



Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Escola Superior de Saúde

**FISIOTERAPIA E A EVOLUÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO
NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE
CONVALESCENÇA**

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

Dissertação

Joana Marisa Martinho da Cruz

Leiria, setembro de 2018



Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais
Escola Superior de Saúde

**FISIOTERAPIA E A EVOLUÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO
NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE
CONVALESCENÇA**

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

Dissertação
Joana Marisa Martinho da Cruz (N.º5150370)

Orientador: Professor Doutor José Alves Guerreiro

Leiria, setembro de 2018

*Enquanto estiveres viva, sente-te viva.
Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.
Não vivas de fotografias amarelecidas...
Continua, quando todos esperam que desistas.
Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.
Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.
Quando não conseguires correr atrás de anos, trota.
Quando não consigas trotar, caminha.
Quando não consigas caminhar, usa uma bengala.
Mas nunca te detenhas!*

Madre Teresa de Calcutá

Dedico este estudo de investigação a todos os utentes que sofreram um AVC, especialmente aos utentes entrevistados; a todos os familiares e profissionais que diariamente abraçam com carinho o desafio de cuidar!

A todos deixo o meu sincero desejo:

Muita força e determinação....

Nunca percam a fé, para que possam superar os obstáculos com que se deparam durante a difícil caminhada da vida!

AGRADECIMENTOS

Antes de apresentar este trabalho quero expressar o meu sentido reconhecimento, em sinal de gratidão, a todos aqueles que, de alguma forma, o tornaram possível.

Ao orientador deste trabalho, Professor Doutor José Alves Guerreiro, o meu profundo reconhecimento, pela sua orientação, pelos conhecimentos transmitidos, o apoio e a disponibilidade demonstrados em todas as fases deste trabalho.

À Professora Doutora Cândida Silva, pelas preciosas sugestões e indicações na metodologia e no campo da estatística.

Ao Conselho de Administração do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, e ao Diretor do Serviço da Unidade Cuidados Continuados de Convalescença do Rovisco Pais, Dr. Jorge Manuel Costa Laíns, pela receptividade e autorização para a elaboração deste trabalho.

Um agradecimento, em particular, à fisioterapeuta Fátima Faím, Coordenadora do Serviço de Fisioterapia do Rovisco Pais, por ter permitido a execução deste estudo, e pela força e motivação durante este ciclo de estudos.

Aos utentes, com quem aprendi e evoluí, e que sempre se mostraram disponíveis para participar no meu trabalho de investigação, o meu profundo reconhecimento.

Um agradecimento especial aos meus pais, que me apoiaram em todos os momentos, e acreditaram em mim. Agradeço com um carinho muito especial a presença, a compreensão e o incentivo fundamental no desenvolvimento deste trabalho.

À Ana Gabriel e à Carolina, pela amizade e disponibilidade nestes momentos de trabalho intenso.

Aos meus colegas e amigos que de alguma maneira tornaram possível a realização deste trabalho.

Um bem-hajam pelo vosso apoio!

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa a principal causa de dependência funcional da população idosa. Como tal, a reabilitação funcional do utente é um dos requisitos básicos no tratamento pós-AVC, em colaboração com a equipa multidisciplinar. Este trabalho explora a vertente biopsicossocial, a partir da qual esta equipa multidisciplinar deverá trabalhar utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Este modelo defende que a deficiência e a funcionalidade são resultados de uma determinada condição de saúde (ex. lesão), a par dos fatores contextuais (ex. interações sociais). Assim, o modelo biopsicossocial promove o bom funcionamento do sistema de saúde, incluindo não só o tratamento, mas também a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Objetivo: O objetivo principal deste estudo é descrever o perfil de funcionalidade e incapacidade em idosos diagnosticados com AVC, utilizando o *Brief Core Set* da CIF.

Metodologia: Foi realizado um estudo descritivo, com uma amostra de conveniência de idosos com AVC. As entrevistas foram efetuadas com a versão reduzida da CIF- *Brief Core Set* para o AVC, em dois momentos: na admissão e na alta.

Resultados: Neste estudo foram incluídos 97 idosos. Após intervenção, verificou-se uma evolução positiva em várias categorias. Na categoria estruturas do corpo, com maior frequência (74,3%), nas funções da força muscular (b730) (n=72). Em relação às estruturas corporais, a progressão foi mais frequente (77,3%) na estrutura do membro superior (s730) (n=75). Nas atividades e participação, constatou-se uma evolução na maioria das atividades, sendo mais frequente 90,7% no andar (d450) (n=88); 85,6% no lavar-se (d510) (n=83); 89,7% ir à casa de banho (d530) (n=87); 88,7% no vestir-se (d540) (n=86); e 56,7% no comer (d550) (n=55). 62,9% do contributo das funções ambientais manteve-se inalterado (n=61).

Conclusões: O *Brief Core Set* para o AVC permitiu conhecer a evolução dos utentes idosos. Neste sentido, deu um contributo positivo à prática clínica, caracterizando a funcionalidade ou a incapacidade dos utentes idosos e promovendo o envelhecimento ativo. A par disso, revelou ser uma ferramenta útil para os profissionais de saúde, fomentando a utilização de uma linguagem comum e universal. Os estudos futuros deverão continuar a analisar o potencial do *Brief Core Set* para o AVC, em particular a influência do tipo de lesão e do tempo de evolução.

Palavras-chave: Classificação Internacional da Funcionalidade; Envelhecimento; Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is the main cause of functional dependence of the elderly population. As such, functional rehabilitation of the patient is one of the basic requirements in post-stroke treatment, where physiotherapy plays an important role in collaboration with the multidisciplinary team. This work, based on a review of the literature on aging and stroke, analyzes the model under which this multidisciplinary team should work, exploring the biopsychosocial aspect of the International Classification of Functionality (ICF). This model assumes that disability and functionality are the result of a particular health condition (e.g., injury), along with contextual factors (e.g., social interactions). So, this model promotes the proper functioning of the health system, including not only treatment, but also disease prevention and health promotion.

Aim: The aim of the present study is to describe the profile of functionality and disability in the elderly diagnosed with stroke using the ICF Brief Core Set.

Methodology: A descriptive study was performed with a convenience sample of elderly people with stroke. The interviews were conducted with the reduced version of the ICF-Brief Core Set for stroke, in two moments, at admission and at discharge.

Results: 97 elderly were included in this study. After intervention we found a positive evolution in several categories. For body structures category, the most expressive progression (74,3%) was observed in muscle power functions (b730) (n=72). Regarding body structures, the upper limb structure (s730) showed evolution (n=75), 77,3%. In the activities and participation category, it was observed an evolution in most activities, the most frequent were 90,7% walking (d450) (n=88), 85,6% washing (d510) (n=83), 89,7% going to the bathroom (d530) (n=87), 88,7% dressing (d540) (n=86) and 56,7% eating (n=55). 62,9% of the contribution from environmental functions remained unchanged (n=61).

Conclusions: The Brief Core Set for stroke showed the evolution among elderly patients. In this way, it was a positive contribution to clinical practice, characterizing the functionality or disability of elderly patients and promoting active aging. In addition, it has proved to be a useful tool for health professionals, promoting the use of a common and universal language. Future studies should continue to examine the potential of the Brief Core Set for stroke, particularly the influence of the type of lesion and evolution time.

Key words: International Classification of Functionality; Aging; Stroke.

LISTA DE ABREVIATURAS

ADFA – Associação dos Deficientes das Forças Armadas

ADN – Ácido desoxirribonucleico

APA – Ajustes Posturais Antecipatórios

APC – Ajustes Posturais Compensatórios

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CMRRC-RP – Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

CP – Controlo Postural

DGS – Direção Geral da Saúde

ESO – European Stroke Organisation

ICF – International Classification of Functionality

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPL – Instituto Politécnico de Leiria

MI – Membro Inferior

MI'S – Membros Inferiores

MS – Membro Superior

OMS – Organização Mundial da Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

UE – União Europeia

UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UCCC – Unidade de Cuidados Continuados Convalescença

WSO – World Stroke Organization

ÍNDICE GERAL

Página

PENSAMENTO.....	I
DEDICATÓRIA	II
AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
LISTA DE ABREVIATURAS	VI
ÍNDICE GERAL	VII
ÍNDICE DE TABELAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1 - ENVELHECIMENTO.....	6
1.1 ENVELHECIMENTO: DADOS DEMOGRÁFICOS	6
1.2 - ENVELHECIMENTO E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	7
2 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	9
3 – MODELOS DE SAÚDE E DOENÇA	14
3.1 - A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF).....	15
4 - IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS	19
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA	20
5 - METODOLOGIA	21
5.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	211
5.2 - INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE	21
5.3 - PLANO DE INTERVENÇÃO DO FISIOTERAPEUTA.....	22
5.4 - PROCEDIMENTOS	24
6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	25
6.1 - CARATERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	25
6.2 – PERFIL FUNCIONAL NA ADMISSÃO	26
6.2.1 – Funções e Estruturas do Corpo.....	26
6.2.2 – Atividades e Participação.....	28
6.2.3 – Fatores Ambientais.....	30
6.3 – PERFIL FUNCIONAL NA ALTA	31
6.3.1 – Funções e Estruturas do Corpo.....	31
6.3.2 – Atividades e Participação.....	33
6.3.3 – Fatores Ambientais.....	35
6.4 – EVOLUÇÃO DO PERFIL FUNCIONAL DA ADMISSÃO PARA A ALTA	36
7 - DISCUSSÃO	40
8 - CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS:.....	51
ANEXO I: Categorias da CIF <i>Brief Core Sets</i> para AVC.....	52
ANEXO II: Aprovação da Comissão de Ética da Instituição.....	54
ANEXO III: Consentimento Informado	56

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Áreas comumente afetadas após o AVC, expresso nos termos da CIF.....	12
Tabela 2: CIF – <i>Brief Core Set</i> para AVC	22
Tabela 3: CIF – Plano de Intervenção de Fisioterapia Segundo o Conceito de Bobath.....	23
Tabela 4: Alterações observadas nos qualificadores das categorias da CIF entre o momento da admissão e o momento da alta nos 97 participantes do estudo.....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “funções e estruturas corporais” no momento da admissão	27
Figura 2: Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “atividade e participação” no momento da admissão	29
Figura 3: Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “fatores ambientais” no momento da admissão	30
Figura 4: Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “funções e estruturas corporais” no momento da alta	32
Figura 5: Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “atividade e participação” no momento da alta	34
Figura 6: Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “fatores ambientais” no momento da alta	35
Figura 7: Distribuição dos níveis de deficiência em todas os domínios da CIF do momento da admissão para a alta	38
Figura 8: Distribuição dos níveis de deficiência em todas os domínios da CIF do momento da admissão para a alta	39

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde, sistemas e políticas visam manter e melhorar a saúde dos cidadãos. A saúde não está apenas associada a ausência de doença, mas está também relacionada com um estado funcional. Este último, poderá remeter-nos para a influência do funcionalismo estrutural de Émile Durkheim que projetou a organização da sociedade em partes (ex. hospitais, escolas), contribuindo para um fim comum de estabilidade social.

Falar de funcionalismo social é também falar de funcionamento humano, pois este, pela sua complexidade, pode apresentar-se como um problema para cada profissão e partes interessadas. É neste contexto que retomar o pensamento durkheimiano faz sentido, na medida em que as partes de um determinado organismo social não funcionam isoladamente, acabando por se relacionar entre si (ex. hospital e família).

A referida interdependência constitui um pilar importante para trabalhar efetivamente a saúde das pessoas, traduzindo-se no trabalho conjunto e de cooperação de uma equipa. A capacidade de comunicar e entender todas as partes, para além da fronteira das profissões, é um pré-requisito para o trabalho de uma equipa bem-sucedida. Em causa, não só está a relação entre os diferentes profissionais de saúde, como também entre as diferentes partes interessadas.

Uma equipa bem-sucedida também tem em consideração a Diversidade Funcional. Esta expressão foi iniciada por Javier Romañach e Manuel Lobato em 2005, sendo amplamente utilizada enquanto termo positivo para realçar a diversidade das funções existentes, ao invés de enfatizar uma limitação tal como no modelo biomédico. É neste contexto que o modelo biopsicossocial, oposto ao modelo médico individualizado, permite demonstrar que as barreiras existentes nos diferentes contextos dificultam a integração dos atores sociais. Neste sentido, trata-se de um modelo que abrange o tratamento, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. A abordagem biopsicossocial evidencia “o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal que decorre dos fatores contextuais ambientais” (OMS, 2004).

Associada ao modelo biopsicossocial, a intervenção centrada na pessoa, de modo holístico, tornou-se um novo paradigma caracterizado pela inclusão do utente no planeamento dos cuidados a serem prestados. O utente contribui para um diagnóstico mais completo, na medida em que pode dar a conhecer as várias realidades existentes, bem como barreiras que enfrenta com frequência e que são desconhecidas/ignoradas pelos profissionais de saúde. Este modelo

relembra que o ser humano é multidimensional, sendo por isso importante considerar as dimensões intrínsecas e extrínsecas ao corpo.

Face ao exposto acima, a doença causa um forte impacto na vida dos utentes, envolvendo, em certos casos, o aparecimento de deficiências e incapacidades, que são complexas e multifatoriais, e por isso difíceis de quantificar. Nesse sentido, seria importante uma pesquisa mais aprofundada sobre a experiência idiossincrática de cada pessoa, bem como de instrumentos de medida para os relatos das pessoas com doença e estudos de qualidade de vida (Stevens *et al.*, 2017).

Reconhecendo a referida necessidade de instrumentos de medida e importância dos fatores contextuais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou em maio de 2001, (Resolução WHA54.21), a *International Classification of Functioning Disability and Health/* Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), Incapacidade e Saúde. Esta organizou-se de acordo com elementos, funções e estruturas do corpo, atividade e participação e fatores contextuais, representados pelo ambiente, bem como pelos fatores pessoais.

A CIF enfatiza a funcionalidade e incapacidade como uma componente da saúde. O seu objetivo geral é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho para descrever a saúde e os estados relacionados com a saúde. Deste modo, a CIF materializa o modelo biopsicossocial, em reação à perspetiva biomédica, atribuindo à funcionalidade e à incapacidade um resultado que depende da dupla interação de estados de saúde com os fatores contextuais (OMS, 2004). Na CIF foram criadas três dimensões estruturais: 1) funcionamento corporal (funções fisiológicas ou psicológicas) e estrutural (partes anatómicas); 2) atividades ao nível individual; e 3) participação na sociedade.

