

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JULIA FABRES DO CARMO

CAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS APÓS O
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CADASTRADOS PELA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES

VITÓRIA
2014

JULIA FABRES DO CARMO

CAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS APÓS O
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CADASTRADOS PELA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade Federal do Espírito
Santo, como requisito para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de
concentração: Epidemiologia.

Orientador: Profº Drº Renato Lírio Morelato.
Co-orientador: Profª Drª Elizabete Regina
Araújo Oliveira.

VITÓRIA
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C287c Carmo, Julia Fabres do, 1983-
Capacidade funcional e fatores associados em idoso após o acidente vascular cerebral cadastrados pela estratégia de saúde da família no município de Vitória-ES / Julia Fabres do Carmo – 2014.
124 f. : il.

Orientador: Renato Lírio Morelato.
Coorientador: Elizabete Regina Araújo Oliveira.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Idoso. 2. Pessoas com Deficiência. 3. Acidente Vascular Cerebral. 4. Estratégia de Saúde da Família. 5. Saúde Pública.
I. Morelato, Renato Lírio. II. Oliveira, Elizabete Regina Araújo.
III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

JULIA FABRES DO CARMO

**CAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS APÓS O
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL CADASTRADOS PELA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Epidemiologia e linha de pesquisa Epidemiologia das Doenças Crônicas Não transmissíveis.

Aprovada em 20 de outubro de 2014.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Renato Lírio Morelato

Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Profª Drª Elizabete Regina Araújo Oliveira

Universidade Federal do Espírito Santo
Co-Orientador

Profª Drª Silvana Sidney Costa Santos

Universidade Federal do Rio Grande
Examinadora externa

Profª Drª Nagela Valadão Cade

Universidade Federal do Espírito Santo
Examinadora Interna

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade, em especial aos professores Renato Lírio Morelato e Elizabete Regina Araújo Oliveira por terem apostado neste trabalho. Foi ótimo ter vocês como orientadores! As professoras Sivana Sidney Costa Santos e Nágela Valadão Cade, pelas contribuições na qualificação e na defesa. À Professora Eliana Zandonade e a colega Franciane Figueiredo da Silva, pela colaboração na estatística.

A todos os funcionários da Área Técnica de Saúde do Idoso, Escola Técnica do SUS – ETSUS, Centro de Referência no Atendimento ao Idoso (CRAI) e Unidades Básicas de Saúde de Vitória. Vocês tornaram este trabalho possível! Agradeço igualmente às pessoas que, com desprendimento, abriram suas casas para esta pesquisa.

Aos colegas da Prefeitura Municipal de Vitória, em especial aos fisioterapeutas que dividem comigo a experiência da profissão. À Clícia Dora Rocha, diretora do Centro Municipal de Especialidades, pela compreensão durante o período do mestrado.

Muito obrigada para Rose, pela dedicação que tem com minha família e à amiga Fabiana Lúcia pela colaboração durante a pesquisa. À Lucilene e à Luiza, queridas mãe e irmã, pelo Trio que formamos. Amo vocês!

Ao Rafael, que durante o período do mestrado, se tornou meu esposo. Obrigada pela compreensão, carinho e principalmente pelos momentos que me fez rir de tudo.

Finalmente agradeço a Deus, a Nossa Senhora e a Santa Rita por terem me guiado constantemente.

EPÍGRAFE

“... Eu não tenho cobiça em ser novo, cada um tem o seu direito de viver... eu to muito satisfeito, só não quero morrer agora...” L.P
87 anos, morador de Vitória - ES.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, considerado um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. O Acidente Vascular Cerebral apresenta grande impacto na população idosa, já que sua prevalência aumenta com o avançar da idade. O objetivo deste trabalho foi avaliar a capacidade funcional e os fatores associados à incapacidade nos idosos após o Acidente Vascular Cerebral, cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família do município de Vitória - ES. Estudo transversal, descritivo, incluindo 230 indivíduos selecionados por amostragem proporcional em 22 territórios de saúde. Para avaliação das variáveis independentes foi estruturado um questionário com questões sociodemográficas, condições de saúde, acesso a reabilitação, suporte social, comportamento e percepção do ambiente físico. Para mensurar a incapacidade foi utilizada a Escala de Rankin modificada e para o nível de dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária foi utilizado respectivamente o Index de Barthel e a Escala de Lawton. Foram utilizadas estatísticas descritivas, teste de associação pelo qui-quadrado e regressão múltipla de Poisson. A população era, em sua maioria, do sexo masculino, com baixa escolaridade, apresentando média de idade de 75 anos. Foram classificados com incapacidade moderada a grave 66% dos entrevistados e 38% apresentavam dependência severa para realizar as atividades de vida diária. A incapacidade foi associada positivamente a ter 80 anos ou mais de idade (RP=1,42, $p<0,001$), ser analfabeto (RP= 2,3, $p = 0,01$), autoperceber limitações em mais de 3 funções do corpo (RP=2,21, $p<0,001$) e perceber barreiras físicas ao sair de casa (RP=1,55, $p<0,001$). Enquanto sair de casa diariamente (RP=0,24, $p<0,001$), visitar parentes e amigos (RP= 0,39, $p<0,001$) e praticar atividade física (RP=0,26, $p<0,001$) foram inversamente associadas ao desfecho. O estudo mostrou que a prevalência da incapacidade em idosos após o AVC é alta, sinalizando a necessidade de desenvolvimento de ações de prevenção, bem como de suporte a essa população.

Descritores: Idoso, Pessoa com Deficiência, Acidente Vascular Cerebral, Estratégia de Saúde da Família, Saúde Pública.

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon considered one of the greatest challenges of contemporary public health. The Stroke has a great impact on the elderly population, as the prevalence of chronic disease increases with advancing age. The aim of this study was to estimate the prevalence of disability and factors associated in the elderly after stroke registered in the Family Health Strategy in Vitória, Brazil. Cross-section study, descriptive analytical, including 230 individuals selected by proportional sampling in 22 territories health. To evaluate the independent variables was a structured questionnaire with demographic characteristics, health status, access to rehabilitation, social support, behavior and environmental perception. The disability to measure the modified Rankin Scale, the level of dependence in basic and instrumental activities of daily living was used respectively the Barthel Index and the Lawton Scale. Descriptive statistics, test of association by chi-square and Poisson Regression analysis adjusted for were used. The population was mostly male, with little schooling, with an average age of 75 years, 66% of these were classified as having moderate to severe disability, 38% were dependent to perform basic activities of daily living. The disability was associated positively with 80 years of age and older (RP=1,42, $p<0,001$), illiteracy (RP= 2,3, $p = 0,01$), self-perceived limitations in body function (RP=2,21, $p<0,001$) and the perception of physical barriers of the street (RP=1,55, $p<0,001$). Long while leaving home every day (RP=0,24, $p<0,001$), go out to visit relatives and friends (RP= 0,39, $p<0,001$) and practice physical activity ((RP=0,26, $p<0,001$) were inversely associated. This study has show a high prevalence of disability among older people who have suffered stroke. The development of prevention and support to this population is recommended.

Key - Words: Elderly, Stroke, Disability, Family Health Strategy, Public health.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
CRAI	Centro de Referência de Atendimento ao Idoso
DALY	Disability Adjusted Life Year
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IB	Index de Barthel
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	Medical Subject Headings
MIF	Medida de Independência Funcional
mRS	modified Rankin Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PubMed	National Library of Medicine e National Institutes of Health
RBE	Rede Bem Estar
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva da variável idade dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória-ES, 2013/2014.....	47
Tabela 2 - Distribuição das variáveis sócio demográfica e econômica dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória – ES, 2013/2014.....	48
Tabela 3 - Característica da amostra de idosos após AVC segundo morbidade autoreferida, Município de Vitória - ES, 2013/2014.....	49
Tabela 4 - Análise descritiva das variáveis referentes às condições de saúde dos idosos após AVC, cadastrados pela ESF do Município de Vitória - ES, 2013/2014.....	45
Tabela 5 - Característica da amostra de idosos após AVC segundo autopercepção de saúde, queda e internação, Município de Vitória - ES, 2013/2014.....	51
Tabela 6 - Análise descritiva das variáveis referentes ao acesso aos serviços de saúde dos idosos após AVC, cadastrados pela ESF do Município de Vitória – ES, 2013/2014.....	52
Tabela 7 - Característica da amostra de idosos após AVC referente a reabilitação, Município de Vitória – ES 2013/2014.....	53
Tabela 8 - Característica da amostra de idosos após AVC referente as adaptações físicas no domicílio e equipamentos auxiliares, Município de Vitória-ES, 2013/2014.....	55
Tabela 9 - Característica da amostra de idosos após AVC referente a mobilidade, Município de Vitória – ES, 2013/2014.....	56
Tabela 10 - Característica da amostra de idosos após AVC referente atividade física, Município de Vitória-ES, 2013/2014.....	57
Tabela 11 - Análise descritiva das variáveis de suporte social dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória-ES, 2013/2014.....	58
Tabela 12 - Análise descritiva das variáveis referente a percepção do Ambiente Construído dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória-ES, 2013/2014.....	59
Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo o grau de Incapacidade da Escala de Rankin modificada, Vitória – ES, 2013/2014.....	59

Tabela 14 - Distribuição das variáveis sócio, demográficas e econômicas segundo a presença ou não da incapacidade nos idosos após AVC, Vitória-ES, 2013/2014.....	57
Tabela 15 - Distribuição das variáveis de condições de saúde segundo a presença ou não da incapacidade nos idosos após o AVC, Vitória – ES, 2013/2014.....	63
Tabela 16 - Distribuição das variáveis referente a acesso à reabilitação segundo a presença ou não da incapacidade nos idosos após AVC, Vitória-ES, 2013/2014.....	64
Tabela 17 - Distribuição das variáveis de mobilidade, atividade física e percepção do ambiente segundo a presença ou não da incapacidade nos idosos após AVC, Município de Vitória-ES, 2013/2014.....	65
Tabela 18 - Análise do modelo de Regressão múltipla de Poisson bruta e ajustada para incapacidade dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória-ES, 2013/2014.....	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 ENVELHECIMENTO E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	16
2.2 CAPACIDADE FUNCIONAL/ INCAPACIDADE FUNCIONAL: INDICADOR DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	18
2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	19
2.4 PREVALÊNCIA DA INCAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO E FATORES ASSOCIADOS.....	20
2.5 INCAPACIDADE FUNCIONAL APÓS O AVC E FATORES ASSOCIADOS (REVISÃO SISTEMÁTICA).....	21
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVO ESPECIFICOS	29
4 METODOLOGIA	30
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	30
4.3 POPULAÇÃO FONTE.....	31
4.4 AMOSTRAGEM	32
4.5 COLETA DE DADOS.....	35
4.6 INSTRUMENTOS.....	37
4.7 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	39
4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5 RESULTADOS	47
5.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	48
5.2 ACESSO A REABILITAÇÃO.....	51
5.3 MOBILIDADE, ATIVIDADE FÍSICA E SUPORTE SOCIAL.....	56
5.4 PERCEPÇÃO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO.....	58
5.5 CAPACIDADE FUNCIONAL.....	59
5.6 INCAPACIDADE E FATORES ASSOCIADOS.....	61
6 DISCUSSÃO	69
6.1 PREVALÊNCIA DA INCAPACIDADE FUNCIONAL.....	73

6.2 FATORES ASSOCIADOS A INCAPACIDADE.....	75
6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	77
7 CONCLUSÃO	78
8 REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A — FORMULÁRIO PADRONIZADO DA REVISÃO SISTEMÁTICA	89
APÊNDICE B — MANUAL PARA COLETA DE DADOS	90
APÊNDICE C — QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO	93
APÊNDICE D — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
APÊNDICE E — ARTIGO PARA SUBMISSÃO À REVISTA CIENTIFICA	100
ANEXO A — INDEX DE BARTHEL	118
ANEXO B — ESCALA DE RANKIN MODIFICADA	119
ANEXO C — ESCALA DE LAWTON	120
ANEXO D — CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DE VITÓRIA	121
ANEXO E — PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	122
ANEXO F — CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR EMITIDA PELA ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	124

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional pode ser considerado um dos maiores triunfos da humanidade. Estima-se que até 2050 haverá cerca de dois bilhões de idosos no planeta. Esse aumento na proporção de idosos e diminuição dos indivíduos mais jovens é atribuído, principalmente, ao declínio contínuo nos níveis de fecundidade, queda da mortalidade e maior expectativa de vida (OMS, 2005). No Brasil os idosos são 10,8 % da população, o que varia entre as regiões e as diversas cidades brasileiras. O município de Vitória, capital do Espírito Santo, tem 12% da sua população composta por pessoas acima de 60 anos e está entre as cinco capitais com maior número de pessoas idosas do país (IBGE, 2010).

Atrelado a conquista do envelhecimento está o processo de transição epidemiológica, marcado pelo aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (OMS, 2003 a; IBGE, 2010). Dentre as principais DCNT estão as doenças cardiovasculares, que em 2008 foram responsáveis por 30% de todas as mortes do mundo, divididas em três principais manifestações clínicas: Doença Arterial Coronariana (DAC), Doença Arterial Periférica e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Acidente Vascular Cerebral (AVC) é o termo atribuído a um grupo de doenças que apresentam início abrupto e provocam danos neurológicos. É a terceira causa mais comum de mortalidade no mundo industrializado e o motivo principal de incapacidade a longo prazo na vida adulta. Em 2010, nos Estados Unidos da América, a prevalência do AVC foi de 2,6%, sendo quase 10 vezes mais prevalente entre pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (KELLY-HAYES et al., 2003; ZIVIN, 2005; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2012).

Permeando o processo da transição epidemiológica e demográfica está o desenvolvimento de tecnologias em saúde e avanço nos tratamentos, inclusive nos destinados ao AVC, o que promoveu redução das taxas de mortalidade e aumento

da população que sobrevive a doença (CAROD-ARTAL et al., 2009; MILER et al., 2010). Gaddi et al. (2003) e Kelly-hayes et al. (2003) alertaram aos sistemas de saúde e às comunidades científicas sobre o aumento da população de sobreviventes do AVC, a influência da doença na pessoa idosa e o impacto para a saúde pública.

Investigar as condições funcionais nos idosos que sobreviveram ao AVC se justifica não somente para ampliação do conhecimento científico, mas também para diagnósticos e análise situacional, contribuindo, assim, com planos de ações locais direcionados as demandas dessa população. Nesse contexto, o presente estudo versará sobre a incapacidade e os fatores associados em idosos que sofreram o AVC e residem na capital do Espírito Santo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura foi dividida em duas etapas, primeiramente foi realizada uma busca manual de artigos, documentos oficiais, manuais do Ministério da Saúde, dissertações e teses sobre envelhecimento e incapacidade. Já a segunda etapa revisou sistematicamente a literatura, seguindo o fluxo recomendado pelo curso online da Colaboração Cochrane (CASTRO et al., 2002).

Para realizar a Revisão Sistemática de Literatura elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual a prevalência da incapacidade na população após o AVC e quais são os fatores associados? Esta etapa ocorreu por meio de busca nas bases de dados eletrônicas: MEDLINE, via PubMed (National Library of Medicine e National Institutes of Health), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde) e também na biblioteca eletrônica SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

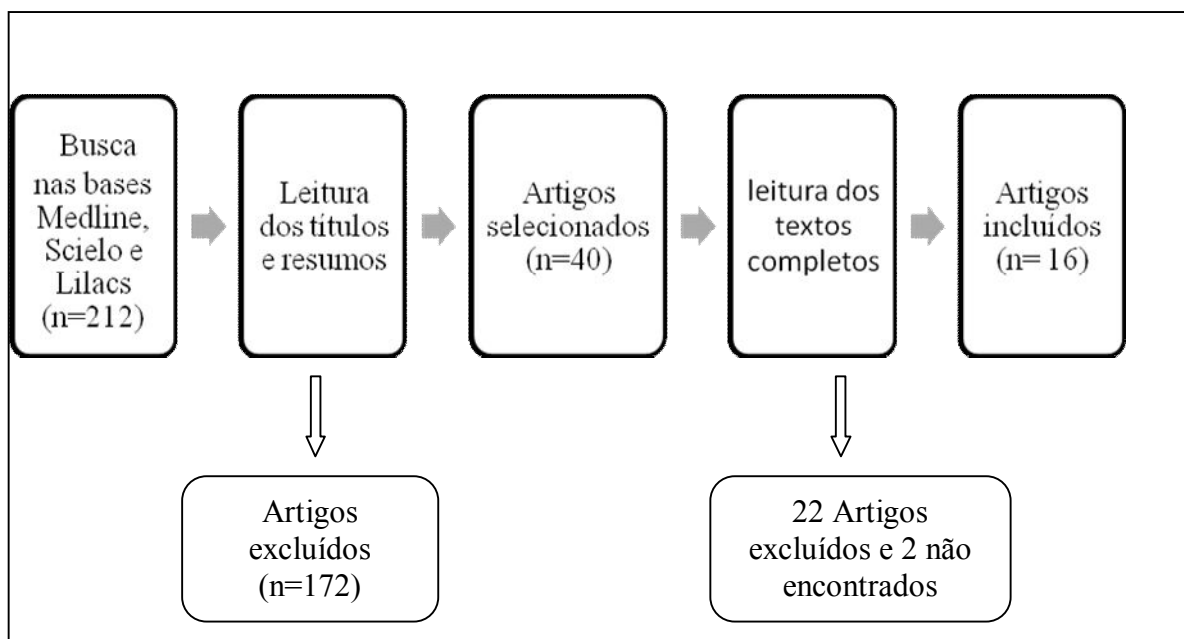
A estratégia de busca utilizou dois descritores, correspondentes na língua inglesa e portuguesa, respectivamente cadastrados no Mesh (Medical Subject Headings) e no Decs (Descritores em Ciências da Saúde). Assim, para pesquisa no PubMed foram utilizados: *“stroke” AND “disabled person”*, enquanto a pesquisa na LILACS e na Scielo utilizou: *“acidente vascular cerebral” AND “pessoa com deficiência”*. Os termos incapacidade e incapacidade funcional não foram utilizados como descritores por não estarem cadastrados no Decs. O período de busca para ambas as bases compreendeu o mês de janeiro de 2002 a dezembro de 2012 (últimos 10 anos) e não foi feita restrição a nenhum idioma.

Os artigos selecionados cumpriram com os seguintes critérios de inclusão: eram de metodologia observacional do tipo transversal ou coorte, com o objetivo de avaliar a incapacidade ou nível de assistência requerida na população adulta e ou idosa após o Acidente Vascular Cerebral. Estudos que além da incapacidade avaliaram outros desfechos foram incluídos, entretanto aqueles que associaram o AVC a outras situações clínicas ou que compararam intervenções específicas e métodos de reabilitação foram excluídos. Os artigos não reportados na língua inglesa,

portuguesa ou espanhola e os não encontrados mesmo após tentativa de contato com o autor foram descartados.

A leitura dos títulos e do resumo serviu para a seleção inicial dos duzentos e doze artigos identificados, destes, quarenta foram selecionados. Após leitura na íntegra vinte e quatro foram excluídos, por não cumprirem com os critérios de inclusão, restando um total de dezesseis artigos analisados e submetidos à fase de coleta, realizada através de um formulário padronizado (APÊNDICE A).

Figura 1 - Fluxograma do processo de inclusão dos artigos na revisão sistemática.



2.1 ENVELHECIMENTO E O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, sequencial, acumulativo, irreversível e universal de deterioração de um organismo maduro. É um ato individual, no entanto sofre influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, etnia, condições sociais e econômicas, entre outros. A influência desses diversos fatores levou a Organização Mundial da Saúde a estabelecer a idade limite entre adulto e idoso de acordo com o nível de desenvolvimento do país, que é de 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos países em desenvolvimento (OMS, 2005; BRASIL, 2007).

A transição demográfica transcorreu diferente entre as regiões do planeta. Enquanto nos países desenvolvidos o envelhecimento aconteceu gradualmente e acompanhando o desenvolvimento econômico, os países em desenvolvimento atravessaram esse processo aceleradamente e antes do almejado desenvolvimento econômico. Atualmente 80% dos idosos do mundo residem nos países em desenvolvimento (OMS, 2005). Em 1950 o Brasil ocupava o décimo sexto lugar do ranking dos países com maior número de idosos, já em 2020 as projeções indicam que o país ocupará o sexto lugar (VERAS, 1991; OMS, 2005).

Em meio a transição demográfica ocorreram também mudanças no padrão de morbidade e mortalidade, prevalecendo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as relacionadas a causas externas em detrimento das doenças infecciosas e parasitárias, caracterizando, assim, a transição epidemiológica (OMS, 2003a; PONTES et al., 2009). Dentre as principais doenças crônicas que afetam os idosos no mundo está o Acidente Vascular Cerebral.

Os países de baixa e média renda são os mais afetados pela doença, contudo, pouco se sabe sobre a epidemiologia do AVC nesses países (WHO, 2011). Saponiski e Del Brutto (2003) em uma revisão sistemática realizada na América do Sul, encontraram somente sete trabalhos que descreviam a epidemiologia da doença e demonstraram que a taxa de incidência varia entre 35 a 183 por 100.000 habitantes. De acordo com o estudo de Minelli, Fen e Minelli (2007) a taxa de incidência bruta anual do AVC é de 108 por 100.000 habitantes e a média de idade é de 65 anos.

Um fator complicador aos estudos é que o AVC pode ser resultado de uma série de diferentes processos, a maior parte das vezes ocorre devido a um acidente isquêmico e, em alguns casos, aproximadamente 20%, acontece por causa de uma hemorragia (BEAVEN et al., 2012). Definido como um rebaixamento neurológico focal ou global de início súbito e provável origem vascular, o AVC é uma síndrome clínica que pode causar danos físicos, como plegias ou paresias de um ou ambos dimídios, alterações sensoriais e de equilíbrio, além de comprometimento nos campos psicoafetivos e cognitivos que estão intimamente relacionados com o local,

extensão e natureza da lesão (OMS, 2005; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2012; MOURA; SILVA, 2005).

