação hospitalar. Por isso, a reabilitação desses pacientes é importante para reduzir o grau de acometimento funcional e incapacidades, além dos custos hospitalares (LESSA, 1999; HERUTI et al., 2002). Porém, no Brasil há deficiências em serviços e recursos para a reabilitação dessas pessoas, pois existem poucos locais com profissionais preparados para atendê-los (VERAS et al., 2002).

A alteração funcional decorrente da senescência e os agravos que podem ocorrer associado às doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos idosos, comprometem de forma significativa a capacidade funcional desses indivíduos com grande repercussão em suas vidas. Portanto, considerando a relevância desse assunto, em seguida será abordado um tópico sobre capacidade funcional na velhice.

1.3 Capacidade funcional e suas implicações na velhice

O conceito de capacidade funcional é bastante complexo e abrange outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem e, também, os de autonomia e independência. Na prática trabalha-se com o conceito capacidade/incapacidade. A incapacidade funcional é definido pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividade da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (ROSA et al., 2003). Segundo PAVARINI e NERI (2000), a capacidade funcional consiste na capacidade para a realização das atividades da vida diária, que acometem a grande maioria dos idosos com diferentes graus de severidade.

Segundo DIOGO (2001) o processo de envelhecimento ocasiona alterações funcionais nos sistemas orgânicos, sejam elas de origem genética ou mesmo influenciadas pelo contexto social, ambiental e de saúde, os quais podem comprometer a manutenção e a restauração funcional e aumentar a vulnerabilidade do idoso às doenças e suas seqüelas. O avanço da medicina tem proporcionado o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, comuns na população idosa. Hoje se vive mais tempo que há décadas atrás, porém, é sabido que as limitações funcionais provocadas por essas afecções ainda se mantêm como característica principal dessa faixa etária.

Considerando a importância da avaliação funcional em programas de reabilitação, houve a necessidade de se construir instrumentos capazes de medir o estado funcional do indivíduo e dessa forma avaliar o tratamento de reabilitação.

Em 1959, foi publicado o Índice de Katz, instrumento genérico criado para avaliação do desempenho nas atividades da vida diária (AVDs) na reabilitação de idosos institucionalizados e com doenças crônicas. As AVDs do Índice de Katz compreendem: alimentar-se, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se, banhar-se e ter continência. Essa escala serviu de base para outras que surgiram desde então (Staff of The Benjamin Rose Hospital, 1959; COHEN e MARINO, 2000).

Alguns anos depois, LAWTON e BRODY (1969) propuseram um modelo mais complexo que constou das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) as quais compreendem preparar refeições, lavar roupa, cuidar da casa, fazer compras, usar o telefone, usar transporte, administrar o dinheiro e os medicamentos.

Após a classificação das AIVDs, as AVDs de Katz (1959) passaram a ser denominadas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) (PASCHOAL, 1996b)

O Índice de Barthel consiste em um dos instrumentos de avaliação de capacidade funcional mais utilizados até hoje. Foi publicado pela primeira vez em 1965, e utilizado principalmente por enfermeiras, para avaliar o processo de

reabilitação em pacientes com comprometimento neuromuscular ou musculoesquelético, comparando o índice na admissão e após a alta desses indivíduos. Possui dois domínios de avaliação: o autocuidado que incluem atividades de alimentação, transferência, escovar-se, usar o vaso sanitário, banhar-se, vestir-se e ter continência e o domínio mobilidade que consiste em caminhar 50 metros com ou sem auxílio de instrumento ou próteses e subir e descer escadas (MAHONEY e BARTHEL, 1965).

Segundo VERAS et al. (2002), ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde visam manter, melhorar e/ou recuperar a capacidade funcional do idoso, valorizando a sua autonomia e conservação da independência física e mental.

Para medir a capacidade funcional algumas escalas foram criadas, entre elas, a *Olders Americans Research and Services (OARS) Multidimensional Functional Assesment Questionnaire (OMFAQ)*. Trata-se de um questionário fechado, traduzido e adaptado para o português na versão brasileira como BOMFAQ (*Brasilian Version of OMFAQ*), sendo utilizada internacionalmente em avaliações clínicas, pesquisas populacionais, treinamento pessoal e planejamento de serviços (GEIB, 2001).

Na década de 80, foi desenvolvida a Medida de Independência funcional (MIF), por uma força-tarefa norte-americana organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina e Reabilitação. Tiveram como objetivo criar um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas (RIBERTO et al. 2001).

A MIF é atualmente um instrumento muito utilizado, internacionalmente, para avaliar os resultados dos tratamentos de reabilitação. Em âmbito nacional seu uso é limitado a alguns serviços de reabilitação ou de assistência a idosos e como instrumento de pesquisa.

De acordo com a literatura investigada, muitos trabalhos internacionais foram realizados com a MIF para avaliar os resultados dos tratamentos de reabilitação em pacientes com trauma raquimedular, AVE e trauma de crânio.

No Brasil seu uso é incipiente, principalmente com idosos, talvez pelo fato da MIF ser um instrumento relativamente novo e que necessita de treinamento específico para seu uso (KAWASAKI, CRUZ e DIOGO, 2004).

Vale destacar que já foi realizada sua adaptação cultural por RIBERTO et al. (2001). Conforme o levantamento bibliográfico realizado por KAWASAKI, CRUZ e DIOGO, (2004), referente a sua aplicação em idosos, muitos autores a recomendam, pois a MIF compreende, além da avaliação do domínio motor, o domínio cognitivo e social, parâmetros importantes na avaliação funcional dos idosos. A esse respeito, PASCHOAL (1996b), refere que o funcionamento cognitivo em idosos é um determinante da capacidade funcional tanto no desempenho físico quanto no social, e sua deteriorização leva à perda da autonomia e da independência.

A seguir abordaremos alguns resultados de pesquisa com o uso da MIF em idosos.

Em serviços de reabilitação, a MIF tem apontado melhores resultados entre idosos com melhor estado cognitivo na admissão, pois muitas técnicas de reabilitação necessitam da cooperação dos pacientes (HERUTI et al., 2002). ERGELETZIS, KEVORKIAN e RINTALA (2002), realizaram um trabalho que avaliou o desempenho funcional de idosos em unidade de reabilitação após AVE, comparando idosos maiores e menores de 80 anos. Os autores observaram que a MIF foi um instrumento sensível e demonstrou que apesar dos idosos mais velhos apresentarem menores valores, a maioria obteve sucesso na reabilitação e retornou à comunidade.

Nesse sentido, foi comparada a evolução da reabilitação entre idosos com idade muito avançada (com mais de 85 anos) e idosos menos velhos (75 a 84 anos). Os primeiros apresentaram valores inferiores da MIF e menor sucesso na

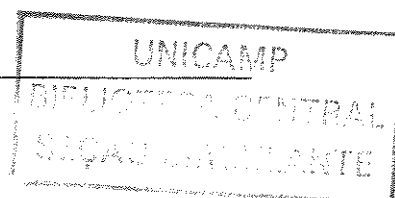
reabilitação quando comparados aos idosos mais jovens. Porém não houve diferença entre esses dois grupos no que se referia ao tempo de internação para a reabilitação, nas complicações pós-operatórias e no grau de mortalidade (LIEBERMAN e LIEBERMAN, 2002).

O estudo de LYSACK, MACHEILL E LICHTENBERG (2000), mostrou que a média dos escores da MIF motora de idosas que voltaram a morar sozinhas após a internação em um serviço de reabilitação, foi significativamente mais alta do que as idosas que não viviam sós.

Resultados semelhantes foram observados em outros estudos que mostram que os idosos com alteração cognitiva apresentam resultados inferiores da MIF no início e no final do tratamento, porém se beneficiam com as intervenções (GOLDSTEIN et al., 1997; HERUTI et al., 1999; RUCHINSKAS, SINGER, REPETZ, 2000; RUCHINSKAS, SINGER, REPETZ, 2001; HERUTI et al., 2002).

Comparando um grupo de idosos com AVE e outro com fratura de quadril em programa de reabilitação, a idade não foi uma variável determinante dos resultados da MIF, porém os fatores associados à idade avançada mereceram destaque, tais como a maior severidade das alterações na capacidade visual e auditiva presentes nos idosos mais velhos, em sua maioria no grupo com fratura (LIEBERMAN et al., 1999).

Outro estudo comparou o desempenho funcional por meio da MIF e o estilo de vida entre homens e mulheres japoneses que sofreram AVE. As mulheres apresentaram melhor resultado na reabilitação funcional quando comparadas com os homens idosos que, receberam acompanhamento por um tempo mais prolongado. Segundo os autores, esse resultado pode estar relacionado com o estilo de vida menos ativo dos homens, comparado com o das mulheres, decorrente provavelmente da diferença dos papéis sociais desempenhados por cada um (HACHISUKA et al, 1998).



Por meio da avaliação dos resultados de serviços de reabilitação de idosos com fratura de quadril, observou-se que o estado cognitivo na admissão estava diretamente associado ao sucesso da reabilitação e ao melhor desempenho funcional, correspondendo a um curto período de internação (GOLDSTEIN et al., 1997; HERUTI et al., 1999). De forma semelhante, HERUTI et al. (2002) demonstraram que o comprometimento cognitivo dificulta a compreensão por parte do idoso sobre as orientações necessárias ao tratamento, limitando sua cooperação (HERUTI et al., 2002).

No levantamento bibliográfico realizado por KAWASAKI, CRUZ e DIOGO (2004), entre os textos que abordaram a avaliação das propriedades psicométricas da MIF em população idosa, destaca-se o trabalho de revisão de literatura sobre a confiabilidade da MIF (OTTENBACHER et al, 1996) e o de associação entre a MIF e uma escala de atividades instrumentais de vida diária (OTTENBACHER et al, 1994), em que os autores, concluíram que a MIF demonstrou correlação com os itens avaliados, consistência e estabilidade.

Outros trabalhos utilizando amostras de sujeitos com diferentes faixas etárias e situações principalmente de reabilitação também apontaram para resultados favoráveis ao seu uso (SEGAL, DITUNNO, STAAS, 1993; LINACRE et al, 1994; CHANG e CHANG, 1995; STINNEMAN et al, 1996; PAOLINELLI et al, 2001). Dessa forma, nota-se que a MIF possui propriedades psicométricas que favorecem o seu uso na avaliação funcional de idosos.

A MIF se destaca por ser um instrumento sensível e confiável para se avaliar a capacidade funcional, é utilizada internacionalmente em indivíduos acometidos por diferentes afecções incapacitantes, pessoas idosas e especialmente em pessoas com AVE.

Muitos autores consideram a avaliação da capacidade funcional como um indicativo de qualidade de vida do idoso, uma vez que o desempenho nas AVDs permite aos profissionais da área de saúde, uma visão ampla do comprometimento de saúde e das seqüelas das doenças. Dessa forma, a

avaliação do idoso com relação ao seu desempenho nas AVDs tem sido um parâmetro indicador de avaliação funcional de saúde e da qualidade de vida na velhice (PASCHOAL, 1996b; PAULA, TAVARES, DIOGO, 1998).

A velhice é uma fase em que as pessoas sofrem alterações físicas próprias dessa faixa etária e estão mais sujeitas às doenças crônicas não transmissíveis e as sérias conseqüências provocadas por elas. Essas alterações levam a uma limitação física, dificultando a realização de atividades diárias até então exercidas por eles, influenciando assim, sua qualidade de vida. Portanto, a avaliação da qualidade de vida torna-se fundamental para a identificação de comprometimentos físicos, sociais e mentais principalmente nos idosos. Diante da relevância do tema, no próximo tópico será abordado alguns aspectos sobre a qualidade de vida na velhice.

1.4 Qualidade de vida e sua abordagem na velhice

Qualidade de vida é um termo subjetivo que pode ser definido pelas diferentes áreas do conhecimento e ter diferentes significados para cada uma delas. Além disso, o conceito de qualidade de vida pode mudar entre os países, entre as diferentes culturas, entre as classes sociais e principalmente entre os indivíduos (PASCHOAL, 2002).

Embora não se tenha uma definição consensual de qualidade de vida, há concordância entre os pesquisadores sobre algumas características do construto. Existem três características principais do construto compartilhadas por diversas correntes de opinião: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. A subjetividade está relacionada à existência de condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e trabalho, que influenciam a avaliação que elas fazem de sua qualidade de vida. Quanto a multidimensionalidade, é consenso entre os pesquisadores que a qualidade de vida inclui pelo menos três dimensões: a física, a psicológica e a social. A

bipolaridade considera que o construto possui dimensões positivas e negativas (WHOQOL Group, 1995).

Com referência as características do construto ora descritas, o grupo de especialistas em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como:

“... a percepção do indivíduo a cerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995).

A preocupação com a qualidade de vida na velhice tornou-se importante a partir do momento em que começou a aumentar o número dessa população em nossa sociedade. O bem-estar físico, psicológico e social dos idosos passou a interessar aos planejadores de políticas de saúde, educação, trabalho e seguridade social em diferentes países e, com isso muitos estudos começaram a ser realizados com o objetivo de garantir um envelhecimento digno a essa população (NERI, 2000; GEIB, 2001).

Qualidade de vida na velhice foi definida por LAWTON (1983) como:

“...avaliação multidimensional referenciada a critérios siconormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente”.

Para o idoso, destaca-se o modelo de avaliação de qualidade de vida proposto por LAWTON (1983), um importante pesquisador de qualidade de vida na velhice. Lawton construiu um modelo de qualidade de vida na velhice que possui quatro dimensões sobrepostas e inter-relacionadas: condições ambientais, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar psicológico, descritas a seguir.

O domínio relacionado à condições ambientais diz respeito ao ambiente objetivo e subjetivo, sendo o objetivo tudo aquilo que circunda externamente o

indivíduo, e o ambiente subjetivo, à percepção do ambiente pelo indivíduo, que tem relação direta com o seu bem-estar percebido.

A competência comportamental traduz a avaliação dos padrões sócio-normativos necessários para a adaptação do indivíduo no mundo externo (saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento social, utilização do tempo), ou seja, trata das reações do indivíduo frente as diferentes situações de sua vida e, portanto depende das experiências e condições de vida de cada um.

Qualidade de vida percebida depende da percepção do indivíduo sobre sua funcionalidade física, social e psicológica e sobre a sua competência comportamental, o grau de satisfação do indivíduo com a própria vida, relacionados ao casamento, a vida familiar, a rede de amigos, ao trabalho, as atividades desempenhadas no tempo livre e a satisfação com a sua saúde.

A quarta e última dimensão é o bem-estar psicológico que reflete a avaliação pessoal sobre as três áreas precedentes e, segundo NERI (2000), está relacionado com a capacidade do indivíduo ao enfrentar as perdas, eventos estressantes do curso de vida individual e social como desemprego, doenças, mortes em família dentre outras.

Embora o modelo de LAWTON (1983) deva ser destacado pela sua relevância na área de geriatria e gerontologia, ele é bem abrangente, o que se por um lado possibilita a abordagem multidimensional da qualidade de vida na velhice, por outro, dificulta sua operacionalização em pesquisas com o uso de todos os domínios.

Atualmente, existem instrumentos específicos e genéricos para a mensuração de qualidade de vida, testados e validados internacionalmente, que direcionam as pesquisas e fornecem dados seguros e precisos de um determinado estudo.

Os instrumentos específicos avaliam de forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida, são mais sensíveis para detectar alterações após uma intervenção. Já os instrumentos genéricos foram

desenvolvidos para demonstrar o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes em uma grande variedade de população (CICONELLI, 2003). Entre os específicos encontra-se, *Stroke Impact Scale (SIS)* e dentre os genéricos destacam-se o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* e o *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)* já traduzidos para o português na versão brasileira, e muito utilizados na avaliação de qualidade de vida de diferentes grupos de pessoas.

A SIS foi desenvolvida recentemente e trata-se de um instrumento específico de AVE e possui como objetivo a avaliação das seqüelas de AVE (LAI et al., 2003). Essa escala tem sido utilizada internacionalmente, porém ainda não foi traduzida e validada no Brasil.

O WHOQOL é um instrumento genérico para avaliação de qualidade de vida, foi elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com a colaboração de 15 centros internacionais o que resultou no desenvolvimento de dois instrumentos: o WHOQOL-100 e, posteriormente, em versão resumida, o WHOQOL-bref. Ambos instrumentos foram traduzidos e validados por FLECK et al (1999a, 1999b, e 2000).