Tendo a CIF como ponto de partida, o ICF *Research Branch*¹, em parceria, a OMS (2001b) desenvolveu ferramentas práticas como os CIF *Core Set*. Estes são conjuntos de descritores mais relevantes para caracterizar diferentes patologias (como por exemplo o AVC), nos vários domínios da CIF. Deste modo, a utilização da CIF e das suas dimensões torna-se mais prática para os profissionais da saúde, possibilitando um conhecimento mais aprofundado sobre o impacto de um AVC no quotidiano de um indivíduo, através de um perfil funcional.

¹ <https://www.icf-research-branch.org/about-us/our-mission>

O AVC é a terceira principal causa de morte na população idosa, constituindo um dos principais problemas neurológicos em todo o mundo (Jaracz *et. al.*, 2015). Segundo a Classificação Internacional de Doença (CID-10²), O AVC é uma doença cerebrovascular. As suas consequências podem provocar limitações nas atividades, restrição na participação e danos e/ou perdas em estruturas e funções várias. A sua manifestação clínica depende do local e extensão da lesão bem como da lateralidade do utente (Rocha, 2008).

O AVC é uma das patologias que provoca maior número de mortes e é a principal causa de incapacidade nos idosos (DGS, 2001). Por isso, esta patologia representa um número elevado de internamentos e de gastos económicos (Martins, 2006b). Na generalidade, os encargos económicos do AVC são suportados pela sociedade como um todo, através do pagamento de impostos. No entanto, os sobreviventes do AVC, as suas famílias e os seus amigos também sofrem economicamente. Esta situação merece maior atenção, no sentido de um planeamento efetivo dos cuidados de saúde e dos recursos, bem como dos encargos financeiros (Stevens *et. al.*, 2017).

O objetivo do presente trabalho é descrever o perfil de funcionalidade e incapacidade em idosos diagnosticados com AVC, utilizando o *Brief Core Set* da CIF.

Este é um estudo de natureza quantitativa, descritiva, que se reporta a um espaço temporal compreendido entre maio e dezembro de 2017, com uma amostra por conveniência de 97 idosos com diagnóstico de AVC, internados na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença (UCCC) do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP).

No que diz respeito à estrutura do estudo, este organiza-se do seguinte modo: introdução; enquadramento teórico e metodologia.

Na primeira parte, (Capítulo 1), inclui-se o enquadramento teórico que consiste na revisão da literatura que suporta este estudo, mais especificamente, o envelhecimento, o acidente vascular cerebral e os modelos de saúde e doença. No final, identifica-se o problema e os objetivos do estudo.

A segunda parte, (Capítulo 2), apresenta-se a metodologia, explorando todo o estudo desenvolvido, bem como os resultados encontrados após submetidos a tratamento estatístico,

² <https://iclinic.com.br/cid/capitulo/9/grupo/99/>

permitindo assim a sua interpretação. A discussão dos resultados é uma análise crítica relativamente aos resultados obtidos, tendo por base o quadro concetual atual e a literatura revista. Segue-se a conclusão, onde se identificam algumas limitações do estudo, bem como sugestões e/ou implicações para a prática clínica.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - ENVELHECIMENTO

1.1 - ENVELHECIMENTO: DADOS DEMOGRÁFICOS

Toda a envolvimento do envelhecimento, os desafios e as oportunidades que se apresentam a uma sociedade constituída por pessoas cada vez mais idosas, tornam o envelhecimento, enquanto objeto de estudo, numa temática continuamente atual, exigindo uma análise multidimensional.

A melhoria das condições socioeconómicas das populações e dos acentuados progressos da medicina têm contribuído para um aumento significativo da esperança média de vida, o que se repercute num envelhecimento da população. Sendo assim, o aumento do número de idosos é uma manifestação da mudança do perfil demográfico a nível mundial e particularmente no cenário português, passando da esfera da responsabilidade individual para a responsabilidade social. Nesse sentido, será importante o desenvolvimento de uma dimensão ética.

O envelhecimento demográfico é característico das sociedades modernas, industrializadas e urbanizadas (Fernandes, 2008). Consiste no aumento da proporção de idosos (≥ 65 anos) na população total. Segundo os dados mais recentes do INE (2016), em Portugal, a população idosa estima-se em 2 140 824 indivíduos, dos quais 1.249.687 são do género feminino e 891.137 do género masculino.

A manifestação do fenómeno de envelhecimento ao longo da vida é variável, dando origem a inúmeras definições de envelhecimento biológico. Apesar de as definições discordarem na orientação teórica subjacente, comungam a noção de perda de funcionalidade e consequente incapacidade progressiva, bem como maior suscetibilidade e incidência de doenças, aumentando a probabilidade de morte (Mota, Figueiredo, & Duarte, 2004).

O envelhecimento é mais do que a sua dimensão biológica. É uma fase da vida que implica várias mudanças, em diferentes dimensões da vida da pessoa, nem sempre favoráveis. No entanto, os idosos podem envolver-se no seu processo de envelhecimento de forma positiva, apostando no envelhecimento ativo. Este consiste num processo de otimização das oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, promovendo assim a qualidade de vida no idoso (Ministério da Saúde, 2004). O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a

envelhecer, inclusive as que são frágeis, incapacitadas, com deficiências e que requerem cuidados (OMS, 2009).

O envelhecimento ativo está dependente de influências ou determinantes que rodeiam os indivíduos, as famílias e as nações. Para além do género e da cultura, que constituem fatores transversais neste processo, enumeram-se outros fatores determinantes para o envelhecimento ativo: o contexto individual, comportamental, social e económico; o ambiente físico; e os serviços sociais e de saúde (OMS, 2009). Importa acrescentar que é a interação dos fatores genéticos com os fatores ambientais que determina a longevidade do indivíduo (Pinto & Botelho, 2007).

1.2 - ENVELHECIMENTO E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Apesar dos avanços mais recentes na biologia molecular e na genética, os mistérios que controlam o tempo da vida humana estão ainda a ser desvendados. Não obstante, têm sido propostas diversas teorias para explicar o processo de envelhecimento, sendo que as teorias tradicionais sustentam que o envelhecimento está geneticamente programado ou que não é uma adaptação. As teorias biológicas modernas sobre o envelhecimento dos seres humanos podem ser divididas em duas categorias principais: as teorias programadas e as teorias do dano ou erro (Jin, 2010).

As teorias programadas defendem que o envelhecimento segue um calendário biológico, sendo uma continuação do que regula o crescimento e o desenvolvimento infantil. Esta regulação depende de mudanças na expressão genética que afetam os sistemas responsáveis pelas respostas de manutenção, de reparação e de defesa. As teorias programadas incluem três sub-categorias: longevidade programada, teoria endócrina e teoria imunológica. Na longevidade programada, o envelhecimento é o resultado da ativação e inativação de certos genes. A senescência de uma célula é definida como o momento em que os défices associados à idade se manifestam. A doença vascular é um exemplo de envelhecimento programado. A teoria endócrina defende que os relógios biológicos funcionam em função das hormonas, controlando deste modo a velocidade do envelhecimento. A teoria imunológica relaciona-se com o declínio do sistema imunitário programado ao longo do tempo, o que leva a um aumento da vulnerabilidade a doenças infecciosas e, possivelmente à morte (Jin, 2010).

As teorias do dano ou erro enfatizam as agressões ambientais para os organismos, as quais induzem danos cumulativos a vários níveis, causando envelhecimento. Estas teorias incluem várias hipóteses, tais como o desgaste, a taxa de vida, os radicais livres e os danos no ADN. O desgaste das células e dos resulta no envelhecimento. Esta hipótese é útil, mas não está completamente adequada para explicar o período máximo de vida. Em relação aos radicais livres, esta proposta sugere que o superóxido e outros radicais livres causam danos aos componentes macromoleculares da célula. Estes danos originam alterações cumulativas nas células e, eventualmente nos órgãos, interferindo no seu funcionamento. No que diz respeito aos danos no ADN somático, os mesmos ocorrem continuamente nas células de organismos vivos. Embora a maioria destes danos sejam reparados, alguns acumulam-se. Por exemplo, as mutações genéticas ocorrem e acumulam-se com a idade, fazendo com que as células se desgastem do mau funcionamento. Deste modo, o envelhecimento resulta do dano da integridade genética das células do corpo (Jin, 2010).

De acordo com as teorias descritas anteriormente, o envelhecimento aumenta a fragilidade e a suscetibilidade à doença em vários sistemas do corpo humano. O sistema cardiovascular engloba a vascularização do encéfalo, verificando-se um aumento da deformação das arteríolas e uma diminuição no número e comprimento dos capilares no processo de envelhecimento. Como resultado destas alterações, existe uma redução significativa do fluxo sanguíneo no cérebro envelhecido (Popa-Wagner, Buga, Turner, Rosen, & Toescu, 2012).

2 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui, atualmente, um grave problema de saúde, apresentando altas taxas de incidência na Europa e em Portugal, sendo a primeira causa de morte e de incapacidade (Silva, 2013).

O número de acidentes vasculares cerebrais tem vindo a aumentar, porque a proporção de europeus com mais de 70 anos também está a aumentar. As projeções apresentadas indicam que entre 2015 e 2035, haverá um aumento de 34% no número total de AVC na UE, a partir de 613.148 indivíduos (2015) a 819.771 indivíduos (ano 2035) (Stevens *et. al.*, 2017).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), em Portugal, registaram-se 11778 mortes devido a doenças cerebrovasculares. Relativamente à variável género, observou-se que faleceram 5057 indivíduos do género masculino e 6721 do género feminino. A média de idades aquando da morte por AVC foi de 81,8 anos (79,4 anos para o género masculino e 83,6 anos para o género feminino).

Na União Europeia (UE), em 2017, o custo total do AVC foi calculado em € 45 biliões, sendo que 44% desse montante, ou seja, 20 mil milhões de euros, se devem aos custos diretos dos cuidados de saúde. Os cuidados hospitalares representam 72% dos custos diretos de cuidados de saúde e os medicamentos representam 7% (Stevens *et. al.*, 2017). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), inúmeras pessoas com AVC ficam permanentemente incapacitadas, sofrendo consequências graves a nível pessoal, familiar, laboral e social. Os encargos económicos do AVC são suportados pela sociedade como um todo, através do pagamento de impostos, mas também pelos sobreviventes do AVC, pelas suas famílias e amigos. Por isso, será importante investir no planeamento efetivo dos cuidados de saúde e dos recursos (Stevens *et al.*, 2017).

O AVC foi definido como “uma doença súbita que afeta uma zona limitada do cérebro, causada pelo bloqueio ou rompimento de uma artéria cerebral” (Ferro, 2016). A interrupção da circulação sanguínea no encéfalo impede o fornecimento de oxigénio e nutrientes, causando danos no tecido cerebral (WHO, 2006). Quando se trata de um AVC provocado pelo bloqueio ou obstrução da artéria cerebral, significa que ocorreu um AVC isquémico. Por outro lado, quando se trata de um AVC originado pela rutura de uma artéria, designa-se de AVC hemorrágico, o qual é menos frequente do que o primeiro (Ferro, 2016; WHO, 2014-2016).

A maior ou menor gravidade do AVC é determinada, essencialmente, pela localização e extensão das lesões cerebrais iniciais, assim como do período que decorre entre o aparecimento dos primeiros sintomas e a implementação da terapia na fase aguda. Consoante a gravidade, o indivíduo apresentará sequelas associadas ao AVC, as quais podem ser organizadas em quatro categorias (Cruz, 2016):

- Danos nas funções musculares (b730-b749): funções de força muscular (b730), funções tónus muscular de um lado do corpo (b7352), controlo de movimentos voluntários simples (b7600), funções relacionadas com o padrão de marcha (b770), ou mesmo as funções de deglutição (b5105);
- Danos nas funções mentais (b140-b189): funções mentais de linguagem (b167), funções de memória (b144), funções mentais e de linguagem (b167) ou mesmo funções de atenção (b140) e funções intelectuais (b117)s;
- Danos nas funções emocionais (b152);
- Danos nas funções sensoriais adicionais (b250-b279).

Considerando que o AVC afeta de forma significativa várias dimensões da vida humana, será prioritário apostar na prevenção. Esta abrange a diminuição do impacto dos principais fatores de risco no aparecimento do AVC, nomeadamente a idade, a hipertensão arterial, a dislipidémia, a diabetes e o tabagismo. A idade é um dos fatores de risco³ para o AVC, pois quanto mais idade o indivíduo tiver, maior é o risco (Stevens *et. al.*, 2017).

De acordo com Silva (2013), o risco de sofrer um AVC Isquémico duplica por cada década de vida que passa, após os 55 anos de idade. O mesmo autor, para justificar a relação entre envelhecimento e AVC, tema do presente trabalho, explica que “os efeitos cumulativos do envelhecimento no nosso sistema cardiovascular (coração e vasos sanguíneos) e a natureza progressiva (e efeito associado) dos fatores de risco para o AVC (hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia ou tabagismo, por exemplo) justificam que o risco de ocorrência de AVC aumente com a idade”. Contudo segundo o mesmo autor, importa sublinhar que não é correto associar o AVC apenas a idades mais avançadas, porque este pode surgir em indivíduos jovens, estando a aumentar a sua incidência nesta população.

³ Segundo Silva (2013, p. 6), o risco corresponde “à probabilidade de ocorrência de um acontecimento – por exemplo, uma trombose cerebral (nome comum de um acidente vascular cerebral) – no decurso de um dado período de tempo”.

Após um AVC, a situação clínica do utente caracteriza-se por dependência e incapacidade. Esta refere-se “à situação em que a pessoa se encontra, que por falta ou perda de autonomia física, psíquica e intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”, (Decreto Lei 101/2006, Art.º 3, alínea h). Estas dificuldades em realizar atividades diárias do quotidiano significa que a pessoa apresenta restrições à participação, a qual foi descrita na CIF como “o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real” (OMS, 2004).

Luengo-Fernandez, Gray e Rothwell (2006; 2009) verificaram que os utentes com AVC sofreram um impacto muito negativo na saúde devido ao aumento de incapacidade, restrições à autonomia e perda de qualidade de vida.

A par das restrições na participação, o ambiente (fatores pessoais e externos) é fundamental na atenuação ou eliminação da incapacidade provocada pelas lesões que ocorreram como consequência de condições de saúde adversas como o AVC (OMS, 2001).

A Tabela 1 apresenta um conjunto de problemáticas, que podem surgir após o AVC (Algurén, 2010).

Tabela 1- Áreas comumente afetadas após o AVC, expresso nos termos da CIF.