Estima-se que 25% a 74% dos 50 milhões de sobreviventes do AVC no mundo apresentam algum déficit, seja físico, cognitivo ou emocional, necessitando de assistência parcial ou total para realizar atividades de vida diária (MILLER et al., 2010).

2.2 CAPACIDADE FUNCIONAL/ INCAPACIDADE FUNCIONAL: INDICADOR DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A capacidade funcional pode ser definida como um conjunto de habilidades físicas e mentais necessárias para realizar de maneira independente as atividades de vida diária, divididas em:

- Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) reconhecidas como atividades relacionadas ao autocuidado, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, fazer transferências como levantar da cama e ficar em pé.
- Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são atividades relacionadas à participação da pessoa idosa no seu entorno social e envolvem atividades como utilizar meios de transportes, administrar medicamentos, realizar tarefas domésticas, fazer compras, entre outras (FARINATI, 1997; BRASIL, 2006, 2007).

De maneira similar, a incapacidade funcional pode ser conceituada como dificuldade ou inabilidade em realizar essas atividades. Ao longo das últimas décadas surgiram muitas escalas com a proposta de avaliar a relação capacidade funcional / incapacidade funcional, que podem ser mensuradas tanto por escalas de dependência como de dificuldade em realizar as tarefas de vida diária, sendo as tarefas de ABVD as preferidas como indicadores de incapacidade (YUASO; SGUIZZATTO, 2002; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

A Organização Mundial da Saúde caracteriza a incapacidade como produto de uma interação dinâmica e complexa entre condição de saúde (lesões, doenças, etc...),

fatores pessoais (estilo de vida, idade, nível de instrução, etc...) e fatores ambientais, acrescentando outras perspectivas na mensuração e análise da incapacidade (OMS, 2003b). No entanto essa perspectiva mais ampla ainda não é consenso na literatura científica, que considera o desempenho físico nas atividades de vida diária como um bom indicador de incapacidade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (2006) compreende a capacidade funcional como um novo paradigma de saúde e enfatiza que o principal problema que pode afetar o idoso na atualidade não é uma doença em particular, mas a perda de sua capacidade funcional. A Política está de acordo com diversos autores da área que propõem a capacidade funcional como um dos principais componentes a ser avaliado na saúde da pessoa idosa (BARON-EPEL; KAPLAN, 2001; RAMOS, 2003; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

2.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma política pública recente, oficializada pelo governo federal em 1994 com o objetivo de reorganizar a atenção básica (AB) no país. A AB é considerada o primeiro nível de atenção a saúde da população, desenvolvendo ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua em um território de abrangência definido (BRASIL, 2001; CRUZ, 2007).

Essa estratégia difere de modelos de medicina familiar estruturado em outros países, principalmente por funcionar como um sistema cooperativo e elaborado para atuar, considerando o território como meio que influencia nas condições de vida e na saúde das pessoas e das famílias. Faz parte do escopo das equipes da ESF realizar cadastramento domiciliar, adscrição de clientela, diagnóstico situacional e realizar ações dirigidas aos problemas de saúde da população de maneira pactuada com a comunidade, prestando atenção continuada aos indivíduos e às famílias (BRASIL, 2001, 2007).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) e o Manual da Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde do Idoso – elaborado pelo Ministério da Saúde (2007) são

documentos pioneiros ao especificarem o atendimento à pessoa idosa através da ESF, reconhecendo o processo de trabalho dessas equipes como fundamental para o acompanhamento das especificidades dessa população. Uma das diretrizes da PNSPI é inserir a avaliação e o diagnóstico funcional na rotina das equipes da ESF, a fim de estabelecer ações direcionadas a prevenção do declínio funcional e recuperação da saúde, primando pela máxima autonomia da população idosa adscrita (BRASIL, 2006, 2007).

2.4 PREVALÊNCIA DA INCAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO E FATORES ASSOCIADOS

A capacidade funcional declina com o tempo, enquanto o risco para desenvolver uma condição crônica aumenta (OMS, 2005). O processo incapacitante vai se estruturando por meio da evolução da condição crônica associada aos outros fatores, como o estilo de vida, comportamento, características biológicas, sociais e demográficas (BRASIL, 2007). Apesar de não ser consequência inevitável do envelhecimento a incapacidade é mais prevalente nas pessoas idosas, ressaltando-se que no Brasil coexistem pessoas nessa faixa etária em pleno vigor físico e outras com diminuição ou graves perdas funcionais (PARAYBA; VERAS; MELZER, 2005; BRASIL, 2006). Essa heterogeneidade da população idosa brasileira tem atraído o foco das pesquisas sobre incapacidade no país.

Segundo Lebrão e Duarte (2005), pesquisa conduzida em São Paulo - SP, 19,2% dos idosos apresentaram dificuldade no desempenho das ABVD, enquanto 26,5% apresentaram dificuldades nas AIVD. Um estudo similar aplicado em idosos residentes na cidade de Pelotas - RS encontrou a prevalência de incapacidade para as ABVD em 26,8% e para as AIVD em 28,8% (DEL DUCA et al., 2009).

Em um inquérito domiciliar desenvolvido por Ramos (1993) na cidade de São Paulo, 46% dos idosos entrevistados referiram necessitar de ajuda para realizar pelo menos uma das ABVD e ou AIVD. Parahyba e Simões (2006), utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) e definindo como incapacidade a dificuldade em caminhar cerca de 100 metros, revelaram que a taxa de incapacidade era de 25% em 1998 e 22,6% em 2003.

Rosa et al. (2003) ao investigarem fatores relacionados a capacidade funcional, em idosos residentes no município de São Paulo, encontraram que ser analfabeto, aposentado ou pensionista, não ser proprietário da moradia, ter mais de 65 anos, ter sido internado nos últimos 6 meses, não visitar amigos e parentes, ter problemas de visão, ter sofrido AVC e ter avaliação pessimista da própria saúde estão associados a dependência funcional moderada/grave.

Utilizando os dados da PNAD e aplicando o modelo de regressão logística multinível, Alves, Leite e Machado (2008) associaram a incapacidade funcional no nível individual com o avançar da idade, o sexo feminino, a escolaridade baixa, renda menor, não estar ocupado, a autopercepção da saúde ruim ou muito ruim e a presença de doenças crônicas. Já em nível de contexto a desigualdade de renda apresentou associação significativa com a incapacidade funcional na população idosa.

Del Duca et al. (2009) utilizaram a regressão de Poisson com variância robusta e demonstraram que a cor da pele parda/preta (não branca) e o aumento da idade são fatores associados a incapacidade no idoso.

2.5 INCAPACIDADE FUNCIONAL APÓS O AVC E FATORES ASSOCIADOS (REVISÃO SISTEMÁTICA)

Na revisão sistemática foram selecionados estudos que avaliaram a incapacidade após o AVC na população geral. A média de idade dos participantes foi de 67 anos. Os artigos foram reunidos por ordem decrescente do ano da publicação em um quadro (Quadro 1), onde os aspectos gerais como: autor/ano, objetivo, desenho, amostra, idade dos participantes, instrumentos e resultados foram sumarizados.

Quadro 1- Característica dos estudos selecionados na revisão sistemática (Incapacidade após o AVC)

Referência Ano /Local	Objetivo	Desenho	Nº	Idade	Medida	Resultado
Cerniauskait e et al. 2012 Itália	Avaliar impacto do AVC na qualidade de vida e incapacidade e a relação entre os dois constructos.	Transversal	111	57	SF-36 WHO- DAS II	53% relataram que não houve mudança na saúde após o AVC, entretanto o escore do SF-36 foi mais baixo quando comparado com a população geral. Forte correlação ($p=0.84$ e 0.75) nos domínios função física do SF-36 com as áreas de mobilidade e tarefas doméstica respectivamente do WHO-DAS ($p<0.01$).
Quintas et al. 2012 Itália	Demonstrar que o AVC sozinho não explica as diferenças e variedade da função e incapacidade.	Transversal	111	57	CIF	47% relataram comprometimentos moderados a severos na marcha e 25% para falar e compreender. Os problemas de funções do corpo mais relatados foram: função de memória, atenção e função dos músculos. No componente ambiente: família (92%) e os profissionais de saúde (82%) são os principais facilitadores.
Martins et al. 2011 Brasil	Descrever perfis de incapacidade e função através da combinação do uso da CID e CIF em sobreviventes do AVC.	Transversal	13	73	CID CIF	69% foram classificados como hemiplégicos e 31% hemiparéticos. Eventos codificados mais relatados: função de movimento (34%), neuromuscular (27%) e prejuízo nas estruturas relacionadas ao movimento. 52% têm prejuízo em atividades e participação, principalmente nas ações e tarefas domésticas do dia-a-dia.
Hong et al. 2010 Coréia do Sul	Aplicar a medida DALY para quantificar os anos de vida perdido por incapacidade.	Transversal	1233	66	NIHSS mRS DALY	35% foram considerados dependentes para as atividades de vida diária (mRS 3 – 6). Média de anos perdido por incapacidade foi 3.82 (IC 95% 3,68 a 3,96).
Coss et al. 2010 Cuba	Avaliar índice de independência em pacientes com AVC	Transversal	22	30- 90	Katz	45% estava na faixa etária de 70 a 90 anos. 41% apresentou dependência em pelo menos uma das 6 atividades avaliadas. 4,5% dependente em todas as atividades.
Carod-Artal et al. 2009 Brasil	Identificar os determinantes de qualidade de vida nos sobreviventes do AVC.	Transversal	260	55	Barthel Lawton SIS NIHSS mRS	31.5% apresentavam incapacidade severa ($\text{barthel} \leq 60$) e 35% incapacidade moderada ($\text{barthel} 65-90$). 49% foram avaliados com $\text{mRS} \geq 3$. Idade ($r=-0,20$) e presença de outras comorbidades ($r=0.35$) foram correlacionadas com nível de dependência. ($p<0.0001$). Incapacidade (Barthel) tem alta correlação com o domínio físico do SIS ($r= 0.99$).

Referência Ano / Local	Objetivo	Desenho	Nº	Média Idade	Medida	Resultado
Pétrea et al. 2009 EUA	Explorar diferença de gênero na incidência e incapacidade pós AVC na Coorte de Framingham.	Coorte	205	45-94	Katz	As mulheres tem 4 vezes mais chance de serem dependentes previamente ao AVC (O.R=4.3,p<0.001) e também seis meses após o AVC (OR=3.7) do que os Homens. 32% das mulheres apresentavam dependência para transferência 37% para marcha, enquanto os homens 13% e 18% respectivamente (OR=2.3, OR=1.91)
Gall et al. 2008 Austrália	Definir padrão, nível e identificar fatores de risco da incapacidade cinco anos após AVC.	Coorte	352	75	Barthel LHS; IDA	45% da coorte sobreviveu 5 anos após AVC. Dos que sobreviveram 70% estão entre os decis que representam incapacidade (LHS<90), principalmente nos domínios independência física, lazer e ocupação. 47% apresentaram dependência em alguma ABVD (Barthel). Aumento da idade e recorrência do AVC são os fatores associados com maior incapacidade.
Lo et al. 2008 China	Investigar mudanças nos níveis de incapacidade nos sobreviventes do AVC e identificar seus determinantes.	Coorte	268	77	Barthel Lawton MMSE GDS LHS	Três meses após o AVC 24% era dependente em mais de uma ABVD (Barthel<14) e 30% estava na faixa 15 a 19. 19% estavam institucionalizados. Na análise multinível a depressão (GDS), a incapacidade funcional (Barthel) e o avanço da idade foram fortemente associados com incapacidade e severidade (LHS) p<0.001.
Appelros et al. 2006 Suécia	Verificar o cenário de residência e necessidade de assistência para AVD antes e um ano após o AVC.	Coorte	253	75	Barthel FAI mRS GDS MMSE NIHSS	37% da coorte apresentou MRS ≥ 3. Antes do AVC 13% residiam em instituições, após 1 ano eram 20% e os fatores associados a essa mudança foi dependência prévia (OR=17), deficiência cognitiva (OR=12) e depressão (OR=4.5) p<0.001. Um ano após o evento 36% dos sobreviventes necessitam de alguma ajuda para ABVD, 59% necessitam de ajuda nas AIVD.
Patel et al. 2006 Inglaterra	Estimar nível de incapacidade e qualidade de vida três anos após AVC e examinar relação entre os dois domínios.	Coorte	490	71	Barthel FAI SF-36	Três anos após o AVC 34% eram independentes e 26% estavam moderados a severamente incapacitados (Barthel< 15). 51% estavam inativos (FAI<15). Forte correlação (r=0.79) entre FAI e Barthel e forte correlação (r>0.70) entre o domínio físico do HRQOL e incapacidade (Barthel).

Referência Ano / Local	Objetivo	Desenho	Nº	Média Idade	Medida	Resultado
Martins et al 2006 Portugal	Avaliar o impacto do AVC na qualidade de vida e capacidade funcional 9 meses após alta hospitalar.	Transversal	273	69	Barthel FAI mRS COOP/ WONCA	36% da amostra estava independente nas ABVD (Barthel) e 47% apresentavam incapacidade (mRS \geq 3), 29% estavam independentes nas AIVDS (FAI). A percepção da qualidade de vida (QV) está fortemente associada (0.70, $p < 0.01$) com a capacidade funcional, o domínio aptidão física foi o mais afetado na avaliação de QV.
Lin et al 2005 China	Identificar preditores do grau de incapacidade um ano após o AVC	Coorte	109	62	MIF	O grupo classificado com incapacidade severa e muito severa (59%) apresentou média 65 de escore MIF e grupo com incapacidade leve e moderada (41%) apresentou 87 de média. No modelo de regressão, o envolvimento bilateral (OR= 10.8) e o baixo escore MIF (OR=7.6) estavam associados ao maior nível de incapacidade.
Hardie et al. 2004 Austália	Determinar frequência de recorrência do AVC e Incapacidade após 10 anos do 1º AVC	Coorte	45	72	Mrs	Após 10 anos do 1º AVC: aproximadamente 15% estavam institucionalizados, 46% estavam incapacitados. O risco de fazer um novo AVC entre os sujeitos da coorte foi 6 vezes maior que a população geral, mesmo após ajuste de sexo e idade (95%IC 4,5-7,4).
Widar et al 2002 Suécia	Descrever sobre incapacidade e dor no cotidiano dos sobreviventes que referem dor após o AVC.	Transversal	43	33-82	Katz MPI-S	46% estavam dependentes em uma ou mais ABVD (Katz). 52% relataram dificuldades na marcha, sendo 50% dependentes de equipamento para mobilidade. 63% relataram dor moderada, 37% dor severa.
Hankey et al 2002 Austrália	Descrever incapacidade e dependência cinco anos após o AVC na comunidade de Perth.	Coorte	277	73	Barthel FAI mRS Ind Motr	19% apresentavam alguma incapacidade antes do AVC. 45% tinha falecido cinco anos após o primeiro AVC, dos sobreviventes 17.7% estavam institucionalizados e 36% apresentava alguma dependência nas ABVD. O risco cumulativo de uma nova e maior incapacidade foi de 36%. Os fatores prognósticos de incapacidade foram idade avançada (O.R= 5.7), recorrência de AVC e apatia .

Legenda:

SF-36 = Short Form Health Survey; WHO-DAS II = World Health Organization Disability Assessment Schedule ; CIF = Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; CID= Classificação Internacional de Doenças; NIHSS = National Institute of Health Stroke Scale; MRS= modified-Rankin Scale; DALY = Anos de vida perdido por incapacidade; SIS=Stroke Impact Scale; LHS= London Handicap Scale ; IDA =Irritability, Depression and Anxiety; MMSE= Mini-Mental State Examination; GDS = Geriatric Depression Scale; FAI = Frenchay Activities Index; COOP/WONCA = Primary Care Cooperative Information Project/World Organization of National Colleges Academies; MPI-S = Multidimensional Pain Inventory; Ind Motr = Motricity Index

Nos dois primeiros anos após o AVC a incapacidade atingiu 24% a 49% da população avaliada, três a cinco anos após esse número estava entre 26% a 47%, dez anos após o AVC 46% da população apresentava algum nível de incapacidade.

Dos estudos analisados, 31% (5 artigos) apresentaram o resultado da incapacidade com o modificad Rankin Scale (mRS) (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2006; APPELROS; NYDEVIK; TERENT, 2006; HANKEY et al., 2002; HONG et al., 2010; HARDIE et al., 2004), 19% (3 artigos) apresentaram a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) sendo que um usou o WHODAS 2.0 (*World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*) (CERNIAUSKAITE et al., 2012; QUINTAS et al., 2012; MARTINS et al., 2011), 19% (3 artigos) aplicaram o Index de Katz (COSS et al., 2010; WIDAR; AHLSTROM, 2002; PETREA et al., 2009), 12,5% (2 artigos) utilizaram o London Handicap Scale (LHS) (LO et al., 2008; GALL et al., 2009) , 12,5% (2 artigos) por meio do Index de Barthel (IB) (CAROD-ARTAL et al., 2009; PATEL et al., 2006) e 6,25% (1 artigo) segundo a medida de independência funcional (MIF) (LIN et al., 2005).

Cabe destacar que a maioria desses estudos aplicou mais de um instrumento de capacidade funcional e houve ainda alguns que associaram a mensuração da incapacidade com outros instrumentos, como de qualidade de vida, depressão, cognição entre outros.

Appelros, Nydevik e Terent (2006) apresentaram o resultado da incapacidade com a mRS e definiram que 37% da coorte estava incapaz. No mesmo ano Martins, Ribeiro e Garrett revelaram que 47% dos sujeitos avaliados apresentavam incapacidade (mRS). Hong et al. (2010) utilizaram os resultados do mRS para o cálculo da medida DALY (*Disability – Adjusted Life Year*) e como 35% dos participantes estavam incapazes a média de anos de vida perdido por incapacidade foi de 3.82 (IC 95% 3,68 a 3,96).

Apesar de não ter sido muito utilizado para apresentar os resultados da incapacidade, o Index de Barthel foi frequentemente mencionado nos artigos para mensurar dependência nas ABVD e alguns autores (PATEL et al., 2006; CAROD-ARTAL et al., 2009) o aplicaram na tentativa de categorizar a incapacidade. A coorte

Inglesa de Patel et al. (2006) foi classificada com 12% de incapacidade severa, 14% moderada, 34% suave e 39% estavam independentes. No estudo brasileiro de Carod-Artal et al. (2009) 34% dos sujeitos avaliados estavam independentes, 31% com incapacidade severa e 35% incapacidade moderada.

Petrea et al. (2009), Coss et al. (2010) e Widar e Ahlstrom (2002) escolheram o Índice de Katz para suas avaliações e encontraram respectivamente que 45%, 41% e 46% da amostra estava dependente em pelo menos uma das seis atividades avaliadas. Lin et al. (2005) utilizaram a MIF, instrumento que além de avaliar a necessidade de assistência nas ABVD e locomoção avalia também a comunicação e cognição e classificaram 59% da amostra com incapacidade severa e muito severa e 41% com incapacidade moderada e leve.

A Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) foi utilizada por Quintas et al. (2012), que apontaram dificuldades com a memória (mais de 50% da amostra), atenção (aproximadamente 50%), função de força dos músculos (50% da amostra) e marcha (47%) como os problemas de função do corpo mais relatados pelos sujeitos após o AVC. Martins et al. (2011) também aplicando a CIF observaram que 34% dos sujeitos apresentavam dificuldades nas funções relacionadas ao movimento e 52% limitações nas atividades e participação, principalmente nas ações domésticas.

A abordagem da CIF alerta que incapacidade não pode somente ser avaliada pela dependência nas ABVD. O WHODAS, escala de avaliação da incapacidade, construído pela OMS avalia o funcionamento do indivíduo em seis domínios de atividade: compreender e comunicar-se, locomover-se, autocuidado, conviver com pessoas, atividades da vida, participação na sociedade. Parece ser um instrumento capaz de contemplar todos os domínios da incapacidade, mas devido sua publicação recente teve pequena participação nos estudos (STEFANO et al., 2009).

Dentre os estudos selecionados estavam quatro coortes que trouxeram em seus resultados variáveis preditoras da incapacidade após o AVC. O estudo de Gall et al. (2009), parte do *North Melbourne Stroke Incidence Study*, aplicaram a regressão linear multivariada e definiram que o aumento da idade e a recorrência do AVC

($P < 0.01$) estão associados com maior incapacidade cinco anos após o primeiro AVC. Outro estudo longitudinal, também australiano, o Perth Community Stroke Study, identificou idade avançada (OR=5.7 na faixa 75-84; IC 95% 1.7-18.9), recorrência do AVC (OR=14.4, IC 95% 3.3-63) e hemiparesia moderada (OR=3.4; IC 95% 1.2-9.5) como fatores prognósticos de incapacidade, utilizando a análise de regressão logística ajustando o sexo (HARDIE et al., 2004).

Lin et al. (2005) optaram pelo modelo de regressão logística e encontraram que o comprometimento bilateral (OR=10.8, $p < 0.02$) e o baixo escore do MIF (O.R=7.6, $p < 0.008$) são as principais variáveis associadas a incapacidade em pacientes admitidos em um centro de reabilitação de Taiwan. Lo et al. (2008) aplicaram a análise multinível e concluíram que a depressão, o avanço da idade e o nível de dependência estão fortemente associados ($p < 0.001$) à incapacidade e severidade após o AVC, depois de dois anos acompanhando pacientes de um hospital universitário Chinês.

Pétrea et al. (2009) exploraram a diferença de gênero na Coorte de Framingham e por meio da análise bivariada e regressão logística, encontraram que as mulheres têm quatro vezes mais chance de estarem dependentes previamente ao AVC do que os Homens (OR=4.3, $p < 0.01$), seis meses após o AVC a chance para dependência permanece maior nas mulheres (OR=3.7, $p < 0.01$).