O SF-36 foi elaborado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde, de fácil administração e compreensão, porém menos extensos que os anteriores (WARE e SHERBOURNE, 1992; CICONELLI, 1997). Além disso pode ser administrado através de questionários, entrevistas ou por telefone (WARE e SHERBOURNE, 1992; HACKETT et al., 2000).

No Brasil, o SF-36 foi validado por CICONELLI (1997) em pacientes com artrite reumatóide. SOUZA (2004), aplicou o SF-36 em idosos em hemodiálise e na análise de sua consistência observou elevado nível de confiabilidade. Estudos com diferentes grupos de sujeitos e diferentes afecções também apresentaram uma boa consistência interna com o SF-36 (BRAZIER et al, 1992; JENKINSON, COULTER, WRIGTH, 1993; HAYES et al. 1995; ANDERSON., et al., 1996; KIMURA et al., 2002).

O uso do SF-36 em idosos tem sido muito discutido (HAYES et al. 1995; BRAZIER et al. 1996). BRAZIER et al. (1996) mostram que instrumentos genéricos nem sempre são apropriados para pessoas idosas, pois eles usam termos diferentes, possuem habilidades física e mental, educação e compreensão da saúde diferente das pessoas mais novas. Nesse estudo os autores comparam dois instrumentos de qualidade de vida o SF-36 e o EUROQOL em idosos e concluíram que a dificuldade do uso do SF-36 em idosos é a falta de preenchimento de alguns itens não relevantes para eles. Dados semelhantes foram encontrados por HAYES et al. (1995) que demonstram que a ausência de respostas estavam associados com a idade, mas destaca que o SF-36 é e um importante instrumento de medida do estado de saúde para uso em idosos, porém propõe alterações na redação de algumas questões para aumentar a aceitabilidade dessas pessoas e reduzir a ausência de resposta.

O SF-36 tem sido muito utilizado em pacientes com AVE (WEIMAR et al., 2002; HOBART, et al., 2002; HOPMAN e VERNER, 2003; LAI, et al., 2003). O SF-36 tem sido utilizado para a qualidade de vida em pacientes com AVE leve e moderado e pouco utilizado em AVE severo (LAI et al., 2003).

Em estudos realizados, internacionalmente, para avaliar a qualidade de vida de pacientes com AVE observou-se de maneira geral alta confiabilidade no instrumento. (ANDERSON, et al, 1996; HOBART, et al, 2002).

O uso do SF-36 sob forma de entrevista é apropriado para uso em idosos com incapacidades provocadas pelo AVE e não compromete a ausência de dados ou a baixa validade de construto (ANDERSON et al, 1996; SOUZA, 2004)

As escalas genéricas, segundo HOBART et al. (2002) avaliam problemas de saúde gerais e não pessoas com incapacidades físicas tão comuns naqueles que sofreram um AVE. Mesmo assim os autores recomendam o uso do SF-36, porém com cautela em alguns domínios.

A criação do SF-36 foi baseada numa revisão dentre os instrumentos existentes dessa área existentes na literatura. Assim, foram selecionados

-

aproximadamente 40 conceitos de saúde e dentre eles escolhidos oito que representassem a percepção de saúde do indivíduo (WARE e SHERBOURNE, 1992, CICONELLI, 1997). Dessa forma esse instrumento foi formado por 36 itens distribuídos em 8 dimensões, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, avaliando tanto os aspectos negativos como os positivos relacionados a saúde (CICONELLI, 1997).

A dimensão capacidade funcional é relevante para pacientes idosos, pois está relacionada com as atividades da vida diária, além disso, a capacidade funcional é mais sensível para avaliar incapacidades leves ou moderadas desses indivíduos (HAYES et al., 1995; WEIMAR, et al., 2002). Assim é observado um declínio significativo entre as médias dos escores da capacidade funcional com o aumento da idade (ANDERSON, et al., 1996). As incapacidades físicas interferem na qualidade de vida de indivíduos com AVE (HOBART et al, 2002).

Resultados encontrados por HOPMAN e VERNER (2003) mostraram que a idade não foi fator significativo na qualidade de vida durante e após seis meses do AVE.

Recentemente, foi desenvolvida a forma abreviada do SF-36, o SF-12 que contém escores resumidos quanto aos domínios físico e mental, diminuindo a dificuldade de respostas para os entrevistados. O SF-12 é indicado para pacientes com AVE, pois é um instrumento curto o que facilita seu preenchimento para pacientes com incapacidades originadas pelo AVE, aumentando a eficiência do estudo com esses pacientes. Os autores sugerem que o SF-12 seja complementado com outras medidas de avaliação de saúde, visto que ele não reproduz completamente os domínios do SF-36 (PICKARD et al, 1999).

De acordo com a literatura pesquisada, apesar das desvantagens do uso do SF-36 em idosos e em pacientes com AVE, ele é sugerido como um bom instrumento de forma geral, porém com sugestões de alterações na redação. No caso de pessoas com AVE, estudos mostram associação entre capacidade

funcional e qualidade de vida, de forma que aqueles com capacidade funcional prejudicada tendem a ter sua qualidade de vida alterada. (HAYES et al, 1995; ANDERSON, et al., 1996; HOBART et al., 2002; WEIMAR, et al., 2002)

A qualidade de vida no idoso, segundo PASCHOAL (1996b), pode ser boa se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, boa saúde física, desempenhando seus papéis na sociedade ativamente e preservando sua individualidade. Caso contrário, envelhecer pode provocar sofrimento para esses indivíduos e suas famílias.

A qualidade de vida em idosos e sua avaliação sofrem os efeitos do preconceito dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice. O idoso deve participar ativamente na avaliação do que é melhor e mais significativo para ele, pois o padrão de qualidade de cada vida é um fenômeno pessoal (PASCHOAL, 2002),

Em nossa experiência profissional, tivemos a oportunidade de prestar assistência a idosos acometidos por AVE e vivenciamos na prática a dependência a que ficam submetidos após as seqüelas provocadas por essa afecção, que interferem em sua capacidade funcional e na realização de suas atividades de vida diária parcial ou completamente.

Embora seja possível supor uma relação estreita entre capacidade funcional e qualidade de vida, a qualidade de vida é, por definição, um conceito multidimensional. Assim é lícito perguntar em que medida, ou mais especificamente, em que domínios a capacidade funcional se relaciona com a qualidade de vida do idoso? A resposta a essa questão é importante, pois permitirá avaliar e planejar melhor as intervenções relacionadas à capacidade funcional, no que se refere a sua interferência na qualidade de vida do idoso.

Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida de indivíduos com idade maior ou igual a 55 anos acometidos por AVE.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar correlações entre capacidade funcional e qualidade de vida desses sujeitos;
- Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínico/terapêuticas e a capacidade funcional; e
- Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas, Clínico/terapêuticas e a qualidade de vida desses sujeitos.

Material e Método

3.1 Descrição do estudo

Trata-se de um trabalho exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.

3.2 Campo de pesquisa

A pesquisa em questão foi realizada com pacientes do ambulatório de neuroclínica do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) do Centro de Reabilitação da Prefeitura Municipal de Campinas “Jorge Rafful Kanawati” e do Centro de Saúde Costa e Silva.

A divergência de locais deu-se com a intenção de incluir os sujeitos da pesquisa aqueles que possuíam e não possuíam acesso aos serviços de saúde, seja por incapacidade física ou dificuldade para locomoção.

O Ambulatório de Neuroclínica do HC-UNICAMP funciona às quartas-feiras, no período entre 13:00 e 17:00 horas e destina-se ao atendimento de pacientes acometidos por várias afecções neurológicas, entre elas o AVE. A cada retorno, os pacientes passam por uma consulta médica e continuam em seguimento ambulatorial. O serviço atende em média 21 pacientes agendados semanalmente. A equipe é formada por profissionais da área médica (médicos e acadêmicos), da área de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem), psicólogos e fonoaudióloga.

O Centro de Reabilitação “Jorge Rafful Kanawati”, situado em Sousas, dentre outras atividades de reabilitação, atende a grupos de pacientes que sofreram AVE, dentre eles idosos. São realizadas orientações a esses pacientes e seus familiares sobre a afecção, suas causas, seqüelas, alimentação adequada, dentre outras num total de quatro encontros por grupo. O Centro de reabilitação abrange o município de Campinas e tem em média 280 atendimentos diariamente, dentre eles oito pacientes com AVE a cada encontro semanal. A equipe

responsável é formada por fisioterapeutas, assistente social, terapeuta ocupacional e psicóloga.

O Centro de Saúde Costa e Silva faz parte do Distrito de Saúde Leste do município de Campinas, e responde por uma região de 24779 indivíduos, sendo 50% deles SUS dependentes e 4733 sujeitos apresentam idade igual ou maior que 55 anos. A unidade conta com três equipes que realizam aproximadamente 63 atendimentos domiciliares mensalmente. Essas equipes são formadas por médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e por agentes de saúde. Os atendimentos são realizados regularmente dependendo da prioridade de cada paciente.

3.3 Sujeitos

Esse estudo teve como sujeitos pacientes com idade maior ou igual a 55 anos, em acompanhamento no ambulatório de Neuroclínica (n=28), no Centro de Reabilitação (n=6) e no Centro de Saúde (n=10).

Na literatura, muitos estudos sobre AVE em idosos incluem indivíduos com idade próxima a 60 anos. Entretanto, no decorrer do estudo piloto observamos uma importante parcela de pacientes com idade inferior a 60 anos que além de vivenciarem seu envelhecimento, sofriam as conseqüências e limitações decorrentes do AVE, motivo pelo qual foram também incluídos pacientes com idade inferior a 60 anos, porém superiores a 55 anos,

Os pacientes atendidos no Ambulatório de Neuroclínica e no Centro de Reabilitação foram considerados sujeitos que tinham acesso ao serviço de saúde (n=34), pois conseguiam se locomover até lá; assim as entrevistas foram realizadas nos locais de atendimento. Os sujeitos atendidos pelo PSF do Centro de Saúde em seus domicílios foram considerados sem acesso ao serviço (n=10), visto que eles tinham dificuldade para se locomover, seja por incapacidade física ou pela falta de transporte adequado, ou ainda pela ausência de acompanhante; assim as entrevistas com esses pacientes foram realizadas no domicílio.

Critérios de inclusão:

- Último episódio de AVE superior a 60 dias, para que, em caso de seqüelas, o paciente tivesse um intervalo mínimo de adaptação. Além disso, o SF-36 utiliza em sua avaliação perguntas que envolvem quatro semanas anteriores à entrevista como avaliação comparativa.
- Concordar em participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

Critérios de exclusão:

- Dificuldade em estabelecer comunicação verbal.
- Último episódio de AVE inferior a 60 dias.

3.4 Período de coleta de dados

Os dados foram colhidos durante nove meses, nos seguintes períodos de acordo com os locais utilizados para campo de pesquisa:

- Ambulatório de Neuroclínica do HC/UNICAMP e Centro de Reabilitação da Prefeitura Municipal de Campinas - de junho/2003 a fevereiro/2004.
- Centro de Saúde Costa e Silva – de dezembro/2003 a março/2004, após sugestão no Exame de Qualificação.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Caracterização sociodemográfica e clínica

Para o desenvolvimento desse trabalho foi elaborado um instrumento para caracterizar os sujeitos quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde (APÊNDICE 2). Os dados sociodemográficos contemplaram informações sobre

idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda pessoal e familiar, realização de atividade, composição familiar, cuidador e acompanhante.

Quanto aos dados relacionados a saúde dos sujeitos da pesquisa o instrumento contou com questões sobre os episódios de AVE, hospitalização e limitações impostas pelo AVE, uso de medicamentos, diagnósticos médicos, fatores de risco e acompanhamento fisioterápico.

Medida de Independência Funcional (MIF)

Para avaliar a capacidade funcional dos sujeitos foi aplicado o instrumento de Medida de Independência Funcional (MIF) (ANEXO 1), traduzido e adaptado para o português no Brasil por RIBERTO et al. (2001). Embora a MIF não seja validado em nosso meio, apresenta boa confiabilidade e sensibilidade em estudos realizados internacionalmente.

Para a utilização desse instrumento foi necessário treinamento específico teórico e prático que foi realizado pela autora do estudo, na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em abril de 2003, com carga horária de 12 horas (ANEXO 2).

A MIF verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes as domínios de autocuidado, controle esfincteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. O valor atribuído para cada tarefa avaliada, pode variar de um (assistência total) a sete (independência completa), portanto, o escore da MIF total (MIFt) varia entre o mínimo de 18 e o máximo de 126. A MIF possui dois grandes domínios, o domínio motor (MIFm), que consta das tarefas de autocuidado, controle esfincteriano, transferências, locomoção e o domínio cognitivo-social (MIFcs) que é composto pelas tarefas de comunicação e cognição social. Os valores da MIFm variam entre 13 e 91 e da MIFcs entre 5 e 35.

Embora no estudo de reprodutibilidade da MIF, RIBERTO et al. (2001) tenham utilizado o termo “sub-escala” para designar as áreas que compõem a MIF, a grande maioria dos estudos internacionais com o uso dessa medida utiliza, para isso, o termo “domínio”, que também será adotado neste estudo.

Medida de Qualidade de Vida

A qualidade de vida dos sujeitos do estudo foi avaliada pelo uso do instrumento “The Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey” (SF-36) (ANEXO 3), desenvolvido por WARE e SHERBOURNE (1992), traduzido e validado no Brasil por CICONELLI (1997). Trata-se de um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, que possui fácil administração e compreensão, e um dos menos extensos existentes até o momento (CICONELLI, 1997; SAVONITTI, 2000; SOUZA, 2004).

Os oito aspectos de qualidade de vida avaliados pelo SF-36 recebem denominações diferentes ao longo dos inúmeros estudos que o empregaram. WARE e SHERBOURNE (1992) utilizam o termo “escalas”, HACHETT et al. (2000) faz uso de “domínios de saúde” para identificar as oito dimensões do SF-36. Nessa pesquisa optamos por utilizar o termo “dimensões” para designá-los, assim como no estudo realizado por SOUZA (2004).

O SF-36 é um questionário multidimensional, composto por 36 itens agrupados em oito dimensões: 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), saúde mental (5 itens), num total de dez questões. Além disso, inclui uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás, que não entra na análise geral das dimensões (CICONELLI, 1997; SAVONITTI, 2000; SOUZA, 2004).

A avaliação de cada dimensão do SF-36 é descrita a seguir, segundo CICONELLI (1997):

- Capacidade funcional (CF), representada pela questão 3, avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas a capacidade física, com três níveis de respostas (muita limitação, pouca limitação, sem limitação).
- Aspectos físicos (AF), questão 4, aborda tanto as limitações no tipo e quantidade de trabalho como também o quanto estas limitações podem interferir no desenvolvimento do trabalho e das atividades de vida diária dos pacientes.
- A avaliação da dor (D), questão 7 e 8, consiste em sua intensidade e sua interferência nas atividades de vida diária dos pacientes.
- Estado geral de saúde (EGS), questão 1 e 11, abordam a avaliação da saúde.
- Para avaliar a vitalidade (V), questão 9 - itens a, e, g, i, levou-se em conta o nível de energia e de fadiga dos pacientes.
- Aspectos emocionais (AE), questão 5, inclui as limitações relacionadas ao tipo e quantidade de trabalho como também o quanto estas limitações podem interferir no desenvolvimento do trabalho e das atividades de vida diária dos pacientes.
- A avaliação dos aspectos sociais (AS), questões 6 e 10, verifica a integração do indivíduo em atividades sociais (família, amigos, vizinhos, grupos).
- O domínio saúde mental (SM), questão 9 - itens b, c, d, f, h, avalia ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem estar psicológico.

A avaliação dos resultados foi feita por meio de pontuações para cada questão (ANEXO 4) e depois transformadas numa escala de 0 (zero) a 100 (Raw Scale) (ANEXO 5), em que zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor estado de saúde. Para esse instrumento não há pontos de corte, sendo cada domínio avaliado separadamente (CICONELLI, 1997).

3.6 Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas antes ou após o atendimento dos diferentes profissionais da saúde do ambulatório de neuroclínica e do centro de reabilitação, dependendo da rotina do serviço e na presença do acompanhante.