Funções Corporais	Estruturas	Atividade e Participação	Funções Ambientais
Funções Mentais (b110-b139)	Estrutura do Sistema Nervoso (s199)	Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento (d199)	Produtos e Tecnologias (e199)
Funções Sensoriais e Dor (b399)		Tarefas e Exigências Gerais (d299)	Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem (e299)
Função da Voz e da Fala (b399)		Comunicação (d398)	Apoio e Relacionamentos (e399)
Funções do Aparelho Cardiovascular, dos Sistemas Hematológico e Imunológico do Aparelho Respiratório (b499)		Mobilidade (d499)	Atitudes (e499)
Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistema Metabolico e Endócrino (b599)		Auto-cuidados (d598)	Serviços Sistemas e Políticas (e599)
Funções Geniturinárias e Reprodutivas(b699)		Vida Doméstica (d699)	
Funções Neuromusculares e relacionadas com o Movimento (b799)		Interações e Relacionamentos Interpessoais (d799)	
		Áreas principais da Vida (d899)	
		Vida Comunitária, Social e Cívica (d999)	
Fonte: Algrén, B. (2010). <i>Functioning after stroke, an application of the international classification of functioning Disability and Health (ICF)</i>			

Um estudo mais recente, realizado por Lo Coco, Lopez e Corrao (2016), revelou que o AVC é cada vez mais apontado como uma das causas que provoca problemas cognitivos e tem sido associado ao desenvolvimento da demência vascular e da doença de Alzheimer. Além disso, este estudo revela ainda que a prevalência do comprometimento cognitivo após o AVC é alta.

Na maioria dos casos, as consequências de um AVC interferem na esfera individual, social, familiar e laboral. O utente fica com algum grau de dependência, afastando-se de alguns papéis relevantes para si, modificando as suas rotinas, a sua participação laboral e a vida da sua família.

As famílias apresentam necessidades que vão desde os aspectos materiais até aos aspectos emocionais, passando pela necessidade de constantes informações. Mas o que se verifica na

prática é cada vez mais a escassez de cuidadores familiares. A existência de poucos rendimentos e um acesso deficitário à informação estão associados a níveis baixos na participação social. Segundo o estudo de Jaracz *et al.* (2015), os profissionais de saúde devem também reconhecer as necessidades dos cuidadores e, se necessário, fornecer orientações de cuidados e de apoio.

Goljar *et al.*, 2010 referiu no seu estudo que o utente precisa de confiar em membros da família para a maioria das suas necessidades. Os médicos devem levar em consideração a possibilidade de fornecer ajuda profissional, e suavizar a carga de cuidados dos membros da família, favorecendo a saúde do utente e levando a consequências positivas para ambos, o utente e os seus familiares.

Ao nível social, as repercussões do AVC podem estar associadas com a forma como o utente se relaciona com os amigos, a família e a integração na comunidade, podendo constatar-se isolamento social.

A fim de evitar algumas dificuldades, com a ajuda dos profissionais de saúde e da família, o utente deve reabilitar a função e adaptar o seu ambiente. Nestes casos, um ambiente adaptado e facilitador é de extrema importância para o utente ser capaz de recuperar a funcionalidade mesmo com incapacidades. Por exemplo, os dispositivos e tecnologias de assistência aliviam algumas barreiras e podem inclusive elimina-las como é o caso de algumas adaptações que permitem tomar banho, usar a casa de banho, ir para a cama, entre outras (Algurèn, 2010).

Apesar da utilização de intervenções multidisciplinares na gestão clínica de indivíduos diagnosticados com AVC, cerca de metade desta população tem alta com sérios danos e limitações funcionais (Stein *et al.*, 2009).

3 - MODELOS DE SAÚDE E DOENÇA

A OMS define a saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1946). Reconhecendo que a anterior definição tem aspetos positivos e negativos, terá de se assumir que a saúde não é apenas uma questão médica, mas também social, humana e ideológica e, como tal, existem muitas teorias diferentes sobre a sua natureza (Algurén, 2010).

Quando a saúde se altera, o indivíduo apresenta incapacidade/ deficiência. Algurén (2010) define a deficiência como uma anormalidade, defeito ou perda de algo relacionado com o padrão das estruturas do corpo. Ou seja, descreve as deficiências de acordo com os conhecimentos biológicos atuais ao nível dos tecidos ou das células e ao nível sub-celular ou molecular. Está alinhado com o ponto de vista médico, pois salvaguarda que as deficiências não são equivalentes às patologias subjacentes, mas sim às manifestações dessas patologias (DGS, 2004b).

A avaliação da deficiência tem sido uma preocupação constante. Os principais modelos sobre deficiência podem ser divididos em limitações funcionais biomédicas e abordagens sócio-políticas. A abordagem biomédica considera a deficiência como um problema do indivíduo que está diretamente relacionado com a patologia, doença e outros desvios das normas biomédicas. Neste modelo, a deficiência pode ser descrita e quantificada. No entanto, este modelo ignora os aspetos sociais de invalidez e tende a ver o utente como um diagnóstico, em vez de um indivíduo (Algurén, 2010). Neste sentido, a abordagem social da doença, face ao modelo biomédico, relaciona a deficiência com a sociedade e não o corpo (Oliver, 1996).

Na história moderna da deficiência, o reconhecimento dos direitos dos trabalhadores feridos da Guerra foi consagrado na legislação nacional e internacional. Este constitui-se um marco nas abordagens das sociedades ocidentais quanto à deficiência. Foi neste contexto que se desencadeou outro fenómeno característico do século XX, a mobilização ativista de civis deficientes (Stiker, 1997).

Durante a Primeira Guerra Mundial, os regimes de pensões para soldados feridos expandiu as noções de responsabilidade coletiva e de “*Dívida Nacional*” para com os feridos enquanto serviam a nação em Guerra. Não menos importantes foram as necessidades para compensar a escassez de trabalho em tempo de Guerra e levar os Países a estabelecer um seguro social para trabalhadores. A consciência de que as pessoas com deficiência necessitavam de ser

reabilitadas, ao invés de serem assistidas como pobres, foi-se enraizando. A posição política relativa à deficiência foi amplamente desenvolvida em todos os países industrializados após a Segunda Guerra Mundial (Stiker, 1997).

Em meados dos anos 60, Saad Nagi propõe uma nova visão sobre o processo de incapacidade. Esta nova proposta considera as consequências físicas das patologias, um processo mais dinâmico que medeia alterações na função. Incapacidade passa a ser a expressão de uma limitação mental ou física num determinado contexto social e deficiência é entendida como uma relação desigual entre as capacidades limitadas do indivíduo e as exigências criadas pelo ambiente social e físico.

O modelo de Nagi (1976) visava classificar a deficiência e orientar a reabilitação, não incluindo um esquema de classificação. Este modelo implica que o meio ambiente possa ser estudado simultaneamente com o indivíduo. O mesmo autor constatou que o estudo da relação entre deficiências, limitações funcionais e papéis sociais era pouco frequente. Assim, iniciou uma investigação sobre os fatores ambientais que afetam a deficiência, que, por sua vez, serviu de ponto de partida para o modelo biopsicossocial.

Engel (1977) identificou a necessidade de um novo modelo médico. Pretendia criar um modelo holístico que respondesse às críticas de reducionismo, mantendo o rigor científico. Dentro do modelo holístico, foram propostas três dimensões: biológica, psicológica e social, as quais desempenhavam um papel significativo no funcionamento de uma pessoa com ou sem deficiência. Nesse sentido, foram sugeridos os tratamentos ou os cuidados necessários para abordar cada dimensão. Posteriormente, vários autores contribuíram para a alteração desta linha de pensamento, tendo como elemento central a relação de poder entre médico e utente e o impacto desta na prestação de cuidados (Kumar, 2010).

3.1 - A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

A avaliação da deficiência, incapacidade e saúde, bem como do nível de saúde em condições específicas, adquiriu particular importância nos últimos anos (Goljar *et al.*, 2010). No sentido de abordar a deficiência de uma nova maneira, a CIF recorreu ao modelo biopsicossocial, defendendo que a funcionalidade e a incapacidade resultam de interações complexas entre características intrínsecas do indivíduo e fatores contextuais (Escorpizo *et al.*, 2010; Atkinson

& Nixon-Cave, 2011). Neste sentido, pode dizer-se que a CIF se transformou num elemento fundamental na definição de políticas e instrumentos de intervenção nesta matéria. O seu principal objetivo é fornecer uma linguagem que seja aceite de modo universal, a qual poderá ser utilizada por diferentes profissionais, em diferentes países.

A CIF é um sistema de classificação desenvolvido pela OMS (2004) que fornece uma estrutura para descrever o funcionamento e saúde no indivíduo através de dois elementos principais: funcionalidade e incapacidade; e fatores contextuais. Cada um destes elementos tem dois componentes: funções do corpo e atividades e participação (funcionalidade e incapacidade); fatores ambientais e fatores pessoais (fatores contextuais). A CIF fornece um quadro concetual que permite a recolha de informações para além das doenças e do diagnóstico médico. Este sistema de classificação pode ser utilizado no âmbito da medicina física e reabilitação, especialmente no campo da reabilitação neurológica, para aprofundar os conhecimentos acerca da situação clínica atual do utente e para facilitar a comunicação na equipa multidisciplinar, contribuindo para estruturar o processo de reabilitação, para a fixação de metas, para a documentação e para relatar a evolução funcional (Goljar *et al.*, 2010).

A CIF sugere definições operacionais padronizadas dos domínios relacionados com a saúde em contraste com as definições mais frequentes. Essas definições descrevem os atributos essenciais de cada domínio, o que inclui ou exclui. Outra vantagem consiste na codificação dos resultados obtidos a partir de instrumentos de avaliação existentes (OMS, 2004).

Cada componente da CIF contém diversos domínios e dentro de cada um existem várias categorias, que são as unidades de medida da classificação (OMS, 2004). Através de um código alfanumérico, cada categoria é representada por uma letra que indica a componente – (b) funções do corpo, (s) estruturas do corpo, (d) atividades e participação e (e) fatores ambientais –, seguida de um código numérico, iniciado pelo número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos), pelo terceiro nível (um dígito) e pelo quarto nível (um dígito) (OMS, 2004).

Baseado na hierarquia da estrutura das categorias CIF, uma categoria de nível superior partilha os atributos da categoria de nível inferior a qual a primeira pertence (OMS, 2004). Todas as categorias CIF estão acompanhadas de uma definição bem como o que inclui e exclui, tornando-as inequívocas. Além disso, todas são quantificáveis.

Assim sendo, a saúde e os estados relacionados com a saúde de um indivíduo podem ser registados através do código/códigos apropriados à categoria, que apenas estão completos com um qualificador. Estes são códigos de uma escala ordinal genérica de 0 a 4, que especifica a extensão da funcionalidade ou da incapacidade naquela categoria, ou em que medida um factor ambiental facilita ou constitui um obstáculo (OMS, 2004).

Apesar da definição objetiva de todas as categorias, um dos principais desafios na utilização da CIF tem sido a morosidade da aplicação na prática clínica, verificando-se ainda a falta de simplificação. No sentido de ultrapassar este desafio, a OMS desenvolveu uma lista de verificação da CIF, utilizando um conjunto restrito de categorias relevantes. Além disso, a aplicabilidade clínica da CIF foi facilitada pelo desenvolvimento dos *Brief Core Sets* da CIF (Goljar *et. al.*, 2010).

A CIF *Core Set* para o AVC é uma aplicação da CIF⁴ e representa o espectro de problemas no funcionamento de utentes com AVC. As categorias⁵ que são selecionadas para a CIF *Core Set* para o AVC incluem os aspetos mais fundamentais e impressionantes da funcionalidade em utentes após-AVC (Quintas *et al.*, 2011).

Segundo Quintas e colaboradores (2011), o processo de desenvolvimento da CIF *Core Set* para o AVC envolve um método formal na tomada de decisão e de consenso de peritos, integrando evidência reunida a partir de estudos preliminares, incluindo uma revisão sistemática, e recolha de dados a partir da *checklist* da CIF. O resultado final é uma lista de cento e trinta categorias da CIF incluídas no *Comprehensive ICF Core Set for Stroke*, dezoito das quais (14% do total) estão incluídas no *Brief Core Set* de categorias específicas para AVC: seis categorias do *Comprehensive ICF Core Set* das funções corporais (15%), duas categorias (40%) das estruturas corporais, sete (14%) da atividade e participação e três (9%) dos fatores ambientais.

De acordo com, (Geyh *et al.*, 2004), as seis categorias das funções corporais representam 10% do número total das categorias de segundo nível da CIF neste componente, as duas categorias das estruturas corporais representam 4%, as sete categorias da atividade e participação representam 6% e as três categorias dos fatores ambientais representam 4%.

⁴ <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/cardiovascular-and-respiratory-conditions/icf-core-set-for-stroke>.

⁵ <https://www.icf-research-branch.org/download/finish/13-cardiovascular-and-respiratory-conditions/198-brief-icf-core-set-stroke-18categ>.

As categorias da CIF *Core Set* para o AVC encontram-se no Anexo I.

A CIF *Brief* e o *Comprehensive Core Set for Stroke* demonstram validade de conteúdo suficiente na perspectiva dos médicos, definindo quais as áreas de funcionamento e saúde que são relevantes para os utentes com AVC. Deste modo, o CIF *Core Set* para o AVC pode ser usado como ponto de partida para a avaliação dos utentes (Quintas *et al.*, 2011).

Há, contudo, limitações da funcionalidade que acompanham o processo de envelhecimento e podem culminar na incapacidade do idoso em responder às suas necessidades, motivo pelo qual a manutenção da independência social, da mobilidade funcional e das capacidades cognitivas se torna cada vez mais relevante. Nesse sentido, importa também lembrar que a maioria das deficiências sucede ao longo da vida devido a diversos fatores, como por exemplo a pobreza, a poluição, os acidentes, a violência, a guerra, o estilo de vida e o envelhecimento (OMS, 2001a).

Assim, o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice.

4 - IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS

De acordo com a revisão de literatura, o AVC é uma condição clínica que interfere de forma significativa em várias dimensões da vida dos utentes idosos. Por este motivo, a funcionalidade do idoso com AVC é a principal preocupação da reabilitação e, como tal, a avaliação do perfil de incapacidade é essencial para uma recuperação eficaz.

Para que seja possível atentar nos fatores sociais da deficiência (e que são perspetivados pelos fatores contextuais), é necessária a integração de categorias de análise interseccionais (género, etnia, sexualidade, etc.) sob a lente de outros modelos, como é o caso do modelo social da deficiência do Michael Oliver (1990), em vista a aprimorar a consciencialização pública.