Estar residindo em instituição de longa permanência é um fator frequentemente associado à incapacidade e foi avaliado em algumas das pesquisas selecionadas. Appelros et al. (2006) tiveram como objetivo definir mudanças no cenário da residência e encontraram que antes do AVC 13% dos seus membros residiam em moradias especiais e um ano após o AVC esse número subiu para 20%. A coorte de Perth mostrou que cinco anos após o AVC 17.7% dos seus membros estavam institucionalizados e dez anos depois 15% dos sobreviventes estavam institucionalizados (HANKEY et al., 2002; HARDIE et al., 2004). Lo et al. (2008) verificaram que 19% da sua população estava institucionalizada após 3 meses do AVC. O estudo que explorou as diferenças de gênero na coorte de Framingham apontou que as mulheres apresentam 3.5 vezes mais chance ($p < 0.01$) de estarem

institucionalizadas seis meses após o AVC do que os Homens (taxa de 35% para mulheres e 10% para homens) (PETREA et al., 2009).

O resultado da revisão sistemática demonstra inexistência de um instrumento padrão para avaliar incapacidade, ao mesmo tempo em que aponta uma preferência da literatura em mensurar a incapacidade por meio do desempenho físico nas atividades cotidianas, resultado também observado por Cerniauskaite et al. (2012) e Alves, Leite e Machado (2008).

Para concluir, cabe sintetizar os principais resultados dessa revisão: **A prevalência da incapacidade após o AVC é alta e as pessoas idosas apresentam não só risco maior para sofrer a doença, como têm mais chance de estarem incapazes após o AVC.** Considerando essas informações e o fato de que nenhum dos estudos encontrados avaliou especificamente a população idosa, surge a necessidade deste trabalho, que se propõe a avaliar a incapacidade na população idosa após o AVC.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a capacidade funcional em idosos após o Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Município de Vitória.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população estudada segundo as condições socioeconômicas e de saúde.
- Estimar a prevalência da incapacidade funcional nos idosos após o AVC residentes no município de Vitória.
- Identificar e analisar os diferentes fatores associados a incapacidade funcional.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo de corte transversal e de abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Vitória, capital do Espírito Santo, é uma cidade constituída por várias ilhas, totaliza uma área de 98.194 km² e uma população de 327.801 habitantes. Compõe juntamente com Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana e Vila Velha a Região Metropolitana da Grande Vitória, composta, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010, por 1.857.616 de habitantes (VITORIA, 2010, 2013a).

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória se organiza sobre seis bases territoriais: Continental, Maruípe, Centro, Forte São João, Santo Antônio e São Pedro, onde estão distribuídas:

- Vinte e nove Unidades Básicas de Saúde (UBS): Vinte e duas são Estratégia de Saúde da Família (ESF), quatro não têm ESF e três com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Serviços de Referência: Centro de Referência no atendimento ao Idoso (CRAI), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto e infantil, Atenção psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-AD/CPTT), Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Centro de Especialidades Médicas (CME) e Odontológicas (CEO), Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS), dois Prontos Atendimento funcionando 24 h (São Pedro e Praia do Suá) e o Serviço de Orientação ao Exercício.

O município está habilitado para Gestão Plena da Atenção Básica desde 1998, ano em que foi iniciada a implantação da Estratégia de Saúde da Família. Atualmente

são 78 equipes de saúde da família e 76 % do território coberto pela ESF (VITÓRIA, 2014a; CRUZ, 2006). Em 2012 Vitória ocupou o primeiro lugar no ranking nacional do IDSUS - Índice de Desempenho do SUS, indicador que afere o desempenho do Sistema de Único de Saúde (VITÓRIA, 2014b).

Figura 2 - Mapa da Regionalização da Saúde em Vitória – ES.



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013

4.3 POPULAÇÃO FONTE

A população fonte da pesquisa foi constituída por idosos com diagnóstico do Acidente Vascular Cerebral, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de Vitória. O estudo considerou idoso aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos em consonância com o Estatuto de Saúde do Idoso (BRASIL, 2003) e a Organização Mundial da Saúde (2005). A ESF foi escolhida por ser o modelo de reorganização da atenção básica, onde deve acontecer o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006).

Critérios de inclusão:

- Apresentar idade igual ou superior a 60 anos no momento da entrevista.

- Residir nos territórios com cobertura da Estratégia de Saúde da Família do município de Vitória.
- Autoreferir Acidente Vascular Cerebral.

Critérios de exclusão:

- Idosos que não eram capazes de responder sozinhos e não estavam acompanhados por um familiar ou responsável.
- Idosos que não foram localizados por mudança de endereço, internação ou outros motivos.
- Residiam em microáreas sem Agente Comunitário de Saúde.

4.4 AMOSTRAGEM

Considerando que em Vitória 29.552 idosos estão cadastrados pela ESF (SIAB/SEMUS, 2012) e a prevalência do AVC nessa população é de 2,9% (PEREIRA ET AL., 2009) a população do estudo foi estimada em 900 idosos. Para o cálculo da amostra, realizado pelo programa Epidat, versão 3.1, definiu-se a prevalência da incapacidade após o AVC em 60% (CAROT-ARTAL et al., 2009; MILLER et al., 2004; CHANDRA et al., 2012), um nível de significância de 5%, uma margem de erro de 7% e efeito do desenho de 1,4 chegando ao tamanho mínimo amostral de 218 idosos, para suprir possíveis perdas ou recusas foi acrescentado 5%, resultando numa amostra de 230 sujeitos.

Por tratar-se de um estudo sobre idosos com um agravo específico o processo de seleção iniciou com a identificação da população do estudo por meio da Rede Bem Estar (RBE), software de gestão de saúde utilizado no município de Vitória. Esse sistema disponibiliza buscar a produção ambulatorial dos médicos da ESF (SEMUS/SUB-TI, 2014). A busca eletrônica na RBE teve os seguintes descritores: período de 2008 a 2013 (período disponível para busca), local: os vinte e dois territórios de saúde pesquisados de maneira individual, faixa etária de 60 anos ou mais e códigos da CID relacionados ao AVC: I69, seqüelas de doença cerebrovascular; I69.4, seqüela do acidente vascular cerebral não especificado; I64,

Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico e I63, Infarto Cerebral, o CID referente a acidente isquêmico transitório não foi aplicado.

Dos quatro códigos CID utilizados, três: I64, I69 e I69.4 estavam presentes nos prontuários dos pacientes do estudo piloto (CID 10 OMS, 2008), o CID I64 é o código mais utilizado nas internações por AVC (ROLIM; MARTINS, 2011; MENDES, 2012; FILHO et al., 2004). No entanto a busca resultou em apenas 179 idosos classificados com CID referente ao AVC nos 22 territórios de saúde (resultado no quadro 2).

Como a lista da produção ambulatorial foi insuficiente para atingir a amostra, inviabilizando uma amostragem aleatória, o processo de amostragem escolhido foi a amostragem por cotas. Assim, o número de sujeitos avaliados foi proporcional ao número de idosos cadastrados em cada território. Para esse tipo de amostragem foi definido a fração amostral $f = n/N$ (0,0073), onde n representa o quantitativo da amostra e N a população fonte. O número de elementos a observar em cada território de saúde foi definido pela fórmula $n^1 = f \times N^1$, onde N^1 é o total de elementos do território.

Para operacionalizar esse tipo seleção foi necessário realizar um trabalho em conjunto com as equipes da ESF. Quando a lista dos pacientes do território identificados pela RBE era insuficiente, as equipes selecionavam o restante dos idosos com AVC. As equipes apontavam também os pacientes que já haviam falecido, mudado de endereço ou residiam em áreas sem ACS e quando necessário substituíam por outros sujeitos até completar o número da amostra pretendida. Já quando sobravam pacientes no território para serem avaliados o critério de escolha era a disponibilidade do ACS em acompanhar a entrevista.

Quadro 2 - Distribuição da amostra segundo regiões e territórios de Saúde da Família do Município de Vitória – ES, 2013.

Região	Território	Número de Idosos	Amostra pretendida	Idosos com CID do AVC
Santo Antônio	Grande Vitória	1.034	7,6	0
	Santo Antônio	1.739	12,8	26
	Alagoano	927	6,8	0
Total região		3.700	27	26
Maruípe	Bairro da penha	750	5,5	15
	Bonfim	713	5,2	8
	Consolação	1.303	9,6	15
	Andorinhas	560	4,1	8
	Maruípe/São Cristovão	1.698	12,5	17
	Santa Martha	1205	8,8	21
Total região		6.229	46	84
Continental	Jardim da Penha	6.017	44	22
Forte São João	Forte São João	828	6,1	4
	Jesus de Nazareth	280	2,0	2
	Praia do Suá	1.820	13,4	4
	Santa Luiza	4099	30,0	14
Total região		7.027	51	24
Centro	Ilha do Principe	387	2,8	10
	Fonte Grande	382	2,8	0
	Centro	2.907	21,4	11
Total região		3.676	27	22
São Pedro	Resistencia	588	4,3	5
	Ilha das Caieiras	730	5,3	6
	Santo Andre	827	6,0	6
	Nova Palestina	758	5,5	18
Total região		2.903	27	35
Total		29.552	218	179

Fonte: Coluna 1,2,3 e 5 Área Técnica Saúde do Idoso /SEMUS, 2013.

4.5 COLETA DE DADOS

1ª etapa - Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto no Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), com a intenção de testar a aplicação do questionário e analisar a seqüência, a compreensão das perguntas e o tempo gasto. O CRAI foi escolhido por ser a referência do município de Vitória no atendimento aos idosos com capacidade funcional comprometida, o que facilitou o acesso ao público da pesquisa e permitiu ao pesquisador identificar os códigos da CID mais utilizados no diagnóstico do Acidente Vascular Cerebral (VITÓRIA, 2013 b).

No período de 8 a 15 de julho o pesquisador esteve no CRAI quatro vezes, duas tardes e duas manhãs escolhidas aleatoriamente. Os profissionais do serviço estavam avisados sobre a pesquisa e encaminharam ao pesquisador os pacientes com AVC. Foram realizadas doze entrevistas, embora uma de maneira incompleta, pois nem o idoso nem seu acompanhante foram capazes de responder todas as questões. A compreensão das perguntas contidas no instrumento foi boa e alguns itens foram reformulados após o teste.

2ª etapa – Seleção da Amostra

Para seleção da amostra e construir o plano da amostragem foi necessário recorrer a Área Técnica de Saúde do Idoso, na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, para solicitar dados relativos ao número de idosos cadastrados nos territórios de Saúde da Família e também ter acesso a RBE, onde foi feita a busca da produção ambulatorial por CID do AVC em cada território.

3ª etapa - Treinamento dos Entrevistadores

Nesta etapa foi iniciado o treinamento dos entrevistadores. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e mais duas entrevistadoras auxiliares, alunas de graduação de Fisioterapia. Antes de iniciarem a coleta de dados as alunas foram orientadas pela pesquisadora em um treinamento teórico de 2 horas. Foi elaborado também um manual para auxiliar nesse processo (APÊNDICE B), que funcionou como um guia no momento da pesquisa, padronizando as entrevistadoras. No primeiro dia no campo as alunas somente observaram a pesquisadora entrevistando

e depois discutiram os resultados da entrevista, totalizando 6 horas de treinamento. Além disso, a supervisão da pesquisadora no processo da coleta foi constante, já que estava sempre no campo com as entrevistadoras. Para facilitar a identificação e o acesso às UBS e aos domicílios o grupo da pesquisa usou camisas e crachás.

4ª etapa – Coleta de Dados

O trabalho iniciava com contato da pesquisadora com a direção da Unidade Básica de Saúde para exposição da pesquisa por email, telefone, e até contato direto na própria UBS. Nesta oportunidade era agendado um momento com os profissionais que compõe a equipe da ESF para realizar a seleção dos entrevistados, muitas vezes o pesquisador utilizou o espaço semanal destinado a reunião de equipe, aproveitando, assim, a presença de todos os profissionais. Quando não era possível reunir-se com a equipe completa, pelo menos um profissional de nível superior estava presente. Nessas mesmas reuniões já ficava acordado o retorno da pesquisadora para as entrevistas.

As entrevistas aconteceram nos domicílios dos participantes e foram sempre acompanhadas pelos ACS para facilitar o acesso e o contato com os idosos. Todos os entrevistados eram questionados quanto ao diagnóstico prévio do AVC, tendo sido entrevistados só aqueles que afirmaram ter tido a doença. Em alguns momentos a sigla AVC foi substituída por “derrame”, para facilitar a compreensão. Nos casos em que os idosos selecionados não estavam no domicílio ou não podiam atender naquele momento, era feita até duas tentativas.

Os casos de recusa em participar, mudança no endereço e os não encontrados após duas tentativas foram substituídos por outros, preferencialmente do mesmo território, nos casos em que o território não possuía mais sujeitos para substituição foi utilizado os sujeitos de outros territórios da mesma região. Alguns agentes comunitários de saúde tinham como prática avisar o idoso e sua família sobre a pesquisa por telefone ou visitas, o que favoreceu encontrar alguns entrevistados em casa. No entanto isso não foi uma regra e variou em cada território.

4.6 INSTRUMENTOS

Foi desenvolvido para esse estudo um questionário estruturado com cinquenta e oito perguntas fechadas, pré-codificadas e também por cinco questões abertas que foram codificadas posteriormente após análise das respostas. O questionário contempla: caracterização demográfica e sócioeconômica, condições e autopercepção de saúde, acesso a reabilitação, mobilidade e atividade física, suporte social e percepção do ambiente construído (APÊNDICE C).

A composição das perguntas e das respostas basearam-se nos conceitos do Caderno da Atenção Básica nº 19, no questionário do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) da Universidade de São Paulo (BRASIL, 2007; LEBRÃO; DUARTE, 2003) e do *Life Space Questionnaire*, que apesar de não ser traduzido nem validado no Brasil, pensa na mobilidade por meio da avaliação dos espaços em que os indivíduos circulam e atravessam (PELL et al., 2005). As questões sobre a percepção do ambiente construído foram retiradas da versão brasileira já validada e adaptada no país do *Neighborhood Environmental Walkability Scale (NEWS)*. Escala utilizada em pesquisas sobre atividade física com intuito de avaliar a percepção do indivíduo em relação às estruturas físicas e ambientais próximas da residência, vale ressaltar que recentemente o NEWS foi aplicado em idosos restritos ao lar ou com dificuldades na locomoção (MALAVASI; DUARTE; REIS, 2007; MURAYAMA et al., 2012).

A avaliação da capacidade funcional foi a última parte da coleta de dados e realizada por três instrumentos:

Index de Barthel (ANEXO A) foi desenvolvido em 1965 por Mahoney e Barthel com objetivo de mensurar o desempenho em 10 atividades da vida diária, que podem ser divididas em tarefas de autocuidado (alimentação, higiene, banho, vestir, controle do intestino, bexiga e uso do banheiro) e tarefas relacionadas à mobilidade (locomoção, transferências e subida de escadas). A pontuação máxima é de 100 (soma dos itens que podem ser classificados em 5, 10 e 15 pontos) indicando que o paciente é totalmente independente no funcionamento físico. A pontuação mais baixa é 0, que

representa um estado acamado, totalmente dependente (SULTER; STEEN; DEKEYSER, 1999).

Alguns autores (CAROD-ARTAL et al., 2009; AZEREDO; MATOS, 2003; GRANGER et al., 1979) têm proposto a subdivisão do escore em diferentes categorias para facilitar a interpretação da escala, entretanto, os pontos de corte não são consensos. A proposta do grupo de Granger definiu o escore de 60 como ponto de viragem entre independência e dependência, já a classificação utilizada por Carod- Artal et al. (2009) dividiu o Index em três categorias: independente (IB 95-100), dependência moderada (IB 65-90) dependência (IB ≤ 60) e foi utilizada neste estudo.

O IB é considerada uma das escalas mais confiáveis para medição clínica na população após o Acidente Vascular Cerebral e por esse motivo D'Olhaberriague et al. (1996) incentivam a aplicação universal da escala, vislumbrando homogenizar resultados no futuro. A escala utilizada nesse estudo foi a versão validada no Brasil por Minosso et al. (2010).

Escala de Rankin modificada (ANEXO B) foi desenvolvida pelo Dr. Jonh Rankin, em 1957, com intuito de avaliar a incapacidade após o Acidente Vasculare Cerebral. Na década de 80 foi modificada por Warlow e associados para o UK-TIA study (*The United Kingdom Transient Ischaemic Attack*), assumindo nova denominação e sigla: modified Rankin Scale (mRS) (FARREL et al., 1991). A versão atual consiste em seis categorias que vão de 0 a 5, sendo que 0 corresponde a ausência de sintomas e 5 corresponde a incapacidade grave. Esta escala mensura independência e não avalia desempenho em tarefas específicas (VAN SWIETEN et al., 1988; SULTER; STEEN; DE KEYSER, 1999).

Van Swieten et al. (1988) encontraram concordância satisfatória entre observadores, e afirmam que a escala possui um grau aceitável de confiabilidade, enquanto Quinn at al. (2009) em um estudo de revisão concluíram que a confiabilidade da escala ainda é incerta, embora reconheçam que o grau de variabilidade interobservadores é inerente ao instrumento. A despeito das incertezas da confibialidade, a escala figura como instrumento mais prevalente para mensurar

desfecho funcional nas pesquisas contemporâneas sobre o AVC (QUINN et al., 2009).

Seguindo a tendência de outras pesquisas (SULTER et al., 1999; HACKE et al., 2005; CAROD-ARTAL et al., 2009) e visando facilitar a apresentação do resultado, este estudo optou por dicotomizar os valores da escala em sem incapacidade ($mRS \leq 2$) e com incapacidade ($mRS \geq 3$).

Escala de Lawton e Brody (ANEXO C). Lawton e Brody introduziram o termo "Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)" em 1969 ao desenvolverem uma escala com a finalidade de mensurar atividades mais complexas do que as ABVD. A Escala avalia necessidade de assistência em atividades que exigem interação com o meio ambiente, seja casa ou comunidade, como habilidades do indivíduo utilizar meios de transporte, fazer compras, preparar refeições, etc. (CHONG, 1995). O instrumento avalia nove itens que podem ser pontuados de 1 a 3, sendo assim a pontuação mínima é de 9 e a máxima de 27 pontos (BRASIL, 2007).

A Escala de Lawton AIVD ou The Lawton IADL Scale, denominação utilizada na maioria dos artigos, é um instrumento de fácil administração e um dos mais utilizados para a avaliação de atividades instrumentais na população idosa, entretanto, poucos estudos têm sido realizados para testar as propriedades psicométricas dessa escala (GRAF C, 2007). Vergara et al. (2012) validaram o instrumento para o espanhol e confirmaram excelente confiabilidade e uma moderada a grande sensibilidade, mas apesar de ser um instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde ainda não há relatos de validação no Brasil (BRASIL, 2007).

4.7 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis independentes foram categorizadas em seis blocos: caracterização demográfica e sócioeconômica, condições e autopercepção de saúde, acesso a reabilitação, mobilidade e atividade física, suporte social e percepção do ambiente construído e podem ser visualizadas no quadro 3. Para determinação da variável

dependente foram utilizadas as três escalas citadas, criando três desfechos distintos:

- Incapacidade funcional por meio da Escala de Rankin (mRS \geq 3)
- Independente (IB 95-100), dependência moderada (IB 65-90) e dependência severa (IB \leq 60).
- Independência para as AIVD definida por aqueles que atingiram 26 ou 27 pontos na Escala de Lawton.

Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo (Continua).

Variável	Mensuração	Definição	Tipo de variável
Variáveis relacionadas a fatores demográficos e socioeconômicos			
Idade	Referida pelo entrevistado	Anos completos	Quantitativa discreta
Sexo	Observado pelo entrevistador	Feminino Masculino	Categórica nominal
Cor da pele	Referida pelo entrevistador	Branca Preta Parda Outra	Categórica nominal
Escolaridade	Referida pelo entrevistado	Sem escolaridade 1 a 4 anos de estudo 5 a 8 anos de estudo 9 a 11 anos de estudo Mais de 12 anos de estudo	Categórica ordinal
Renda Familiar mensal	Referida pelo entrevistado	Até 1 salário Entre 1 a 3 salários 3 a 5 salários 5 a 10 salários 10 ou mais	Categórica ordinal
Mora com companheiro	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Variáveis relacionadas a condições de saúde			
Morbidade autoreferida	Referida pelo entrevistado	Hipertensão Diabetes Doença crônica pulmonar Artrose Artrite Doença cardíaca Câncer	Categórica nominal
Tempo do AVC	Referida pelo entrevistado	Meses completos	Quantitativa discreta

Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo (Continuação).

Variável	Mensuração	Definição	Tipo de variável
Variáveis relacionadas a condições de saúde			
Recorrência do AVC	Referida pelo entrevistador	Sim Não	Categórica nominal
Agravos após o AVC	Referida pelo entrevistado	Queda Pneumonia Depressão Úlceras ou feridas na pele Infecção urinária Dor musculoesquelética	Categorical nominal
Locomoção	Observado pelo entrevistador	Independente Precisa de supervisão na rua Só anda em ambiente fechado Não anda	Categórica ordinal
Auxiliares de locomoção	Referido pelo entrevistado	Não precisa Precisa de um ponto de apoio Precisa de dois pontos de apoio Depende de cadeira de rodas	Categórica ordinal
Internação nos últimos 12 meses	Referido pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Motivo da internação	Referido pelo entrevistado	Aberta	Categórica nominal
Variáveis relacionadas a autopercepção de saúde			
Autopercepção da saúde	Referida pelo entrevistado	Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim	Categórica ordinal
Fraqueza ou fadiga	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Variáveis relacionadas ao acesso a reabilitação			
Plano de saúde privado	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Dificuldades em acessar serviços de saúde	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Motivo da dificuldade	Referida pelo entrevistado	Falta transporte Não tem companhia Falta recurso financeiro Barreiras arquitetônicas Serviço ruim Outro	Categórica nominal
Tratamento de reabilitação	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal

Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo (Continuação).