Os sujeitos vinculados ao Centro de Saúde foram entrevistados em seus domicílios após contato e agendamento prévio com a autora do trabalho, sem a participação da equipe de visita domiciliar da unidade de saúde, porém com a presença de um familiar ou pessoa solicitada pelo paciente. Após os esclarecimentos sobre o objetivo do trabalho, o consentimento dos sujeitos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os instrumentos foram aplicados na seguinte seqüência: em primeiro lugar perguntas referentes aos dados de identificação, dados sociodemográficos e relacionados à saúde, em seguida foram perguntadas as questões referentes ao SF-36 e, por último a MIF. A MIF foi o último instrumento a ser aplicado porque algumas perguntas dele já eram respondidas durante a entrevista, o que facilitou o seu preenchimento posteriormente.

Os dados referentes à saúde foram obtidos além das entrevistas, por consulta nos prontuários.

3.7 Aspectos éticos

A coleta dos dados foi realizada após o consentimento dos responsáveis pelos respectivos serviços (APÊNDICE 3, 4 e 5) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP (ANEXO 6 e 7).

Os pacientes foram entrevistados após ciência e assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido pelo próprio paciente ou, na sua impossibilidade, por seu responsável.

3.8 Tratamento e análise estatística dos dados

No presente estudo, as ocupações anteriores e atuais dos pacientes entrevistados, foram classificadas de acordo com o modelo proposto por FONSECA (1967) (ANEXO 8).

Os diagnósticos médicos foram agrupados de acordo com a divisão das doenças por sistemas estabelecida por BENNETT e PLUM (1997). Já as medicações foram agrupadas segundo a classificação de medicamentos de KOROLKOVAS e FRANÇA (2001).

Inicialmente, os dados dessa pesquisa foram organizados em uma planilha do Excel for Windows 98, em seguida transportados para o SAS System for Windows (*Statistical Analysis System*), versão 8.02 pelo serviço de estatística da FCM-Unicamp, com a realização das seguintes análises:

- Análise descritiva das variáveis, com uso de tabelas de frequência para variáveis categóricas (sexo, estado civil, escolaridade) e contínuas (idade, SF-36 e MIF); medidas de posição (média, mediana, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão).
- Coeficiente Alfa de Cronbach, para verificar a homogeneidade ou acurácia dos itens dos instrumentos SF-36 e MIF, ou seja, sua confiabilidade.

- Teste de Mann-Whitney: para comparação entre os grupos com e sem acesso ao serviço de saúde com relação aos domínios do SF-36 e da MIF.
- Coeficiente de Correlação de Pearson (r): para verificar a existência de correlação entre dimensões do SF-36 e a idade, da MIF e da idade e entre o SF-36 e a MIF.

Para AJZEN e FISHBEIN (1980), em ciências sociais, as correlações em torno de 0,30 têm sido consideradas satisfatórias, e as correlações abaixo desse nível teriam pouco valor prático, mesmo que estatisticamente significativas. As correlações em torno de 0,30, devem ser consideradas de magnitude moderada, enquanto que as acima de 0,5 indicam relações relativamente fortes entre duas variáveis. Portanto, para esse estudo, adotamos o seguinte critério de classificação dos coeficientes de correlação: $<0,3$ (fraca correlação), $\geq 0,3$ a $< 0,5$ (moderada correlação) e $\leq 0,5$ (forte correlação).

- Análise de Variância Univariada (ANOVA) e Multivariada (MANOVA) para testar a influência das variáveis idade, cuidador, AVE anterior, último AVE e as limitações do AVE (seqüelas) nos escores dos domínios da MIF e do SF-36.

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

Resultados

4.1 Características sociodemográficas e de saúde dos sujeitos do estudo

Participaram do estudo 44 pacientes sendo 27 (61,4%) do sexo masculino; a idade variou entre 55 e 87 anos, predominando a faixa etária entre 60 e 69 anos, com média de 66 anos; a maioria era casado, com composição familiar bigeracional. A maioria morava com uma geração, sendo este o seu cônjuge, predominantemente, e duas gerações, o cônjuge e filho(a). A grande maioria dos sujeitos tinha até quatro anos de estudo.

A principal fonte de renda da casa era o próprio entrevistado, com renda pessoal variando entre um e dois salários mínimos e renda familiar aproximadamente equilibrada entre menor ou igual a dois salários mínimos em 21 (47,7%) sujeitos e maior que dois salários mínimos em 22 (50%) sujeitos (Tabela1).

Segundo a classificação ocupacional de FONSECA (1967), quanto à ocupação anterior houve predomínio do nível II, ou seja, ocupação manual especializada como motorista, pedreiro, guarda noturno, costureira, tecelã, zelador, operário e pintor. Já na ocupação atual destacou-se o nível V no qual se enquadram os aposentados e pensionistas (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos 44 sujeitos da pesquisa. Campinas, 2004.

Dados sociodemográficos	n	%
Idade		
• < 60 anos	9	20,4
• 60 - 69 anos	19	43,2
• 70 - 79 anos	13	29,5
• ≥ 80 anos	3	6,8
Sexo		
• Masculino	27	61,4
• Feminino	17	38,6
Estado civil		
• Solteiro	2	4,5
• Casado/amasiado	29	65,9
• Viúvo/desquitado/divorciado/separado	13	29,5
Composição familiar		
• Sozinho	4	9,1
• Uma geração	10	22,7
• Duas gerações	24	54,5
• Três gerações	6	13,6
Escolaridade		
• Não frequentou a escola	11	25,0
• < 4 anos	10	22,7
• = 4 anos	14	31,8
• >4 anos	9	20,4
Ocupação anterior		
• Nível I	15	34,1
• Nível II	26	59,1
• Nível III	2	4,5
• Nível IV	1	2,3
Ocupação atual		
• Nível I	10	22,7
• Nível II	2	4,5
• Nível III	0	0
• Nível IV	0	0
• Nível V	32	72,7
Renda pessoal em salário mínimo(SM)		
• < 1 SM	1	2,3
• 1 – 2 SM	27	61,4
• > 2 SM e < 3 SM	3	6,8
• ≥ 3 SM	6	13,6
• Sem renda	7	15,9
Renda familiar em salário mínimo(SM)		
• < 1 SM	2	4,5
• 1 – 2 SM	19	43,9
• > 2 SM e < 3 SM	7	15,9
• ≥ 3 SM	15	34,0
• Não soube informar	1	2,8
Fonte principal de renda		
• Sujeitos da pesquisa	25	56,8
• Cônjuge	6	13,6
• Filhos	3	6,8
• Outro	10	22,7

Na tabela 2, observamos que dos 34 (77,2%) pacientes com acesso ao serviço de saúde, 20 (45,4%) deles necessitavam de um cuidador, destacando-se o cônjuge, enquanto que dos dez pacientes que não tinham acesso ao serviço, sete necessitavam da presença de um cuidador, sendo eles o cônjuge na maioria das vezes. Além disso, dentre os pacientes com acesso ao serviço, 22 (50%) estiveram acompanhados de acompanhante que, também, foi predominantemente o cônjuge.

Apesar dos pacientes serem atendidos no domicílio, três deles não contavam com a presença contínua de um cuidador, uma paciente morava sozinha e dois não necessitavam de cuidador. O cuidador se fazia presente esporadicamente, como por exemplo, uma vez por semana para atividades relacionadas ao ambiente doméstico,

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos quanto à presença de cuidador, de acordo com o grau de parentesco e o local de atendimento. Campinas, 2004.

	Sujeitos atendidos no Ambulatório				Sujeitos atendidos no Domicílio			
	Com cuidador		Sem cuidador		Com cuidador		Sem cuidador	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	20	45,4	14	31,8	7	15,9	3	6,8
Grau de parentesco								
- Cônjuge	14	31,8	-	-	3	6,8	-	-
- Filha	2	4,5	-	-	2	4,5	-	-
- Filho	3	6,8	-	-	-	-	-	-
- Outro	1	2,3	-	-	2	4,5	-	-

Com relação a comorbidade dos sujeitos da pesquisa, houve predomínio das doenças cardiovasculares, especialmente a HAS, presente em 39 (88,6%) pacientes. Destacam-se ainda outras doenças cardíacas tais como infarto agudo do miocárdio e arritmias cardíacas, doenças metabólicas presentes em sete

sujeitos, doenças do aparelho digestivo e doenças neurológicas presentes, respectivamente, em cinco sujeitos da amostra.

Entre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, a HAS esteve presente em 39 (88,6%) pacientes, seguida de tabagismo em 11 (25%) sujeitos investigados, diabetes mellitus em nove (20,4%) deles, etilismo em oito (18,2%), dislipidemias em cinco (11,4%) e obesidade em dois (4,5%), conforme Tabela 3.

Dos 44 sujeitos, 32 (72,7%) faziam uso de mais de uma medicação diariamente, com destaque para os fármacos cardiovasculares e depressores do Sistema Nervoso Central (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa das comorbidades, dos fatores de risco e das medicações em uso dos sujeitos da pesquisa. Campinas, 2004.

Aspectos relacionados à saúde	n (∞)	%
Comorbidades):		
• Doença cardiovascular		
Hipertensão Arterial Sistêmica	39	88,6
Infarto agudo do miocárdio	5	11,4
Arritmia cardíaca	3	6,8
Outros*	8	18,2
• Doença do aparelho digestivo**	5	11,4
• Doença neurológica***	5	11,4
• Doenças metabólicas		
Diabetes mellitus	9	20,5
Dislipidemia	5	11,4
• Hipotireoidismo	2	4,5
• Anemia	1	2,3
• Doença dos órgãos dos sentidos***	6	13,6
Fatores de riscopara doenças cardiovasculares:		
Hipertensão arterial sistêmica	39	88,6
Tabagismo	11	25,0
Diabetes mellitus	9	20,4
Etilismo	8	18,2
Dislipidemias	5	11,4
Obesidade	2	4,5
Medicações em uso:		
Fármacos depressores do Sistema Nervoso Central	30	68,2
Fármacos cardiovasculares	32	72,7
Fármacos interferentes no metabolismo da água/eletrólitos	12	27,3
Fármacos de metabolismo	11	25,0
Fármacos do sangue	8	18,2
Fármaco do trato-intestinal	5	11,4
Fármacos psicotrópicos	2	4,5
Outros	8	18,2

* Doença cardiovasculares – cardiopatia chagásica, acidente isquêmico transitório, cardiopatias.

** Doença do aparelho digestivo - Diverticulite intestinal, dispepsia, colecistolítase, constipação intestinal e hemorróida.

*** Doença neurológicas - Epilepsia, ataxia cerebelar, síndrome demencial, síndrome piramidal, síndrome de liberação frontal e síndrome vestibular.

**** Doença dos órgãos dos sentidos – Catarata, Diminuição da acuidade auditiva

∞ Os sujeitos podiam apresentar mais de uma resposta.

Os dados referentes à ocorrência de AVE estão apresentados na Tabela 4. História de episódios anteriores de AVE foram observados em 15 (34,1%) sujeitos, oito (18,2%) apresentaram apenas um episódio, seis (13,6%) tiveram dois (4,5%) e um (2,3%) paciente teve três episódios de AVE anteriores.

Com relação ao último AVE, em 19 (43,2%) sujeitos ocorreram em um intervalo maior que dois e menor que 12 meses em relação ao dia da entrevista, em 17 (38,6%) havia acontecido num período maior que 24 meses e em oito (18,2%) entre 12 e 24 meses. Houve predomínio do AVE isquêmico ocorrido em 40 (90,9%) indivíduos.

Quanto ao tratamento e seqüelas após o último episódio de AVE, 32 (72,7%) pacientes foram hospitalizados, cujo tempo de internação variou de um a 30 dias, com predomínio de cinco a dez dias em 14 (31,8%) sujeitos. Um total de 42 (95,4%) pacientes apresentou seqüelas decorrentes do AVE, entre eles 20 (45,4%) apresentaram hemiparesia, 14 (31,8%) tiveram paresia, cinco (11,4%) apresentaram parestesia, três (6,8%), plegia e ainda 18 (40,9%), apresentaram outras seqüelas como cefaléia, crise convulsiva, paralisia facial, alteração da linguagem e da memória.

Dos 44 indivíduos entrevistados apenas dez (22,7%) contavam com acompanhamento fisioterápico.

Tabela 4 - Dados sobre a ocorrência de AVE dos sujeitos da pesquisa. Campinas, 2004.

Informações referentes ao AVE	n	%
Episódio anterior de AVE		
• Não	29	65,9
• Sim	15	34,1
Número de AVE anteriores:		
Um	8	53,3
Dois	6	40,0
Três	1	6,7
Dados sobre o último AVE		
• Tempo (em meses)		
>2 a <12	19	43,2
12 a 24	8	18,2
>24	17	38,6
• Tipo de AVE		
Hemorragico	4	9,1
Isquêmico	40	90,9
• Hospitalização		
Sim	32	72,7
Tempo de hospitalização:		
< 5 dias	7	23,3
5 a 10 dias	14	46,7
> 10 dias	9	30,0
Seqüelas decorrentes do AVE		
• Sim	42	95,4
Hemiparesia E	13	34,2
Deficiência visual	8	18,2
Hemiparesia D	7	15,9
Paresia E	7	15,9
Paresia D	7	15,9
Parestesia	5	11,4
Plegia	3	6,8
Outros*	18	40,8
Acompanhamento fisioterápico		
• Sim	10	22,7

* Outros: cefaléia, crise convulsiva, paralisia facial, alterações de linguagem, do equilíbrio e da memória, tremor.

4.2 Capacidade funcional dos sujeitos da pesquisa

No presente estudo foram verificados valores de Alfa de Cronbach para a MIFm, MiFcs e MIFt. Nesse estudo foram encontrados valores de alfa entre 0,93 (MIFm) e 0,95 (MIFcs), que deve ser considerado como consistência interna segundo LOBIONDO-WOOD e HABES (2001), que consideram o alfa satisfatório aquele acima de 0,70.

Os escores de avaliação da capacidade funcional obtidos com a aplicação da MIF estão apresentados na Tabela 5. A pontuação total (MIFt) variou de 32 a 125, com a média de 97,0 ($\pm 22,3$). No domínio MIFm a variação observada foi de 19 a 91, com média de 68,9 ($\pm 17,4$), e no domínio cognitivo/social (MIFcs) os escores variaram entre 13 e 35, com média de 28,1 ($\pm 7,3$).

Tabela 5 - Escores dos valores da MIF para os 44 sujeitos da pesquisa. Campinas, 2004.

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

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

Ao compararmos os escores da MIFt e dos seus domínios, observamos na Tabela 6, que os pacientes com acesso ao serviço apresentaram valores superiores aos indivíduos que não tinham acesso ao serviço de saúde e estatisticamente significativos com valores estatisticamente significativos (MIFm – $p=0,0028$, MIFcs - $p=0,0029$ e MIFt - $p=0,0004$).

Tabela 6 - Comparação entre as médias e medianas dos escores obtidos nos domínios da MIF entre os sujeitos que tiveram acesso e os que não tiveram acesso ao serviço de saúde. (Teste de Mann-Whitney). Campinas, 2004.

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

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

Observamos correlação negativa significativa que variou de moderada a forte magnitude entre a MIFt e seus domínios e a idade (Tabela 7). Dessa forma podemos dizer que quanto maior a idade, menores os valores da MIF.

Tabela 7 - Valores do Coeficiente de Correlação de Pearson entre a MIFt e seus domínios e a idade. Campinas, 2004.

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

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

Os domínios das escalas da MIF com relação as variáveis idade, presença de cuidador, AVE anterior, tempo do último AVE, limitações do último AVE e tipo de diagnóstico médico entre si, utilizamos a Análise de Variância Multivariada (MANOVA), ou seja, a generalização da Análise de Variância (ANOVA). A ANOVA, segundo POLIT e HUNGLER (1995), testa o efeito de um ou mais tratamentos sobre grupos diferentes, através da comparação da variabilidade

entre grupos. A MANOVA é um procedimento estatístico utilizado para testar a significância da diferença entre as médias de dois ou mais grupos, em relação a duas ou mais variáveis dependentes, consideradas simultaneamente.