É neste contexto que a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) apoia a compreensão do funcionamento e da deficiência como conceitos multidimensionais que se relacionam não apenas com os aspetos físicos e psicológicos, mas também com a situação de vida e o papel social de uma pessoa que é influenciada por fatores externos tais como o ambiente físico. Todavia, os impactos do AVC são complexos e difíceis de quantificar, sendo necessário que se efetuem mais pesquisas sobre a experiências e medidas de resultado relatadas pelo paciente, tal como estudos de qualidade de vida (Stevens *et al.*, 2017). Desta forma, é fulcral avaliar os seus principais problemas, definir metas de reabilitação, escolher intervenções de reabilitação e avaliar os resultados da intervenção. Neste sentido, com apenas um instrumento, a utilização da CIF permite definir e validar o perfil de funcionalidade orientador da intervenção clínica (Goljar *et. al.*, 2010).

O objetivo deste trabalho é descrever o perfil de incapacidade e funcionalidade em idosos diagnosticados com AVC utilizando o *Brief Core Set da CIF*.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

5 - METODOLOGIA

5.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A amostra deste estudo é constituída por 97 idosos, que sofreram um AVC, internados na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença (UCCC) do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC _ RP). Estes foram selecionados por conveniência dentro da população disponível. O estudo decorreu no período de 1 de maio a 30 de setembro de 2017.

5.2 - INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE

Os participantes preencheram um questionário sobre informações sócio-demográficas, nomeadamente género, idade, estado civil, ano de escolaridade e atividade profissional. De seguida, foi aplicada a *Brief Core Set* para AVC, que inclui 4 categorias e 18 dimensões, as quais foram selecionadas da CIF Compreensiva. Especificando, 6 dimensões provenientes das funções do corpo, 2 das estruturas do corpo, 7 das atividades e participação e 3 dos fatores ambientais.

Cada dimensão da CIF pode ser registada através de códigos apropriados à categoria, com um qualificador, por meio de uma escala ordinal genérica de 0 a 4. Esta escala especifica a extensão da funcionalidade ou da incapacidade numa determinada categoria, sobre a forma de percentagem. Ver tabela 2.

Tabela 2- CIF - *Brief Core Set* para AVC

Funções do corpo	Funções da Consciência (b110) Funções de Orientação (b114) Funções da Atenção (b140) Funções de Memória (b144) Funções Mentais (b167) Funções de Força Muscular (b730)	0-Nenhuma deficiência 0-4% 1-Deficiência ligeira 5-24% 2-Deficiência moderada 25-49% 3-Deficiência Grave 50-95% 4-Deficiência completa 96-100%
Estruturas do Corpo	Estrutura do Cérebro (s110) Estrutura do Membro Superior (s730)	
Atividades e Participação	Comunicar e Receber Mensagens Orais (d310) Falar (d330) Andar (d450) Lavar-se (d510) Ir a Casa de banho (d530) Vestir-se (d540) Comer (d550)	0-Nenhuma dificuldade 0-4% 1- Dificuldade ligeira 5-24% 2- Dificuldade moderada 25-49% 3- Dificuldade Grave 50-95% 4- Dificuldade completa 96-100%
Fatores Ambientais	Família (e310) Profissionais de Saúde (e355) Serviços de Saúde, Sistemas e Políticas (e580)	0-Nenhum obstáculo 0-4% 1- Obstáculo leve 5-24% 2- Obstáculo moderado 25-49% 3- Obstáculo Grave 50-95% 4- Obstáculo completo 96-100% +1- Facilitador Leve 5-24% +2- Facilitador Moderado 25-49% +3- Facilitador Grave 50-95% +4- Facilitador Completo 86-100%

O *Core Set* da CIF para o AVC é uma ferramenta prática que representa todas as categorias e dimensões da CIF necessárias para descrever indivíduos em situação Pós-AVC, sendo estas largamente consistentes com os sintomas conhecidos (Geyh *et. al.*, 2004).

5.3 - PLANO DE INTERVENÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

A tabela abaixo apresenta o plano de intervenção com duração de 12 semanas (3 meses), em contexto de internamento (6 dias por semana) durante 45 minutos por sessão. O tratamento foi realizado segundo o conceito de *Bobath* e adaptado à condição e *timing* de cada idoso.

Tabela 3 – Plano de intervenção de fisioterapia segundo o conceito de Bobath

1.^a Semana	Treino do Sistema Somatossensorial do MS e MI hemiparético (15 minutos) Alinhamento corporal na posição de sentado (10 minutos) <i>Core stability</i> (5 minutos) Estabilidade dinâmica da escápula (15 minutos)
2.^a Semana	Alinhamento corporal na posição de sentado (15 minutos) Ajustes posturais antecipatórios (APA) (15 minutos) <i>Hand contact</i> e alcance funcional (15 minutos)
3.^a Semana	<i>Stop-standing</i> (15 minutos) <i>Sit-to-stand</i> (15 minutos) APA (15 minutos)
4.^a Semana	<i>Crook-ling</i> na posição de deitado (15 minutos) <i>Placing</i> da anca na posição deitado (15 minutos) <i>Placing</i> do MS na posição deitado (15 minutos)
5.^a Semana	<i>Sit-to-stand</i> (15 minutos) <i>Single-leg-stance</i> (15 minutos) Alcançar na posição de pé (15 minutos)
6.^a Semana	Estabilidade dinâmica da escápula na posição de sentado (15 minutos) Alcance durante o <i>sit-to-stand</i> (15 minutos) Alcance na posição de pé (15 minutos)
7.^a Semana	Trabalho da propulsão na posição de sentado (15 minutos) Trabalho da propulsão na posição de pé (15 minutos) Treino de marcha com facilitação de duas pessoas (15 minutos)
8.^a Semana	Trabalho da extensão linear na posição de pé (15 minutos) <i>Single-leg-stance</i> (15 minutos) Treino de marcha com facilitação de duas pessoas (15 minutos)
9.^a Semana	APA (15 minutos) Sistema somatossensorial na posição de pé (15 minutos) Treino de marcha com facilitação de duas pessoas (15 minutos)
10.^a Semana	Esquema corporal postural (15 minutos) Ajustes posturais compensatórios (APC) (15 minutos) Treino de marcha com facilitação de uma pessoa (15 minutos)
11.^a Semana	Estratégia do tornozelo (15 minutos) Estratégia do passo atrás /estratégia reativa do MS (15 minutos) Treino de marcha (15 minutos)
12.^a Semana	Treino de subir /descer escadas (15 minutos) Treino de marcha em superfícies e irregulares (15 minutos) Treino de marcha em plano inclinado (15 minutos)

5.4 – PROCEDIMENTOS

O projeto foi submetido à aprovação pela Comissão de Ética da Instituição (Anexo II). Os utentes foram convidados a participar no estudo de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos: idade igual ou superior a 65 anos, vítimas do primeiro AVC e com 3 meses de internamento. Os critérios de exclusão foram: idade \leq 65 anos, presença de comorbidades, período de internamento inferior a 3 meses, défices de compreensão e AVC de repetição.

Os utentes foram informados sobre os procedimentos investigacionais e declararam formalmente o seu Consentimento Informado para a participação no estudo (Anexo III). Foi assegurada a confidencialidade de todos os dados recolhidos, uma vez que as informações foram codificadas e mantidas estritamente confidenciais para todos aqueles que não estiveram diretamente envolvidos no estudo.

Procedeu-se à recolha dos elementos sociodemográficos (idade, género, estado civil, escolaridade, profissão) seguida da aplicação da CIF- *Brief Core Set* para AVC, de forma a traçar um perfil de funcionalidade. Cada entrevista durou aproximadamente 45 minutos.

Os participantes realizaram o Plano de Intervenção de Fisioterapia segundo o conceito de Bobath, num período de 3 meses, conforme os resultados obtidos na entrevista da CIF. Aquando da alta, os idosos com AVC foram novamente submetidos à aplicação da *Brief Core Set* para AVC, de forma a perceber a evolução de cada participante idoso no estudo.

6 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

6.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 97 idosos com diagnóstico de AVC. No que diz respeito à idade dos participantes, esta varia entre os 65 e os 99 anos ($76,14 \pm 9,51$). Observa-se que 52,6% dos participantes ($n=51$) se situam no grupo etário com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos; 26,8% dos participantes ($n=26$) têm entre 75 e 84 anos; 16,5% dos participantes ($n=16$) apresentam idades compreendidas entre os 85 e os 94 anos e 4,1% dos participantes ($n=4$) têm idade igual ou superior a 95 anos.

No que diz respeito ao género, verifica-se 56% de indivíduos do género masculino ($n=55$) e 43,3% indivíduos do género feminino ($n=42$).

No que diz respeito à distribuição dos utentes em estudo de acordo com o seu estado civil, 57,7% idosos são casados ($n=56$); 21,6% idosos são viúvos ($n=21$); 13,4% dos idosos são solteiros ($n=13$) e 7,2% dos participantes idosos encontram-se divorciados ($n=7$).

Relativamente aos anos de escolaridade dos participantes, estes variaram entre um mínimo de zero (sem escolaridade) e um máximo de 20 (doutorado), sendo a média 3,68 anos, com um desvio padrão de 2,42, sendo a moda e mediana de 3 anos de escolaridade. Assim, 83,6% dos participantes ($n=81$) têm uma escolaridade igual ou inferior a quatro anos; 11,3% dos participantes ($n=11$) estudaram entre 5 e 6 anos; 4,1% dos participantes ($n=4$) estudaram por um período de 7 e 9 anos e 1% ($n=1$) dos participantes estudou 20 anos.

A distribuição da vida socioprofissional dos participantes caracteriza-se da seguinte forma: 40,2% são reformados ($n=39$), sendo que 21,6% são trabalhadores não qualificados ($n=21$), seguindo-se 19,6% que são agricultores ou pescadores ($n=19$). De referir que apenas 1% é especialista das profissões intelectuais e científicas ($n=1$).

Quando questionados acerca da sua situação profissional atual, 59,8% dos utentes em estudo ainda estão no ativo, exercendo a atividade profissional mesmo que não remunerada ($n=58$) e 40,2% não exercem qualquer atividade profissional ($n=39$).

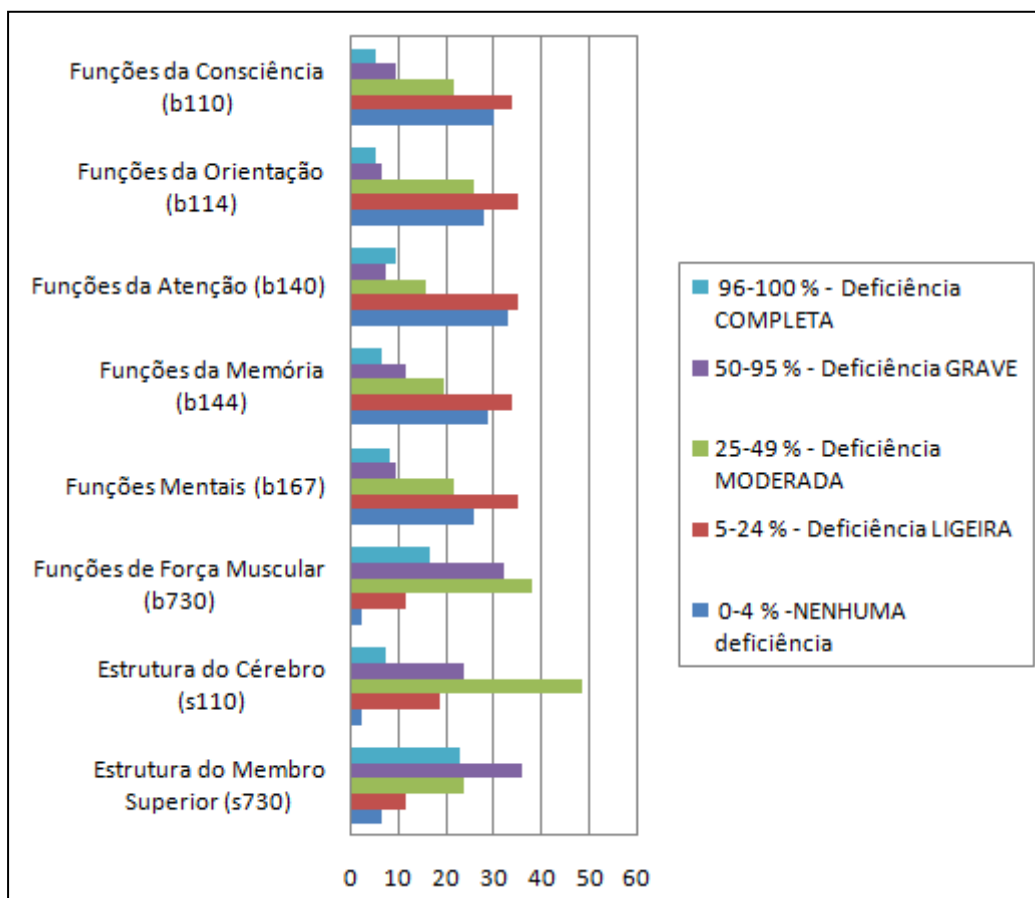
6.2 – PERFIL FUNCIONAL NA ADMISSÃO

Esta avaliação foi realizada segundo as componentes da CIF, *Brief Core Set* para AVC nos momentos da admissão com AVC, tendo sido avaliadas as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas) e as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

6.2.1- Funções e Estruturas do Corpo

Na Figura 1 é apresentada a distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “funções e estruturas corporais” no momento de admissão: 34% dos participantes (n=33) classificaram a deficiência relativa às funções da consciência (b110) como ligeira; 35,1% dos participantes (n=34) classificaram a deficiência relativa às funções de orientação (b114) e nas funções de atenção (b140) como ligeira; 34% dos participantes (n=33) classificaram a deficiência relativa às funções da memória (b144) como ligeira; 35,1% dos participantes (n=34) classificaram a deficiência relativa às funções mentais (b167) como ligeira; 38,1% dos participantes (n= 37) classificaram a deficiência relativa às funções de força muscular (b730) como moderada; 48,5% dos participantes (n=47) classificaram a deficiência relativa às funções da estrutura do cérebro (s110) como moderada; 36,1% dos participantes (n=35) classificaram a deficiência relativa a estrutura do membro superior (s730) como grave.

Figura 1- Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “funções e estruturas corporais” no momento de admissão.