Variável	Mensuração	Definição	Tipo de variável
Variáveis relacionadas ao acesso a reabilitação			
Se não, motivo	Referida pelo entrevistado	Não sentiu necessidade Não foi encaminhado Falta de acompanhante Falta transporte Não conseguiu vaga Outro	Categórica nominal
Terapias que frequentou	Referida pelo entrevistado	Fisioterapia Fonoaudiologia Psicoterapia Terapia ocupacional Atividades em grupo Outros	Categórica nominal
Local da reabilitação	Referida pelo entrevistado	Aberta	Categórica nominal
Tempo que esperou para começar a reabilitação	Referida pelo entrevistado	Menos de 3 meses após o AVC 4 a 11 meses após o AVC Após 1 ano após o AVC	Categórica ordinal
Frequencia da reabilitação na semana	Referida pelo entrevistado	Uma Duas Três ou mais vezes	Categórica ordinal
Meio de transporte para chegar a reabilitação	Referida pelo entrevistado	Carro próprio Transporte coletivo Transporte especial da saúde Outros	Categórica nominal
Duração do tratamento	Referida pelo entrevistado	1 a 6 meses 1 ano Mais de 1 anos Ainda em tratamento	Categórica nominal
Recebeu alta da reabilitação	Referida pelo entrevistado	Sim não	Categórica nominal
Motivo que o fez desistir do tratamento.	Referida pelo entrevistado	Falta de recurso financeiro Falta de transporte Falta de acompanhante Muito distante Outros	Categórica nominal
Orientado quanto a exercícios domiciliares	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Pratica orientações	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Casa adaptada	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal

Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo (Continuação).

Variável	Mensuração	Definição	Tipo
Variáveis relacionadas ao acesso a reabilitação			
Adaptação que realizou	Referida pelo entrevistado	Barras Rampa Mudança na disposição de móveis Adaptações no banheiro Outras	Categórica nominal
Adaptação orientada por profissional	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Equipamento auxiliar para atividades de vida diária	Referida pelo entrevistado	Muleta Bengala Cadeira de banho Órteses Cadeira de rodas Corrimão	Categórica nominal
Obteve o equipamento	Referida pelo entrevistado	Serviço público Precisou comprar ou recebeu doação	Categórica nominal
Variáveis relacionadas a mobilidade, atividade física.			
Saiu do espaço interno da casa no último mês	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Saiu de casa no último mês	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Quantas vezes saiu de casa na última semana	Referida pelo entrevistado	Nenhuma Uma ou duas vezes Três vezes Todos os dias	Categórica ordinal
Motivos para sair de casa	Referida pelo entrevistado	Consultas médicas e terapia Tarefas como ir ao mercado Visitar parentes e amigos Outros	Categórica nominal
Grupo de convivência	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Praticou alguma atividade física no último mês	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Quantas vezes saiu de casa na última semana	Referida pelo entrevistado	Nenhuma Uma ou duas vezes Três vezes Todos os dias	Categórica ordinal

Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo (Continuação).

Variável	Mensuração	Definição	Tipo de variável
Variáveis relacionadas a mobilidade, atividade física.			
Motivos para sair de casa	Referida pelo entrevistado	Consultas médicas e terapia Tarefas como ir ao mercado Visitar parentes e amigos Outros	Categórica nominal
Grupo de convivência	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Praticou alguma atividade física no último mês	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Tipo de atividade realizada	Referida pelo entrevistado	Aberta	Categórica nominal
Atividade orientada por profissional	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Dias da última semana que praticou atividade física	Referida pelo entrevistado	Número em dias	Quantitativa discreta
Dias da última semana que caminhou pelo menos 10 minutos	Referida pelo entrevistado	Número em dias	Quantitativa discreta
Variáveis relacionadas a suporte social			
Cuidador	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Cuidador principal	Referida pelo entrevistado	Cônjuge/ companheiro Filho(a)/Enteado(a) Irmã (os) Genro/ nora Outros familiares e amigos Pessoa contratada	Categórica nominal
Cuidador participou de grupo ou palestras para cuidadores	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Local do grupo ou palestra	Referida pelo entrevistado	Aberta	Categórica nominal
Outro cuidador	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal

Quadro 3 - Variáveis independentes do estudo (Conclusão).

Variável	Mensuração	Definição	Tipo
Variáveis relacionadas a suporte social			
Cuidador secundário	Referida pelo entrevistado	Cônjuge/ companheiro Filho(a)/Enteado(a) Irmã (os) Genro/ nora Outros familiares e amigos Pessoa contratada	Categórica nominal
Variáveis relacionadas a percepção do ambiente construído			
Condições de acesso a rua são barreiras	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Existência de Calçadas no bairro	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Calçadas boas	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Sinalização das vias suficientes	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Existência de escada para entrar em casa	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal
Existência de corrimão ou barras auxiliares no trajeto	Referida pelo entrevistado	Sim Não	Categórica nominal

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os questionários foram identificados e armazenados em arquivos, um para cada região de saúde. As informações dos questionários foram codificadas e armazenadas em um banco de dados criado no *Software Excel for Windows*. Após o término da coleta, todos os dados foram transportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19, programa estatístico onde, inicialmente, ocorreu a checagem manual da consistência dos dados, para verificar possíveis erros de digitação e corrigir as informações.

Posteriormente foi empregada a estatística descritiva, com intuito de obter o perfil da amostra, por meio de cálculo da média e desvio padrão para as variáveis numéricas e tabela de frequência absoluta e relativa (%) para as variáveis categóricas. Algumas variáveis categorizadas, inclusive o desfecho principal, foram recodificadas em dicotômicas. Na análise bivariadas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, considerando estatisticamente significativo valores de $p \leq 0,05$ ao relacionar as variáveis independentes com o desfecho.

Para a análise múltipla foi escolhido o modelo de regressão de Poisson com variância robusta, por ser uma alternativa viável em estudos de corte transversal com desfecho binário de alta prevalência (BARROS; HIRAKATA, 2003). Os resultados foram expressos por meio da razão de prevalência e a análise foi construída de acordo com cinco blocos de variáveis independentes: condições sociodemográficas; condições e autopercepção de saúde; acesso a reabilitação; mobilidade, atividade física e percepção do ambiente. Somente foram incluídas no modelo as variáveis com nível de significância $\leq 0,20$ e foram ajustadas pelas outras variáveis do bloco (RP ajustada) (VICTORIA et al., 1997).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil sob o número CAAE - 14435213.6.0000.5065 e, após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) (ANEXO D) foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória (ANEXO E). A Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS), órgão da SEMUS, acompanhou o trabalho de campo (ANEXO F).

O esclarecimento sobre a pesquisa foi realizado em linguagem simples, enfatizando a liberdade na participação, o sigilo e a não interferência no tratamento ofertado pela Unidade Básica de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C) e ficaram com uma via do documento. No caso em que o idoso estivesse impossibilitado de assinar o termo, o seu cuidador principal ou familiar responsável assinava o termo de consentimento.

5 RESULTADOS

Participaram do presente estudo 230 idosos, 120 do sexo masculino (52,1%) e 110 do sexo feminino (47,8%). A idade variou de 60 a 98 anos (média=75,8; dp=9,2), sendo que na faixa etária de 60-69 encontravam-se 26% dos entrevistados, entre os 70-79 estavam 37% e acima de 80 encontravam-se 37% dos idosos entrevistados. Entre os participantes, predominou aqueles com 1 a 4 anos de estudo (44,7%), que afirmaram residir sem companheiro (51,0%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (40,3%). Quando questionados sobre a cor da pele 44,5% dos idosos relataram cor branca e 35,8% parda. As variáveis sociodemográficas estão descritas na Tabela 1 e 2.

Dos que relataram residir com companheiro a maioria era do sexo masculino (76,7%), apenas 23,6% das mulheres entrevistadas declararam morar com companheiro no momento da entrevista. Como planejado na amostragem por cotas a unidade básica de saúde de Jardim da Penha concentrou o maior número de entrevistados (17,39%), seguido pela UBS Santa Luiza (9,57%) e Centro (8,26%).

Tabela 1 – Análise descritiva da variável idade dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória-ES, 2013/2014.

Variável	Estatísticas	
Idade	Total Válido	230
	Sem Informação	0
	Média	75,81
	Mediana	75,00
	Desvio Padrão	9,12
	Mínimo	60
	Máximo	98

Tabela 2 – Distribuição das variáveis sócio demográfica e econômica dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória – ES, 2013/2014.

Variáveis	Categorias	N	%
Sexo	Masculino	120	52,1
	Feminino	110	47,8
Idade	60-69	60	26
	70-79	85	37
	Mais de 80	85	37
Cor da pele	Branco	102	44,5
	Pardo	82	35,8
	Preto	44	19,2
	Outra	1	0,4
	Sem Informação	1	0,4
Escolaridade	Sem escolaridade	48	21,0
	1 a 4 anos	102	44,7
	5 a 8 anos	27	11,8
	9 a 11 anos	33	14,4
	mais de 12	18	7,8
	Sem Informação	2	
Renda familiar	Até 1 salário	52	23,3
	1 a 3	90	40,3
	3 a 5	49	21,9
	5 a 10	22	9,87
	10 ou mais	10	4,48
	Sem Informação	7	
Reside com companheiro	Não	117	51,0
	Sim	112	48,9
	Sem Informação	1	

Nota: valor salário mínimo/ano 2013: R\$ 678,00

5.1 CONDIÇÃO DE SAÚDE

A Tabela 3 exibe as freqüências das doenças crônicas autorreferidas. A hipertensão arterial foi a condição mais citada pelos idosos (91,7%), seguido do diabetes (36,0%). Os menores percentuais foram encontrados para artrose ou artrite (26,0%), doença cardíaca (12,6%) e câncer (2,1%). A tabela traz ainda a freqüência dos agravos que ocorreram após o AVC, sendo a queda e a dor articular os que predominaram entre os entrevistados (57,3%) e (56,5%) respectivamente. O

questionário se limitou a seis tipos de agravos e apenas 9,13% dos idosos relataram não apresentar nenhum dos questionados.

Grande parte dos idosos (53,9%) relatou a ocorrência do primeiro AVC há mais de cinco anos contados a partir da data da entrevista. Somente 18,7% dos entrevistados estavam no curso dos primeiros doze meses após o evento agudo, sendo a média de aproximadamente 7 anos (M=83,6 meses). Quanto a recorrência do AVC, 43,9% dos entrevistados relataram ter tido mais de um episódio do AVC.

Tabela 3 – Característica da amostra de idosos após AVC segundo morbidade autoreferida, Município de Vitória - ES, 2013/2014.

Variáveis		N	%
Morbidade autoreferida	Hipertensão	211	91,7
	Diabetes	83	36,0
	Doença pulmonar	14	6,0
	Artrose ou artrite	60	26,0
	Doença cardíaca	29	12,6
	Câncer	5	2,1
Recorrência do AVC	Sim	101	43,9
	Não	129	56,0
Agravos após o AVC	Queda	132	57,3
	Pneumonia	38	16,5
	Depressão	75	32,6
	úlceras na pele	40	17,3
	Infecções Urinárias	80	34,7
	Dor articular	130	56,5
	Nenhuma respostas	21	9,1

A forma de locomoção dos participantes está apresentada na Tabela 4, na qual é possível observar que apenas 28,2% dos participantes possuem marcha independente, enquanto 26,9% apresentam incapacidade absoluta para deambular. Para andar a maioria necessita de ajuda de um ponto de apoio, como bengala ou similar (32,1%) e aproximadamente um quarto da amostra (25,4%) depende da cadeira de rodas para locomoção.

Ao serem questionados quanto as *dificuldades ou fraquezas que surgiram depois do AVC*, a maioria apontou dificuldades para movimentar as pernas (84,3%), seguido

de movimentar os braços (74,7%), dificuldade com a memória (51,3%), para falar (48,7%), controlar a urina (48,7%), mastigar e engolir (34,3%), dificuldades com a visão (29,1%) e continência fecal (22,1%). Sobre internação no último ano, a maioria respondeu não (63,0%). Dos que necessitaram de internação, os principais motivos foram o primeiro AVC (34,1%), seguido pela recorrência do AVC (16,4%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Característica da amostra de idosos após AVC segundo condições de saúde, Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis	N	%	
Locomoção	Anda independente	65	28,2
	Anda em casa, mas na vizinhança tem necessidade de supervisão	53	23,0
	Anda apenas em ambiente fechado ou em casa.	50	21,7
	Incapacidade de deambulação.	62	26,9
Auxiliar de locomoção	Não precisa	68	29,5
	Necessita de um ponto de apoio, tipo bengala .	72	31,3
	Necessita de dois ou mais pontos de apoio, tipo andador	27	11,7
	Depende de cadeira de rodas	57	24,7
Após AVC teve dificuldade para	Movimentar os braços	172	74,7
	Movimentar as pernas	194	84,3
	Mastigar e engolir .	79	34,3
	Falar	112	48,7
	Com a memória	118	51,3
	Com a visão	67	29,1
	Controle da urina	112	48,7
Controle fecal	51	22,1	

A maioria dos respondentes foram idosos acompanhados de um informante auxiliar (42,6%) e, para aqueles capazes de responder, foram realizadas três perguntas de auto percepção, reunidas na Tabela 5. Para a pergunta “De um modo geral, como o sr(a) define a sua saúde?”, pouco mais da metade (54,5%) relatou que era boa ou muito boa. Para a pergunta “Quanto as sequelas ou complicações após o AVC interferem em suas atividades diárias?”, 48,9% dos respondentes afirmaram que interfere muito. E sobre sentir cansaço ao fazer algum esforço como, por exemplo, andar ou levantar, a maioria relatou que sim (56,7%).

Tabela 5 – Característica da amostra de idosos após AVC segundo autopercepção de saúde, queda e internação, Município de Vitória - ES, 2013/2014.

Variáveis		N	%
Entrevistado	Somente o idoso	87	37,8
	Somente o cuidador	45	19,5
	Idoso mais o cuidador	98	42,6
Autopercepção de saúde	Muito Bom	16	8,6
	Bom	85	45,9
	Regular	54	29,1
	Ruim	18	9,7
	Muito Ruim	12	6,4
	Sem Informação	45	
Autopercepção de quanto as sequelas após o AVC interferem nas atividades diárias	Muito	90	48,9
	Pouco	65	34,9
	Nada	30	16,1
	Sem Informação	45	
Fadiga	Sim	105	56,7
	Não	80	43,2
	Sem Informação	45	
Queda no último ano	Nenhuma	150	65,2
	Uma vez	37	16,0
	Duas vezes ou mais	43	18,7
Internação no último ano	Sim	85	36,9
Motivo internação	Primeiro AVC	29	34,1
	Recorrência AVC	14	16,4
	Infecção urinária	9	10,5
	Pneumonia	9	10,5
	Outros	24	28,2

5.2 ACESSO A REABILITAÇÃO

A Tabela 6 apresenta dados sobre acesso aos serviços de saúde em geral, enquanto a tabela 7 descreve os dados específicos do acesso a reabilitação. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o único plano de saúde para a maioria dos entrevistados (60,8%), que também não tem impedimentos para utilizar os serviços de saúde (59,5%). Dos que declaram alguma dificuldade, 65,7% apontou o deslocamento e a locomoção como a principal barreira no acesso aos serviços de saúde.

Tabela 6 - Característica da amostra de idosos após AVC referente a acesso aos serviços de saúde, Município de Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis		N	%
Plano de saúde privado	Sim	90	39,1
	Não	140	60,8
Dificuldade para utilizar serviços de saúde	Sim	93	40,4
	Não	137	59,5
Motivo da dificuldade	Não tem companhia	11	7,5
	Serviço é ruim	17	11,6
	Dificuldades com locomoção e transporte	96	65,7
	Outros	22	15,0

A maioria dos entrevistados (71,3%) acessou a reabilitação por causa do AVC ou suas complicações. O motivo mais apontado como responsável por não ter realizado o tratamento de reabilitação foi a falta de encaminhamento por parte da equipe de saúde (12,1%). Dentre as terapias de reabilitação, a fisioterapia foi a mais frequentada pelos idosos (95,1%), as sessões de reabilitação aconteceram em média duas vezes na semana, durante um período inferior a seis meses (47,5%). A espera pela reabilitação foi menor do que 3 meses para 65,8% dos entrevistados.

Tabela 7 - Característica da amostra de idosos após AVC referente a acesso a reabilitação, Município de Vitória-ES 2013/2014 (continua).

Variáveis		N	%
Tratamento de reabilitação	Sim	164	71,3
	Não	66	28,7
Motivo de não fazer reabilitação	Não sentiu necessidade	18	7,8
	Não foi encaminhado	28	12,1
	Falta de acompanhante e ou transporte	17	7,3
	Não conseguiu vaga	7	3,0
	Outro motivo	12	5,2
Terapias que freqüentou	Fisioterapia	156	95,1
	Fonoaudiologia	45	27,4
	Psicoterapia	20	12,2
	Terapia ocupacional	33	20,1
	Outros	17	10,3
Local da reabilitação	Serviço estadual	27	16,4
	Serviço Municipal	46	28,0
	Privado	48	29,2
	Plano de saúde	24	14,5
	Universidades	17	10,3
	Outros	2	1,2
Tempo que esperou para começar a reabilitação	Menos de 3 meses	108	65,8
	4 a 11 meses	26	15,8
	Após 1 ano	30	18,2
Frequencia da reabilitação na semana	Uma	39	23,7
	Duas	81	49,3
	Três ou mais	44	26,8
Duração do tratamento	1 a 6 meses	78	47,5
	1 ano	17	10,3
	Mais de 1 ano	25	15,2
	Em tratamento	44	26,8
Meio de transporte para chegar a reabilitação	Carro próprio	44	26,9
	Transporte coletivo	19	11,6
	Transporte especial da saúde, Mão na Roda, etc..	38	23,3
	Outros	62	38,0
	Sem Informação	1	

Tabela 7- Característica da amostra de idosos após AVC referente a acesso a reabilitação, Município de Vitória-ES 2013/2014 (Continuação).

Variáveis		N	%
Alta da reabilitação	Sim	60	36,5
	Não	54	32,9
	Ainda em tratamento	50	30,4
Motivo de desistir do tratamento antes da alta	Falta de recurso financeiro	10	18,5
	Falta de transporte ou acompanhante	14	25,9
	Era muito longe	4	7,41
Acessou a reabilitação mais de uma vez	Sim	65	39,6
	Não	99	60,3
Local da segunda reabilitação	Plano de Saúde	3	4,9
	Universidades	12	19,6
	Serviço estadual	5	8,2
	Serviço municipal	18	29,5
	Particular	23	37,7
	Outro	4	
Recebeu orientações de exercícios para casa	Sim	125	76,2
	Não	35	21,3
	Não lembra	4	2,44
Pratica orientações recebidas	Sim	63	38,4
	Não	33	20,1
	As vezes	29	17,6
	Não se Aplica	39	23,7

Nota: Mão na Roda é um serviço do governo do estado do Espírito Santo exclusivo para cadeirantes, atendendo os deslocamentos intermunicipais metropolitano (ESPÍRITO SANTO, 2014).

O acesso à reabilitação aconteceu em diferentes esferas da prestação de serviço. O atendimento particular e os serviços ofertados pelo município foram as principais opções responsáveis, respectivamente, por 29,2% e 28,0% da reabilitação dos entrevistados. Quando questionados sobre alta, 32,9% assumiu não ter completado o tratamento, interrompendo a terapia antes da liberação do profissional. Já ao serem indagados sobre um possível segundo tratamento, pouco mais de um terço (39,6%) afirmou que acessou a reabilitação mais de uma vez e desses, boa parte (37,7%) optou novamente pelo atendimento particular seguido pelos serviços municipais (29,5%). Durante os tratamentos a maioria (76,2%) afirma ter recebido orientações para casa como exercícios e alongamentos, e desses, a metade (50,4%) pratica as orientações que recebeu.

As frequências das variáveis referentes a adaptações e equipamentos estão descritas na tabela 8. Mais da metade dos entrevistados (59,1%) afirmou não ter realizado nenhum tipo de adaptação ou modificação na estrutura física do domicílio após o AVC. Dentre as adaptações realizadas, as modificações no banheiro como altura do vaso foram as mais comuns (45,7%) e na maioria das vezes (81,5%) aconteceu sem orientação de um profissional de saúde ou ergonomia. Quanto a utilizar algum aparelho ou equipamento de apoio para as atividades de vida diária, quase a metade dos idosos relatou utilizar cadeira de rodas (49,6%) e cadeira de banho (49,6%). Dos que utilizavam algum equipamento, a maioria o obteve pagando, ou outra pessoa próxima pagou ou doou (84,4%).

Tabela 8 – Característica da amostra de idosos após AVC referente às adaptações físicas no domicílio e equipamentos auxiliares, Município de Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis		N	%
Casa foi adaptada	Sim	94	40,8
	Não	136	59,1
Qual adaptação realizou	Barras	41	43,6
	Rampas	12	12,7
	Mudança dos móveis	29	30,8
	Adaptações banheiro	43	45,7
	Outros	11	11,7
Adaptação foi orientada por profissional	Sim	17	18,0
	Não	75	79,7
	Sem Informação	2	2,1
Equipamento auxiliar para as atividades de vida diária	Andador	15	10,4
	Muleta	28	19,5
	Bengala	33	23,0
	Cadeira de banho	71	49,6
	Órteses	5	3,5
	Cadeira de rodas	71	49,6
	Corrimão	10	6,9
Obteve o equipamento	Serviço público	22	15,3
	Pagou por ele	119	83,2
	Sem Informação	2	1,4

5.3 MOBILIDADE, ATIVIDADE FÍSICA E SUPORTE SOCIAL

A maioria dos indivíduos esteve durante o último mês em algum lugar do lado de fora da sua casa, como quintal ou terraço (83,4%), entretanto, mais de um terço (39,5%) não saiu do ambiente da casa nenhum dia na última semana. Sair de casa ocorre principalmente para ir até as consultas médicas e terapias (93,4%). Sair para fazer tarefas como ir ao mercado e ao banco é rotina para pouco menos de um quarto dos idosos (23%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Característica da amostra de idosos após AVC referente a mobilidade, Município de Vitória-ES 2013/2014.