Na análise univariada (ANOVA) utilizada para cada domínio da MIF, notamos que a presença do cuidador ($p=0,0372$) e da hemiparesia ($p=0,0011$) interferiram no domínio motor da MIF, a idade ($p=0,0348$) e a presença de cuidador ($p=0,0063$) na pontuação da MIFcs e a idade ($p=0,0206$), a presença do cuidador ($p=0,0044$) e a hemiparesia ($p=0,0009$) influenciaram no escore da MIFt. (Tabela 8)

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

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

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

Tabela 8 - Apresentação dos valores de significância estatística (p-valor) nas análises univariada (ANOVA) e multivariada (MANOVA), considerando os escores dos domínios motor, cognitivo/social e escore total da MIF e as variáveis independentes pesquisadas. Campinas, 2004.

ANOVA		p-valor	
Variáveis	MIFm	MIFcs	MIFt
Idade	0.0830	0.0348	0.0206
Cuidador	0.0372	0.0063	0.0044
AVE anterior	0.3619	0.7602	0.3719
Ultimo AVE	0.2869	0.6420	0.5320
Hemiparesia	0.0011	0.1461	0.0009
Paresia	0.4182	0.7456	0.4149
Parestesia	0.8771	0.6991	0.9720
Deficiência visual	0.7229	0.6028	0.9400
MANOVA			
Geral	0.0010	0.0095	0.0001

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

Nas figuras 1 e 2 verificamos que as presenças do cuidador e da hemiparesia estão relacionadas aos menores valores da MIF nos pacientes entrevistados, ou seja, aqueles pacientes que não possuíam cuidador e não apresentavam hemiparesia obtiveram valores maiores da MIF, demonstrando assim a influência dessas variáveis na capacidade funcional desses indivíduos.

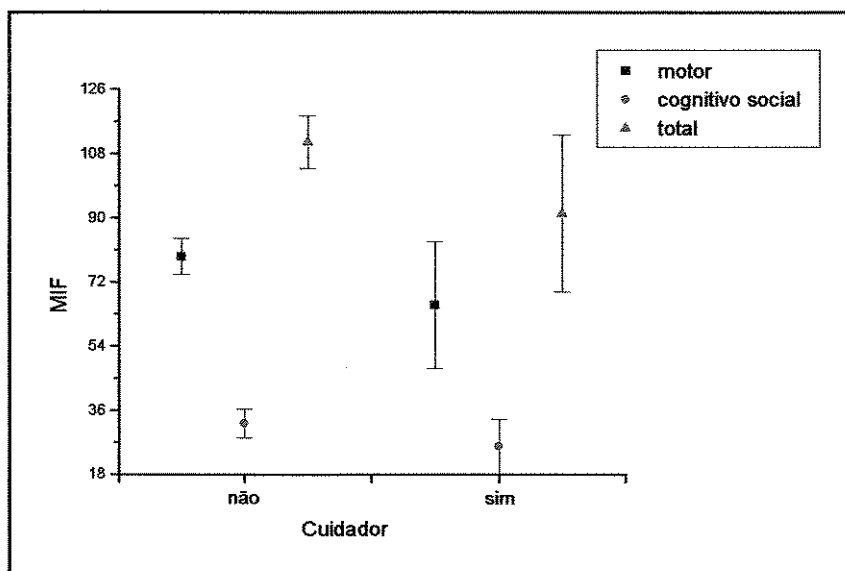


Figura 1 - Representação gráfica da associação dos escores da MIFm, MIFcs e MIFt e a presença de cuidador dos sujeitos do estudo. Campinas, 2004.

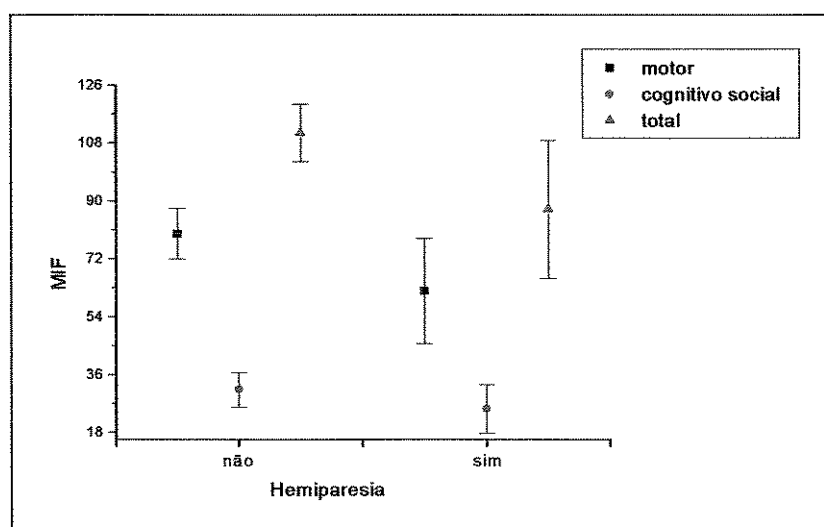


Figura 2 - Representação gráfica da associação dos escores da MIFm, MIFcs e MIFt e a presença de hemiparesia dos sujeitos do estudo. Campinas, 2004.

4.3 Qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa

A Tabela 9 mostra os valores dos coeficientes de alfa de Cronbach para cada domínio do SF-36, junto aos dados encontrados na literatura referentes a pacientes jovens, adultos e idosos em diferentes situações clínicas.

Neste estudo, observou-se que os valores de alfa de Cronbach variaram de 0,44 a 0,90. Os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, aspectos emocionais e saúde mental tiveram valor de alfa maior do que 0,70, o que segundo LOBIONDO-WOOD e HABES (2001) mostram uma consistência interna satisfatória. Os itens que apresentaram alfa menor que 0,70 foram a vitalidade, aspectos sociais e estado geral de saúde, embora o estado geral de saúde apresente valor muito próximo de 0,70.

Tabela 9 - Valores de coeficiente alfa de Cronbach para cada dimensão do SF-36 e para o instrumento como um todo, obtidos neste estudo e em outras pesquisas. CAMPINAS, 2004.

Dimensões do SF-36	Neste estudo	SOUZA (2004)*	KIMURA et al. (2002)**	SAVONITTI e KIMURA (2002)***	HOBART et al. (2002)****	STADNYK et al. (1998)*****	REN e CHANG (1998)*****
CF	0,90	0,89	0,86	0,92	0,90	0,91	0,88
AF	0,87	0,79	0,83	0,71	0,86	0,81	0,88
D	0,88	0,91	0,83	0,71	0,85	0,81	0,84
EGS	0,68	0,64	0,72	0,61	0,68	0,75	0,56
V	0,44	0,65	0,79	0,68	0,85	0,80	0,76
AS	0,59	0,56	0,60	0,40	0,70	0,72	0,57
AE	0,87	0,80	0,75	0,64	0,89	0,89	0,90
SM	0,71	0,79	0,82	0,74	0,80	0,81	0,38
Instrumto global	0,74	0,90	0,89	NR	NR	NR	NR

CF= Capacidade funcional; AF= Aspectos físicos; D= Dor; EGS= Estado geral de saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos sociais; AE= Aspectos emocionais; SM= Saúde mental.

*Idosos em hemodiálise; **População geral da cidade de São Paulo, ***Idosos institucionalizados no Brasil; **** Idosos após AVE; *****Idosos frágeis de dois Serviços Geriátricos do Canadá; ***** Idosos chineses em Boston.

Os valores obtidos na avaliação da qualidade de vida por meio do SF-36 estão demonstrados na Tabela 10. Os domínios de estado geral de saúde e saúde mental apresentaram respectivamente as maiores pontuações com médias 70,7 e 67,4, respectivamente. Enquanto as dimensões capacidade funcional, aspecto emocional e aspecto físico apresentaram menores escores, com média 38,9; 52,7 e 52,3 respectivamente. Um paciente não respondeu as questões que envolviam os itens aspecto físico e aspecto emocional, e então, foi excluído da análise das respectivas dimensões.

Na avaliação da qualidade de vida no estudo em questão, um paciente deixou de responder a questão 4 referente aos aspectos físicos, a questão 5 referente aos aspectos emocionais e um item da questão 9 (g) referente a vitalidade.

Tabela 10 - Escores das dimensões do SF-36 para os 44 sujeitos da pesquisa. Campinas, 2004.

Dimensões	n	Média	D.P.	Variação observada	Variação possível
CF	44	38,9	31,8	0 – 95	0 – 100
AF	43*	52,3	42,5	0 – 100	0 – 100
D	44	60,5	30,2	0 – 100	0 – 100
EGS	44	70,7	25,6	5 – 100	0 – 100
V	44	60,0	23,5	0 – 100	0 – 100
AS	44	65,6	34,2	0 – 100	0 – 100
AE	43*	52,7	45,0	0 – 100	0 – 100
SM	44	67,4	23,7	8 – 100	0 – 100

CF= Capacidade funcional; AF= Aspectos físicos; D= Dor; EGS= Estado geral de saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos sociais; AE= Aspectos emocionais; SM= Saúde mental.

*Um paciente não respondeu as questões das dimensões AF e AE.

Ao comparar as médias das dimensões do SF-36 com os resultados de outros estudos também com pacientes vítimas de AVE (Tabela 11), verificamos que a capacidade funcional é uma das dimensões que apresenta menores valores, ao lado do aspecto físico, vitalidade e aspectos emocionais somente no presente estudo.

Tabela 11 - Valores da média de cada dimensão do SF-36 obtidos neste estudo e em outras pesquisas. Campinas, 2004.

Dimensões do SF-36	Neste estudo	HOBART et al. (2002) ¹	HACKETT et al. (2000) ²	ANDERSON et al. (1996) ³
CF	38,9	47,6	48,3	48,0
AF	52,3	25,1	65,0	76,0
D	60,5	62,4	72,3	76,0
EGS	70,7	51,7	59,5	64,0
V	60,0	46,6	47,4	56,0
AS	65,6	64,5	67,2	86,0
AE	52,7	70,3	84,6	83,0
SM	67,4	70,9	81,3	77,0

CF= Capacidade funcional; AF= Aspectos físicos; D= Dor; EGS= Estado geral de saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos sociais; AE= Aspectos emocionais; SM= Saúde mental.

1- Avaliação da qualidade de vida após AVE; 2- Avaliação da qualidade de vida após seis anos do AVE;

3- validação do SF-36 em pacientes com AVE.

Tabela 12 mostra a relação entre as médias das dimensões do SF-36 e o acesso ou não ao serviço de saúde dos entrevistados. Aqueles sujeitos que possuíam acesso apresentaram média da capacidade funcional maior que aqueles que não tinham acesso ($p= 0,0001$), mostrando uma melhor capacidade funcional. Na dimensão aspecto físico, os indivíduos que não tinham acesso ao serviço apresentaram maior média ($p= 0,0025$), ou seja, quem não tinha acesso ao serviço apresentou maior pontuação no aspecto físico. Nos aspectos emocionais, os sujeitos que não possuíam acesso aos serviços tiveram maior média, ou seja, um melhor aspecto emocional ($p= 0,0011$). Não houve diferença entre os sujeitos com ou sem acesso ao serviço no que se refere às dimensões dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental.

Tabela 12: Comparação entre os valores dos escores obtidos nas oito dimensões do SF-36 entre os sujeitos que tiveram acesso e os que não tiveram acesso ao serviço de saúde. (Teste de Mann-Whitney). Campinas,2004.

Dimensões	Com acesso(n= 34)	Sem acesso (n=10)	p-valor
	Média (± dp) Mediana	Média (± dp) Mediana	
CF	48,4 (± 29,8) 50,0	6,5 (± 8,2) 2,5	p= 0,0002
AF*	44,1 (± 41,3) 37,5	83,3 (± 33,1) 100,0	p= 0,0176
D	59,0 (± 31,2) 56,5	65,8 (± 27,3) 72,0	p= 0,4983
EGS	69,16 (± 27,2) 73,5	76,1 (± 19,4) 81,0	p= 0,6232
V	59,2 (± 24,6) 65,0	62,7 (± 19,9) 57,5	p= 0,7257
AS	65,1 (± 33,4) 62,5	64,6 (± 41,6) 81,2	p= 0,8303
AE*	43,1 (± 43,1) 33,3	88,9 (± 33,3) 100,0	p= 0,0065
SM	65,6 (± 25,4) 70,0	73,6 (± 16,5) 78,0	p= 0,4316

CF= Capacidade funcional; AF= Aspectos físicos; D= Dor; EGS= Estado geral de saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos sociais; AE= Aspectos emocionais; SM= Saúde mental.

*Um paciente não respondeu a questão que envolve AF e AE.

Notamos uma correlação negativa de moderada magnitude com a capacidade funcional e uma correlação positiva de moderada magnitude nas dimensões aspecto físico e aspecto emocional. (Tabela 13)

Tabela 13: Coeficiente de Correlação de Pearson dos escores das dimensões do SF-36 com a idade. Campinas, 2004.

Dimensões do SF-36	Idade
CF	$r = -0,38$ $p = 0,0105$
AF*	$r = 0,30$ $p = 0,0488$
D	$r = 0,01$ $p = 0,9203$
EGS	$r = 0,20$ $p = 0,1731$
V	$r = 0,01$ $p = 0,9058$
AS	$r = 0,03$ $p = 0,8400$
AE*	$r = 0,42$ $p = 0,0047$
SM	$r = 0,13$ $p = 0,3845$

CF= Capacidade funcional; AF= Aspectos físicos; D= Dor; EGS= Estado geral de saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos sociais; AE= Aspectos emocionais; SM= Saúde mental.

*Um paciente não respondeu a questão que envolve AF e AE.

Na análise univariada (ANOVA), para cada uma das dimensões do SF-36, observamos que a condição hemiparesia influenciou a pontuação da dimensão capacidade funcional ($p=0,0006$), a variável parestesia influenciou a dimensão aspecto físico ($p=0,0242$), a deficiência visual interferiu na dimensão dor ($p=0,0480$) e a idade na dimensão aspecto emocional ($p=0,0184$) (Tabela 14)

Entretanto, na análise multivariada (MANOVA), considerando as variáveis independentes (idade, cuidador, AVE anterior, último AVE, hemiparesia, paresia, parestesia e deficiência visual) e como variáveis dependentes as oito dimensões do SF-36, observamos que somente a hemiparesia continuou interferindo na pontuação obtida na dimensão capacidade funcional, sendo observado média inferior nessa dimensão (média=23,7) para os sujeitos com

hemiparesia, quando comparados ao restante do grupo, sem hemiparesia (média=59,7).

Tabela 14 - Apresentação dos valores de significância estatística (p-valor) nas análises univariada (ANOVA) e multivariada (MANOVA), considerando as oito dimensões do SF-36 (variáveis dependentes) e as variáveis independentes pesquisadas. Campinas, 2004.

ANOVA				p-valor				
Variáveis	CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
Idade	0.2181	0.1479	0.4577	0.4796	0.8492	0.9011	0.0184	0.4476
Cuidador	0.0745	0.4861	0.5942	0.5841	0.5257	0.2612	0.5189	0.7255
AVE anterior	0.4300	0.3322	0.9123	0.9161	0.7190	0.2620	0.3965	0.2134
Ultimo AVE	0.5094	0.8039	0.6412	0.6351	0.6177	0.5859	0.2815	0.5390
Hemiparesia	0.0006	0.9541	0.9995	0.8506	0.4848	0.7260	0.7751	0.8410
Paresia	0.2379	0.6003	0.4914	0.9576	0.9797	0.6222	0.9417	0.4406
Parestesia	0.7734	0.0242	0.9433	0.1578	0.8577	0.9361	0.0810	0.8402
Def. visual*	0.2092	0.6797	0.0480	0.5895	0.3605	0.5493	0.3585	0.9900
MANOVA								
Geral	0.0060	0.2863	0.6893	0.7310	0.8469	0.8916	0.3059	0.8705

* Def. visual – deficiência visual

A figura 3 demonstra que na presença de hemiparesia houve valores significativamente menores de pontuação no domínio capacidade funcional do SF-36.