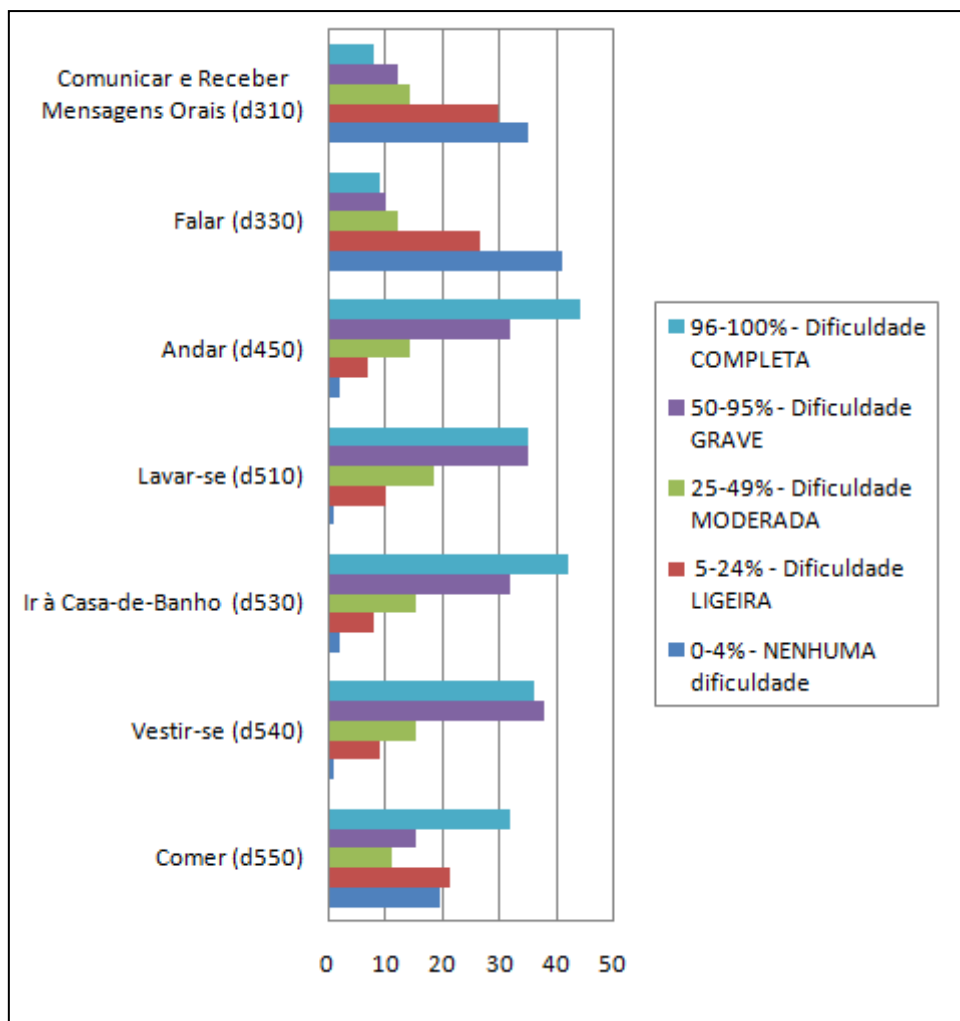


6.2.2 – Atividades e Participação

No que concerne às componentes atividade e participação, foram avaliados os aspetos da funcionalidade através dos domínios incluídos no *Brief Core Set* para o AVC.

Na Figura 2 é apresentada a distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “atividade e participação” no momento de admissão: 35,1% dos participantes (n=34) classificaram a deficiência relativa aos domínios de comunicar e receber mensagens orais (d310) como nenhuma dificuldade; 41,2% dos participantes (n=40) classificaram a componente de Falar (d330) como nenhuma dificuldade; 38,1% dos participantes (n=37) classificaram a componente vestir-se (d540) como dificuldade grave; 44,3% dos participantes (n=43) classificaram a dificuldade relativa a componentes de andar (d450) como dificuldade completa; 42,3% dos participantes (n= 41) classificaram a dificuldade relativa á componente de ir a casa de banho (d530) como dificuldade completa; 32% dos participantes (n=31) classificaram a dificuldade relativa á componente de comer (d550) como dificuldade completa; 35,1% dos participantes (n=34) classificaram a dificuldade relativa a componente lavar-se (d510) como dificuldade completa e grave.

Figura 2- Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “atividade e participação” no momento de admissão.

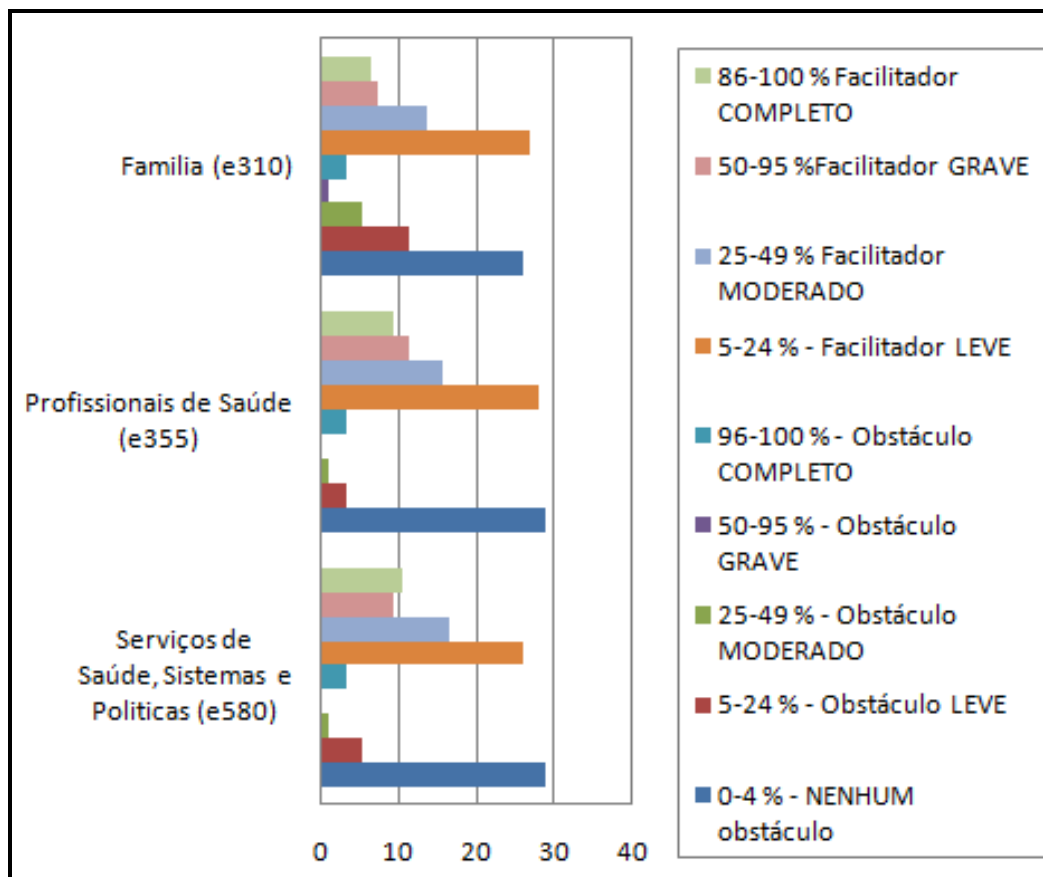


6.2.3 - Fatores Ambientais

Os participantes idosos com AVC também avaliaram o impacto facilitador ou limitador da sua situação clínica, segundo as características do mundo físico e social.

Na Figura 3 é apresentada a distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “fatores ambientais” no momento de admissão: 26,8% dos participantes (n=26) classificaram a família (e310) como facilitador leve; 28,9% dos participantes (n=28) classificaram os profissionais de saúde (e355) e os serviços de saúde, sistemas e políticas, relacionadas com a saúde (e580) como nenhum obstáculo.

Figura 3 – Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do Domínio “fatores ambientais” no momento de admissão.



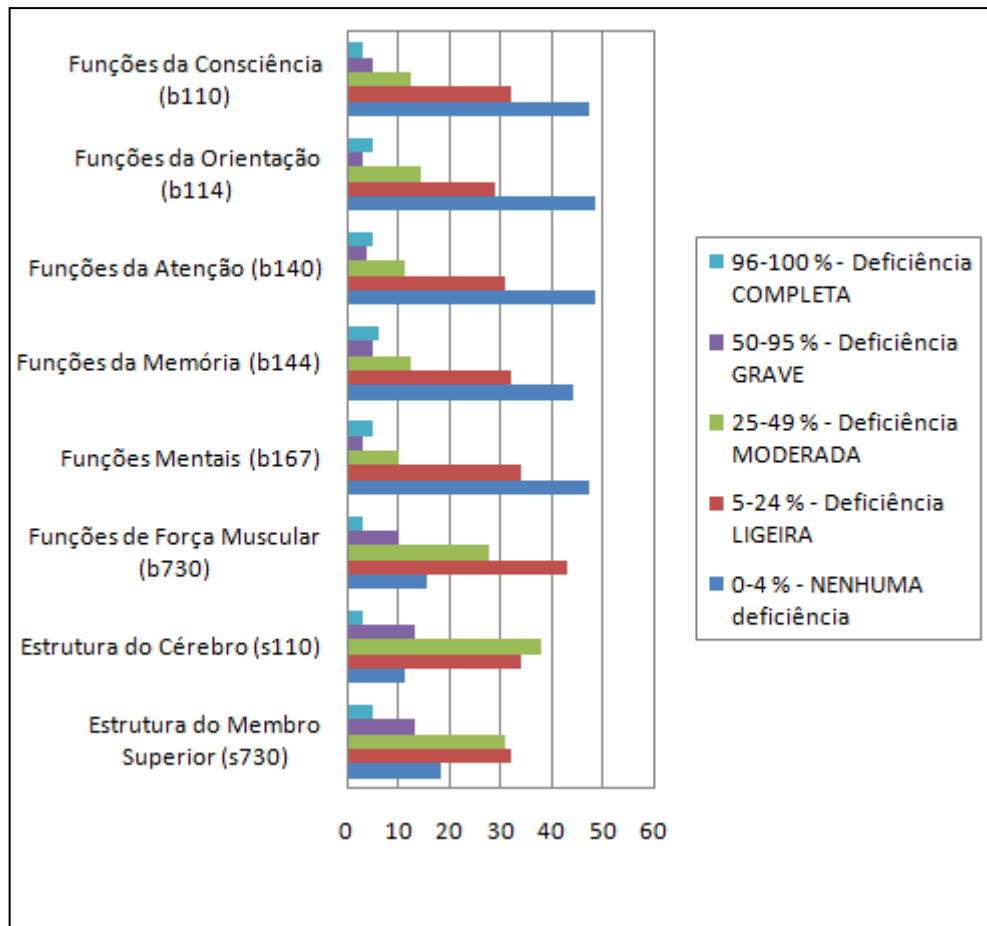
6.3- PERFIL FUNCIONAL NA ALTA

Esta avaliação foi realizada segundo as componentes da CIF, *Brief Core Set* para AVC no momento da alta com AVC, tendo sido avaliadas as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas) e as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

6.3.1- Funções e Estruturas do Corpo

Na Figura 4 é apresentada a distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “funções e estruturas corporais” no momento da alta: Classificações da deficiência, no momento da alta: 47,4% dos participantes (n=46) classificaram a deficiência relativa às funções da consciência (b110) como sem deficiência; 48,5% dos participantes (n=47) classificaram a deficiência relativa às funções de orientação (b114) e nas funções de atenção (b140) como sem deficiência; 44,3% dos participantes (n=43) classificaram a deficiência relativa às funções da memória (b144) como sem deficiência; 47,4% dos participantes (n=46) classificaram a deficiência relativa às funções mentais (b167) como sem deficiência; 43,3% dos participantes (n=42) classificaram a deficiência relativa às funções de força muscular (b730) como deficiência ligeira; 38,1% dos participantes (n=37) classificaram a deficiência relativa às funções da estrutura do cérebro (s110) como moderada; 32% dos participantes (n=31) classificaram a deficiência relativa a estrutura do membro superior (s730) como ligeira.

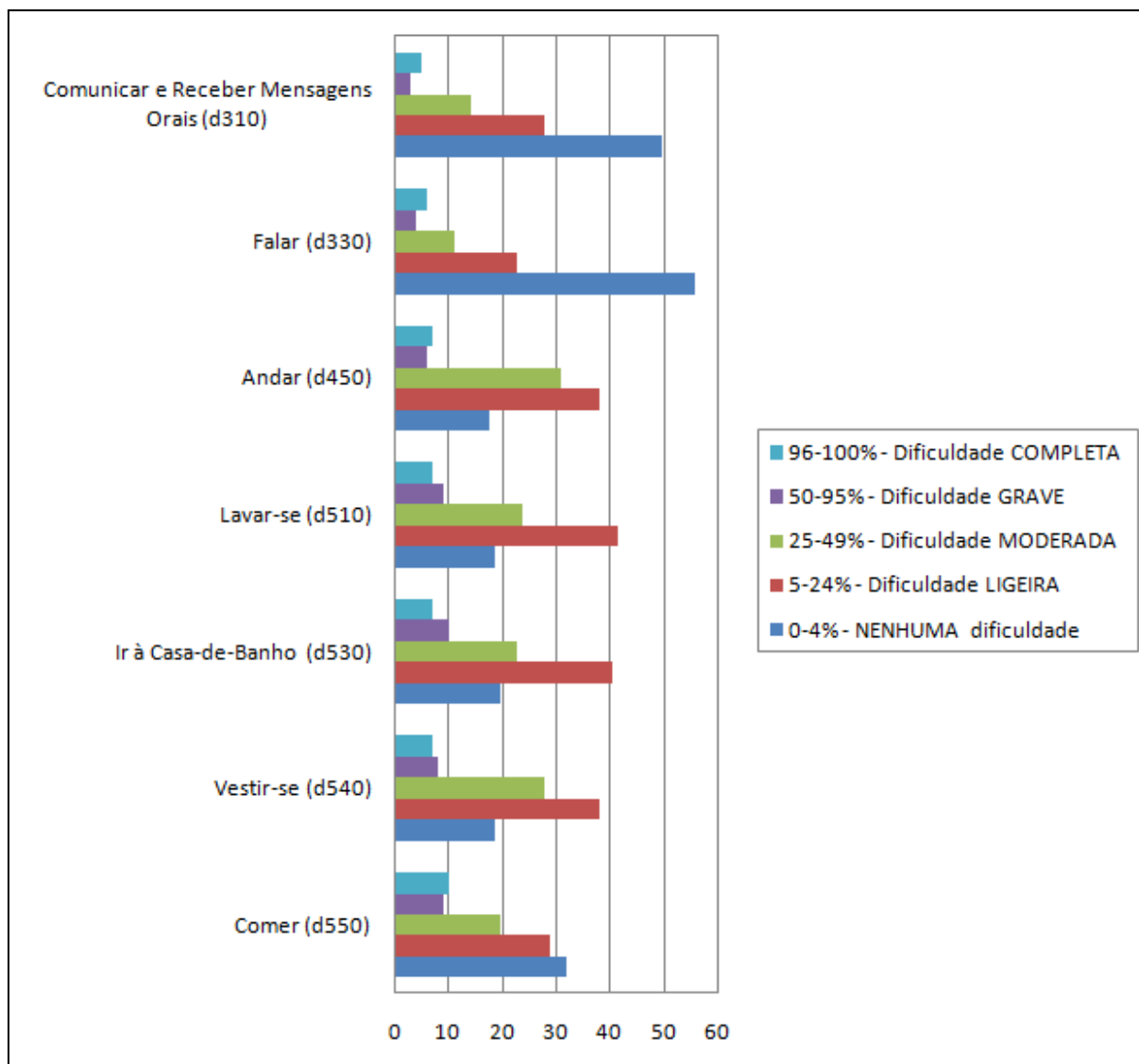
Figura 4- Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “funções e estruturas corporais” no momento da alta.