Variáveis	Categorias	N	%
Saiu do espaço interno da casa no último mês	Sim	192	83,4
	Não	38	16,5
Saiu de casa (espaço interno e externo) no último mês	Sim	163	70,8
	Não	67	29,1
Quantas vezes saiu de casa na última semana	Nenhuma	91	39,5
	Uma ou duas vezes	62	26,9
	Três vezes por semana	37	16,0
	Todos os dias	40	17,3
Motivos para sair de casa	Nenhum	7	3,0
	Consultas médicas	215	93,4
	Igreja	72	31,3
	Tarefas como mercado	53	23,0
	Fazer visitas	72	31,3
	Outros	63	27,3
Grupo de convivência	Sim	26	11,3
	Não	204	88,7

Na Tabela 10 é possível visualizar que a maioria dos idosos não praticou atividade física no último mês (84,3%), dos indivíduos que praticaram, a maioria escolheu a caminhada (37,1%), orientada por profissional (58,3%) e realizada em média quatro vezes por semana. Mais da metade dos idosos (53,5%) afirma não ter caminhado nem por 10 minutos na última semana e pouco menos de um quarto (23,9%)

caminha todos os dias, pelo menos 10 minutos como forma de locomoção lazer ou exercício.

Tabela 10 – Característica da amostra de idosos após AVC referente atividade física, Município de Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis		N	%
Praticou alguma atividade física no último mês	Sim	36	15,5
	Não	194	84,3
Tipo de atividade realizada	Caminhada	13	5,6
	Ginástica/Pilates	7	3,0
	Alongamentos	6	2,6
	Hidroginástica	4	1,7
	Caminhada e Ginástica	3	1,3
	Caminhada e Alongamentos	2	0,8
	Sem Informação	1	0,4
Atividade orientada por profissional	Sim	21	58,3
	Não	15	41,6
Dias da última semana que praticou atividade física	0 a 1	6	16,6
	2 a 3	12	33,3
	4 a 5	7	19,4
	6 a 7	11	30,5
Dias da última semana que caminhou pelo menos 10 minutos	Nenhum dia	123	53,5
	1 a 2 vezes	22	9,6
	3 a 5 vezes	30	12,0
	Todos os dia	55	23,9

Quanto ao suporte social recebido 76,0% dos entrevistados relataram ter cuidador, sendo a maioria filhos (37,1%), seguida pelos cônjuges (33,1%). Grande parte dos cuidadores (91,4%) nunca recebeu apoio de grupos ou palestras sobre o ato de cuidar ou sobre ser cuidador. Mais da metade dos entrevistados (54,7%) relatou receber ajuda de outras pessoas, além da oferecida pelo cuidador principal, em média são 2,5 pessoas para cada idoso entre familiares, amigos e pessoas contratadas (Tabela 11).

Tabela 11 – Característica da amostra de idosos após AVC referente ao suporte social recebido, Município de Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis		N	%
Cuidador	Sim	175	76,0
	Não	55	23,9
Cuidador principal	Cônjuge/ companheiro (a)	58	33,1
	Filho(a)/Enteado(a)	65	37,1
	Irmã (os)	7	4,0
	Genro/ nora	6	3,4
	Outros familiares e amigos	5	2,8
	Pessoa contratada	34	19,4
Cuidador principal participou de grupo de apoio ou palestras para cuidadores	Sim	15	8,5
	Não	160	91,4
Local do grupo ou palestra	Hospitais	3	20,0
	Faculdades	5	33,3
	Igreja e Instituição filantrópica	2	13,3
	Unidade de saúde	1	6,6
	Outros	4	26,6
Ajuda além do cuidador principal	Sim	126	54,7
	Não	104	45,2
Cuidador secundário	Cônjuge/ companheiro(a)	8	6,3
	Filho(a)/Enteado(a)	88	69,8
	Neto(s)	19	15,0
	Irmã(os)	6	4,7
	Genro/ Nora	13	10,3
	Outros familiares e amigos	19	15,0
	Pessoa Contratada	7	5,5

5.4 PERCEPÇÃO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO

A distribuição da amostra segundo as variáveis de percepção do ambiente construído no entorno podem ser observadas na Tabela 12, ressaltando-se as condições de acesso da casa para rua e da própria rua como barreiras para 58,8% dos entrevistados. Boa parte afirma que existe calçadas nas ruas do bairro (69,8%), entretanto as calçadas são mal cuidadas para 64,6% desta população. No que se refere a sinalização, como faixas ou passarelas que auxiliem na travessia, 55,2% acha insuficiente. A casa do participante possuía escada em 54,7% dos casos, sem presença de corrimão ou barras auxiliares no trajeto (70,4%).

Tabela 12 – Análise descritiva das variáveis referente a percepção do Ambiente Construído dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis		N	%
Condições de acesso a rua são barreiras para sair de casa	Sim	134	58,2
	Não	96	41,7
Existência de Calçadas nas ruas do bairro	Sim	160	69,5
	Não	69	30,0
	Sem Informação	1	0,43
Qualidade das calçadas	Boas	81	35,2
	Ruins	148	64,3
	Sem Informação	1	0,43
Existência de escada para entrar em casa	Sim	126	54,7
	Não	103	44,7
Existência de corrimão ou barras auxiliares no trajeto	Sim	68	29,5
	Não	162	70,4

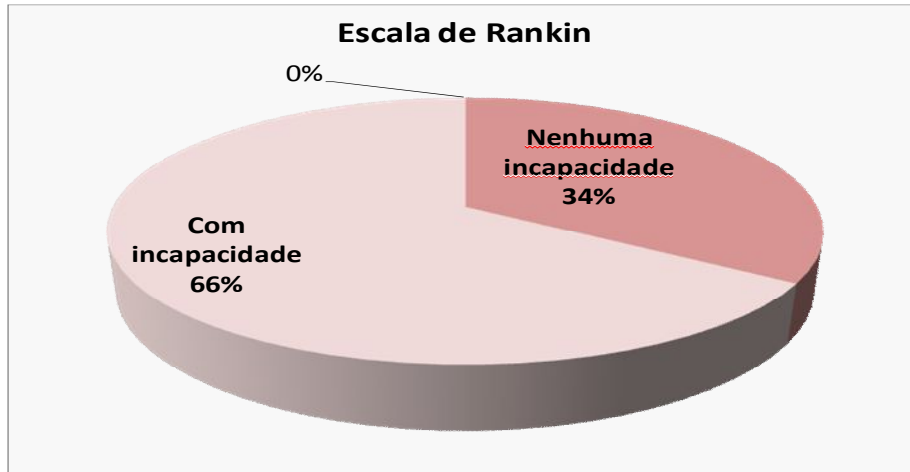
5.5 CAPACIDADE FUNCIONAL

Dos 230 participantes, 152 (66%) foram classificados com incapacidade pela Escala de Rankin modificada ($mRS \geq 3$). A tabela 13 e o gráfico 1 exibem a prevalência da incapacidade funcional da amostra de acordo com a Escala de Rankin modificada.

Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo o grau de Incapacidade da Escala de Rankin modificada. Vitória, ES, 2014.

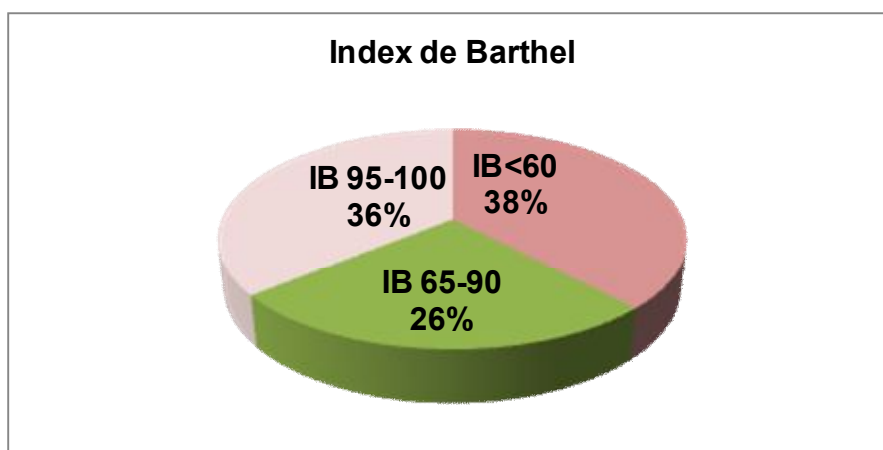
Grau	Classificação Escala de Rankin	N	%
0 e 1	Nenhuma incapacidade significativa	37	16,1
2	Leve incapacidade	41	17,8
3	Incapacidade Moderada	67	29,1
4	Incapacidade moderadamente severa	36	15,7
5	Deficiência grave	49	21,3

Gráfico 1 – Prevalência da incapacidade funcional dos idosos após o AVC de acordo com a Escala de Rankin modificada, Vitória-ES, 2013/2014.



Analisando o Gráfico 2 é possível notar que pouco mais de um terço dos idosos (38%) apresenta dependência severa (IB<60). O restante da amostra se divide em 26% com dependência moderada (IB 65-90) e 36% independente para realizar as atividades básicas de vida diária (IB 95-100).

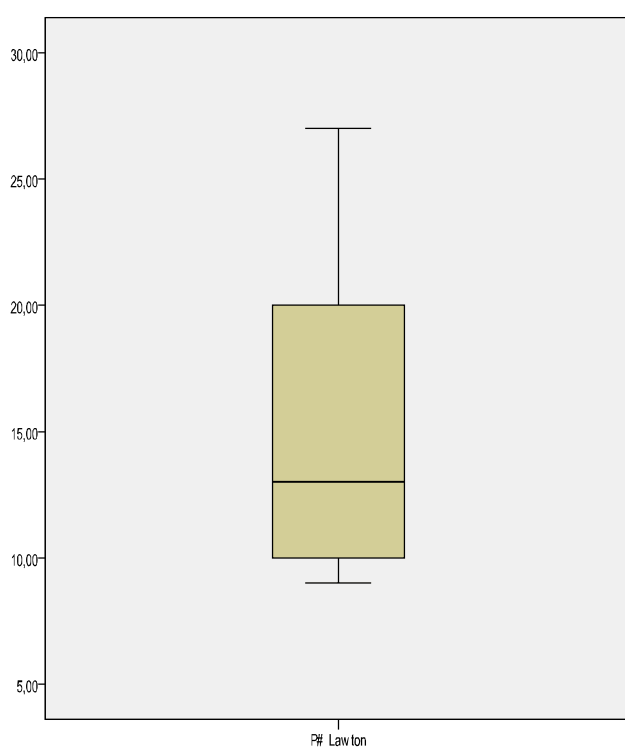
Gráfico 2 - Prevalência da incapacidade funcional dos idosos após o AVC de acordo com o Index de Barthel, Vitória-ES, 2013/2014.



Os resultados das atividades instrumentais podem ser observadas no gráfico Box Plot abaixo (Gráfico 3). Esse tipo de gráfico foi escolhido já que os dados da Escala

de Lawton foram assimétricos à direita (ou positiva), com valor da média de 15,28 maior que a mediana 13. O desvio padrão encontrado foi de 5,93. Os valores desta escala estão na faixa de 9 a 27, com percentil 25% de valor 10, percentil 75% de valor 20, sem outliers, nem valores extremos. Somente 11% dos idosos foram classificados como independentes para as atividades instrumentais de vida diária, alcançando, assim, os valores 26 ou 27.

Gráfico 3 – Resultado da avaliação da Escala de Lawton dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória-ES, 2013/2014.



5.6 INCAPACIDADE E FATORES ASSOCIADOS

As associações entre incapacidade e as variáveis sócio demográficas e econômicas podem ser visualizadas na Tabela 14. Nota-se que a incapacidade é mais prevalente no sexo feminino (52%), em não brancos (54,3%), naqueles com 80 anos ou mais de idade (44,7%), com baixa ou nenhuma escolaridade (70%), com renda familiar entre 1 a 3 salários (42,9%) e nos que residem sem companheiro (55,9%). No entanto a análise revelou que houve significância estatística apenas nas variáveis idade, escolaridade e residir com companheiro. Foi estabelecido como ponto de corte para o resultado da incapacidade $mRS \geq 3$.

Tabela 14 – Distribuição das variáveis sócio, demográficas e econômicas segundo a presença ou não da incapacidade nos idosos após AVC, Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis	Categorias	Com incapacidade n=152	%	Sem incapacidade n=78	%	p valor
Sexo	Masculino	73	48,0%	47	60,3%	0,07 a
	Feminino	79	52,0%	31	39,7%	
Idade	60-69	34	22,4%	26	33,3%	0,003 a
	70-79	50	32,9%	35	44,9%	
	Mais de 80	68	44,7%	17	21,8%	
Cor da pele	Branco	69	45,7%	33	42,3%	0,62 a
	Não branco	82	54,3%	45	58,7%	
Escolaridade	Sem escolaridade	40	26,7%	8	10,3%	0,01 a
	1 a 4 anos	66	44,0%	36	46,2%	
	5 a 8 anos	16	10,7%	11	14,1%	
	9 a 11 anos	21	14,0%	12	15,4%	
	mais de 12	7	4,7%	11	14,1%	
Renda familiar	Até 1 salário	34	23,1%	18	23,7%	0,18 b
	1 a 3	63	42,9%	27	35,5%	
	3 a 5	33	22,4%	16	21,1%	
	5 a 10	14	9,5%	8	10,5%	
	10 ou mais	3	2,0%	7	9,2%	
Conjuge	Não	85	55,9%	33	42,3%	0,05 a
	Sim	67	44,1%	45	57,7%	

Notas: a: teste Qui-quadrado de Pearson; b: Razão de verossimilhança.

A Tabela 15 apresenta a associação bivariada entre incapacidade e as variáveis relacionadas às condições de saúde dos entrevistados. Na análise estatística foram consideradas significativas as variáveis: recorrência do AVC, internação no último ano e número de dificuldades autorreferida. Dentre os classificados com incapacidade 48,6% relatou ter tido mais de um episódio do AVC, 41,4% passou por internação no último ano e 86,1% sente dificuldade em mais de três funções do corpo.

Tabela 15 – Distribuição das variáveis de condições de saúde segundo a presença ou não da incapacidade nos idosos após o AVC, Vitória – ES, 2013/2014.

Variáveis	Categorias	Com incapacidade n=152	%	Sem incapacidade n=78	%	p *
Número de condições autorreferida	Mais de 2	46	30,3	17	21,8	0,17
	Até 2	106	69,7	61	78,2	
Número de dificuldades autorreferidas	6 ou mais	41	27,0	6	6,5	0,0001
	3 a 5	90	59,2	42	53,8	
	Até 2	21	13,8	31	39,7	
Recorrência do AVC	Sim	74	48,6	27	34,7	0,04
	Não	78	51,4	51	65,3	
Internação no último ano	Sim	63	41,4	22	28,2	0,05
	Não	89	58,6	56	71,8	
Quedas	Sim	87	57,2	45	57,6	0,94
	Não	65	42,8	33	42,4	
Depressão	Sim	53	34,9%	21	26,9%	0,22
	Não	99	65,1%	57	73,1%	
Dor	Sim	92	60,5%	38	48,7%	0,08
	Não	60	39,5%	40	51,3%	
Autopercepção da saúde	Boa	53	49,0%	48	62,3%	0,07
	Ruim	55	51,0%	29	37,7%	

A associação entre as variáveis de acesso aos serviços de saúde e a incapacidade estão descritas na Tabela 16, foram testadas: ter plano de saúde, relatar dificuldade

no acesso aos serviços de saúde e ter acessado a reabilitação, entretanto nenhuma foi estatisticamente significativa quando associadas a incapacidade.

Tabela 16 - Distribuição das variáveis referente a acesso à reabilitação segundo a presença ou não da incapacidade nos idosos após AVC, Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis		Com incapacidade n=152	%	Sem incapacidade n=78	%	p *
Plano de saúde privado	Sim	62	40,8	28	35,8	0,47
	Não	90	59,2	50	64,2	
Dificuldade para utilizar serviços de saúde	Sim	66	43,4	27	34,6	0,19
	Não	86	56,5	51	65,4	
Reabilitação	Sim	114	75	50	64,1	0,08
	Não	38	25	28	35,9	

Nota * teste Qui-Quadrado de Pearson

No que se refere as variáveis de mobilidade e atividade física existe associação estatisticamente significativa entre estar independente e realizar atividade física, sair de casa três vezes ou mais na semana, sair para visitar familiares e amigos e participar de grupos de convivência. Quanto a percepção do ambiente construído, a maioria dos entrevistados com incapacidade (68,4%) acha que as condições de acesso da rua dificultam sair de casa e percebem como insuficiente o número de faixas e sinalização nas vias do bairro (60,3%), sendo essas variáveis significativas na análise apresentada na Tabela 17.

As variáveis que apresentaram na análise bivariada um nível de significância $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo de Poisson e ajustadas pelas variáveis do bloco e estão apresentadas na Tabelas 18. As variáveis que continuaram associadas a incapacidade, mesmo após ajuste com as outras variáveis do bloco, foram no bloco 1: ter 80 anos ou mais e ser analfabeto; no bloco 2: perceber mais de 3 limitações em funções do corpo, bloco 4: praticar atividade física, sair de casa diariamente e visitar parentes e amigos. E finalmente no bloco 5: perceber as condições da rua como barreiras e achar suficiente a sinalização das ruas. O bloco 3 não teve nenhuma das variáveis estatisticamente associadas.

Tabela 17 – Distribuição das variáveis de mobilidade, atividade física e percepção do ambiente segundo a presença ou não da incapacidade nos idosos após AVC, Município de Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis		Sem incapacidade n= 78	%	Com incapacidade n= 152	%	p *
Praticou alguma atividade física no último mês	Sim	29	37,2	7	4,6	0,001
	Não	49	62,8	145	95,4	
Quantas vezes saiu de casa na última semana	Nenhuma	8	10,3	83	27,6	0,001
	1 ou 2 vezes	20	25,6	42	11,8	
	3 vezes	19	24,4	18	5,9	
	Todos os dias	31	39,7	9		
Visita parentes e amigos	Sim	50	64,1	24	15,8	0,001
	Não	28	35,9	128	84,2	
Participa de grupo de convivência	Sim	14	17,9	12	7,9	0,02
	Não	64	82,1	140	92,1	
Condições físicas da rua dificultam sair	Sim	30		104	68,4	0,001
	Não	48	38,5	48	31,6	
Morros, ladeiras na proximidade da casa	Sim	31	40,3	70	46,1	0,40
	Não	46	59,7	82	53,9	
Calçadas na maioria das ruas do bairro	Sim	54	69,2	106	70,2	0,88
	Não	24	30,8	45	29,8	
Qualidade das calçadas	Sim	26	33,3	55	36,4	0,64
	Não	52	66,7	96	63,6	
Sinalização é suficiente	Sim	43	55,1	60	39,7	0,02
	Não	35	44,9	91	60,3	
Entrada da casa tem	Escada	42	53,8	84	55,6	0,79
	Tudo rampa ou plano	36	46,2	67	44,4	

Nota: * Qui-Quadrado de Pearson

Tabela 18 – Análise do modelo de Regressão múltipla de Poisson bruta e ajustada para incapacidade dos idosos após AVC, cadastrados pela ESF do Município de Vitória - ES, 2013/2014 (Continua).

Variáveis	%	RP bruta (IC 95%)	P	RP ajustada (IC 95%)	p
Bloco 1: Variáveis socioeconômico e demográficas					
Sexo					
Feminino		1	0,68	1	0,33
Masculino		1,18 (0,98-1,42)		1,17 (0,96-1,41)	
Cor					
Não branca		1	0,63	1	0,69
Branca		1,04 (0,87-1,26)		1,03 (0,85-1,25)	
Faixa etária					
60-69 anos	26,1	1	<0,001	1	0,02
70-79 anos	37	1,03 (0,78-1,37)		1,04 (0,77-1,39)	
80 anos ou mais	26,1	1,42 (1,10-1,80)		1,42 (1,10-1,82)	
Renda familiar					
Até 01 salário	23,3	1	0,051	1	0,50
1-3 salários	40,4	0,45 (0,17-1,20)		1,06 (0,83-1,35)	
3-5 salários	22	0,93 (0,67-1,41)		1,30 (0,78-1,36)	
5-10 salários	9,9	1,03 (0,78-1,36)		0,94 (0,64-1,39)	
Mais de 10 salários	4,5	1,07 (0,84-1,36)		0,45 (0,17-1,20)	
Escolaridade					
Mais de 12 anos	7,9	1	0,01	1	0,01
9 a 11 anos	14,8	1,63 (0,86 – 3,08)		0,79 (0,65-0,92)	
5 a 8 anos	11,8	1,53 (0,78 – 2,94)		0,71 (0,51-1,08)	
1 a 4 anos	44,4	1,66 (0,91- 3,08)		0,71 (0,57-1,02)	
Sem escolaridade	21,1	2,143 (1,18- 3,87)		0,42 (0,22-0,82)	
Cônjuge					
Não	51,3	1	0,05	1	0,06
Sim	48,7	0,83 (0,68-1,00)		0,83 (0,68-1,01)	

Tabela 18 - Análise do modelo de Regressão múltipla de Poisson bruta e ajustada para incapacidade dos idosos após AVC, cadastrados pela ESF do Município de Vitória - ES, 2013/2014 (Continuação).