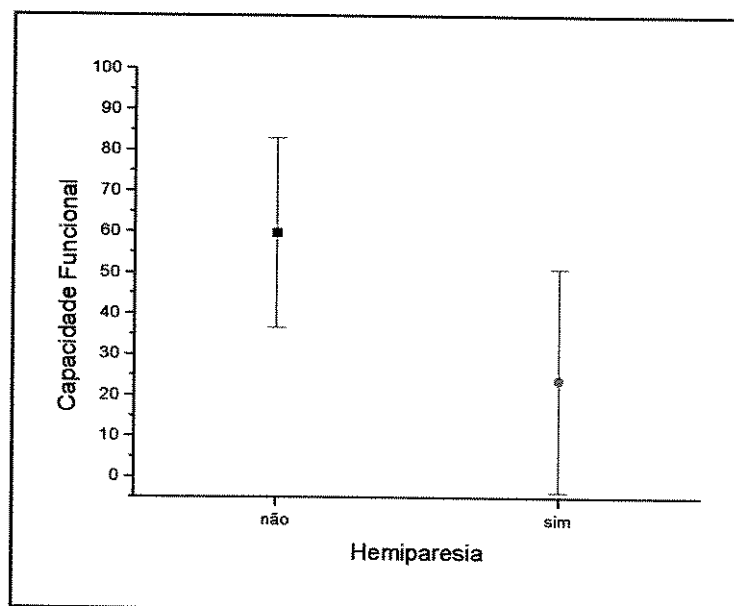


Figura 3: Representação gráfica da associação dos escores da dimensão capacidade funcional e a presença de hemiparesia dos sujeitos do estudo. Campinas, 2004.

Analisando a correlação entre a MIFt e seus domínios com as dimensões do SF-36, verificamos correlação significativa entre capacidade funcional e MIFT, MIFm e MIFcs, e entre a dimensão aspectos sociais e MIFcs. A capacidade funcional apresentou forte magnitude com a MIFt e a MIFm e moderada magnitude com a MIFcs enquanto os aspectos sociais do SF-36 apresentou moderada magnitude com a MIFcs (Tabela 15).

Tabela 15 - Coeficiente de Correlação de Pearson dos escores das dimensões do SF-36 e da MIF. Campinas, 2004.

Dimensões do SF-36	MIF motor	MIF cognitivosocial	MIF total
CF	$r = 0,71$ $p < 0,0001$	$r = 0,46$ $p = 0,0017$	$r = 0,70$ $p < 0,0001$
AF*	$r = -0,24$ $p = 0,1115$	$r = -0,13$ $p = 0,3836$	$r = -0,23$ $p = 0,1223$
D	$r = -0,21$ $p = 0,1670$	$r = -0,28$ $p = 0,0587$	$r = -0,25$ $p = 0,0884$
EGS	$r = -0,13$ $p = 0,3900$	$r = -0,02$ $p = 0,8815$	$r = -0,1114$ $p = 0,4713$
V	$r = 0,04$ $p = 0,7935$	$r = 0,13$ $p = 0,3990$	$r = 0,07$ $p = 0,6310$
AS	$r = 0,06$ $p = 0,6756$	$r = 0,34$ $p = 0,0223$	$r = 0,16$ $p = 0,2892$
AE*	$r = -0,28$ $p = 0,0611$	$r = -0,15$ $p = 0,3279$	$r = -0,27$ $p = 0,0714$
SM	$r = -0,12$ $p = 0,4265$	$r = -0,06$ $p = 0,6744$	$r = -0,11$ $p = 0,4475$

CF= Capacidade funcional; AF= Aspectos físicos; D= Dor; EGS= Estado geral de saúde; V= Vitalidade; AS= Aspectos sociais; AE= Aspectos emocionais; SM= Saúde mental.

*Um paciente não respondeu a questão que envolve AF e AE.

A seguir serão discutidos os dados ora apresentados.

Estudos em nível internacional, realizados com amostras populacionais maiores, com sujeitos vítimas de AVE mostraram dados sociodemográficos semelhantes ao presente estudo, desde a média de idade que foi superior a 60 anos, com predomínio do sexo masculino e de indivíduos casados (PICKARD et al, 1999; KAUHANEN et al, 2000; HOPMAN, W. M.; VERNER, J., 2003).

Segundo LESSA (1999), a frequência das doenças encefalovasculares aumenta exponencialmente com a idade. Em trabalho realizado pela autora em Salvador (BA), sobre a sua reincidência entre grupos etários extremos mostrou que a doença encefalovascular é 340 vezes mais incidente em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, quando comparada ao grupo etário de 15 a 24 anos.

Outros estudos comprovam que a ocorrência de AVE aumenta com a idade (BAGG, POMBO e HOPMAN, 2002; ERGELETZIS, KEVORKIAN e RINTALA, 2002; HERUTI et al, 2002; JONES, MILLER e PETRELLA, 2002)

Quanto ao tempo médio de escolaridade, 35 sujeitos deste estudo tinham quatro anos ou menos de estudo, ou seja, uma baixa escolaridade, sendo denominados analfabetos funcionais. SAVONITTI (2000) em seu estudo com idosos institucionalizados encontrou dados semelhantes em relação ao nível educacional. A escolaridade é considerada fator importante para o tratamento e recuperação dos pacientes, na medida que permite às pessoas o desenvolvimento de conhecimentos e visão crítica, além do maior acesso às informações. Para CÉSAR e PASCHOAL (2003), no Brasil, os anos de escolaridade são uma boa aproximação das condições socioeconômicas, além disso, a escolaridade tem sido um diferencial na utilização dos serviços de saúde tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento.

LOURENÇO, VERAS e SILVA (2002) em estudo com idosos, referem que a prevalência de hipertensão arterial, um dos principais fatores de risco para o AVE, tende a ser decrescente à medida que aumenta a escolaridade do indivíduo.

Em relação à ocupação anterior e atual dos pacientes, houve destaque, respectivamente, para o nível II, ou seja, ocupação manual especializada e nível V, onde se incluem os aposentados e pensionistas.

O predomínio dos sujeitos aposentados (n=32) se justifica pela média de idade dos mesmos. O AVE e as suas seqüelas muitas vezes incapacitantes, prejudicam ou mesmo impossibilitam o retorno ao trabalho após o episódio da doença, levando a aposentadorias precoces. Resultados semelhantes foram encontrados por PERLINI (2000).

Em estudo que identificou e analisou a capacidade funcional em idosos da comunidade, ROSA et al. (2003) demonstraram que os idosos com baixa escolaridade apresentaram chance cinco vezes maior de possuir dependência moderada/grave e oito vezes maior para os aposentados e 16 vezes maior para os pensionistas. Ainda nesse estudo, os autores identificaram que os idosos vítimas de AVE apresentaram chances maior que seis vezes para a ocorrência de dependência moderada/grave. Assim, a ocorrência de AVE associada às características pesquisadas demonstraram o grande risco de dependência para essa população.

No presente estudo, a maioria dos entrevistados convivia com duas gerações no domicílio (n= 24) sendo predominantemente o(a) filho(a). Dados parecidos foram encontrados em estudo realizado com idosos na cidade de São Paulo, em que verificou-se que mais da metade deles residiam com os filhos (SAAD, 2003).

Os indivíduos entrevistados eram, em sua grande maioria, a fonte principal de renda da casa, com salários variando entre um e menos que três salários mínimos; a renda familiar mensal foi maior que um e menor que três salários mínimos, demonstrando uma baixa renda familiar, dados estes semelhantes aos encontrados em estudo realizado na região sudeste do Brasil por RAMOS et al. (1993) e CAMPINO e CYRILO (2003).

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

Para KING (1996), o AVE, quando severo, causa um grande impacto no bem estar físico e psicológico do paciente e de seus familiares. Outros estudos, com dados semelhantes aos encontrados nessa pesquisa mostram evidência de que a maioria dos sobreviventes ao episódio de AVE tornam-se dependentes de outra pessoa para o autocuidado e para a realização das AVDs, devido as incapacidades provocadas pela doença (HAAN et al., 1995; HACKETT et al., 2000).

Ainda quanto ao cuidador desses pacientes, KAUHANEN et al. (2000) referem que os cônjuges podem subestimar ou superestimar a necessidade de cuidado aos pacientes com incapacidades leves. Os autores afirmam que a boa vontade e a habilidade do cuidador no cuidado ao paciente possuem influência significativa nas reações emocionais dele e no sucesso do seu tratamento de reabilitação.

Devido ao aumento da longevidade, a presença de uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis nos idosos é freqüente, e com isso, passa a ser comum o uso de pelo menos uma medicação diária para o controle das mesmas. Na amostra estudada, 32 idosos faziam uso de pelo menos uma medicação por dia.

A presença de comorbidades, freqüentes na velhice, leva ao uso de polifármacos. No Brasil, estudos sobre o consumo de produtos farmacêuticos evidenciam o aumento do seu uso com a idade (HAAK, 1989; LIMA-COSTA, BARRETO e GIATTI, 2003; ROZENFELD, CAMACHO e VERAS, 2003). Segundo ROZENFELD (2003) entre os idosos, a maioria consome pelo menos um medicamento, e aproximadamente um terço deles consome cinco ou mais

simultaneamente. VERAS (1994) encontrou em seu estudo que a grande parte dos idosos do município do Rio de Janeiro, usam medicamentos prescritos, principalmente entre as mulheres após os 70 anos de idade.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, a HAS é um dos problemas de saúde pública mais comum na população em geral e é um dos principais fatores de risco para o AVE aumentando de três a quatro vezes a chance de ocorrência de um episódio (ANDRÉ, 1999; LESSA, 1999, PY, 2002). De fato, esta afirmativa corrobora aos dados encontrados neste trabalho, no qual 39 sujeitos tinham história de HAS.

Nos idosos a frequência da hipertensão aumenta, o que leva a uma grande demanda de assistência médica, tanto pela doença quanto por suas complicações, particularmente o AVE (LEBRÃO e LAURENTI, 2003).

Em estudo recente, LIMA-COSTA, BARRETO e GIATTI (2003) demonstraram que 70% dos idosos brasileiros relataram ter pelo menos uma doença crônica não transmissível, sendo a HAS e artrite as mais frequentemente relatadas.

No presente estudo, destacaram-se ainda, na comorbidade presente, o infarto agudo do miocárdio como doença cardiovascular, doenças do aparelho digestivo, doenças neurológicas.

Em relação à ocorrência do AVE, verificamos que 29 pacientes não possuíam história de episódio anterior de AVE, enquanto que 15 tinham história de um, dois ou até mesmo três episódios. Em relação à ocorrência de AVE, BARROS (2003) refere que dentre os pacientes que sofreram um AVE, entre 15% e 38% apresentam novo episódio, sendo 50% deles fatais.

Quanto ao último AVE, a ocorrência variou entre maior que dois meses e menor que 12 meses e acima de 24 meses, com tempo máximo de 19 anos. Em estudos semelhantes o intervalo entre o último episódio de AVE e a coleta dos dados variaram entre: o mínimo de 14 dias (KNOWN et al., 2004), um e 11 meses (HOBART, et al., 2002), até 12 meses (WEIMAR et al., 2002), três meses após

(KAUHANEN, 2000; LAI, et al. 2003), quatro meses após (RIBERTO, 2001), e no máximo, seis anos após (HACKETT et al., 2000).

Houve predomínio do AVE isquêmico e 32 sujeitos necessitaram de internação hospitalar, predominantemente no período de 5 a 10 dias. Os 42 pacientes apresentaram seqüelas, com destaque para a hemiparesia, e somente dez entrevistados contavam com acompanhamento fisioterápico.

O AVE mais comum é o isquêmico e corresponde a aproximadamente 80% dos casos de doenças encefalovasculares (PY, 2002). Destaca-se ainda por ser uma das principais causas de internação hospitalar e de internação prolongada entre pacientes idosos acima de 65 anos (SUDLOW e WARLOW, 1997; HERUTI, et al, 2002) e uma das principais causas de internação (ANDRADE e RODRIGUES, 1999; BOCCHI, 2004). Pesquisadores referem que a hospitalização de pacientes com AVE em local onde há tratamento especializado, pode melhorar o prognóstico (KALRA, 1994; ANDRÉ, 1999).

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

NAKAYAMA et al. (1994) em seu estudo, encontraram que embora a idade não tenha influenciado a recuperação do estado neurológico, influenciou negativamente as AVDs. Já CALASANS e ALOUCHE (2004) encontraram que a deficiência cognitiva está correlacionada ao desempenho das atividades da vida diária de pacientes que sofreram AVE isquêmico.

Em estudo sobre reabilitação de idoso com AVE, ERGELETZIS, KERKOVIAN e RINTALA (2002) encontraram dados indicando que os pacientes com idade maior ou igual a 80 anos, completam com sucesso o programa de reabilitação e a maioria deles retorna para a comunidade.

Para BAGG, POMBO e HOPMAN (2002) a associação entre a idade e o pequeno resultado do tratamento de reabilitação funcional pode estar relacionada com a incapacidade e as comorbidades típicas da velhice.

HOPMAN e VERNER (2003) encontraram que os pacientes vítimas de AVE internados em reabilitação têm um impacto positivo em sua qualidade de vida. Dessa forma, podemos dizer que existe efetividade da reabilitação no funcionamento físico, cognitivo, emocional, social e bem-estar desses sujeitos.

A MIF demonstrou boa consistência interna em sua aplicação nos sujeitos do estudo. A pontuação da MIFt apresentou média elevada (média=97± DP=22,3), porém encontramos grande variação entre os sujeitos com pontuação mínima de 32 e máxima de 125, o mesmo aconteceu com a MIFm (média=68,9 ± DP=17,4) e a MIFcs (média=28,1 ± DP= 28,1).

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

Durante as entrevistas, não houve dificuldade para o preenchimento da MIF pela pesquisadora. O treinamento para o uso do instrumento e o material disponível para consulta facilitou essa etapa do estudo. Os pacientes responderam com clareza as perguntas com raras exceções, em que as respostas eram confirmadas com o acompanhante.

Em estudo com pacientes vítimas de AVE, BAGG, POMBO e HOPMAN (2002) encontraram que no momento da admissão e da alta do serviço de reabilitação, respectivamente, a média da MIFt para esses sujeitos foi 78 e 113; de seus domínios foram 53 e 84 para a MIFm e 27 e 30 para a MIFcs. HERUTI et al. (2002) verificaram médias inferiores ao presente estudo no momento da alta da reabilitação em pesquisa com idosos com AVE, a MIFt apresentou média de 88,7, a MIFm de 62,7 e a MIFcs de 28, embora as mesmas tivessem aumentado em relação às médias na admissão.

Resultados semelhantes ao estudo foram encontrados por RIBERTO et al. (2001) com média da MIFt de 94, da MIFm de 65 e MIFcs de 29.

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

A idade foi uma variável de importante destaque no estudo e apresentou correlação negativa com a MIF. Resultados semelhantes foram obtidos, em que o aumento da idade estava diretamente relacionado com piores resultados da MIF (BAGG, POMBO, HOPMAN, 2002; ERGELETZIS, KEVORKIAN e RINTALA, 2002 ; LIEBERMAN e LIEBERMAN, 2002).

ERGELETZIS, KEVORKIAN e RINTALA (2002) observaram que apesar dos idosos com idade acima de 80 anos apresentarem menores valores da MIF do que aqueles com idade menor que 80 anos, a maioria dos idosos nas diferentes faixas etárias obteve sucesso na reabilitação e retornou à comunidade. Nesse sentido, LIEBERMAN e LIEBERMAN (2002) compararam a evolução da reabilitação entre idosos com idade muito avançada (com mais de 85 anos) e idosos menos velhos (75 a 84 anos) e demonstraram que os primeiros apresentaram valores inferiores da MIF e menor sucesso na reabilitação quando comparados aos idosos mais jovens.

KALRA (1994) avaliou os efeitos da idade numa unidade de reabilitação de AVE e demonstrou que os pacientes com idade maior ou igual a 75 anos apresentaram piores resultados ao tratamento quando comparados com os sujeitos com idade menor que 75 anos. Além disso, o estudo verificou que os sujeitos mais velhos apresentaram maior recorrência de AVE e demência.

Outro estudo, ao comparar um grupo de idosos com AVE e outro com fratura de quadril em programa de reabilitação, a idade não foi uma variável determinante dos resultados da MIF para ambos os grupos, porém os fatores

associados à idade avançada mereceram destaque, tais como a maior severidade das alterações na capacidade visual e auditiva presentes nos idosos mais velhos, em sua maioria no grupo com fratura (LIEBERMAN et al., 1999).