6.3.2 – Atividades e Participação

Na Figura 5 é apresentada a distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “atividades e participação” no momento da alta: Classificações da deficiência, no momento da alta: 49,5% dos participantes (n=48) classificaram a deficiência relativa aos domínios de comunicar e receber mensagens orais (d310) como nenhuma dificuldade; 55,7% dos participantes (n=54) classificaram a componente de Falar (d330) como nenhuma dificuldade; 38,1% dos participantes (n=37) classificaram a componente vestir-se (d540) como ligeira; 38,13% dos participantes (n=37) classificaram a dificuldade relativa a componentes de andar (d450) como ligeira; 40,2% dos participantes (n= 39) classificaram a dificuldade relativa á componente de ir a casa de banho (d530) como ligeira; 32% dos participantes (n=31) classificaram a dificuldade relativa á componente de comer (d550) como nenhuma dificuldade; 41,2% dos participantes (n=40) classificaram a dificuldade relativa a componente lavar-se (d510) como dificuldade ligeira.

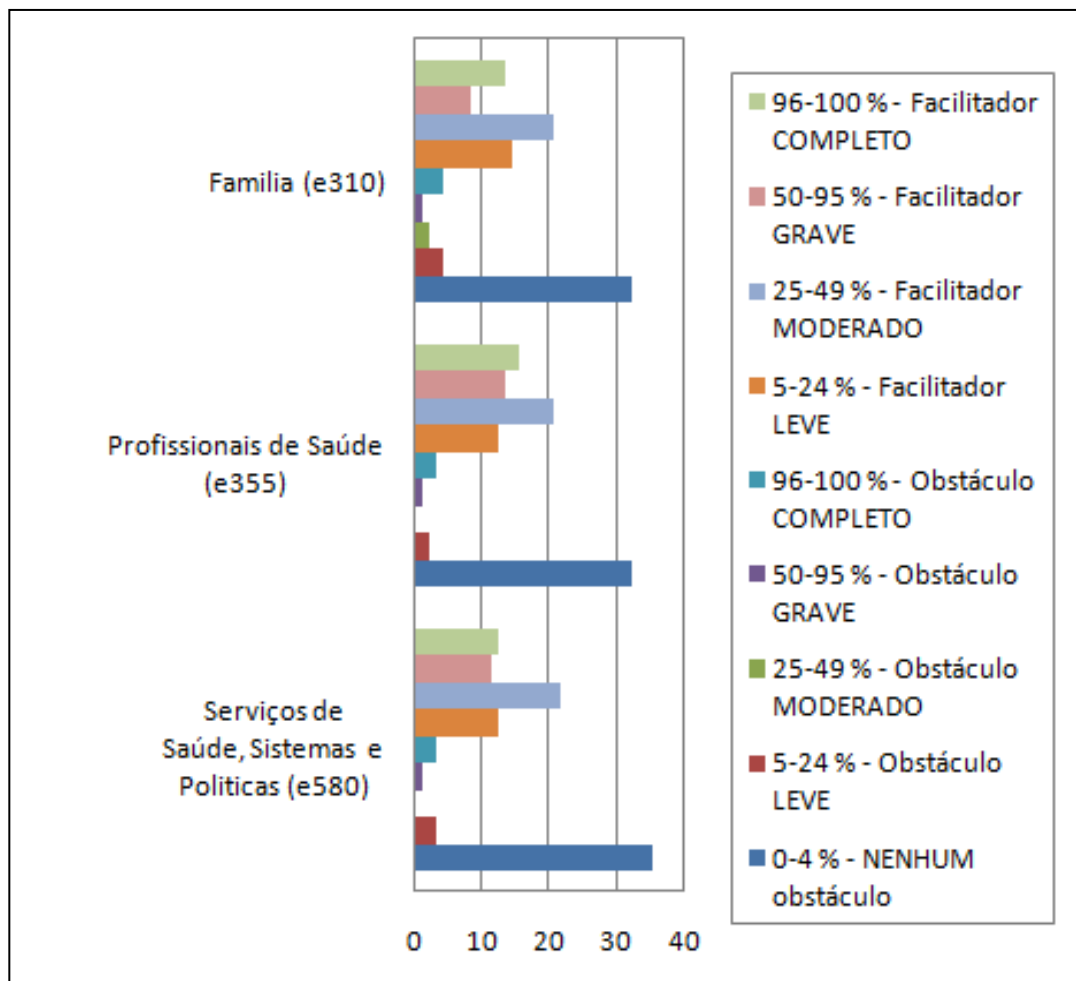
Figura 5 – Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “Atividades e Participação” no momento da alta.



6.3.3 – Fatores Ambientais

Na Figura 6 é apresentada a distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “fatores ambientais” no momento da alta: 32% dos participantes (n=31) classificaram a família (e310) como nenhum obstáculo; 32% dos participantes (n=31) classificaram os profissionais de saúde (e355) como nenhum obstáculo e 35,1% dos participantes (n=34) classificaram os serviços de saúde, sistemas e políticas, relacionadas com a saúde (e580) como nenhum obstáculo.

Figura 6- Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do domínio “fatores ambientais” no momento da alta.



6.4 – EVOLUÇÃO DO PERFIL FUNCIONAL DA ADMISSÃO PARA A ALTA

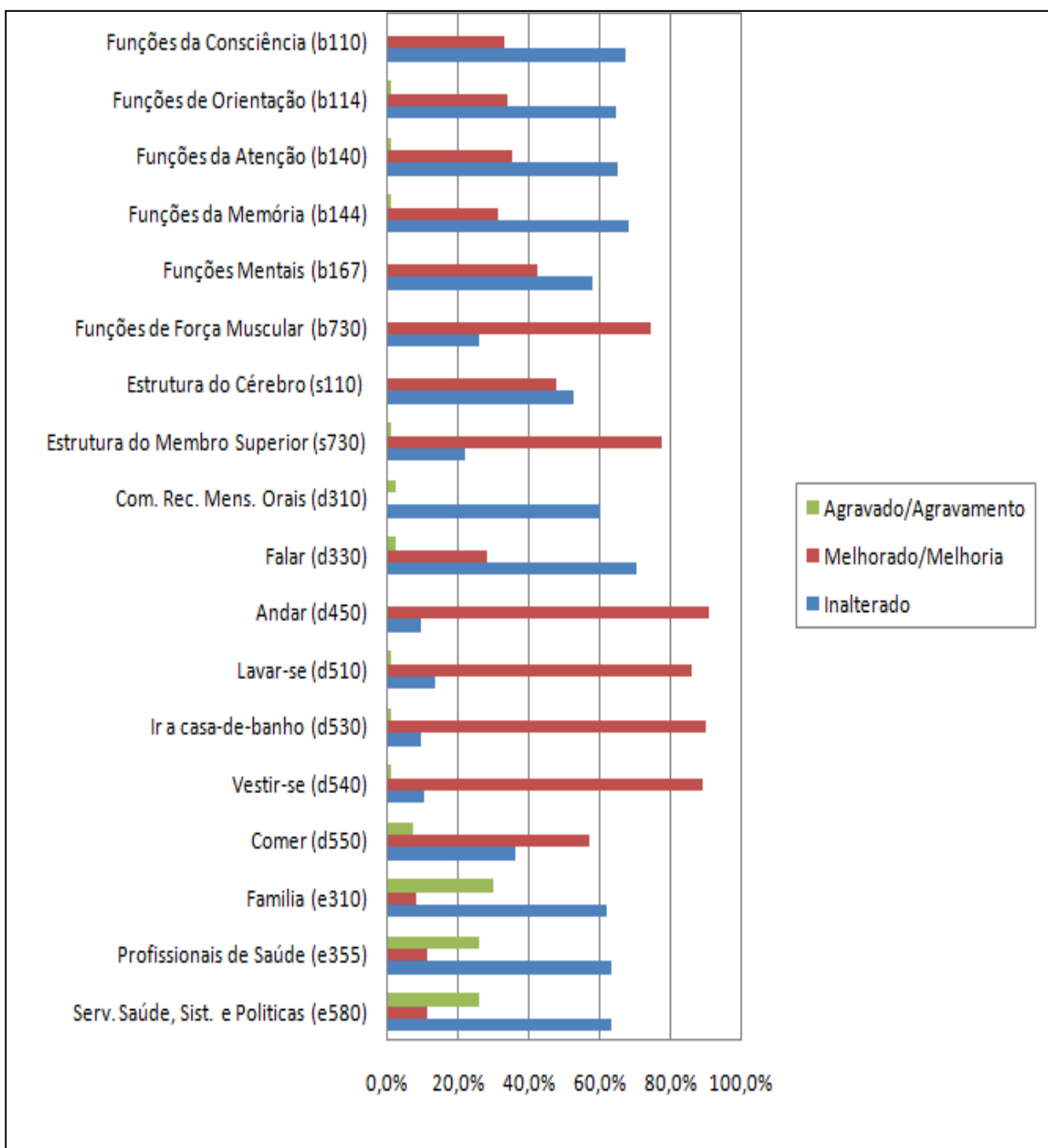
A avaliação da funcionalidade dos utentes em estudo, no momento da admissão e da alta, foi realizada recorrendo ao CIF- *Brief Core Set* para AVC. A Tabela 4 apresenta os valores médios obtidos para cada dimensão do referido instrumento nos dois momentos da avaliação e contém a análise das diferenças intragrupo.

Tabela 4- Alterações observadas nos qualificadores das categorias CIF entre o momento da admissão e o momento da alta nos 97 participantes do estudo.

		Inalterado n (%)	Melhorado/ Melhoria n (%)	Agravado/ Agravamento n (%)
CIF - Brief Stroke				
Funções Corporais	Funções da Consciência (b110)	65 (67,0)	32 (33,0)	0 (0,0)
	Funções de Orientação (b114)	63 (64,5)	33 (34,0)	1 (1,0)
	Funções da Atenção (b140)	62 (64,9)	34 (35,1)	1 (1,0)
	Funções da Memória (b144)	66 (68,1)	30 (30,9)	1 (1,0)
	Funções Mentais (b167)	56 (57,7)	41 (42,3)	0 (0,0)
	Funções da Força Muscular (b730)	25 (25,7)	72 (74,3)	0 (0,0)
Total n $\left(\frac{Total\ n}{6 \times 97} \times 100\right)$		337 (57,9)	242(41,6)	3(0,5)
Estruturas Corporais	Estruturas do Cérebro (s110)	51 (52,6)	46 (47,4)	0 (0,0)
	Estruturas do Membro Superior (s730)	21 (21,7)	75 (77,3)	1 (1,0)
Total n $\left(\frac{Total\ n}{2 \times 97} \times 100\right)$		72(37,1)	121(62,4)	1(0,5)
Atividades e Participação	Comunicar e Receber Mensagens Oraís (d310)	58 (59,8)	37 (38,1)	2 (2,1)
	Falar (d330)	68 (70,1)	27 (27,8)	2 (2,1)
	Andar (d450)	9 (9,3)	88 (90,7)	0 (0,0)
	Lavar-se (d510)	13 (13,4)	83 (85,6)	1 (1,0)
	Ir à Casa de banho (d530)	9 (9,3)	87 (89,7)	1 (1,0)
	Vestir-se (d540)	10 (10,3)	86 (88,7)	1 (1,0)
	Comer (d550)	35 (36,1)	55 (56,7)	7 (7,2)
Total n $\left(\frac{Total\ n}{7 \times 97} \times 100\right)$		202(29,7)	463(68,2)	14(2,1)
Fatores Ambientais	Família (e310)	60 (61,9)	8 (8,2)	29 (29,9)
	Profissionais de Saúde (e355)	61 (62,9)	11 (11,3)	25 (25,8)
	Serviços de Saúde, Sistemas e Políticas (e580)	61 (62,9)	11 (11,3)	25 (25,8)
Total n $\left(\frac{Total\ n}{3 \times 97} \times 100\right)$		182(62,5)	30(10,3)	79(27,1)