Variáveis/categorias	%	RP bruta (IC 95%)	P	RP ajustada (IC 95%)	p
Bloco 2: variáveis referente a condição de saúde e autopercepção de saúde					
Número de condições autorreferidas					
0 a 2 comorbidades	72,6	1		1	0,14
Mais de 3	27,4	1,15 (0,95-1,39)	0,14	1,15 (0,95-1,39)	
Presença do diabetes					
Não	60,5	1		1	
Sim	39,5	1,15(0,96-1,38)	0,12	1,31(0,92-1,86)	0,13
Recorrências do AVC					
Não	63	1		1	
Sim	37	1,21 (1,00-1,45)	0,03	1,20 (1,00-1,44)	0,04
Depressão					
Não	68,3	1		1	
Sim	31,7	1,15 (0,97-1,43)	0,13	1,15 (0,95-1,38)	0,13
Presença de Dor					
Não	43,5	1		1	
Sim	56,5	1,17 (0,97-1,43)	0,90	1,17 (0,97-1,43)	0,90
Número de dificuldades em funções do corpo					
0 a 2 deficiências	13,8	1	0,004	1	0,004
3 a 5 deficiências	58,6	1,68 (1,18-2,38)		1,68 (1,18-2,38)	
6 ou mais deficiências	27,6	2,21 (1,58-3,18)	0,001	2,21 (1,56-3,12)	0,001
Internações no último ano					
Não	58,6	1		1	
Sim	41,4	1,20 (1,00-1,44)	0,04	1,20 (1,00-1,44)	0,04
Autopercepção de saúde					
Boa	54,5	1		1	
Ruim	45,4	1,24(0,98-1,58)	0,07	1,24(0,98-1,58)	0,07
Bloco 3 : Variáveis referente a acesso aos Serviços de Saúde					
Dificuldade em acessar os serviços de saúde					
Não	59,6	1		1	0,16
Sim	40,4	1,13 (0,94-1,35)	0,18	1,14 (0,94-1,37)	
Reabilitação					
Não	71,6	1	0,09	1	0,08
Sim	28,4	1,22 (0,96-1,54)		1,23 (0,97-1,56)	

Tabela 18 - Análise do modelo de Regressão múltipla de Poisson bruta e ajustada para incapacidade dos idosos após AVC, cadastrados pela ESF do Município de Vitória - ES, 2013/2014 (Conclusão).

Variável	%	RP bruta (IC 95%)	P	RP ajustada (IC 95%)	p
Bloco 4: Variáveis referente a mobilidade e atividade física					
Atividade Física					
Não	95,5	1		1	
Sim	4,6	0,26(0,13-0,50)	0,000	0,26(0,13-0,50)	0,0001
Sair de casa na última semana					
Nenhuma vez	54,6	1		1	
1 a 2 vezes	27,6	0,74 (0,61- 0,89)	0,001	0,74 (0,61-0,89)	0,001
3 vezes na semana	11,8	0,53 (0,38-0,74)	<0,001	0,53 (0,38-0,74)	0,001
Todos os dias	5,9	0,24 (0,13-0,44)	<0,001	0,24 (0,13-0,44)	0,001
Saiu para visitar familiares e amigos					
Não	84,2	1		1	
Sim	15,8	0,39(0,28-0,55)	0,0001	0,39(0,28 a 0,55)	0,0001
Participa de Grupo de convivência					
Não	92,1	1	0,06	1	0,06
Sim	7,9	0,67(0,43-1,02)		0,67 (0,43-1,02)	
Bloco 5: Percepção do ambiente construído					
Condições físicas da rua dificultam sair					
Não	41,7	1	< 0,001	1	
Sim	58,3	1,55 (1,24-1,93)		1,58 (1,26-1,98)	<0,001
Sinalização é suficiente					
Não	55	1		1	
Sim	45	0,87 (0,66-0,98)	0,03	0,80 (0,66-0,98)	0,03
Presença de Escada					
Não	44,8	1		1	
Sim	55,2	1,02 (0,85-1,24)	0,76	1,03 (0,85-1,24)	0,75

6 DISCUSSÃO

Seguindo a tendência de trabalhos que avaliam a população após o AVC (CAROTD ARTAL et al., 2009; QUINTAS et al., 2012; HONG et al., 2010) o presente estudo teve um leve predomínio do sexo masculino. A maior parte dos idosos tinha 70 anos ou mais de idade. A literatura reconhece a idade como um dos principais fatores de risco na prevalência e incidência do AVC (LEWEIS et al., 2001), para cada 10 anos após os 55 anos de idade, a taxa do acidente vascular cerebral mais do que dobra em homens e mulheres (RODGERS et al., 2004; ROTHWELL et al., 2005).

Entre os participantes, predominou aqueles com baixa (44,7%) ou sem escolaridade (21%). Achado semelhante foi encontrado no estudo de Alves, Leite e Machado (2010), que utilizando os dados de 2003 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, revelaram que 37,8% dos idosos estavam analfabetos e 37,2% tinham até 4 anos de estudo. Arruda (2013) ao pesquisar idosos de um ambulatório filantrópico de Vitória encontrou 28,3% de analfabetos.

O analfabetismo é um fenômeno antigo na sociedade brasileira, vindo desde os tempos coloniais. Enquanto países como Argentina e Chile apresentam apenas taxas residuais de analfabetismo, no Brasil aproximadamente 11% da população de 15 anos ou mais de idade é analfabeta e destes 37% são pessoas de 60 anos ou mais (BATISTELLA, 2007). A prevalência do analfabetismo na população idosa brasileira deve ser levada em conta no desenvolvimento e na abordagem de ações de saúde pública direcionadas a esse segmento.

Madureira (2008) em um estudo realizado no município de Vitória apresentou que 59,2% dos idosos cadastrados nas Unidade de Saúde eram brancos, 20,7% eram pardos e 11,6% negros. No presente estudo a distribuição por raça manteve a predominância branca (44,5%), mas com aumento na prevalência de pardos (35,8%) e negros (19,2%). Estudos norte-americanos demonstraram que a mortalidade assim como a incidência do AVC é maior na população afrodescendente (COOPER, 1993; GILLUM, 1999; HOWARD; HOWARD, 2001; KISELA et al., 2004). Contribuem para esse quadro a influência da raça na incidência de doenças como hipertensão e diabetes.

Condições socioeconômicas mais baixas, diferenças regionais e de contexto também têm sido propostas como outros possíveis fatores associados a maior prevalência do AVC na população afrodescendente (GILES et al., 1995; ROSAMOND et al., 1999; HOWARD et al., 2007; TASSONE; WALLER; CASPER, 2009). No Brasil, existe um consenso acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, entre elas estão as de evolução agravada pela hipertensão arterial e pelo diabetes. Reconhecer as iniquidades que atingem a população negra é passo fundamental para avançar em ações centradas na redução das disparidades, garantindo a promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2007b).

Os dados de renda familiar foram similares com outros estudos conduzidos em idosos, 40,3% dos entrevistados declararam possuir renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 23% até 1 salário e 21,7% de 3 a 5. No estudo que utilizou dados da PNAD (2003) 37,5% tinham entre 1 a 3 salários, 13% até um salário e 20,7% 3 a 5. Barbosa et al. (2014) ao avaliar idosos cadastrados na ESF da cidade de Montes Claros - MG revelaram que 51% dos entrevistados recebiam menos de 1 salário mínimo.

Pobres de todas as idades têm um risco aumentado para doenças e os idosos estão mais vulneráveis. O baixo nível de renda restringe e dificulta o acesso a alimentos saudáveis, moradia adequada, cuidados de saúde, entre outros. Portanto países em desenvolvimento como o Brasil, que apresentam uma grande parte da população em situação de pobreza, devem estar comprometidos em reduzir as desigualdades sociais, promovendo políticas para aumentar a renda e garantir a proteção social necessária para um envelhecimento ativo (OMS, 2005).

Com relação à situação conjugal pouco mais da metade (51%) dos idosos afirmaram residir sem companheiro, resultado que difere de Alves, Leite e Machado (2010), em que 87% dos idosos moravam com companheiro. Vale ressaltar que o menor número de casados nessa amostra pode ser influenciado pela alta média de idade da população avaliada.

Dentre as doenças crônicas autorreferidas pela população estudada, a hipertensão arterial foi a condição mais citada (91,7%), seguido do diabetes (36%), das artrose

(26%) e doenças cardíacas (12,6%). A Hipertensão arterial é a mais frequente das DANT's em todo o mundo e um dos principais fatores de risco do AVC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Romero e Wolf (2013) em uma revisão sobre o legado do estudo de Framingham relataram que mesmo após décadas de publicação permanece verdadeira a relação entre hipertensão arterial e o Acidente Vascular Cerebral.

Um inquérito populacional realizado na cidade de São Paulo também trouxe a “pressão alta” como a doença crônica de maior prevalência nos idosos (53,3%), seguida pelas artroses (31,7%), problemas cardíacos (19,5%) e em quarto lugar o diabetes (17,9%) (LEBRÃO; DUARTE, 2003). A prevalência mais alta do diabetes na população deste estudo pode ser explicada pelo risco aumentado para o acidente vascular cerebral entre pessoas com Diabetes Mellitus (DM). Em uma meta-análise envolvendo quase 700.000 pacientes, o DM mais que dobrou o risco de Acidente Vascular Cerebral isquêmico mesmo após ajuste para outros fatores de risco (EMERGING RISK FACTORS COLLABORATION; et al., 2010; BORNSTEIN et al., 2014).

Mais da metade dos idosos entrevistados (57%) sofreram pelo menos um episódio de queda após o AVC e 34% relataram uma ou mais quedas no último ano. O Ministério da Saúde aponta que no Brasil cerca de 30% das pessoas idosas caem ao menos uma vez ao ano, taxa que aumenta para 40% entre os idosos com 80 anos ou mais (BRASIL, 2007). Boa parte das quedas acontece no ambiente da casa e poderiam ser evitadas com medidas simples, no entanto a percepção de que são “acidentes” resulta em uma falta de atenção dos serviços de saúde e da própria comunidade (OMS,2005).

A dor articular foi o segundo agravo que predominou nos entrevistados (56%). Um estudo longitudinal (KUPTNIRATSAIKUL et al., 2013) realizado na Tailândia - *Prospective Multicenter Study of Thai Stroke Rehabilitation* - acompanhou pessoas durante o primeiro ano após o AVC e concluiu que a dor musculoesquelética é a principal queixa entre os sobreviventes (50,7%). A dor específica na articulação do ombro é um problema que pode interferir na qualidade do sono, causar depressão e

interferir nas atividades de vida diária em sobreviventes do AVC (KALICHMAN; RATMANSKY, 2011).

A população estudada tinha em média 7 anos de sobrevivência após o primeiro AVC e 43,9% relataram mais de um episódio. O Perth Community Stroke Study, estudo longitudinal que acompanhou por dez anos australianos sobreviventes ao AVC estimou o risco cumulativo para sua recorrência em 43%(IC 95%,34 a 51), sendo esse risco maior nos primeiros seis meses que seguem o primeiro AVC (HARDIE et al., 2004). Cerniauskaite et al., 2012, ao avaliarem uma população de adultos italianos demonstraram que 21% sofreram mais de um AVC, no entanto essa amostra era mais nova (média de 57 anos) e tinham em média 5 anos após o último AVC.

Tratando-se da avaliação subjetiva que os entrevistados fizeram de sua saúde, é possível observar que a presença do AVC parece não influenciar, tanto que pouco mais da metade relatou que a saúde era boa ou muito boa (54,5%), resultado parecido com o de Lebrão e Duarte (2003) que avaliaram idosos sem nenhum agravo específico e encontraram que menos da metade dos idosos (46,2%) relataram ter saúde boa ou muito boa. Estudo que se baseou em dados da PNAD (2003) revelou que 42,6% dos idosos entrevistados assumiram ter saúde boa ou muito boa (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

Grande parte dos idosos (60,8%) depende do Sistema Único de Saúde e 59,5% relatam não ter impedimentos para utilizar os serviços de saúde em geral. Entre os que apresentaram alguma dificuldade, 65,7% apontam o deslocamento e a locomoção como a principal barreira no acesso aos serviços de saúde.

Acrescenta-se o fato de que as calçadas são ruins para maioria dos entrevistados (64,6%), resultado parecido com o de outros centros urbanos, como Cidade do México, Rio de Janeiro, Moscou e Porto Rico onde os pedestres são obrigados a dividir as calçadas com camelôs ou carros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Um estudo brasileiro de base populacional relatou que cerca de 70% dos idosos entrevistados consideraram a qualidade das calçadas como regulares ou ruins (GIEHL et al., 2012).

6.1 PREVALÊNCIA DA INCAPACIDADE FUNCIONAL

A prevalência da incapacidade funcional na população pesquisada foi de 66% ($mRS \geq 3$), resultado parecido com o de um estudo multicêntrico, conduzido em adultos paquistaneses, onde 64% daqueles que sobreviveram ao AVC apresentaram pobre resultado funcional ($mRS \geq 3$) (KHEALANI et al., 2014). No entanto diferente de Kwatra et al. (2013) que ao investigarem os custos com o AVC na população indiana apresentaram que 44% dos sujeitos estavam com mau resultado no mRS ($mrs \geq 3$).

A prevalência da incapacidade em torno de 40% parece ser o resultado mais comum, o que é possível observar nos estudos de Martins, Ribeiro e Garrett (2006) e Carot - Artal et al. (2009) que classificaram como dependentes, respectivamente, 47% e 49% dos sobreviventes do AVC ($mRS \geq 3$). Appelros, Nydevik e Terent (2006) e Hong et al. (2010) consideraram, respectivamente, 37% e 35% dos avaliados com incapacidade ($mRS \geq 3$). Deve se destacar que esses estudos foram conduzidos na população geral após o AVC, sem delimitação de faixa etária, o que possivelmente contribuiu para uma prevalência menor.

Barbosa et al. (2014), avaliando idosos com a Escala de Katz e Lawton na ESF de Montes Claros- MG, encontraram 38% da amostra dependente para alguma ABVD ou AIVD e a presença do AVC aumentou a chance de estar dependente em 51 vezes ($OR=51,85$). Chandra et al. (2012) em um estudo que comparou os resultados da incapacidade em pessoas com 80 anos ou mais e com menos de 80 revelou que 74% dos mais longevos estavam com incapacidade após o AVC ($mRS \geq 3$).

Quanto aos resultados do Index de Barthel, 38% dos idosos apresentaram $IB < 60$ e foram classificados com incapacidade severa, enquanto 36% dos entrevistados estavam independentes para realizar as atividades básicas de vida diária por apresentaram $IB 95$ a 100 . O estudo brasileiro de Carot-Artal et al. (2009), mesmo realizado em uma população mais jovem, obteve um resultado similar com 32% dos sujeitos classificados com incapacidade severa ($barthel \leq 60$) e 34% independentes ($IB 95-100$). Uma coorte inglesa, com média de idade de 71 e avaliada três anos

após o AVC, estava com 34% dos seus membros independentes e 26% severamente incapacitados (PATEL et al., 2006).

Partindo do conceito de que incapacidade é a necessidade de assistência parcial ou total para realizar atividades de vida diária, a prevalência da incapacidade segundo as atividades instrumentais de vida diária foi ainda maior (89%). Somente 11% dos idosos estão independentes para as AIVDS, alcançando os valores máximos da escala de Lawton (26 ou 27). Um estudo conduzido em quatro cidades brasileiras utilizando o mesmo instrumento avaliou a população idosa institucionalizada e encontrou uma taxa de 81.2% de dependência nas AIVD (MATTOS et al., 2014).

A média obtida pela pontuação da escala de Lawton foi de 15,2 com desvio padrão de 5,9; na amostra de Carotod – Artal et al. (2009) o valor da media foi de 16,9 e o dp de 4,6. Estudo realizado em idosos acima de 75 anos em sete países da America Latina revelou que a incapacidade funcional para AIVD foi maior no Brasil (33,8%) seguido por Chile (30,3%), Argentina (27,6%) e Cuba (26,7%) (REYES-ORTIZ, 2006).

Uma possível explicação para a maior prevalência ser brasileira, está no próprio conceito social de envelhecer, que varia de acordo com regras e expectativas sociais e pode ser diferente dependendo das circunstâncias e da cultura em que se vive (BACELAR,1999). Exemplificando o idoso pode ser capaz de sair sozinho na rua, mas efetivamente não ir devido à insegurança causada pela violência urbana, entre outras causas (BRASIL, 2007). Nesse sentido, pode se concluir que a independência e a autonomia do idoso são influenciadas por diversos fatores, tanto intra quanto extra individual. A seguir serão abordados os fatores associados a perda da capacidade funcional na população estudada.

6.2 FATORES ASSOCIADOS A INCAPACIDADE

O modelo de regressão de Poisson com variância robusta destacou associação significativa com o desfecho em oito das vinte e três variáveis analisadas. A idade avançada e o analfabetismo tiveram associação positiva com a incapacidade, mesmo após ajuste com as outras variáveis do bloco I (socioeconômico e

demográfico). A prevalência da incapacidade aumenta com a idade (LOLLAR; CREWS, 2003). Estudos nacionais e internacionais ao investigarem a incapacidade em idosos, encontraram o avançar da idade associado às perdas funcionais (PARAHYBA; SIMÕES, 2006; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; DEL DUCA et al., 2009; BARBOSA et al., 2014; GURALNIK et al., 1993; GUPTA et al., 2014). Pesquisas que avaliaram sobreviventes do AVC também associaram a idade avançada com a incapacidade (KELLY-HAYES et al., 2003; HARDIE et al., 2004; LO et al., 2008; GALL et al., 2009, CAROTD-ARTAL et al., 2009).

A associação entre baixa escolaridade e incapacidade funcional também foi encontrada nos estudos de Alves, Leite e Machado, 2008 e Rosa et al., 2003, reforçando o conceito de que o baixo nível de escolaridade afeta negativamente as condições de saúde (NORONHA, ANDRADE, 2005; BATISTELLA, 2007; ELO IT; PRESTON, 1996). Nesse sentido, a baixa escolaridade do idoso brasileiro pode ser considerada um problema para a saúde pública nacional, que deve ter na redução do analfabetismo uma política pública prioritária, capaz de contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Após análise ajustada, perceber dificuldade em seis ou mais funções do corpo foi a única variável associada ao desfecho no Bloco II (condição de saúde). Resultado que sinaliza uma aproximação da autopercepção da incapacidade com a incapacidade mensurada por instrumentos.

Contrariando os estudos de Hankey et al. (2002); Hardie et al. (2004) e Gall et al. (2008) esta pesquisa não conseguiu apresentar uma associação significativa entre a recorrência do AVC e um pior resultado funcional. Também não foi encontrada associação significativa entre o número de condições crônicas e a incapacidade, em detrimento dos achados de Santos et al., 2007 e Marengoni et al., 2009, onde a probabilidade da incapacidade aumentou em função do número de morbidades.

Dentre as quatro variáveis avaliadas do bloco IV (mobilidade e atividade física), três estiveram inversamente associadas ao desfecho na análise ajustada: sair de casa diariamente, praticar atividade física e sair para visitar parentes e amigos. Aplicando a regressão logística, Rosa et al. (2003) revelaram que a chance do idoso estar dependente era seis vezes maior naqueles que responderam não sair de casa para

visitar parentes e amigos e quinze vezes maior nos sujeitos que não praticam atividade física.

Adotar estilos de vida saudável como praticar atividade física e ter participação ativa no cuidado da própria saúde pode prevenir o declínio funcional, aumentando a longevidade e a qualidade de vida. No entanto, adotar comportamentos saudáveis não é somente uma escolha individual, sofrendo influência do contexto e do ambiente em que se vive (OMS, 2005). Considerando a importância que o ambiente físico assume na mobilidade dos indivíduos, foi incluído na análise multivariada o bloco V, com variáveis de percepção do ambiente construído.

Após análise ajustada do bloco V duas variáveis estavam estatisticamente significativas e positivamente associadas a incapacidade: perceber a estrutura física da rua como barreira ao sair de casa e não achar suficiente a sinalização das ruas. Lien et al. (2014) avaliaram idosos residentes em Taiwan e encontraram que perceber barreiras físicas no ambiente estava associado com dependência tanto nas ABVD quanto nas AIVD. Dois estudos longitudinais conduzidos na população norte americana demonstraram que barreiras no ambiente, tais como condições ruins da rua e tráfego pesado aumentam o risco de perda funcional na população idosa (BALFOUR; KAPLAN, 2002; SCHOOTMAN et al., 2006).

À semelhança das demais pessoas, os idosos, as pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida devem movimentar-se livremente, participar das atividades sociais, políticas, culturais, esportivas, entre outras (NETO, 2002). Para isso é fundamental fomentar políticas de transporte público acessível, moradia e vizinhança segura, com áreas que incentivem a prática de atividade física. O padrão das construções deve considerar as necessidades de saúde e de mobilidade das pessoas. Pensando nisso a Organização Mundial de Saúde reuniu trinta e cinco cidades, de todos os continentes, em torno da temática da acessibilidade e formulou um guia sobre cidades favoráveis, para que idosos e comunidades possam usufruir dos recursos do envelhecimento (WHO, 2008).

6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A distribuição da amostra por cotas em vinte e dois territórios de saúde teve como objetivo cumprir com uma seleção de amostra heterogênea, o que pode ser considerado um diferencial deste estudo quando comparado a estudos similares conduzidos em centros de reabilitação e hospitais. Em contrapartida, conduzir o estudo na ESF dependeu da seleção realizada pelas equipes de saúde da família e a confirmação do AVC foi autoreferida pelo sujeito, tipo de seleção sujeita a suspeição diagnóstica e ao viés da informação.