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

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

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

A presença do cuidador é considerada essencial no tratamento desses pacientes de forma a incentivar e auxiliar na realização das atividades, porém sua intervenção pode influenciar na recuperação e na reabilitação de pacientes com AVE, não somente de forma positiva por meio de estímulo e incentivo como, negativamente, ao subestimar ou superestimar a capacidade dos pacientes (KAUHANEN et al., 2000). Porém, a presença do cuidador é considerada essencial no tratamento desses pacientes de forma a incentivar e auxiliar na realização das atividades.

Em estudo com idosos após o primeiro AVE, HERUTI et al. (2002) observaram que um melhor estado cognitivo na admissão estava relacionado com o melhor resultado da MIFm e com o curto tempo de internação. Ainda nesse estudo, pacientes com alteração cognitiva demonstraram poucos resultados na reabilitação. Os autores justificam, que é preciso um nível de cognição normal para a realização de técnicas específicas do tratamento.

A aplicação do SF-36 nos sujeitos desse estudo exigiu persistência da pesquisadora, pois muitos sujeitos tinham dificuldade para compreender a

pergunta e até mesmo os diferentes níveis de respostas, sendo necessário repeti-las mais de uma vez com freqüência, mostrando uma certa limitação do instrumento para essa população. Poucos itens deixaram de ser respondidos nesse estudo, o que atribuímos à forma de administração do SF-36, que foi a entrevista.

SINGLETON e TURNER (1993) referem que não há relação entre a ausência de respostas e o aumento da idade. Já HAYES et al. (1999) observaram que a idade estava relacionada com a omissão de respostas, assim como o tipo de administração.

BRAZIER (1996), em pesquisa realizada com idosos da população geral, observou que itens sem respostas estavam significativamente associados ao aumento da idade, pessoas com idade entre 65 e 74 anos têm em média três vezes mais itens sem resposta do que aquelas com idade entre 55 e 64 anos.

HAYES, MORRIS, WOLFE, MORGAN (1999) realizaram um estudo sobre o uso do SF-36 em idosos e verificaram que a porcentagem de perguntas não respondidas foi maior para as pessoas maiores de 75 anos e para o grupo de idosos que respondeu ao questionário. As respostas faltantes foram referentes às questões de capacidade funcional (3a), de aspectos físicos (4a e 4c), aspectos emocionais (5a e 5c) e 10c. Os autores justificaram que os idosos, de forma geral, tinham dificuldade para responder, pois estão relacionadas a atividades não realizadas por eles. Assim, sugeriram alterações na redação das questões 4 e 5, e para os itens 3g, 3h e 3i reordenar os itens de forma crescente das distâncias, de modo a aumentar a aceitabilidade dos idosos e diminuir o número de perguntas sem respostas.

Os autores HAYES, MORRIS, WOLFE, MORGAN (1999) sugerem o uso do SF-36 sob forma de entrevistas para a população idosa por ser completada com maior rapidez, melhorando a aplicabilidade do instrumento (BRAZIER, 1996; HAYES, MORRIS, WOLFE, MORGAN, 1999).

A consistência interna do SF-36 indicou boa confiabilidade. Entre os domínios, a maioria apresentou um alfa de Cronbach maior que 0,70, exceto o estado geral de saúde, a vitalidade e os aspectos sociais. Sendo que o estado geral de saúde apresentou valor bem próximo do esperado.

CA comparação dos resultados obtidos no presente estudo com os da literatura observamos que dados semelhantes foram encontrados por SOUZA (2004), SAVONITTI e KIMURA (2002). Os aspectos emocionais (KIMURA, 2002) e o estado geral de saúde (HOBART, 2002) apresentaram baixo coeficiente de alfa de Cronbach. Nota-se que os valores de alfa diferem entre os estudos, pois dependem do tipo de população a ser estudada. Isto posto, mostra que, embora amplamente utilizado, tem limitações para uso no idoso.

A média dos escores do SF-36 variou entre 38,9 (capacidade física) e 70,7 (estado geral de saúde). Os menores escores ficaram com a capacidade funcional, aspectos físicos e aspectos emocionais. Comparando as médias dos escores desse estudo com outros da literatura pesquisada envolvendo pacientes com AVE encontramos dados semelhantes como os de HOBART et al. (2002) que avaliaram a qualidade de vida de pacientes com AVE e encontraram escores baixos (menor que 50) em capacidade funcional, aspectos físicos e vitalidade e ANDERSON et al. (1996) que observaram baixo escore em capacidade funcional. KAUHANEN et al (2000), encontraram valores menores em capacidade funcional e aspectos físicos em pacientes com um ano após o AVE. Apesar dos estudos citados serem realizados com diferentes faixas etárias a média das idades foi acima de 60 anos.

A dimensão vitalidade apresentou uma das menores médias, o que pode estar relacionado aos itens do instrumento referentes a tal dimensão, que consideram o nível de energia, vigor, vontade e fadiga como esgotamento e cansaço. Cabe relatar que no decorrer das entrevistas alguns pacientes se emocionaram ao serem questionados sobre os itens da questão número nove do SF-36, questão que aborda os domínios de vitalidade e saúde mental. Os termos

utilizados nos itens da vitalidade muito semelhantes, como por exemplo: "cheio de vontade, cheio de força" e "com muita energia", "esgotado" e "cansado", que algumas vezes foram considerados sinônimos pelos pacientes.

Ao comparar indivíduos assintomáticos, com história de ataque isquêmico transitório e sujeitos com história de AVE leve em seus domicílios, as médias das dimensões do SF-36 foram inferiores no último grupo exceto a dimensão dor. Os autores relatam que as diferenças maiores entre os grupos foram nas dimensões capacidade funcional e aspectos físicos, mais prejudicados no grupo com AVE pela presença de seqüelas (DUNCAN et al.1997).

A grande variedade de resultados encontrados entre os estudos pode estar relacionada aos diferentes momentos de coleta de dados entre as pesquisas bem como com o número e a faixa etária da amostra populacional.

Quanto à relação entre as médias das dimensões do SF-36 e o acesso ao serviço de saúde, aqueles que possuíam acesso mostraram melhor capacidade funcional. Dentro dos aspectos físicos, os indivíduos sem acesso ao serviço apresentaram melhor aspecto físico. Nos aspectos emocionais, os sujeitos que não possuíam acesso aos serviços tiveram maior média, ou seja, um melhor aspecto emocional. Os domínios dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental não apresentaram relação com o acesso ou não aos serviços de saúde.

A dimensão capacidade funcional e a idade apresentaram correlação negativa, ou seja, quanto maior a idade menor a média dessa dimensão, a dimensão aspectos físico e aspecto emocional apresentaram correlação positiva com a idade. Resultados semelhantes foram encontrados por ANDERSON et al. (1996) que ao validarem o SF-36 entre pacientes com AVE notaram que os resultados da dimensão capacidade funcional tendem a declinar com o aumento da idade.

HOPMAN e VERNER (2003) verificaram que após seis meses de alta da reabilitação a idade não foi um fator significativo na avaliação da qualidade de vida.

KING (1996), ao avaliar a qualidade de vida de sujeitos após um a três anos do episódio de AVE, encontrou que os altos valores de qualidade de vida sugeriram que os sujeitos se adaptaram com as incapacidades provocadas pelo AVE. A autora cita que, com o tempo, as estratégias de enfrentamento contribuem positivamente para os sujeitos com incapacidades.

Analisando cada dimensão do SF-36 com as variáveis independentes, observamos que houve influência da hemiparesia na dimensão capacidade funcional, o que acreditamos estar associada à presença de incapacidades nos sujeitos.

HOPMAN e VERNER (2003) não encontraram diferença significativa no impacto do AVE de acordo com o local da lesão e referiram não possuir informações suficientes para avaliar o impacto do AVE de acordo com o local da lesão. Em estudo realizado por NIEMI, LAAKSONEN e KOTILA (1988) foi detectado que 20% dos pacientes tinham hemiparesia, além disso, esses pacientes tinham a qualidade de vida mais prejudicada do que aqueles sem a hemiparesia.

A dimensão capacidade funcional apresentou correlação positiva significativa com a MIF e seus domínios e a dimensão aspectos sociais apresentou correlação positiva significativa com a MIFcs, demonstrando comprometimentos importantes que ocorrem após o AVE na vida das pessoas. Portanto podemos dizer que houve associação entre a capacidade funcional e a qualidade de vida dos sujeitos do estudo.

Acreditamos ser importante investir na capacidade funcional do indivíduo com AVE porque ela está associada com a qualidade de vida na dimensão capacidade funcional do SF-36 e a MIFcs com os aspectos sociais, porém, outras intervenções são necessárias para contemplar a qualidade de vida

como um conceito multidimensional, no caso do SF-36. É possível que instrumentos específicos para o idoso sejam mais sensíveis na detecção de correlação entre capacidade funcional e qualidade de vida, por isso novos estudos devem ser realizados nesse sentido.

Conclusões

O presente estudo permitiu as seguintes conclusões:

Quanto à capacidade funcional:

- A MIF apresentou uma boa consistência interna satisfatória nos pacientes do estudo.
- A MIFm apresentou variação de 19 a 91, com média de 68,9; a MIFcs variou entre 13 e 35, com média de 28,1 e a MIFt entre 32 e 125, com média de 97,0.
- A idade apresentou correlação negativa com a MIF e seus domínios.
- Os sujeitos com maior idade e com cuidador apresentaram menores valores da MIFcs.
- Os pacientes que tiveram acesso ao serviço de saúde apresentaram médias dos domínios da MIF maiores que aqueles que não tiveram acesso ao serviço.
- Na análise univariada e multivariada, as variáveis independentes presença de cuidador e hemiparesia influenciaram negativamente os resultados do domínio motor; a idade e a presença de cuidador influenciaram negativamente nos escores do domínio cognitivo/social e a idade, a presença de cuidador e de hemiparesia influenciaram negativamente os resultados da MIFt.

Quanto à qualidade de vida:

- Dentro do grupo dos pacientes com AVE, o comprometimento funcional parece ter importante impacto, pois a dimensão capacidade funcional apresentou a menor média das dimensões do SF-36, seguido dos aspectos físicos e dos aspectos emocionais.
- Os maiores escores do SF-36 foram nos domínios estado geral de saúde, saúde mental e aspectos sociais e os menores valores se

destacaram em capacidade funcional, aspecto físico, vitalidade, dor e aspecto emocional.

- Os pacientes com acesso ao serviço de saúde apresentaram maior média da dimensão capacidade funcional quando comparados com os que não tiveram acesso.
- Na análise univariada, a variável independente hemiparesia influenciou a pontuação da dimensão capacidade funcional; a paresia interferiu na dimensão aspecto físico; a deficiência visual influenciou a dimensão aspectos emocionais. Na análise multivariada somente a hemiparesia interferiu na pontuação obtida na dimensão capacidade funcional.

Correlação entre capacidade funcional e qualidade de vida dos sujeitos:

- Houve correlação positiva de moderada a forte magnitude entre a dimensão capacidade funcional e os domínios motor, cognitivo/social e o escore total da MIF. Observamos correlação positiva de moderada magnitude entre a dimensão aspecto social e o domínio cognitivo/social.

Portanto, podemos inferir que o AVE apresenta alteração na capacidade funcional e na qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa. Além disso, observamos que a correlação entre a MIF e a dimensão capacidade funcional demonstraram que há associação entre a capacidade funcional e a qualidade de vida dos pacientes com AVE deste estudo.

Considerações Finais

7.1 Limitações do estudo

O presente estudo teve como uma de suas principais limitações o número de sujeitos, pois não contamos com um local específico para encontrá-los. Infelizmente, não existe um serviço especializado, nem mesmo cadastramento desses sujeitos, os atendimentos a essa população é isolado dentre os diversos setores da área da saúde.

Ao localizarmos o Centro de Reabilitação, algumas reuniões foram necessárias até que o campo fosse liberado para início da pesquisa. Posteriormente, no exame de qualificação, foi sugerida a inclusão de pacientes que fossem atendidos no domicílio, ou seja, não tivessem acesso ao serviço de saúde, o que demorou algumas semanas até ser realizado contato com o Centro de Saúde, ser aceito e liberado para a coleta de dados. Esses fatores associados ao limite de tempo para a conclusão do estudo não possibilitaram aumentar ainda mais o tempo da coleta dos dados de forma a obter o tamanho amostral sugerido, inicialmente, pelo serviço de estatística.

Os dados referentes ao estado de saúde foram colhidos em prontuários médicos na maioria das vezes, porém alguns dados como fatores de risco e medicações em uso foram confirmadas através da entrevista devido aos dados estarem incompletos ou ausentes nos prontuários.

Os sujeitos da pesquisa demoraram em média 27,5 minutos para responder os três instrumentos, sendo que em muitos deles foi preciso repetir por várias vezes as perguntas e os diferentes níveis de respostas até que eles pudessem compreender e responder, o que foi freqüente na aplicação do SF-36.

7.2 Recomendações para futuras pesquisas

O presente trabalho forneceu dados importantes sobre o AVE em pacientes com idade igual e superior a 55 anos, que podem servir como base para futuros estudos relacionados ao tema. Além disso, alguns dados devem ser mais

explorados como os dados sociodemográficos e relacionados a saúde, como escolaridade, a presença de cuidador, seqüela do AVE, temas que, de acordo com a literatura estudada, influenciam a capacidade funcional e na qualidade de vida dos sujeitos.

Estudos semelhantes a este devem ser realizados com amostra maior que possa ser representativa para a população. Ademais, poucos estudos longitudinais foram encontrados relacionados a essa população específica, fato que chama a atenção, pois não se tem avaliação de como a capacidade funcional e a qualidade de vida de uma pessoa vítima de AVE evoluem ao longo do tempo.

Há necessidade de pesquisas para avaliar a influência da presença do cuidador na funcionalidade dos indivíduos acometidos por AVE e do uso de instrumentos de qualidade de vida específicos para essa população.

Referências Bibliográficas

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.

ANDERSON, C.; LAUBSCHER, S.; BURNS, R.; Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. **Stroke**, 27: 1812-6, 1996.

ANDRADE, O. G.; RODRIGUES, R. A. P. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, 20(2): 90-109, 1999.

ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro, Revinter, 1999. 159p.

BAGG, S.; POMBO, A. P.; HOPMAN, W. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. **Stroke**, 33: 179-85, 2002.

BARROS, J.E.F. Doença encefalovascular. In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A neurologia que todo médico deve saber**. Atheneu. São Paulo, 2003. p171-88.

BENNETT, J. C.; PLUM, F. (Ed.). **Cecil: tratado de medicina interna**. Traduzido pela Editora Guanabara Koogan. 20ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1997. 2467p. Título original: Cecil textbook of medicine.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. Campinas: Papyrus, 1999. p. 11-40.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Rev Latino-am Enfermagem**, 12(1): 115-21, 2004.

BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. A.; FREITA, E. V. de.; MAGALHÃES, M. E. C.; POZZAN, R. Hipertensão arterial no idoso. In: FREITAS, E. V. de; PY, I.; NERI, A

L.; CANÇADO, F.A X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.249-62.

BRASIL. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Política Nacional do Idoso**, Brasília, 1998.

BRASIL. Redação final do Projeto de Lei da Câmara nº 57(Lei nº 3.561, de 1997, na Casa de origem) que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências, consolidando as emendas de redação aprovadas pelo Plenário. **Senado Federal/Comissão Diretora**. 2003.

BRAZIER, J. E.; HARPER, R.; JONES, N. M. B.; O'CATHAIN, A.; THOMAS, K. J.; USSHERWOOD, T.; WESTLAKE, L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. **BMJ**, 305: 160-4, 1992.

BRAZIER, J. E.; WALTERS S. J.; NICHOLL, J. P.; KOHLER, B. Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. **Qual Life Res**, 5:195-204, 1996.

CALASANS, P. A.; ALOUCHE, S. R. Correlação entre o nível cognitivo e a independência funcional após AVE. **Rev. Bras. Fisioter**. 8(2):105-9, 2004.

CAMPINO, A. C. C.; CYRILO, D. C. Situação de ocupação e renda. In: LEBRÃO, M. L.; OLIVEIRA, Y. **SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento-O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**.São Paulo, 2003. p.241-55.