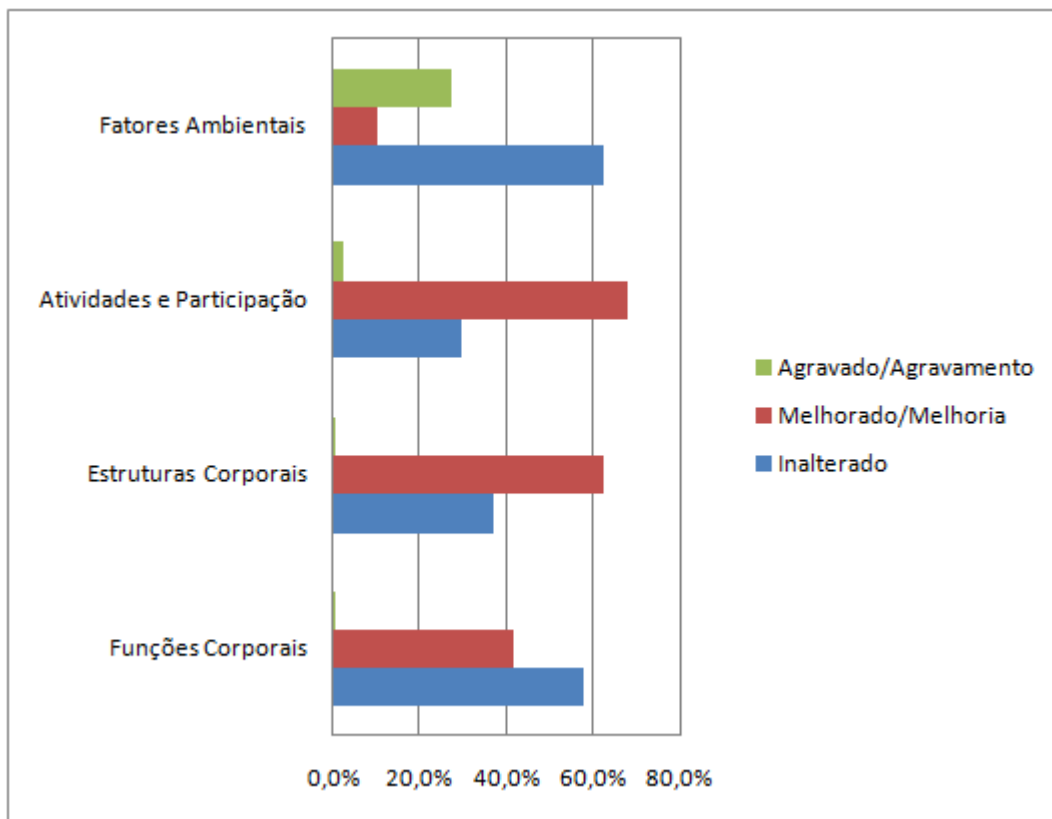
De acordo com a Tabela 4- *Brief Core Set* para AVC e a Figura 7, pode verificar-se uma evolução positiva na categoria estruturas do corpo, com maior frequência (74,3%). nas funções da força muscular (b730) (n=72), Em relação às estruturas corporais, a progressão foi mais frequente (77,3%) na estrutura do membro superior (s730) (n=75). Nas atividades e participação, constatou-se uma evolução na maioria das atividades, sendo mais frequente 90,7% no andar (d450) (n=88), 85,6% no lavar-se (d510) (n=83), 89,7% ir à casa de banho (d530) (n=87), 88,7% no vestir-se (d540) (n=86) e 56,7% no comer (d550) (n=55). 62,9% do contributo das funções ambientais manteve-se inalterado (n=61).

Figura 7- Distribuição dos níveis de deficiência em todos os domínios da CIF do momento de admissão para a alta.



De acordo com a Tabela 4 e a Figura 8, pode verificar-se que as componentes com maior evolução correspondem a atividades e participação (68,2%). A componente das fatores ambientais apresentou um maior número de idosos piorados (27,1%), e também um maior número de idosos sem alterações até ao momento da alta (10,3%).

Figura 8- Distribuição dos níveis de deficiência nas categorias do momento de admissão para a alta.



7 - DISCUSSÃO

O AVC constitui hoje uma das principais causas de incapacidade em idosos afectando significativamente este grupo étario (DGS, 2001). Os resultados demonstram que mais de metade da amostra tem idades compreendidas entre os sessenta e cinco e os setenta e quatro anos, a probabilidade do indivíduo sofrer um AVC é maior a partir dos cinquenta e cinco anos e vai aumentando cada vez mais com a idade (AHA, 2012 cit. in Pires, 2014).

No que diz respeito ao género, cerca de cinquenta e sete por cento da amostra é do género masculino e quarenta e três por cento pertencem ao género feminino, ou seja, participaram no estudo mais homens do que mulheres. Os resultados encontrados confirmam o que é apontado pela *American Heart Association*, que afirma que a probabilidade de um utente do sexo masculino sofrer um AVC é dezanove por cento maior comparativamente com a de um indivíduo do sexo feminino (AHA, 2012 cit. in Pires, 2014). Além disso, outro aspeto que se quer salientar é que uma vez que em Portugal existe um maior número de idosos do sexo masculino (INE, 2016), a probabilidade destes sofrerem um AVC é maior. Contudo, no que respeita à morte provocada por AVC, verifica-se o oposto, tendo, no ano de dois mil e quinze, falecido mais mulheres do que homens (INE, 2015).

No presente estudo, e no respeitante à distribuição dos utentes segundo o seu estado civil, verifica-se que cinquenta e oito por cento da amostra é casada, seguindo-se o grupo dos viúvos, que representa vinte e dois por cento da amostra. Comprovando que, à medida que se envelhece, a probabilidade do idoso ficar viúvo vai aumentando. Os resultados obtidos neste estudo são semelhantes aos de Veloso (2015), que realizou um estudo onde aferiu o impacto da prática de um envelhecimento ativo na qualidade de vida dos idosos, e verificou que mais de metade da sua amostra era casada, seguindo-se o grupo dos viúvos.

O mesmo se verifica em relação ao nível de escolaridade da amostra que, no nosso estudo, apresenta baixos níveis de escolaridade, à semelhança dos resultados apresentados por Veloso (2015). O mesmo investigador apresentou outro dado interessante e que diz respeito ao nível de ensino, sugerindo que uma escolaridade mais elevada não contribui, de forma positiva, para a autoavaliação do estado de saúde. O estudo de Martins (2015) acrescentou que os indivíduos com menor educação estão em maior risco de reportar má saúde. Deste modo, o nível de escolaridade não parece influenciar a auto-perceção relativamente à saúde.

Na nossa amostra foi possível verificar que existem mais idosos reformados do que no ativo. No entanto, dentro do grupo dos reformados, cinquenta e oito idosos ainda estão no ativo, ainda exercem algum tipo de atividade (mesmo não sendo remunerada). A carência socioeconómica desta população pode justificar o facto de muitos idosos ainda desenvolverem atividades no setor primário. A este respeito, Coutrim (2006) indicou que quando os idosos se envolvem noutras atividades para além das regulares, paralelamente promovem outras competências relacionais de comunicação, mantendo-se cognitivamente ativos.

Face aos resultados referentes à avaliação do perfil funcional na admissão, a partir do *Brief Core Set* para AVC, os resultados relativos às funções e estruturas do corpo permitem aferir que os idosos em estudo classificam como deficiência ligeira as funções da consciência (b110), as funções de orientação (b114), as funções de atenção (b140), as funções de memória (b144) e as funções mentais (b167). Já as funções de força muscular (b730) e de estrutura do cérebro (s730) são classificadas como deficiência moderada. A estrutura do membro superior (s110) é a função que se apresenta pior, sendo considerado como: deficiência grave. Estes resultados aproximam-se dos resultados elencados no estudo realizado por Quintas et al. (2012), os quais verificaram que os problemas mais relatados nas funções do corpo foram memória (b144), funções de força muscular (b730) e funções de atenção (b140).

No que concerne à categoria das atividades e participação, os resultados demonstram que, aquando da admissão, os idosos não apresentavam nenhuma dificuldade ao nível da comunicação e receção de mensagens orais (d310) e falar (d330). Dentro da mesma categoria, encontra-se a componente vestir-se (d540), que é classificada como dificuldade grave. As componentes de andar (d450), ir à casa de banho (d530) e comer (d550) são descritas como dificuldades completas. A atividade de lavar-se (d510) foi a única componente simultaneamente classificada de dificuldade completa e dificuldade grave. No entanto, em comparação com o estudo de Quintas et al. (2012), as atividades de andar (d450), falar (d330) e comunicar e receber mensagens orais (d310) são as principais atividades restritas e limitadas. Outro estudo realizado por Urimubenshi (2015), verificou que as pessoas com AVC apresentam limitações de atividade, nomeadamente de locomoção, auto cuidado e atividades da vida diária. Além disso, alguns participantes indicaram ainda incapacidade de voltar à ocupação anterior, diminuição das interações sociais e aumento da incapacidade de participação em atividades religiosas (Urimubenshi, 2015).

Relativamente aos factores ambientais, constatou-se que, no momento da admissão, a família (e310), os profissionais de saúde (e355) e os serviços de saúde, sistemas e políticas (e580) são considerados como um facilitador leve e nenhum obstáculo.

O impacto dos fatores ambientais na realização de atividades na sua vida habitual, decorrem ao nível das atividades de autocuidado, como o lavar-se (d510) ou vestir-se (d540), sendo que a família e os profissionais de saúde (e355) são os principais facilitadores relatados pelos pacientes (Quintas et al., 2012), tal como neste estudo.

Na avaliação do perfil funcional no momento da alta constatou-se que, no que respeita às funções e estruturas do corpo, os idosos avaliaram as funções da consciência (b110), funções de orientação (b114), funções da atenção (b140), funções da memória (b144) e funções mentais (b167) como: sem problemas. Por sua vez, as funções da força muscular (b730) e a estrutura do membro superior (s730) foram avaliadas como deficiência ligeira e a estrutura do cérebro (s110) como deficiência moderada.

No que concerne as atividades e participação, os resultados do estudo demonstram que os idosos não apresentavam nenhuma dificuldade face ao falar (d330) e receber mensagens orais (d310). A amostra apresentava também dificuldade ligeira ao nível do andar (d450), do lavar-se (d510), do ir à casa de banho (d530) e do vestir-se (d540). Segundo Goljar et. al. (2011), estas são as componentes que refletem os principais desafios para a reabilitação do AVC pós-agudo para alcançar o funcionamento ideal dos utentes. Os resultados do presente estudo estão em linha com os resultados obtidos por Geyeh *et al*, verificando-se que as componentes que as componentes de Atividades e Participação podem ser, de facto, as mais relevantes para os utentes com AVC. Importa clarificar que estas se relacionam com situações da vida quotidiana, mostrando que o AVC interfere no dia a dia dos utentes e respetivas famílias.

Os resultados relativos aos fatores ambientais indicam que, aquando da alta, a família (e310), os Profissionais de Saúde (e355), os Serviços, os Sistemas e as Políticas relacionadas com a saúde (e580) não constituíam nenhum obstáculo. Como referido na literatura, as famílias apresentam necessidades que vão desde os aspetos materiais até aos aspetos emocionais, passando pela necessidade de informações frequentes. Mas o que se verifica na prática é cada vez mais a escassez de cuidadores na família (Vicente, 2008). A existência de baixos rendimentos e de um acesso deficitário à informação estão associados a uma diminuição na participação social. Por isso, o estudo de Jaracz et. al. (2015) defende que os profissionais de

saúde também devem reconhecer as necessidades dos cuidadores e fornecer informações abrangentes, i. e., orientações de cuidados e apoio.

Considerando o exposto anteriormente, e de acordo com a revisão da literatura, os profissionais de saúde deverão apoiar as famílias, diminuindo a carga de cuidados a prestar ao utente, trazendo consequências positivas para todos os intervenientes. Verifica-se, pois, a necessidade de realizar estudos mais aprofundados sobre o papel da família na reabilitação, englobando parâmetros reconhecidos por estas como essenciais. Existe uma necessidade urgente de repensar a forma como a família é integrada no processo de reabilitação, de modo a tornar-se num facilitador na funcionalidade do utente, à semelhança do que se constatou noutros estudos (Goljar et. al., 2010).

Shahan et al. (2018) avaliaram os impactos a longo prazo da lesão cerebrovascular. Os autores seguiram, ao longo de cinco anos, setenta e sete utentes, dos quais seis sofreram AVC, e verificaram que a medida de atividade média para os resultados de cuidados pós-agudos foi de cinquenta e nove utentes (mobilidade), cinquenta e oito (atividade) e quarenta e quatro (função cognitiva), cada um indicando um comprometimento significativo em comparação com o normal. Ainda neste estudo, Shahan et al. (2018) identificaram um conjunto de preditores face à mobilidade, atividade e função cognitiva: idade como preditor de mobilidade diminuída; o score de gravidade da lesão como preditor de mobilidade reduzida, atividade e função cognitiva; e AVC como preditor de diminuição da atividade, função cognitiva e provável mobilidade (Shahan et al., 2018).

No que diz respeito à evolução do perfil funcional da admissão para a alta, os resultados apontam para uma evolução na categoria estruturas do corpo, com maior frequência nas funções de força muscular. Face às estruturas corporais, a progressão foi mais frequente na estrutura do membro superior (s730), sendo que nas atividades e participação, constatou-se uma evolução na maioria das atividades, com destaque para o andar (d450), o lavar-se (d510), o ir à casa de banho (d530), o vestir-se (d540) e o comer (d550). Por fim, relativamente os fatores ambientais, estes permaneceram inalterados para a maioria dos idosos. Comparando os quatro componentes da CIF, verificou-se que as categorias com maior evolução correspondem a atividades e participação e a categoria dos fatores ambientais foi a que apresentou um maior número de idosos que pioraram e também um maior número de idosos sem alterações até ao momento da alta.

Estes resultados permitem perceber o impacto que um AVC tem na vida de uma pessoa e as mudanças que este provoca no dia a dia da mesma, bem como a necessidade de se compreender a experiência de viver com as sequelas ou as consequências de um AVC. No âmbito desta matéria, Salter, Hellings, Foley e Teasell (2008) sugerem que a transformação súbita e avassaladora do AVC constitui um pano de fundo para perda, incerteza e isolamento social, mas por outro lado, os pacientes podem avançar para a adaptação e recuperação.

A utilização do *Brief Core Set* para AVC na descrição e caracterização do perfil de incapacidade desta população, demonstrou a sua utilidade, relevância e aplicabilidade clínica tal como o de Quintas et al. (2012) e de Geyh et al. (2004), permite evidenciar a utilidade e aplicação breve do *Brief Core Set* da CIF e a importância deste instrumento ser utilizado na prática clínica, nomeadamente, para planear intervenções com utentes que sofreram um AVC. Também Goljar, Burger, Vidmar, Leonardi e Marinček (2011) concluíram, na sua investigação, que a classificação das categorias da CIF com qualificadores permite detetar alterações nos perfis funcionais de pacientes com AVC.

8 - CONCLUSÃO

O presente estudo foi desenvolvido com a finalidade de descrever o perfil de funcionalidade e incapacidade em idosos diagnosticados com AVC utilizando o *Brief Core Set* da CIF em contexto de internamento, avaliando os utentes em dois momentos: na admissão e na alta.

Com base nos resultados obtidos, foi possível constatar que o AVC tem um impacto significativo no quotidiano dos utentes idosos e respectivas famílias; e que o perfil funcional de um idoso em situação de pós-AVC pode ser descrito através do *Brief Core Set* para o AVC.