Os estudos de delineamento transversal não são estratégias de investigação analítica e seus resultados não servem para estabelecer vínculos causais e são limitados quanto a identificação temporal dos fatos. Além disso, as diversas variáveis envolvidas na análise da incapacidade também dificultam associações mais robustas e caracterizam o viés de confusão. O questionário utilizado no estudo foi criado com a finalidade de alcançar os objetivos da pesquisa, entretanto não é validado, o que pode contribuir para o viés da informação

7 CONCLUSÃO

A pesquisa valorizou a avaliação funcional como instrumento de mensuração da capacidade funcional e alertou quanto a elevada prevalência da incapacidade na população idosa após o AVC. Resultado que pode contribuir para fomentar o discurso sobre a Assistência Domiciliar e a implantação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

O modelo de regressão de Poisson permitiu conhecer alguns fatores positivamente associados a incapacidade, como ter 80 anos ou mais, ser analfabeto, autoperceber limitações em funções do corpo e perceber barreiras físicas ao sair de casa. Já praticar atividade física, sair de casa diariamente e visitar parentes e amigos são comportamentos inversamente associados. Tais achados ajudam a identificar as características desses idosos e por conseqüência podem contribuir no delineamento de ações de monitoramento, intervenção e suporte aos idosos após o AVC.

8 REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1199-1207. 2008.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.3, p. 2-11, 2010.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and Stroke Statistics 2012 Update A Report From the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v.125, p. 2- 220, Dez. 2011.

APPELROS, P; NYDEVIK I; TERÉNT A. Living setting and utilisation of ADL assistance one year after a stroke with special reference to gender differences. **Disabil Rehabil**. v.15, n. 28(1), p. 43-49. Jan. 2006.

ARRUDA, D. C. J. **Adesão medicamentosa e fatores associados em idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo**. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

AZEREDO, Z; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. **Revista da faculdade de Medicina de Lisboa**, Portugal, v. 8, n.4, p.199-204. 2003.

BACELAR, R. Envelhecimento e produtividade: Processo de subjetivação. Recife: fundação Antônio dos Santos Abranches.1999.

BALFOUR, J. L; KAPLAN, G.A. Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County Study. **American Journal of Epidemiology**, United States, v.155, n.6, p. 507-515. 2002.

BARBOSA, B.R; ALMEIDA, J. M; BARBOSA, M.R; BARBOSA, L. A. R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados a incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p. 3317-3325. 2014.

BARON-EPEL, O.; KAPLAN, G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? **Soc Sci Med**, New York, v. 53, p.1373-1381, 2001.

BARROS, A. J.; HIRATAKA, V. N. Alternatives for logistical regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, London, v. 391, p.21, 2003.

BATISTELLA C. **Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira**. In Fonseca, A.F.F., Corbo, A.D (org). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ,2007.

BHATTACHARYA, J.; et al. Disability forecasts and future Medicare costs. **Front Health Policy Res.**, United States, v.7, p. 75-94, 2004.

BEVAN, S.; et al. Genetic heritability of ischemic stroke and the contribution of previously reported candidate gene and genomewide associations. **Stroke**, Dallas, v. 43, p. 3161-3167, Oct. 2012.

BORNSTEIN, N. M; MICHAEL, B; GUEKHT, A; SKOOG; KORCZYN, A. Diabetes and the brain: issues and unmet needs. **Neurol Sci**, Italy, v. 35, p. 995–1001, Apr. 2014.

BRASIL. Departamento da Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministerio da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria nº 2.528, de 8 de outubro de 2006**. Brasília, 2006.

_____. _____. Rotina do AVC hospitalar e pré hospitalar. Brasília, 2009.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa/Caderno da Atenção Básica nº19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Senado Federal. Dispõem sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Lei n. 10.741, 1º de outubro de 2003. **Estatuto do idoso e Legislação Correlata**, Espírito Santo, p. 39-60, 2011.

CASTRO, A. A; SACONATO, H.; GUIDUGLI, F.; CLARCK, O. A. C. **Curso de revisão sistemática e metanálise**. Disponível em: www.virtual.epm.br/cursos/metanalise. Acesso em: 20 mai. 2013.

CAROD-ARTAL, F. J; TRIZOTTO, D. S; CORAL L. F; MOREIRA, C. M. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. **J Neurol Sci.**, United States, v. 284, n.1, p. 63-68, May. 2009.

CERNIAUSKAITE, M.; et al. Quality-of-life and disability in patients with stroke. **Am J Phys Med Rehabil.**, United States, v. 91, n.2, p. 39-47, Fev. 2012.

CHANDRA, R. V; et al. Elderly Patients Are at Higher Risk for Poor Outcomes After Intra-Arterial Therapy. **Stroke**, Dallas, v.43, n,9, p. 2356-2361, Set. 2012.

CHONG, D. K. Mensurement of instrumentel activites of daily living in stroke. **Stroke**, Dallas, v. 26, p.1119-1122,1995.

COSS, P.; et al. Índice de independencia de paciente con Accidente Vascular Encefálico. **Rev Cubana Enferm**, Havana, v. 26, n.4, p. 206-221, Set. 2010.

COOPER, E. S. Cardiovascular diseases and stroke in African Americans: a call for action. **J Natl. Med. Assoc**, United States, v.85, n.2, p. 97-100, Fev. 1993.

COSTA, A. J. L. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD Brasil 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 927-940. 2006.

CRUZ, S. C. S. **Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família: o caso de Resistência, Vitória/ES**. 2007. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

DEL DUCA, G. F. **Incapacidade funcional em idosos: estudo de base populacional em uma cidade do sul do Brasil**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2008.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde. Pública**, São Paulo, v.43, n.5, p. 796-805. Set. 2009.

D'OLHABERRIAGUE, L.; LITVAN, I.; MITSIAS, P.; MANSBACH, H. H. A reappraisal of reliability and validity studies in stroke. **Stroke**, Dallas, v. 27, p. 2331–2336.1996.

ELO, I. T.; PRESTON, S. H. Educational differentials in mortality. **Soc Sci Med**, United States, v. 42, n.1, p.47-57, Jan. 1996.

EMERGING RISK FACTORS COLLABORATION; et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. **Lancet**, United States, v. 375, p. 2215–2222, Jun. 2010.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Gestão e Recursos Humanos. Disponível em: www.facaafacil.es.gov.br. Acesso em out de 2014.

FARINATI, P. T. V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arq Geriatr Geronto**, Rio de Janeiro, v.1, p 1-9, 1997.

FARREL, B.; GODWIN, J.; RICHARDS, S.; WORLOW, C. The United Kingdom transient ischaemic attack (UK-TIA) aspirin trial : final results. **J Neurol neurosurg Psychiatry**, v.54, p.1044-1054, 1991.

GADDI, A; CICERO, A. F. G; NASCETTI, S.; POLI, A.; INZITARI, D. Cerebrovascular disease in Italy and Europe: it is necessary to prevent a 'Pandemia'. **Gerontology**, Suíça, v.49, n.2, p. 69 - 79, 2003.

GALL, S. L; DEWEY, H. M; STURM, J. W; MACDONELL, R.A; THRIFT, A.G. Handicap 5 years after stroke in the North East Melbourne Stroke Incidence Study. **Cerebrovasc Dis.**, United States, v.27, n.2, p.123-30, 2009.

GILES, W. H; KITTNER, S.J; HEBEL, J.R; LOSONCZY, K.G; SHERWIN, R.W. Determinantes das diferenças entre negros e brancos no risco de infarto cerebral. O Estudo Nacional de Saúde e Nutrição Exame levantamento epidemiológico de acompanhamento. **Arch. Intern. Med**, United States of America, v.155, p.1319-1324,1995.

GILLUM, R.F. **Stroke mortality in blacks. Disturbing trends**. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/10436126>. Acessado em: 17 de agosto de 2014.

GILHL, M. W.; SCHNEIDER, I. J. C.; CORSEUIL, H. X.; BENEDETTI, T. R. B, D'ORSI, E. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.46, n.3, p. 516-25, 2012.

GRAF, C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. In: ANNALS OF LONG TERM CARE - Best Practices in Nursing Care to Older Adults From The Hartford Institute for Geriatric Nursing New York University, College of Nursing , 23, 2007, New York: University College of Nursing, 2007. p. 23.

GRANGER, C. V et al. Stroke Rehabilitation: Analysis of repeated Barthel Index Measures. **Arch Phys Med Rehabil**, United States, v. 60, n.10, p.14-7,1979.

GUPTA, P et al..Functional disability among elderly persons in a rural area of Haryana, **Indian Journal of Public Health**, India, v.58, n. 1, p.11-16, 2014.

GURALNIK, J. M; et al. Maintaining mobility in late life. Demographic characteristics and chronic conditions. **Am J Epidemiol**, United States, v.137, n.8, p. 845-857, Abr. 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Indicadores sociais municipais - Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico. 2010.

KALICHMAN, L; RATMANSKY, M. Underlying pathology and associated factors of hemiplegic shoulder pain. **American journal of physical medicine & rehabilitation/Association of Academic Physiatrists**, United States, v.90, n.9, p. 768–780, Set. 2011.

KELLY-HAYES, M.; et al. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. **J. Stroke. Cerebrovasc Dis**, United States, v.12, n.3, p.119-126, May. 2003.

KHEALANI, B. A.; et al. Ischemic Strokes in Pakistan: Observations from the National Acute Ischemic Stroke Database. **J.Stroke. Cerebrovasc. Dis**, United States, v.23, n.6, p.1640-1647, Jul. 2014.

KISSELA, B.; et al. Stroke in a biracial population: the excess burden of stroke among blacks. **Stroke**, Dallas, v.35, n.2, p. 426-431, Fev. 2004.

KITNER, S. J.; BRANCO, L. R.; LOSONCZY, K. G; WOLF, P. A; HEBEL, J. R. Black-White Differences in Stroke Incidence in a National Sample The Contribution of Hypertension and Diabetes Mellitus. **Journal of American Medical Association**, United States, v.264, n.10, p. 1267-1270, Set. 1990.

KUPTNIRATSAIKUL, V; KOVINDHA, A; SUETHANAPORNKUL, S; MANIMMANAKORN, N.; ARCHONGKA, Y. Long-term morbidities in stroke survivors: a prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation registry. **BMC Geriatr**, England, v.13, n.33, Apr, 2013.

HACKE, W.; and the DIAS Study Group. The desmoteplase in acute ischemic stroke trial (DIAS): a phase II MRI-based 9-hour window acute stroke trombolysis trial with intravenous desmoteplase. **Stroke**, Dallas, v.36, p.66-73, 2005.

HANKEY, G. J; JAMROZIK, K; BROADHURST, R.J; FORBES, S; ANDERSON, C.S. Long-term disability after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study, 1989-1990. **Stroke**, Dallas, v.33, n.4, p.1034-1040, 2002.

HARDIE, K; HANKEY G.J; JAMROZIK, K; BROADHURST, R.J; ANDERSON, C. Ten-year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. **Stroke**, Dallas, v.35, n.3, p. 731-735, 2004.

HONG, K.S.; et al. Years of optimum health lost due to complications after acute ischemic stroke: disability-adjusted life-years analysis. **Stroke**, Dallas, v.41, n.8, p.1758-1765, 2010.

HOWARD, G; HOWARD, V. J. Ethnic disparities in stroke: the scope of the problem. **Ethn Dis**, Atlanta, v.11, p. 761-768, 2001.

HOWARD, G.; et al. Regional differences in African Americans' high risk for stroke: the remarkable burden of stroke for Southern African Americans. **Ann Epidemiol**, New York, v.17, p. 689–696, 2007.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: o projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Disponível em:< http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf >. Acesso em 10 março 2013.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.17, p.135-140, 2007.

LEWIS, M. R.; CALLAS, P. W.; JENNY, N. S.; TRACY, R. P. Longitudinal stability of coagulation, fibrinolysis and inflammation factors in stored plasma samples. **Thromb Haemost**, v.86, p. 1495-1500, 2001.

LIEN, W.C.; et al. Relationship of perceived environmental barriers and disability in community-dwelling elderly in Taiwan – a population-based study. **BMC Geriatrics**, England, v.14, n.59, 2014.

LIMA-COSTA, M. F. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003 a.

LIMA-COSTA, M. F. F.; et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 745-757, Mai/Jun, 2003 b.

LIN, J. H; TSAI, A. Y; LO, S. K; CHANG, J. J.; HUANG, M. H. Predicting the grade of disability 1 year after stroke following rehabilitation. **Kaohsiung J Med Sci.**, China, v.21, n.5, p. 212-219, 2005.

LOLLAR, D.J.; CREWS, J. E. Redefining the role of public health in disability. **Annu. Rev. Public Health**, United States, v.24, p.195-208, Nov. 2003.

LO, R. S.; et al. Handicap and its determinants of change in stroke survivors: one-year follow-up study. **Stroke**, Dallas, v.39, n.1, p. 148-153, 2008.

MADUREIRA, R. M. S. **Perfil sócio demográfico e acesso ao sistema de saúde de idosos no município de Vitória: estudo populacional**. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

MAHONEY, F.; BARTHEL, D. Functional evaluation: the Barthel Index. **Md Med j**, United States, v.14, p. 61-65, 1965.

MALAVASI, L. M.; DUARTE, M. F. S.; REIS, R. S. Escala de Mobilidade ativa no Ambiente Comunitário - NEWS Brasil, retradução e reprodutibilidade. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Brasil, v.9, n.4, p.339-350, 2007.

MARENGONI, A.; STRAUSS, E.; RIZZUTO, D.; WINBLAD, B.; FRATIGLIONI, L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. **J Intern Med**, England, v.265, n.2, p.288-295, Fev. 2009.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. Disability and quality of life of stroke survivors: evaluation nine months after discharge. **Rev Neurol**, London, v.42, n.11, p. 655-9, 2006.

MARTINS, E. F.; SOUSA, P. H.; BARBOSA, P. H.; MENEZES, L.T, COSTA, A.S. A. Brazilian experience to describe functioning and disability profiles provided by combined use of ICD and ICF in chronic stroke patients at home-care. **Disabil Rehabil**, England, v.33, n.21-22, p. 2064-2074, 2011.

MATTOS, I. E.; et al. **Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study**. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/47>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MILLER, E.L.; et al. Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Stroke**, Dallas, v.41, p. 2402-244, set. 2010.

MINELLI, C.; FEN, L.F.; MINELLI, D.P.C. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brazil: a population-based prospective study. **J Am Heart Assoc**, England, v.38, p. 2906-2911, 2007.

MINOSSO, J. S. M; AMENDOLA, F; ALVARENGA, M. R. M; OLIVEIRA, M. A. C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v.23, n.2, p. 218-223, Apr. 2010.

MORONE, G.; MASIERO, S.; WERNER, C.; PAOLUCCI, S. Advances in Neuromotor Stroke Rehabilitation. **Biomed Res Int**, United States, v. 2014, p 1-2, Jun. 2014. MURAYAMA, H; YOSHIE, S; SUGAWARA, I; WAKUI, T; ARAMI, R. Contextual effect of neighborhood environment on homebound elderly in japanese community. **Archives of gerontology and geriatrics**, Holanda, v.54, n.1, p. 67-71, Jan. 2012.

NORONHA, K.V.; ANDRADE, M.V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Rev Panam Salud Publica**. V.17, n.5/6, p. 410-8, 2005.

PATEL, M. D.; et al. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. **Age Aging**, England, v.35, n.3, p. 273-279, 2006.

PELL, C.; et al. Assessing mobility in older adults: the UAB Study of Aging Life-Space Assessment. **Phys Ther**. v 85 (10): 1008-119,2005.

PETREA, R. E.; et al. Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. **Stroke**, Dallas, v.40, n.4, p. 1032-1037, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília (DF), Organização Mundial da Saúde, p.7-33, 2003 a.

_____. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. Coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, p.13-32, 2003 b.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/versoes.htm>. Acesso em: 01 set. 2013

Organização Pan-Americana da Saúde. **As redes de atenção a saúde**. Brasília: 2011.

PEREIRA, A. B. C. N. G.; et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, Set. 2009.

PARAHYBA, M. I; VERAS, R. P; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Publica**, São Paulo, v.39, n.3, p. 381-91, 2005.

PARAYBA, M. I; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 967-974, out-dez. 2006.

PONTES, R. J. S.; et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO R.A. **Epidemiologia**. 2ª ed.São Paulo: Atheneu, 2009. p.123-140.

QUINN, T. J; DAWSON, J; WALTERS, M.R; LEES, K. R. Reliability of the Modified Rankin Scale: A Systematic Review. **Stroke**, Dallas, v. 40, n.10, p. 3393-3395, Out. 2009.

QUINTAS R.; et al . Describing functioning, disability, and health with the International Classification of Functioning, Disability, and Health Brief Core Set for Stroke. **Am J Phys Med Rehabil.**, United States, v.91, n.2, p. 14-21, Fev. 2012.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-798, 2003.

REYES-ORTIZ, C. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v.42, n.1, p.21-23, 2006.

RODGERS, H.; et al. Risk factors for firstever stroke in older people in the north east of England: a population-based study. **J Am Heart Assoc**, England, v.35, p.7–11, 2004.

ROMERO, J.R.; WOLF, P. A. Epidemiology of Stroke: Legacy of the Framingham Heart Study. **Glob. Heart**, England, v.8, n.1, p. 67-75, 2013.

ROSA, T. E.; BENICIO, M. H.; LATORRE, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

ROSAMOND, W. D.; et al. Stroke incidence and survival among middle-aged adults: 9-year follow-up of the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) cohort. **Stroke**, Dallas, v.30, n.4, p. 736-43, Abr. 1999.

ROTHWELL, P. M.; et al. Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mor-tality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study). **Lancet**, United State, v.366, n.9499, p. 1773–1783, Nov. 2005.

SANTOS, K. A; KOSZUOSKI, R; DIAS-DA-COSTA, J. S.; PATTUSSI, M. P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 2781-2788, Nov. 2007.

SAPONISK, G.; DEL BRUTTO, O. H. Stroke in South America: a systematic review of incidence, prevalence and stroke subtypes. **J Am Heart Assoc**, England, v. 34, n.9, p. 2103-8, Set. 2003.

SCHOOTMAN, M.; et al. **Neighborhood Conditions and Risk of Incident Lower-Body Functional Limitations among Middle-aged African Americans**. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16421245>> Acesso em : 20 de ago. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol, Brasil, v.95, n.1, p. 1-51, 2010.

SULTER, G.; STEEN, C.; DE KEYSER, J. Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials. **Stroke**, Dallas, v.30, n.8, p.1538 -1541, Ago. 1999.

STEFANO, F.; FABIO, M; ALESSANDRA, M.; MARCO, L.; MARTA, O. B. World Health Organization Disability Assessment Schedule II: Contribution to the Italian validation. **Disabil Rehabil**, England, v.31, n.7, p. 553-564, 2009.

TASSONE, C. E.; WALLER, L. A.; CASPER, M. A. Small-area racial disparity in stroke mortality: an application of Bayesian spatial hierarchical modeling. **Epidemiology**, United States, v.20, n.4, p. 234–241, Jul. 2009.

UYTTENBOOGAART, M.; STEWART, R. E; VROOMEN, P. C. A. J; DE KEYSER, J.; LUIJCKX, G. J. Optimizing cutoff scores for the Barthel Index and the Modified Rankin Scale for defining Outcome in Acute Stroke Trials. **Stroke**, Dallas, v.36, n.9, p.1984-1987, Set. 2005.

VAN SWIETEN, J. C; KOUDSTAAL, P. J; VISSER, M. C; SCHOUTEN, H. J. A.; VAN, G.I. J. N. J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. **Stroke**, Dallas, v.19, n.5, p. 604 –607, Mai. 1988.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional do Brasil: mudanças demograficas e desafios epidemiológicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.6, p. 476-88, Dez. 1991.

VERGARA, I.; et al . Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v.10, p. 130, Out. 2012.

VICTORIA, C. G.; HUTLY, S. R; FUCHS, S. C; OLINTO, M. T. A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. In **J Epidemiol**, England, v. 26, n.1, p. 224-7, Fev.1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2011**. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>. Acesso em: 12 jul. 2012.

_____. **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso**. Disponível em: <www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2014.

WIDAR, M.; AHLSTRÖM, G. Disability after a stroke and the influence of long-term pain on everyday life. **Scand Journal Caring Sci**, v.16, n.3, p. 302-310.2002.

ZIVIN, J.A. Abordagem das doenças cerebrovasculares. In: Goldman, L.; Ausiello, D. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 22º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p.2667-2670.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: Gestão 2010/2013**. Vitória, 2010.

_____. Prefeitura municipal. Vitória em Dados. **Censo Demográfico**. Disponível em: < <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/geograficos.asp>>. Acesso em: 20 mar.2013 a.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Gerencia de Atenção a Saúde. **Protocolo de acesso do Centro de Referência de Atendimento ao Idoso**. Vitória, 2013 b.

_____. Prefeitura municipal. Secretaria de Saúde. Gerencia de Atenção a Saúde. Coordenação de especialidades. Vitória, 2014 a.

_____. Prefeitura municipal. Vitória em dados. **Indicadores**. Disponível em: <www.legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/idsus1.asp>. Acesso em 20 mar. 2014 b.

YUASO, D. R; SGUIZZATTO, G.T. Fisioterapia em Pacientes Idosos. In: PAPALETTO, M. **Gereontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 331-346.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA

Adaptado de Castro e Guidugli, 2002.

Informação dos estudos incluídos:

Título:

Data publicação:

Referências:

MÉTODOS

Pergunta da pesquisa:

Objetivo:

Tipo de estudo:

Instrumento utilizado para aferir os desfechos:

Local do estudo:

Representatividade da amostra:

Cálculo do poder estatístico:

PARTICIPANTES

Idade:

Sexo:

Critérios de inclusão:

Critérios de exclusão:

Critério de diagnóstico:

Número de participantes:

DESFECHOS

RESULTADOS

APÊNDICE B – MANUAL PARA COLETA DE DADOS

Material: caneta, prancheta e material para impressão datiloscópica.

O esclarecimento da pesquisa é a etapa inicial e deve seguir os seguintes passos por todos os pesquisadores envolvidos:

a) buscar o momento, a condição e local mais adequados para que o esclarecimento seja efetuado, considerando, para isso, as peculiaridades do convidado a participar da pesquisa e sua privacidade.