CESAR, C. L. G.; PASCHOAL, S. M. Uso dos serviços de saúde. . In: LEBRÃO, M. L.; OLIVEIRA, Y. **SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento-O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**.São Paulo, 2003. p.2227-37.

CHANG, W, CHANG, C. Rasch analysis for outcomes measures: some methodological considerations. **Arch Phys Med Rehabil**. 76: 934-9, 1995.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey"(SF-36). São Paulo, 1997, 143p. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

CICONELLI, R. M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev Bras Reumatol**, 43(2):IX-XIII, 2003.

COHEN, M. E.; MARINO, R. J. The tools of disability outcome research functional status measures. **Arch Phys Med Rehabil**, 81 Suppl2:S21-9, 2000.

DIOGO, M. J. D. **Satisfação com a vida e capacidade funcional em idosos com amputação de membros inferiores**. Campinas, 2001,125p.Tese (livre-docente).Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.

DUNCAN, P. W.; SAMSA, G. P.; WEINBERGER, M.; GOLDSTEIN, L. B.; BONITO, A.; WITTER, D. M.; ENARSON, C.; MATCHAR, D. Health status of individuals with mild stroke. **Stroke**, 28:740-5, 1997.

ELGELETZIS, D.; KEVORKIAN, C. G.; RINTALA, D. Rehabilitation of the older stroke patients: functional outcome and comparison with younger patients. **Am J Phys Med Rehabil**, 81: 881-9, 2002.

FALCONER, J. A.; NAUGHTON, B. J.; STRASSER, D. C.; SINACORE, J. M. Stroke inpatient rehabilitation: a comparison across age groups. **JAGS**, 42: 39-44, 1994.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA,S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, 21 (1): 19-28, 1999a.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA,S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação

da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Saúde Pública**, 33(2): 198-205, 1999b.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-bref). **Rev Saúde Pública**, 34(2): 178-835, 2000.

FONSECA, G. T. Modelo para uma qualificação de ocupações. **Rev Bras Est Pedag.**, 48:274-311, 1967.

GEIB, S. **Associação entre capacidade funcional e qualidade de vida de idosos da comunidade que moram sozinhos no município de São Paulo**. São Paulo, 2001,87p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina.

GOLDSTEIN, F. C.; STRASSER, D. C; WOODARD, J. L.; ROBERTS, V. J. Functional outcomes of cognitively impaired hip fracture patient on a geriatric rehabilitation unit. **J Am Geriatr Soc**. 45: 35-42, 1997.

HAAK, H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia. **Rev Saúde Pública**, 23:143-51, 1989.

HAAN, R. J.; LIMBURG, M.; VAN DER MEULEN, J H. P.; JACOBS, H. M.; AARONSON, N. K. Quality of life after stroke: impact of stroke type and lesion location. **Stroke**, 26:402-8, 1995.

HACHISUKA, K.; TSUTSUI, Y.; FURASAWA, K.; OGATA H. Gender differences in disability and lifestyle among community-dwelling elderly stroke patients in Kitakyushu, Japan. **Arch Phys Med Rehabil**. 79:998-1002, 1998.

HACKETT, M. L.; DUNCAN, J. R.; ANDERSON, C. S; BROAD, J. B.; BONITA, R. Health-related quality of life among long-term survivors of stroke: results from the Auckland stroke study. **Stroke**, 31: 440-47, 2000.

HAYES, V.; MORRIS, J.; WOLFE, C.; MORGAN, M. The SF-36 health survey questionnaire: is it suitable for use with older adults? **Age Aging**, 24: 120-5, 1995.

HERUTI, R. J.; LUSKY, A.; BARELL, V.; OHRY, A.; ADUNSKY, A. Cognitive status at admission: does it affect the rehabilitation outcome of elderly patients with hip fracture? **Arch Phys Med Rehabil**. 80: 432-6, 1999.

HERUTI, R. J.; LUSKY, A.; DANKNER, R.; RING, H.; DOLGOPIAT, M.; BARELL, V. et al. Rehabilitation outcome of elderly patients after a first stroke: effect of cognitive status at admission on the functional outcome. **Arch Phys Med Rehabil**, 83:742-9, 2002.

HOBART, J. C.; WILLIAMS, L. S.; MORAN, K.; THOMPSON, A. J. Quality of life measurement after stroke: use and abuses of the SF-36. **Stroke**, 33: 1348-56, 2002.

HOPMAN, W. M.; VERNER, J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. **Stroke**, 34: 801-5, 2003.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. p.670-2, 1997.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R. **Designing Clinical Research**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988, 218p.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/01122003tabuahtml.shtm>
Acesso em: 18 set. 2004.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>
Acesso em: 17 mai. 2003(a).

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Disponível em: http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1_1.shtm.

Acesso em: 17 mai. 2003(b).

JENKINSON, C.; COULTER, A.; WRIGTH, L. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. **BMJ**, 306: 1437-40, 1993.

JONES, G. R.; MILLER, T. A.; PETRELLA, R. J. Evaluation of rehabilitation outcomes in older patients with hip fractures. **Am J Phys Med Rehabil**, 81: 489-97, 2002.

KALACHE, A; RAMOS, L.R.; VERAS, R.P. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev Saúde Pública**. v. 21,n. 3, p. 200-10,1987.

KALRA, L. Does age affect benefits of stroke unit rehabilitation? **Stroke**, 25:346-51, 1994.

KAUHANEN, M. L.; KORPELAINEN, J. T.; HILTUNEN, P. C. N.; NIEMINEN, P.; SOTANIEMI, K. .A.; MYLLYLA, V. V. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. **Arch Phys Med Rehabil**. 81:1541-46, 2000.

KNOWN, S.; HARTZEMA, A. G.; DUNCAN, P. W.; LAI, S. M. Disability measure in stroke: relationship among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale. **Stroke**, 35:918-23, 2004.

KAWASAKI, K.; CRUZ, K.C.T.; DIOGO, M.J.D. A utilização da medida de independência funcional (MIF) em idosos: uma revisão bibliográfica. **Med Reabil**.23(3): 57-60, 2004.

KIMURA, M.; GOUVEIA SANTOS, V. L. C.; AMENDOLA, F.; SALVETTI, M. G.; GONZAGA, S. T. G.; SALLIMBENI, T. Validação do questionário de avaliação de qualidade de vida Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey para a população geral do município de São Paulo. In: II Encontro internacional de

pesquisa em enfermagem: trajetória espaço-temporal da pesquisa, Águas de Lindóia. **Livro-Programa**, So Paulo, 2002, p.193.

KING, R.B. Quality of life after stroke. **Stroke**, 27: 1467-72, 1996.

KOROLKOVAS, A; FRANÇA, F. F. A C de. **Dicionário terapêutico guanabara**. Ed. 2001/2002, Rio de Janeiro, 2001.

LAI, S.; PERERA, S.; DUNCAN, P. W.; BODE, R. Physical and social functioning after stroke: comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36. **Stroke**, 34: 488-93, 2003.

LAWTON, M. P. Enviroment and other determinants of well-being in older people. **Gerontologist**, v. 23, p. 85-89, 1983.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, 179-86, 1969.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; OLIVEIRA, Y. **SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento-O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. São Paulo, 2003. p.75-91.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças encefalovasculares no Brasil. **Rev Soc Cardiol**. Estado de São Paulo, 4:509-18, 1999.

LIEBERMAN D, FRIGER M, FRIED M, GRINSHUPUN Y, MYTLIS N, TYLIS R, et al. Characterization of elderly patients in rehabilitation: stroke versus hip fracture. **Disabil Rehabil**, 21(12):542-7, 1999.

LIEBERMAN D, LIEBERMAN D. Proximal deep vein thrombosis after hip fracture surgery in elderly patients despite thromboprophylaxis. **Am J Phys Med Rehabil**. 81: 745-50, 2002.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GUATTI, 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 Domicílio. **Cad Saúde Pública**, 19(3):735-43, 2003.

LINACRE, J. M.; HEINEMANN, A. W.; WRIGHT, B. D.; GRANGER, C. V.; HAMILTON, B. B. The structure and stability of the functional independence measure. **Arch Phys Med Rehabil**. 75:127-32, 1994.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.186-99.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P.; SILVA, N. A. S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco de doença cardiovascular: prevalências em uma população de idosos. In: VERAS, R. **Gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 2002. p. 97-161.

LYSACK, C. L.; MACHEILL, S. E.; LICHTENBERG, P. E. The functional performance of elderly urban african-american women who return home to live alone after medical rehabilitation. **Am J Occup Ther**. 55: 433-40, 2000.

MAHONEY, F. L.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Md State Med J**, 14:61-5, 1965..

MEDINA, M. C. G.; SHIRASSU, M.M.; GOLDFEDER, M. D. O C. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: KARSCH, U.M. (org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo, EDUC, 1998. cap.P6, p. 199-214.

MONTEIRO, M. F. G.; ALVES, M. I. C. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: VERAS, R.P. et al. **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro, Um ATI/UERJ, 1995, p.55-57.

- NAKAYAMA, H.; JORGENSEN, H. S.; RAASCHOU, H. O. OLSEN, T. S. The influence of age on stroke outcome: the Copenhagen stroke study. **Stroke**, 25: 808-13, 1994.
- NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y.A O **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo, Atheneu, 2000. cap.4, p.33-47.
- NIEMI, M. J.; LAAKSONEN, R.; KOLITA, M.; WALTINO, O. Quality of life 4 years after stroke. **Stroke**, 19:1101-7, 1988.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Aplicacion de la epidemiologia al estudio de los ancianos**: informe de um grupo científico de la OMS. Ginebra, 1984. (Série Informes Técnicos, n. 706).
- OTTENBACHER, K. J.; MANN, W. C.; GRANGER, C. V.; TOMITA, M.; HURREN, D.; CHARVAT, B. Inter-rater agreement and stability of functional assessment in the community-based elderly. **Arch Phys Med Rehabil**. 75: 1297-301, 1994.
- OTTENBACHER, K. J.; HSU, Y.; GRANGER, C. V.; FIELDLER, R. C. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. **Arch Phys Med Rehabil**. 77: 1226-32, 1996.
- PAOLINELLI, C.; GONZÁLEZ, P.; DONIEZ, M. E.; DONOSO, T.; SALINAS, V.; Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación. Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. **Rev Méd Chile**. 129: 1-11, 2001.
- PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo, Atheneu, 1996.
- PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de; PY, I.; NERI, A. L.; CANÇADO, F.A X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.2-12.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. de; PY, I.; NERI, A L.; CANÇADO, F.A X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.79-84.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo, Atheneu, 1996.cap.28, p.313-323 (a).

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo, Atheneu, 1996.cap.28, p.313-323 (b).

PAULA, J. A. M.; TAVARES, M. C. G. C.F.; DIOGO, M. J. D. Avaliação funcional em gerontologia. **Gerontologia**, v.6, n.2, p. 81-88,1998.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A O **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo, Atheneu, 2000. cap.4, p.49-78.

PERLINI, N. M. O. G. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar**. São Paulo, 2000,123p. Dissertação (mestrado).Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

PICKARD, A. S.; JOHNSON, J. A.; PENN, A. LAU, F.; NOSEWORTHY, T. Replicability of SF-36 summary scores by the SF-12 in stroke patients. **Stroke**, 30: 1213-7, 1999.

POLIT, D. P.; HUNGLER, B. P. Delineamento de pesquisa em enfermagem. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 105-60

PY, M. O Doenças cerebrovasculares. In: FREITAS, E. V. de; PY, I.; NERI, A L.; CANÇADO, F.A X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.177-88.

RAMOS, L.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p. 211-24, 1987.

RAMOS, L. R. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, 27(2): 87-94, 1993.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de; PY, I.; NERI, A L.; CANÇADO, F.A X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. da. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.73-8.

REN, X. S.; CHANG, K. Evaluating health status of elderly chinese in Boston. **J Clin Epidemiol**, 51(5): 429-35, 1998.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JORGE FILHO, D.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátr** 8(1): 45-52, 2001.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D'A. LATORRE M. R. D. O. RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, 37(1): 40-8, 2003.

ROZENVELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad Saúde Pública**, 19(3):717-24, 2003.

ROZENVELD, S.; CAMACHO, L. A. B.; VERAS, R. P. Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, 13(6):369-75, 2003.

RUCHINSKAS, R. A.; SINGER, H. K.; REPETZ, N. K. Cognitive status and ambulation in geriatric rehabilitation: walking without thinking? **Arch Phys Med Rehabi**. 81:1224-8, 2000.

RUCHINSKAS, R. A.; SINGER, H. K.; REPETZ, N. K. Clock drawing, clock copying, and physical abilities in geriatric rehabilitation. **Arch Phys Med Rehabil.** 82:920-4, 2001.

SAAD, P. M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M. L.; OLIVEIRA, Y. **SABE – Saúde, Bem-estar e envelhecimento-O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** São Paulo, 2003. p.203-23.

SAVONITTI, B. H. R. DE A. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados.** São Paulo, 2000,139p. (Dissertação – Mestrado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo).

SEGAL, M. E.; DITUNNO, J. F.; STAAS, W. E. Interinstitutional agreement of individual functional independence measure (FIM) items measured at two sites on one sample of SCI patients. **Paraplegia.** 31: 662-31, 1993.

SINGLETON, N.; TURNER, A. SF-36 is suitable for elderly patients. **BMJ,** 307:126-7, 1993.

SOUZA, F. F. **Avaliação da qualidade de vida do idosos em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos.** Campinas, 2004, 120p. (Dissertação - mestrado - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas).

Staff of The Benjamin Rose Hospital: Multidisciplinary studies of illness in aged person: a new classification of functional status in activities of Daily living, **J Chronic Dis,** 9:55-62, 1959.

STINNEMAN, M. G.; SHEA, J. A.; JETTE, A.; TASSONI, C. J.; OTTENBACHER, K. J.; FIEDLER, R. et al. The functional independence measure: tests of scaling assumptions, structure, and reliability across 20 diverse impairment categories. **Arch Phys Med Rehabil.** 77: 101-8, 1996.

SUDLOW, C. L.; WARLOW, C. P. Comparable studies on the incidence of stroke and its pathological types: results from an international collaboration. International Stroke Incidence Collaboration. **Stroke**, 28:491-9, 1997.

The WHOQOL Group. The World Organization quality of life assesment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**; 41: 1403-9, 1995.

VERAS, R.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; CHAVES, P. H. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: VERAS, R. **Gestão Contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará:UnATI/UERJ, 2002. p. 11-79.(a).

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994.

VERAS, R. P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.

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, n.6, p. 473-83, 1992.

WEIMAR, C.; KURTH, T.; KRAYWINKEL, K.; WAGNER, M.; BUSSE, O.; HABERL, L.; DIENER, H. C. Assessment of functioning and disability after ischemic stroke. **Stroke**, 33:2053, 2002.

ANEXO 1
MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

Graduação:

Sem ajuda

	Independência Completa (em segurança, em tempo normal)
6.	Independência modificada (ajuda técnica)

Necessita de ajuda

Dependência Modificada

5.	Supervisão
4.	Assistência mínima (indivíduo faz 75% ou +)
3.	Assistência moderada (individual faz 50% ou -)

Dependência Completa

2.	Assistência Máxima (indivíduo faz 25% ou +)
1.	Assistência Total

Auto Cuidado

7.		
B.	Cuidar da aparência	
C.	Banhar-se	
D.	Vestir a parte superior do corpo	
E.	Vestir a parte inferior do corpo	
F.	Limpar-se após uso do sanitário	

Controle de Esfíncteres

G.	Urina	
H.	Fezes	

Transferências

I.	Cama, cadeira, cadeira de rodas	
J.	Banheiro	
L.	Chuveiro / banheira	

Locomoção

M.	Marcha / Cadeira de Rodas	Marcha	☐
		Cadeira	☐
N.	Escadas		

Comunicação

O.	Compreensão	Auditiva	☐
		Visual	☐
P.	Expressão	Auditiva	☐
		Visual	☐

Cognição Social

Q.	Interação Social	
R.	Solução de Problemas	
S.	Memória	

SCORE TOTAL

ANEXO 2
CERTIFICADO DO CURSO DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

DIVISÃO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FMUSP



CERTIFICADO

Certificamos que **KEILA CRISTIANNE TRINDADE DA CRUZ** concluiu o “ **CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA USO DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF**”, realizado pela DIVISÃO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO - HC-FMUSP, realizado nos dias 11 e 12 de abril de 2003 com carga horária de 12 horas.