No intuito de promover um envelhecimento ativo e manter a independência dos idosos após o AVC, o maior tempo possível, é indispensável a identificação do seu nível de funcionalidade, daí a relevância na utilização da CIF.

A aposta terapêutica na funcionalidade constitui um importante contributo para o envelhecimento ativo, possibilitando um maior envolvimento do idoso em diversas atividades, tanto no domicílio como na comunidade em que está inserida.

A utilização do *Brief Core Set* permitiu conhecer aprofundadamente a funcionalidade e a incapacidade, uma vez que privilegia o modelo biopsicossocial. Deste modo, permite uma intervenção mais direcionada e específica, contribuindo para melhorar o desempenho do idoso, facilitando a comunicação dos resultados no âmbito da equipa multidisciplinar (linguagem comum e universal) e consequentemente apoiando a decisão clínica.

As principais limitações do trabalho reportam-se à amostra de conveniência, que não foi subdividida de acordo com o tipo de AVC ou com o tempo de evolução. Além disso, os participantes estavam internados em apenas uma instituição da região centro de Portugal. Estudos futuros deverão analisar a influência do tipo de lesão e do tempo de evolução no progresso dos utentes, medindo-o através do *Brief Core Set* da CIF, possibilitando assim uma visão completa e abrangente da funcionalidade e incapacidade. Será igualmente pertinente realizar estudos em mais do que uma instituição, validando a importância da CIF no traçar de perfis de funcionalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algurén, B. (2010). *Functioning after stroke, an application of the international classification of functioning Disability and Health (ICF)*, (Dissertação de Mestrado). Acedido a 30 de junho 2018. Disponível em: <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:374575/FULLTEXT01.pdf>
- Atkinson, H. L., & Nixon-Cave, K. (2011). A Tool for Clinical Reasoning and Reflection Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Framework and Patient Management Model. *Physical Therapy*, 91(3), 416-430. doi:10.2522/ptj.20090226
- Coutrim, R. (2006). Idosos Trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. *Sociedade e Esatado*, 21(2), 367-390.
- Cruz, V. (2016). Sequelas e complicações do AVC. In Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (Ed.), *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral. Guia Prático para a População* (p. 9). Lisboa: Raio X.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho do Ministério da Saúde*. Diário da República: Série I-A, Nº 109 (2006). Acedido a 30 de junho 2018. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- DGS (2001). *Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS (2004a). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- DGS (2004b). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosa*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Engel, G. L. (1977). The Need For a New Medical Model: A Challenge For Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Escorpizo, R., Stucki, G., Cieza, A., Davis, K., Stumbo, T., & Riddle, D. (2010). Creating an Interface Between the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapist Practice. *Physical Therapy*, 90(8), 1053-1063. doi:10.2522/ptj.20090326
- Fernandes, A. (2008). *Questões Demográficas: Demografia, e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri.
- Ferro, J. (2016). Mas, afinal, o que é o AVC? In Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (Ed.), *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral. Guia Prático para a População* (pp. 4-5). Lisboa: Raio X.

- Geyh, S., Cieza, A., Schouten, J., Dickson H., Frommelt P., Omar, Z., ... Stucki, G. (2004). ICF Core Sets for Stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(36), 135-141. doi:10.1080/16501960410016776
- Goljar, N., Burger, H., Vidmar, G., Marinček, C., Krizaj, J., Chatterji, S., ... Bickenbach, J. E. (2010). Functioning and disability in stroke. *Disability and Rehabilitation*, 32(1), 50–58. doi:10.3109/09638288.2010.517598
- Goljar, N., Burger, H., Vidmar, G., Leonardi, M., & Marinček, Č. (2011). Measuring patterns of disability using the international classification of functioning, disability and health in the post-acute stroke rehabilitation setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(7), 590–601. doi:10.2340/16501977-0832
- INE (2015). População residente (N.º) por local de residência (NUTS – 2013). Anual – INE, Estimativas anuais da população residente. Consultado em 21 de Janeiro de 2018, Disponível em: <http://www.ine.pt>
- INE (2016). População residente (N.º) por local de residência (NUTS – 2013). Anual – INE, Estimativas anuais da população residente. Consultado em 21 de Janeiro de 2018, Disponível em: <http://www.ine.pt>
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Górna, K., Jaracz, J., Moczko, J & Kozubski, W. (2015). Burden in caregivers of long-term stroke survivors: Prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke. *Patient Education and Counseling* 98(8), 1011-1016. doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.008
- Jin, K. (2010). Modern Biological Theories of Aging. *Aging and Disease*, 1(5), 72-74.
- Kjellstrom, T., Norrving, B., & Shatchkute, A. (Eds.). (2006). *Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies*. Copenhagen: WHO.
- Kumar, P. (2010). "Thinking out of the Box"- From Physiotherapy to Rehabilitation. *International Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 1, 01-04.
- Le Couteur, D. G., & Lakatta, E. G. (2010). Vascular theory of aging. *The journals of gerontology. Series A(10), Biological sciences and medical sciences*. doi:10.1093/gerona/glq135
- Lo Coco, D., Lopez, G. & Corrao, S. (2016). Cognitive impairment and stroke in elderly patients. *Vasc Health Risk Manag*, 12, 105-116.
- Luengo-Fernandez, R., Gray, A. M., & Rothwell, P. M. (2006). Population-based study of determinants of initial secondary care costs of acute stroke in the United Kingdom. *Stroke*, 37(10), 2579-2587. doi:10.1161/01.STR.0000240508.28625.2c

- Luengo-Fernandez, R., Gray, A. M., & Rothwell, P. M. (2009). Effect of Urgent Treatment for Transient Ischaemic Attack and Minor Stroke on Disability and Hospital Costs (EXPRESS study): a Prospective Population-Based Sequential Comparison. *Lancet Neurology*, 8(3), 235 – 243. doi:10.1016/S1474-4422(09)70019-5
- Martins, J. (2015). *Desigualdades Sociais em Saúde nos Idosos: Um Retrato para Portugal*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Mota, M., Figueiredo, P., & Duarte, J. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4, 81-110.
- Nagi, S. Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In M. B. Sussman (ed.) *Sociology and Rehabilitation*. Washington, DC: American Sociological Association.
- Nagi, S. Z. (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *The Milbank Memoria Fund Quarterly*, 54, 439-467.
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement: A Sociological Approach*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Oliver, M. (1996), *Understanding Disability: From Theory to Practice*. London: Macmillan.
- Organização Mundial de Saúde (1946). «Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. 1948». New York: World Health Organization. Consultado em 20 de março de 2018. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- OMS (2001a), *Rethinking Care from the Perspective of Disabled People*. Genève: World Health Organization's Disability and Rehabilitation Team. Consultada a 20 jan. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-16.html>
- OMS (2001b), *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genève: WHO. Consultada a 20 jan. 2018. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf.
- OMS (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older people*. Kobe: World Health Organization.

- OMS (2004a). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: OMS; DGS.
- OMS (2009). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- OMS (2010). CID-10. Versão online, consultada a 20 jan. 2018. Disponível em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- Pinto, A. M., & Botelho, M. A. (2007). *Fisiopatologia do Envelhecimento*.
- Pires, G. (2014). *O Perfil do Utente com Acidente Vascular Cerebral*. Dissertação de Mestrado. Porto: Instituto Politécnico de Bragança; Instituto Politécnico do Porto; Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Popa-Wagner, A., Buga, A. M., Turner, R. C., Rosen, C. L., & Toescu, E. (2012). Cerebrovascular Disorders: Role of Aging. *Journal of Aging Research*, 2012(128146). doi:10.1155/2012/128146
- Quintas, R., Cerniauskaite, M., Boldt, C., Raggi, A., Cieza, A., Bickenbach, J., & Leonardi, M. (2011). Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. *Disability and Rehabilitation*, 33(4), 281-309. doi:10.3109/09638288.2010.529235
- Quintas, R., Cerniauskaite, M., Ajovalasit, D., Sattin, D., Boncoraglio, G., Parati, EA., Leonardi, M. (2012). Describing functioning, disability, and health with the International Classification of Functioning, Disability, and Health Brief Core Set for Stroke. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91 (13 Suppl 1):S14YS21. doi: 10.1097/PHM.0b013e31823d4ba9.
- Rocha, S. I. M. (2008). *Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda: Avaliação de Protocolo de Trombólise. Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã.
- Salter, K., Hellings, C., Foley, N. e Teasell, R. (2008). The Experience of Living With Stroke: A qualitative Meta-Synthesis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 595-602.
- Schäfer, P., Oliveira-Menegotto, L. & Tisser, L. (2010). Acidente Vascular Cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. *Ciências & Cognição*, 15(2), 202-215.
- Shahan, C., Stavely, T., Croce, M., Fabian, T. & Magnotti, L. (2018). Long-Term Functional Outcomes after Blunt Cerebrovascular Injury: A 20-Year Experience. *The American Surgeon*, 84, 521-556.
- Silva, P. (2013). Evitar o acidente vascular cerebral: um desejo e uma responsabilidade partilhada. *Clube Amigo do Coração*, 13, 5-15. Disponível em: http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/FPC_Brochura-n13-AVC_A5-3.pdf.

- Stein, J., Zorowitz, R., Harvey, R., Macko, R. & Winstein, C. (2009). *Stroke Recovery & Rehabilitation*. USA *DemosMedical Ed 1*.
- Stevens, E. G. V., Emmett, E. S., Wang, Y., McKeivitt, C. J., & Wolfe, C. D. A. (2017). The Burden of Stroke in Europe: Overview of stroke burden and care in each EU and SAFE member country. *Stroke Alliance for Europe*. 15-100
- Stiker, H. J. (1997). *Corps infirmes et sociétés* (2.^a ed.). Paris: Dunod.
- Urimubenshi, G. (2015). Limitação de atividade e restrição de participação vivida por pessoas com AVC no distrito Musanze em Ruanda. *Africa Sci Saúde*, 15(3), 917-24.
- Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação. Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Universidade de Coimbra. Vicente, A. (2008). Dependência e sobrecarga familiar face ao doente vítima de um acidente vascular cerebral. *Revista Saúde Amato Lusitano*, 10, 13-18.
- WSO, (2014-2016). *Campanha Mundial de AVC*. Consultado em 21 mar. 2018. Disponível em http://www.worldstrokecampaign.org/pt_br/sobre-ocampanha-mundial-de-avc/saiba-mais-sobre-o-avc-acidente-vascular-cerebal.html

ANEXOS

ANEXO I

Categorias da CIF- *Brief Core Sets* para o AVC

CIF – Core Sets for Stoke						
Avaliação ID: _____ T: _____						
Dados Sócio Demográficos						
Nome:						
Idade:						
Gênero:						
Estado Civil:						
Anos de escolaridade:						
Profissão:						
ICF categories		ICF Qualificador				
		problema				
		0	1	2	3	4
b110	Funções da consciência					
b114	Funções da orientação					
b140	Funções da atenção					
b144	Funções de memória					
b167	Funções Mentais b167					
b730	Funções de força muscular					
s110	Estrutura do Cérebro					
s730	Estrutura do Membro Superior					
d310	Comunicar e receber mensagens orais					
d330	Falar					
d450	Andar					
d510	Lavar-se					
d530	Ir a casa de banho					
d540	Vestir-se					
d550	Comer					

		Facilitador					Barreira			
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4
e310	Família									
e355	Profissionais de saúde									
e580	Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a saúde									

Perfil categórico ICF - Qualificador ICF: classifique a extensão dos problemas (0 = nenhum problema até 4 = problema completo) nos componentes das funções corporais (b), estruturas corporais (s), atividades e participação (d) e a extensão positiva (+) ou negativa dos fatores ambientais (e) e fatores pessoais (pf)

ANEXO II

Aprovação da Comissão Ética da Instituição

Debera autorizar-se a proposta

CMRRC-ROVISCO PAIS
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Ex.ma(s) Senhora

Fisiot. Joana Marisa Martinho da Cruz

O Presidente: *(Dr. Victor Lourenço)*

O Vogal Executivo: *(Gracia Tel. Gonçalves)*

Diretora Clínica: *(Paula Amorim)*

O Enf.º Diretor: *(Abel Cavaco)*

Em: 20 17/3/17

Sua referência

Sua comunicação de

Data

Nossa referência

23.02.2017

Assunto: "Fisioterapia e Evolução Funcional do Idoso numa Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença"

No exercício das suas competências, a CES do CMRRC-RP, vem por este meio dar-lhes conhecimento que, em acordo com os estabelecido na lei e nos códigos deontológicos, deliberou emitir **parecer favorável** à proposta de estudo sobre a investigação em causa, "Fisioterapia e Evolução Funcional do Idoso numa Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença", que a investigadora Joana Marisa Martinho da Cruz, pretende efectuar no CMRRC-RP.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

E' do autorizar
CMRRC-ROVISCO PAIS
DIRETORA CLÍNICA

(Paula Amorim)

17/03/2017

Teri Campos

(Dra. Maria Inês Simões Campos)

ANEXO III

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO

Ex.mo(a) Senhor(a)

O Estudo sobre “Fisioterapia e Evolução Funcional do Idoso numa Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença”.é parte integrante de um trabalho de mestrado de Joana Marisa Martinho da Cruz . O estudo tem o aval e a colaboração do Instituto Politécnico de Leiria Escola Superior de Saúde.

O objetivo geral desta investigação corresponde à caraterização da evolução funcional, durante um período de três meses, dos utentes com diagnóstico de AVC submetidos a um programa de fisioterapia, nos Cuidados Continuados de Convalescença do Centro de Medicina Física e Reabilitação - Rovisco Pais.

Conhecer um pouco mais sobre o que se passa com a sua funcionalidade e saúde permitira trata-lo ainda melhor no futuro.

A sua participação é inteiramente voluntaria, mas por favor considere que sem ela não será possível levar este trabalho a bom termo. Participar não interfere, de modo algum, com o tratamento que esta a fazer. Não implica quaisquer custos ou riscos para si. Os dados são confidenciais. Nenhuma identificação pessoal será feita em qualquer publicação dos resultados deste estudo.

A sua colaboração far-se-á apenas através do preenchimento de dois questionários em dois momentos distintos, a entrada e a saída do seu internamento nesta unidade. Estes questionários dizem respeito à avaliação da sua capacidade funcional e o modo como efetua algumas tarefas da vida diária.

No momento do estudo estarei disponível para responder a qualquer dúvida que tenha acerca deste estudo.

Tendo em vista a minha participação no estudo, eu

Nome _____

Pelo que me foi dado a ler e o que me foi explicado, aceito participar neste estudo.

Data: ____/____/____

O Participante:

Muito Obrigada