São Paulo, 12 de abril de 2003


Prof. Dra. LINAMARA RIZZO BATTISTELLA
DIRETORA DA DMR-HC-FMUSP


DR. MARCELO RIBEIRO
COORDENADOR


GRACINDA RODRIGUES TSKIMOTO
PRESIDENTE - CEAP

ANEXO 3 SF-36

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

- (circule uma)
- . Excelente..... 1
 . Muita 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 um ano atrás..... 1
 . Um pouco melhor agora do que um ano atrás..... 2
 . Quase a mesma de um ano atrás..... 3
 . Um pouco pior do que um ano atrás..... 4
 . Muito pior do que um ano atrás..... 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a 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 em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com 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 outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo trabalho ou em outras atividades	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de 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	1	2
d. tanto cuidado como geralmente faz?		

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

(circule uma)

- . De forma nenhuma1
- . Ligeiramente2
- . Moderadamente3
- . Bastante4
- . Extremamente5

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

(circule uma)

- . Nenhuma1
- . Muito leve2
- . Leve3
- . Moderada4
- . Grave5
- . Muito grave6

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

(circule uma)

- . De maneira alguma1
- . Um pouco2
- . Moderadamente3
- . Bastante4
- . Extremamente5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime 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 anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido Cansado?	1	2	3	4	5	6

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

(circule uma)

- . Todo o tempo..... 1
 . A maior parte do tempo 2
 . 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?

(Circule um número em cada linha)

	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

ANEXO 4
Pontuação do 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	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 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
09	a, d, e, h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6=1) Vitalidade= a+e+g+i Saúde mental= b+c+d+f+h
10	Soma Normal
11	a, c = valores normais b, d = valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

ANEXO 5
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 = $\left[\frac{\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}}{\text{Variação}} \right] \times 100$

Ex: Capacidade funcional = 21 Ex: $\frac{21-10}{20} \times 100 = 55$

Valor mais baixo = 10

Variação = 20

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

Dados Perdidos:

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

ANEXO 6



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 19/08/03
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 285/2003

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO COM AVC"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Keila Cristianne Trindade da Cruz

INSTITUIÇÃO: FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 23/06/2003

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 19/08/04

II - OBJETIVOS

Avaliar a capacidade funcional de idosos acometidos por AVC em tratamento ambulatorial; avaliar a qualidade de vida destes idosos; identificar associações entre capacidade funcional e qualidade de vida destes idosos.

III - SUMÁRIO

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, no qual pacientes atendidos no Ambulatório de Neuroclínica no HC/UNICAMP serão entrevistados através de um questionário padronizado, o qual quantificará sua capacidade funcional e sua qualidade de vida.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

A metodologia é adequada. Os aspectos éticos estão mencionados e fundamentados. Os critérios de inclusão e exclusão estão explicitados. O tamanho da amostra dependerá dos resultados de uma avaliação piloto, através de cálculo de tamanho amostral. O projeto não conta com orçamento.

Recomendação: Alterar no TCLE para Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

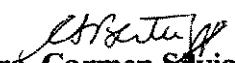
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de agosto de 2003.


Prof. Dr. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 7



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 18/11/03
(PARECER PROJETO 285/03)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO COM AVC"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Keila Cristianne Trindade da Cruz

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a Emenda: ampliação dos locais para realização de coleta de dados (Centro de Reabilitação "Jorge Rafful Kanawati", Centro de Saúde Costa e Silva e Centro de Saúde Taquaral), referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.


Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 8

Classificação de ocupações - FONSECA (1967)

Nível I - ocupação manual não especializada, em que são incluídas ocupações que não exigem experiência profissional anterior tais como: lavrador, vigia, ensacador de café, prendas domésticas, auxiliar de produção, faxineira entre outros.

Nível II – ocupação manual especializada, onde são incluídas ocupações que exigem a realização de tarefas artesanais e manuais e compreensão dos processos que interferem no trabalho tais como: mecânico, motorista, pedreiro, açougueiro, vendedor, entre outros.

Nível III – ocupação relacionada à supervisão, gerência e outras ocupações não manuais, que incluem secretário, fiscal, escriturário, bancário, entre outros.

Nível IV – profissional liberal e cargos de alta administração tais como: professor, advogado, contador, administrador, entre outros.

Nível V – sem ocupação definida, em que estão incluídos os aposentados e desempregados, entre outros.

APÊNDICE 1
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa "Capacidade funcional e qualidade de vida no idoso com AVE" de responsabilidade da enfermeira Keila Cristianne Trindade da Cruz que tem como objetivos avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida no idoso com AVE, identificando possíveis associações entre esses itens. Fui orientado(a) que esse trabalho contribuirá para a melhoria da assistência e da qualidade de vida dos idosos vítimas de AVE. Estou ciente de que a minha participação nesse estudo é voluntária e se limitará em responder aos questionários e não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e nem para o meu acompanhamento no Ambulatório de Neurologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no Centro de Saúde Taquaral, no Centro de Saúde Costa e Silva e Centro de Reabilitação da Prefeitura Municipal de Campinas. Estará garantido o sigilo e anonimato das informações oferecidas por mim e poderei deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo do atendimento, do cuidado e tratamento da equipe. O presente estudo não acarretará em gastos adicionais para a minha pessoa.

Dados do paciente:

Nome: _____
Idade: _____
Endereço: _____
RG: _____ HC: _____
Assinatura: _____

Responsável pela pesquisa:

Keila Cristianne Trindade da Cruz
Telefone: (19)3296-3413
Comitê de Ética em pesquisa da FCM-UNICAMP: 3788-8936

Assinatura: _____

Campinas, ____/____/____

APÊNDICE 2
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E RELACIONADOS À SAÚDE

Data: _____
Nome: _____
Idade: _____ Data de nascimento: _____

1- Dados sociodemográficos:

1.1- Sexo: ☐ masculino
☐ feminino

1.2 - Estado Civil:

- a) ☐ solteiro(a)
b) ☐ casado (a) / amasiado(a) Há quanto tempo: _____
c) ☐ viúvo(a) . Há quanto tempo: _____
d) ☐ desquitado (a) / divorciado(a)/ Separado(a) Há quanto tempo: _____

1.3 - Escolaridade:

- a) ☐ analfabeto
b) ☐ não freqüentou a escola mas sabe ler e escrever
c) ☐ < 4 anos de estudo
d) ☐ 4 anos de estudo
e) ☐ > 4 anos de estudo

1.4 - Ocupação atual:

- a) ☐ Aposentado
b) ☐ Dona de casa/ Cuidados com a casa
c) ☐ Pensionista
d) ☐ Afastado/ auxílio doença
e) ☐ Outra. Qual? _____

1.5 - Ocupação anterior: (Segundo Fonseca, 1967)

- a) ☐ Nível I (ocupação manual não especializada)
b) ☐ Nível II (ocupação manual especializada)
c) ☐ Nível III (ocupação relacionada à supervisão, gerência)
d) ☐ Nível IV (profissional liberal)
e) ☐ Nível V (sem ocupação definida)

1.6 - Fonte principal de renda da casa:

- a) ☐ Idoso
- b) ☐ Cônjuge
- c) ☐ Filhos
- d) ☐ Outro. Quem? _____

1.7- Renda pessoal:

- a) ☐ < 1 SM
- b) ☐ 1 – 2 SM
- c) ☐ >2 SM e < 3 SM
- d) ☐ >= 3 SM
- e) ☐ sem renda

1.8 - Renda familiar:

- a) ☐ < 1 SM
- b) ☐ 1 – 2 SM
- c) ☐ >2 SM e < 3 SM
- d) ☐ >= 3 SM
- e) ☐ não sabe

1.9 - Composição familiar: _____

1.10 - Cuidador:

- ☐ Não
- ☐ Sim

1.11 - Grau de parentesco da pessoa que cuida do idoso:

- a) ☐ Cônjuge
- b) ☐ Filho
- c) ☐ Filha
- d) ☐ Outro. Quem? _____

2- Dados relacionados à saúde do idoso:

2.1- Apresentou episódio de AVE anteriormente:

- ☐ Não
☐ Sim. Quantos? _____

2.2- Em relação ao último AVE:

Há quanto tempo sofreu o último AVE: a) ☐ > 2 a < 12 meses
b) ☐ 12 a < 24 meses
c) ☐ >= 24 meses

Tipo do AVE: ☐ Isquêmico
☐ Hemorrágico

Hospitalização: ☐ Não
☐ Sim. a) ☐ < 5 dias
b) ☐ 5 a < 10 dias
c) ☐ >= 10 dias

Limitações devido a sequelas de AVE:

☐ Não
☐ Sim:

1) Hemiparesia E

2) Hemiparesia D

3) Paresia E (Membro superior ou inferior)

4) Paresia D (Membro superior ou inferior)

5) Parestesia

6) Plegia

7) Deficiência visual

8) Outros: _____

2.3 - Faz uso de medicamentos:

- ☐ Não
☐ Sim. Qual (is): _____

2.4 - Outros diagnósticos médicos:

- ☐ Não
☐ Sim. ☐ HAS
☐ DM
☐ Outro(s). Qual(is)? _____

2.5 - Fatores de risco presentes:

- a) ☐ HAS
b) ☐ DM
c) ☐ Dislipidemia
d) ☐ Obesidade
e) ☐ Tabagismo
f) ☐ Etilismo

2.6 - Acompanhamento fisioterápico:

- ☐ Não
☐ Sim ☐ motora. Local: _____
Há quanto tempo: _____
☐ respiratória Local: _____
Há quanto tempo: _____

APÊNDICE 3



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Faculdade de Ciências Médicas
Cx. Postal: 6111 - CEP: 13081-970 - Campinas - SP - Brasil
Fone: (019) 3788.8820 - Fone/fax: 3788.8822
E-mail: denfcm@head.fcm.unicamp.br

Of.SCPG/Enf.138/03

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

17 de julho de 2003

Ilmo Sr.

Prof^º Dr. Fernando Cendes

Departamento de Neurologia – HC/UNICAMP

Prezado Senhor,

Conforme contato prévio com o Prof^º Dr. Benito Pereira Damasceno, venho por meio desta, solicitar autorização para utilizar o Ambulatório de Neurologia para coleta dados do trabalho de dissertação de mestrado intitulado "Capacidade funcional e qualidade de vida no idoso com AVC", sob a orientação da professora associada do Departamento de Enfermagem, Dra. Maria José D'Elboux Diogo.

Trata-se de um trabalho exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, e tem como objetivos avaliar a capacidade funcional do idoso acometido por AVC, a qualidade de vida desse idoso e identificar possíveis associações entre eles.

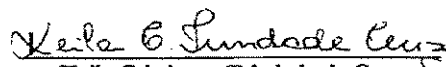
Para avaliação de capacidade funcional será utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF). Para medir a qualidade de vida será utilizado o SF-36. Ambos instrumentos serão utilizados em forma de entrevistas com os pacientes, realizados pela própria autora, em local disponível no momento, enquanto aguardam consulta médica.

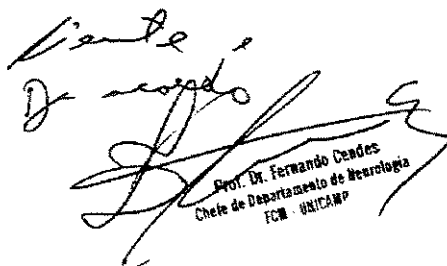
Como ex-aluna do curso de Graduação em Enfermagem dessa Universidade e atualmente enfermeira na Enfermaria de Neuroclínica e Neurocirurgia no Hospital de Clínicas da UNICAMP, possuo conhecimento sobre as rotinas internas e as características da clientela atendida nesse hospital, possibilitando um melhor envolvimento pessoal e, conseqüentemente, um melhor andamento da pesquisa.

Com esse trabalho pretendemos contribuir para o desenvolvimento do setor, bem como fornecer dados para a implementação de atividades assistenciais direcionadas a essa clientela e futuras pesquisas.

O trabalho em questão está sendo encaminhado ao Comitê de Ética para avaliação, segue em anexo o resumo do trabalho para sua apreciação.

Atenciosamente


Keila Cristianne Trindade da Cruz
(Ramais: 87814/87905)


Prof. Dr. Fernando Cendes
Chefe de Departamento de Neurologia
FCM - UNICAMP

APÊNDICE 4



UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Enfermagem
Cidade Universitária Zeferino Vaz, Distrito Barão Geraldo
Campinas, São Paulo, Brasil
Caixa Postal 6.111 - CEP. 13.081-970
FAX 00 55 19 3788-8822

Campinas, 02 de julho de 2003.

CT. 029/2003

Imª Srª Osmarina F. C. Ruiz

Cordenadora do Centro de Reabilitação "Jorge Rafful Kanawati"
Sousas, Campinas-SP

Exmª Senhora,

Conforme contato prévio, vimos por meio desta, solicitar autorização para utilizar o Centro de Reabilitação "Jorge Rafful Kanawati" para coleta de dados do trabalho de dissertação de mestrado intitulado "Capacidade funcional e qualidade de vida no idoso com AVC", sob a orientação da Profª Drª. Maria José D'Elboux Diogo do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

Trata-se de um trabalho exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, e tem como objetivos avaliar a capacidade funcional do idoso acometido por AVC, a qualidade de vida desse idoso e identificar possíveis associações entre eles.

Para avaliação de capacidade funcional será utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF). Para medir a qualidade de vida será utilizado o SF-36. Ambos instrumentos serão utilizados em forma de entrevistas com os pacientes, realizados pela própria autora, em local disponível no momento, antes ou após o atendimento, uma única vez.

Com esse estudo pretendemos contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área de reabilitação geriátrica visando a melhoria da qualidade de vida da população idosa, bem como, oferecer subsídios para futuras pesquisas.

O projeto desse trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética para avaliação. Lembramos que deixamos no local cópia do trabalho em questão.

Atenciosamente


Keila Cristianne Trindade da Cruz
(Tel: 3788-8820, Tel: 3296-3413)



Osmarina C. Ruiz

Matr. 70.181

Coord. do Centro de Reabilitação

APÊNDICE 5



UNICAMP

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Enfermagem
Cidade Universitária Zeferino Vaz, Distrito Barão Geraldo
Campinas, São Paulo, Brasil
Caixa Postal 6.111 - CEP. 13.081-970
FAX 00 55 19 3788-8822

Campinas, 20 de novembro de 2003.

Ct: 058/03
Ilma Sr^a
Márcia Ortiz Teixeira de Camargo
Coordenadora do Centro de Saúde Costa e Silva
Prefeitura Municipal de Campinas

Prezado Senhora,

Conforme contato prévio, venho por meio desta, solicitar autorização para utilizar o Centro de Saúde Costa e Silva para coleta dados do trabalho de dissertação de mestrado intitulado "Capacidade funcional e qualidade de vida no idoso com Acidente Vascular Encefálico", sob a orientação da professora associada do Departamento de Enfermagem, Dra. Maria José D'Elboux Diogo.

Trata-se de um trabalho exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, e tem como objetivos avaliar a capacidade funcional do idoso acometido por AVE, a qualidade de vida desse idoso e identificar possíveis associações entre eles.

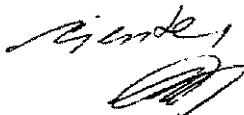
Para avaliação de capacidade funcional será utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF). Para medir a qualidade de vida será utilizado o SF-36. Ambos instrumentos serão utilizados em forma de entrevistas com os idosos acometidos por AVE atendidos em visitas domiciliares.

Com esse trabalho pretendemos contribuir para o desenvolvimento desse local, bem como fornecer dados para a implementação de atividades assistenciais direcionadas a essa clientela e futuras pesquisas.

O trabalho em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Segue cópia do resumo do trabalho para sua apreciação.

Atenciosamente


Keila Cristianne Trindade da Cruz
Enfermeira, Pós-graduanda em Enfermagem
Deptº de Enfermagem/FCM/UNICAMP
(Tel: 3788-8823-3296-3413)



MÁRCIA O. T. TEIXEIRA DE CAMARGO
CRBM: 1.222
COORD. CS. COSTA E SILVA