B) prestar informações em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa; podendo substituir a palavra AVC ou acidente vascular cerebral por “Derrame”.

c) conceder o tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa possa refletir, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

d) Superada a etapa inicial de esclarecimento, o pesquisador deverá apresentar, ao convidado para participar da pesquisa, ou a seu representante legal, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que seja lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido.

e) O Termo elaborado em duas vias devem ser assinadas pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável ou auxiliares.

f) Nos casos em que os convidados sejam pessoas com transtorno ou doença mental ou em situação de diminuição em sua capacidade de decisão, deverão ser cumpridas as etapas do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais, preservado o direito de informação deste no limite de sua capacidade.

Antes de iniciar o questionário assegurar mais uma vez ao entrevistado que a entrevista é completamente livre e confidencial e caso haja alguma pergunta que não deseje responder, não terá problema é só seguir para próxima pergunta.

O instrumento: Questionário Global do Idoso

Esse questionário pode ser respondido de três formas: pelo próprio idoso, pelo idoso junto com um informante auxiliar e caso o idoso não tenha capacidade de responder um informante substituto poderá ser convidado a responder, desde que seja um cuidador familiar ou resida com o idoso. No momento da avaliação é permitido trocar a sigla AVC pela palavra Derrame.

Esse questionário foi dividida em sete secções. Sendo a secção I reservada para identificação do entrevistado. Na secção II condições autorreferidas, o pesquisador deve ler todas as opções para o entrevistado, que poderá na pergunta 1, 3, 6 e 7 assinalar mais de uma opção. Na pergunta 2 : Há quanto tempo sofreu o AVC? Colocar exatamente o que o paciente refere, mesmo que seja um número quebrado como 2 anos e meio.

Na secção III autopercepção de saúde só realizar quando for possível o próprio idoso responder. Caso o idoso não seja capaz de responder passar para próxima secção. A quinta secção é constituída por perguntas sobre acesso a reabilitação. Na pergunta 4 é importante que o entrevistador pergunte qual o primeiro local onde o idoso fez a reabilitação. As perguntas seguintes (5 a 10) serão sobre essa primeira experiência na reabilitação. Na pergunta 6 ficar atento, pois são duas perguntas : o idoso deve responder se fez cada uma das terapias descritas e quanto tempo esperou por elas. Caso o idoso diga alguma terapia não descrita assinale X na opção outro e escreva ao lado a informação. As perguntas 13 a 15 não estão condicionadas a serviço de reabilitação, logo devem ser feitas mesmo àqueles que eventualmente não acessaram a reabilitação.

A sexta secção atividade física autorreferida: colocar o número de dias que praticou aquela atividade na última semana. Na secção suporte social, o cuidador principal deve ser entendido por aquela pessoa que passa a maior parte do tempo com o

idoso, o ajudando nas atividades do dia a dia. Na pergunta 20 colocar a relação de parentesco ou proximidade dos outros cuidadores. Ex: irmão, vizinho e sobrinho.

A última secção é sobre espaço de vida e percepção do ambiente construído.

Os instrumentos para avaliação funcional utilizados serão o Barthel, mRS e o Lawton. Para cada questão do Lawton a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou faz com ajuda e a terceira dependência. As questões 4 e 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como 4(subir escadas) e 7(cuidar do jardim). Após a aplicação do Barthel e Lawton o entrevistador escolhe o escore da escala de Rankin em que está o idoso e encerra a entrevista.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO

Data da entrevista: Hora de início: Hora do término:

Entrevistado: () somente o idoso () idoso mais informante auxiliar () somente informante substituto

I - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-BIOGRÁFICA

Nome:

Sexo:

Idade:

Cor da pele: () branca () parda () preta () outra

Escolaridade: () sem escolaridade () 1 a 4 anos de estudo () 5 a 8 anos de estudo () 9 a 11 () mais de 12

Renda familiar mensal: () até 1 salário mínimo () entre 1 a 3 salários () de 3 a 5 salários () 5 a 10 () 10 ou mais

Mora com companheiro: () sim () não

II – CONDIÇÕES AUTOREFERIDAS

1- Alguma vez um médico já disse que o Sr (a) tem?

() Hipertensão () Diabetes () Doença crônica pulmonar () artrose ou artrite () Doença cardíaca () Câncer

2-Há quanto tempo sofreu o AVC: _____

Teve mais de um episódio de AVC: () sim () não

3- Após o AVC teve?

() Queda(Caiu) () Pneumonia () Depressão () úlceras ou feridas na pele () Infecções Urinárias () Dor em alguma articulação

4- O Sr(a)....

() Anda independente () Anda em casa, mas na vizinhança tem necessidade de supervisão () Anda apenas em casa ou em ambiente fechado conhecido como casa () Não anda, incapacidade absoluta para deambulação.

5- Para deslocar-se (mover-se de um lugar para o outro) é necessário algum equipamento ou outras ajudas técnicas?

() Não precisa () necessita de ajuda frequente de apenas um ponto de apoio, tipo bengala ,corrimão ou similar () a maior parte do tempo necessita de dois ou mais pontos de apoio, tipo andador ou cadeira de rodas () depende sempre de cadeira de rodas.

6- Depois do AVC o sr(a) apresentou alguma dificuldade ou fraqueza para?

() movimentar os braços () para movimentar as pernas () mastigar e engolir () para falar () com a sua memória () com a sua visão () continência urinária () continência fecal .

7-Caso tenha assinalado presença de incontinência urinária ou fecal, responda se por causa desse problema o Sr(a) costuma usar:

fralda forro de proteção(absorvente) forro de proteção na cama não usa nada.

8- Quantas vezes caiu nos últimos 12 meses (último ano)?

nenhuma Uma vez Duas vezes ou mais

9- Nesse último ano precisou ficar internado?

Sim Não

Motivo? _____

III- AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

10- De um modo geral, como o sr(a) define a sua saúde?

muito bom bom regular ruim muito ruim

11- Quanto as sequelas ou complicações após o AVC interferem em suas atividades diárias?

muito pouco nada

12- O Sr(a) sente alguma cansaço quando faz algum esforço físico ou movimento como por exemplo andar ou levantar?

sim não

IV - ACESSO E SUPORTE DE REABILITAÇÃO

1-O Sr(a) tem plano de saúde, além do SUS?

Sim não

2- O sr(a) tem alguma dificuldade para acessar/ usar serviços de saúde, quando precisa?

sim não

Se sim, qual o motivo? Falta de transporte não tem companhia falta recurso financeiro não consegue ir devido as barreiras arquitetônicas O serviço é ruim outro

3- Sr(a) fez ou faz algum tipo de tratamento de reabilitação por causa do AVC ou suas complicações?

Sim Não

Se não, responder porquê? Não sentiu necessidade não foi orientado, nem encaminhado pela equipe de saúde a procurar reabilitação não tinha ninguém para me levar , falta de acompanhante falta de transporte não conseguiu vaga outro motivo.

Se responder sim,

4- Qual local onde começou a fazer a terapia?

E Responder as questões de 5 a 12.

5-Fez tratamento de reabilitação por quanto tempo nesse serviço?

1 a 6 meses 1 ano mais de 1 ano Ainda em tratamento

6-Quais sessões de terapia o Sr(a) frequentava?

Fisioterapia Fonoaudiologia Psicoterapia Terapia ocupacional Atividades em grupos Outros

6.1 Quanto tempo esperou para começar as terapia após o AVC?

menos de 3 meses 4 a 11 meses após 1 ano

7-Quantas vezes por semana o Sr(a) ia ou vai até o centro de reabilitação?

uma duas três ou mais

8-Como fazia para chegar ao Centro de Reabilitação?

Carro próprio transporte coletivo transporte especial da saúde, Mão na Roda, etc.. outros

9-Caso tenha assinalado carro próprio, coletivo ou outros, O Sr (a) precisava da vaga em transporte especial como "Mão na Roda"?

sim não.

10-O sr teve alta da reabilitação nesse local ou precisou parar antes?

Sim Não Ainda em tratamento.

Se precisou parar, qual motivo?

Falta de recurso financeiro falta de transporte Não tinha alguém para acompanhar era muito longe outros

11-Fez tratamento de reabilitação em algum outro serviço?

sim não

Se fez, qual? _____

12-Durante os tratamentos o Sr.(a) recebeu algumas orientações para casa como exercícios e alongamentos?

sim não não lembra.

Se sim, vc pratica as orientações?

sim às vezes não

13- A sua casa recebeu algum tipo de adaptação depois do AVC?

sim não.

Se sim, qual?

Barras rampas mudança na disposição dos móveis adaptações no banheiro como altura do vaso outros

14- Essa adaptação foi orientada por algum profissional?

sim não

15- O sr(a) usa algum aparelho ou equipamento de apoio para as atividades de vida diária?

andador muleta bengala cadeira de banho órteses cadeira de rodas corrimão móveis ou parede de apoio.

Caso tenha assinalado algum equipamento responda: Como obteve o equipamento?

Gratuitamente no serviço público o idoso ou outra pessoa pagou por ele

O sr considera que os equipamentos auxiliares que usa estão bem adaptados para você?

() sim () não

V- ATIVIDADE FÍSICA AUTOREFERIDA

16- No último mês o Sr(a) praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo de lazer?

() sim () não

Se sim, qual? _____

Foi orientada por algum profissional?

() sim () não

E quantos dias da última semana o Sr(a) praticou?

() nº de dias

17- Na última semana, quantos dias o Sr.(a) caminhou por pelo 10 minutos contínuos como forma de locomoção,por lazer ou exercício?

() dias na semana

VI- SUPORTE SOCIAL

18 – O Sr(a) tem cuidador?

() sim () não

Se sim Quem o Sr(a) considera seu cuidador principal?

() Cônjuge/ companheiro(a) () Filho(a)/Enteado(a) () Neto (s) () Irmã (os) ()

genro/ nora () outros familiares e amigos () pessoa contratada

19- O seu cuidador principal já participou de algum grupo de apoio ou reunião para cuidadores e familiares?

() sim () não, onde? _____

20- O Sr.(a) recebe ajuda de alguém ,além do seu cuidador principal ?

() sim () não

Quantos pessoas ajudam o Sr.(a) ? () número

Quem são? _____

VII-ESPAÇO DE VIDA E PERCEPÇÃO DO AMBIENTE

20- Durante o último mês o Sr(a) esteve em algum lugar do lado de fora da sua casa,como quintal ou terraço?

() sim () não

20.1- O Sr.(a) deixa de ir a algum cômodo da sua casa por sentir dificuldade em acessá-lo? () sim () não

21- Durante o último mês o Sr(a) esteve em algum lugar da cidade, além da sua casa? () sim () não

22-Quantas vezes o Sr(a) saiu da sua casa na última semana?

() nenhuma () uma ou duas vezes () três vezes por semana () todos os dias

23 - Quais os motivos que o levam sair de casa?

() consultas médicas e terapias () igreja () tarefas como ir ao mercado, farmácia, banco () fazer visitas alguém da família ou amigo () outros

O Sr(a) participa de algum grupo de convivência seja na igreja ou em sua comunidade?

() sim () não

24- As condições de acesso da sua casa para rua e da própria rua (escadaria, aclive, declive, irregularidades, presença de buracos) impedem que o Sr(a) saía para caminhar ou passear?

() sim () não

25- É fácil chegar da casa do Sr(a) até um ponto de ônibus ou de táxi?

() sim () não

26- Há muitos morros, depressões/paredões no bairro do Sr.(a) limitando o percurso para ir de um lugar para o outro?

() sim () não

27-Existem calçadas na maioria das ruas do bairro do Sr(a)?

() sim () não

28-As calçadas do seu bairro são bem cuidadas (pavimentadas, sem buracos)

() sim () não

29-Existem faixas, sinais ou passarelas que auxiliam o Sr.(a) a atravessar as ruas do seu bairro? () sim () não

30- Na entrada da sua casa tem ? () escada () tudo rampa ou plano.

Com presença de corrimão ou barras auxiliares no trajeto? () sim () não

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário de uma pesquisa, na qual os resultados poderão ser publicados em revistas ou eventos científicos, entretanto o anonimato do Sr (a) será preservado, não sendo divulgada sua identidade. A escolha em participar da pesquisa é sua e caso recuse você não será penalizado(a).

Não haverá despesas nem compensações financeiras relacionadas à participação nesta pesquisa. Não há também benefício direto para o participante, no entanto sua participação é muito importante para contribuir com a identificação dos problemas de saúde da população idosa neste município. O único desconforto previsível é o tempo de duração da entrevista que pode durar até 1 hora. Caso tenha alguma dúvida e sinta necessidade de outros esclarecimentos pode entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento pelos contatos abaixo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título: Condição de saúde e avaliação funcional em idosos após o acidente vascular cerebral, cobertos pela estratégia de saúde da família no município de Vitória-ES.

Pesquisador Responsável: Julia Fabres do Carmo

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (27) 3299 5579 ou 9949 8448 ou 3335 7287.

Endereço: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Av: Marechal Campos 1468 - Maruípe - Vitória-Espírito Santo – CEP : 29.040-090.

Pesquisadores participante: Drº Renato Lírio Morelato.

Telefones para contato : (27) 3335 7287

CONTATO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - TEL: (27) 3334-3586

Este é um trabalho de dissertação de mestrado com objetivo de traçar o perfil da capacidade funcional em idosos que, sobreviveram ao Acidente Vascular Encefálico

(AVE). Trata-se de um estudo observacional, descritivo, que será realizado através de coleta de dados nos territórios cobertos pela Estratégia de Saúde da Família ESF do Município de Vitória. A população do estudo será constituída por todos os idosos após o Acidente Vascular Cerebral e que residam nesses territórios. A coleta de dados será realizada através de entrevistas com questionários, que abordarão dados demográficos, clínicos e sobre acesso a serviços de reabilitação. Além disso, será aplicado o formulário de avaliação das atividades básicas de vida diária. Não há nenhum risco, prejuízo, desconforto ou lesões que podem ser provocados pela pesquisa, com garantia de sigilo e direito de retirar o consentimento a qualquer momento.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, portador do R.G
_____, domiciliado em
_____, afirmo ter recebido e compreendido as

informações a respeito da pesquisa intitulada: Condição geral de saúde e avaliação funcional em idosos que desenvolveram uma deficiência física como consequência do Acidente Vascular Encefálico e estão cobertos pela estratégia de saúde da família no município de Vitória-ES. Estou ciente dos seus procedimentos e concordo em participar voluntariamente como sujeito deste estudo. Foi-me garantido a confidencialidade e privacidade das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Obs: Esse documento deverá ser preenchido em duas vias, ambas identificadas com o nome do participante ou do representante legal e do pesquisador, sendo que uma via deve ficar com o sujeito da pesquisa.

X

Assinatura do entrevistado

X

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE E - ARTIGO PARA SUBMISSÃO À REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória – ES, Brasil.

Disability and associated factors in elderly stroke survivors in Vitória - Brazil.

RESUMO

O objetivo deste artigo foi estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade nos idosos que sofreram o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Estudo transversal com 230 idosos, selecionados em amostragem por cotas nos 22 territórios da Estratégia de Saúde da Família do município de Vitória, ES. A incapacidade, variável dependente, foi avaliada pela Escala de Rankin modificada, para análise bruta e ajustada empregou-se a regressão de Poisson com variância robusta. A idade dos entrevistados variou de 60 a 98 anos, média de 75,8 (dp \pm 9,2) e a prevalência da incapacidade funcional foi de 66%. Estavam positivamente associadas à incapacidade, a faixa etária \geq 80 anos (RP=1,42, $p<0,001$), a autopercepção de limitações em funções do corpo (RP=2,21, $p<0,001$) e perceber a estrutura física da rua como barreira para sair de casa (RP=1,55, $p<0,001$). Já inversamente associada ao desfecho estava ter 12 anos ou mais de estudo (RP=0,42, $p<0,01$), sair de casa diariamente (RP=0,24, $p<0,001$), praticar atividade física (RP=0,26, $p<0,001$) e sair para visitar parentes e amigos (RP=0,39, $p<0,001$). A alta prevalência da incapacidade e os fatores associados nos idosos após o AVC reforçam a necessidade de um sistema de saúde que atue de forma contínua e proativa, capaz de desenvolver ações preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras.

Descritores: Idoso, Acidente Vascular Cerebral, Estratégia Saúde da Família, Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é considerado um fenômeno comum a grande maioria dos países do mundo¹. No entanto, o aumento na proporção de idosos e diminuição dos indivíduos mais jovens não acontece igual em todos os lugares. Enquanto nos países desenvolvidos o envelhecimento é gradual, nos países em desenvolvimento é acelerado e está ocorrendo antes do almejado desenvolvimento econômico².

É o caso do Brasil, que em 1950 ocupava o 16º lugar no ranking dos países com maior número de idosos e em 2020, provavelmente ocupará o 6º lugar³. O crescimento da população idosa trás diversos desafios para os sistemas de saúde, já que à medida que o tempo avança a capacidade funcional do indivíduo reduz e o risco para desenvolver as doenças crônicas aumenta^{2,4}

Considerado o motivo principal de incapacidade na vida adulta^{5,6} o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocupa posição de destaque entre as doenças crônicas, que acometem a população idosa². Segundo o sistema nacional de informação hospitalar o AVC é um dos principais motivos de internação no Sistema Único de Saúde⁷. Além disso, estima-se que 25% a 74% dos 50 milhões de sobreviventes do AVC no mundo apresentam algum défict, seja físico, cognitivo ou emocional, necessitando de assistência parcial ou total para realizar as atividades de vida diária⁸. Rosa et al.⁹ e Barbosa et al.¹⁰ ao avaliaram a capacidade funcional em idosos nos municípios de São Paulo (SP) e Montes Claros (MG), respectivamente, encontraram forte associação entre ter AVC e estar incapaz.

O conjunto de habilidades físicas e mentais necessárias para realizar de maneira independente as atividades de vida diária pode ser definido como capacidade funcional. De maneira similar, a incapacidade funcional pode ser conceituada como dificuldade ou inabilidade em realizar essas atividades^{11,12}.

Dentro de uma perspectiva mais ampla a Organização Mundial da Saúde caracteriza a incapacidade como produto de uma interação dinâmica e complexa entre condição de saúde (lesões, doenças, etc...), fatores pessoais (estilo de vida, idade, nível de instrução, etc...) e fatores ambientais¹³. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹⁴ propõe a capacidade funcional como um novo paradigma de saúde e enfatiza que o principal problema que pode afetar o idoso na atualidade não é uma doença em particular, e sim a perda de sua capacidade funcional.

O envelhecimento populacional, a emergência das doenças crônicas e as incapacidades de longa permanência são desafios da saúde pública contemporânea e suscitam mudanças no modelo de atenção a saúde. Como alternativa, surgem os sistemas de saúde baseados na atenção primária a saúde (APS)¹⁵. No Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi o modelo adotado com objetivo de reorganizar e fortalecer esse nível de atenção, desenvolvendo ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua em um território de abrangência definido¹⁶. De acordo com a PNSPI esse nível de atenção deve realizar avaliação e diagnóstico funcional, primando pela máxima autonomia da população idosa.

Vitória, capital do Espírito Santo, tem 12% da sua população composta por pessoas acima de 60 anos e está entre as cinco capitais com maior número de pessoas idosas do país¹⁷. O município iniciou a implantação da Estratégia de Saúde da Família em 1998 e atualmente tem 76% do seu território coberto pela ESF^{18,19}. Esses fatos fazem de Vitória um cenário favorável para estudar a população idosa atendida pela ESF.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a incapacidade e os possíveis fatores associados em idosos após o AVC cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória (ES).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo realizado em idosos que referem o Acidente Vascular Cerebral e residem nos territórios da Estratégia de Saúde da Família em Vitória, capital do Espírito Santo.

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória organiza-se sobre 6 bases territoriais, onde estão distribuídas 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS) sendo 22 Estratégias de Saúde da Família (ESF)¹⁸. Para estabelecer o tamanho da amostra foi necessário estimar a população do estudo, já que alguns territórios de saúde não registravam o AVC nos prontuários. Considerando os 29.552 idosos cadastrados¹⁸ e a prevalência do AVC em 2,9%²⁰ a população foi estimada em 900 sujeitos. Posteriormente definiu-se a prevalência da incapacidade após o AVC em 60%^{8,21}, um nível de significância de 5%, uma margem de erro de 7% e efeito do desenho de 1,4 chegando ao tamanho mínimo amostral de 218 idosos. Para suprir possíveis perdas ou recusas foram acrescentados 5%, resultando numa amostra de 230 sujeitos.

Como não foi possível realizar um sorteio aleatório dos entrevistados, a alternativa foi realizar uma amostragem por cotas, respeitando o número de idosos cadastrados em cada um dos 22 territórios de saúde. A seleção dos sujeitos foi realizada pelas equipes de saúde da família até completar a cota do território. O número de elementos a observar em cada território de saúde foi definido pela fórmula:

$$n^1 = f \times N^1,$$

Onde:

N^1 = total de elementos do território.

n^1 = tamanho da amostra em cada território

$f = n/N$ (n = Tamanho da amostra; N = Tamanho da população)

Os dados foram coletados entre outubro de 2013 a maio de 2014. As entrevistas aconteceram nos domicílios dos participantes e foram acompanhadas pelos Agentes

Comunitário de Saúde (ACS), para facilitar o acesso e o contato com os idosos. A equipe de três entrevistadores foram treinados e supervisionados diretamente pelo pesquisador responsável.

Consideraram-se elegíveis indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que referissem Acidente Vascular Cerebral e residissem nos territórios Estratégia de Saúde da Família do município de Vitória. Foram excluídos os idosos que não foram localizados, por mudança de endereço ou outros motivos; aqueles que não eram capazes de responder sozinhos e não estavam acompanhados por responsável capaz de responder e também aqueles residentes em microáreas sem ACS .

A variável dependente foi mensurada por meio da Escala de Rankin modificada (mRS), escolhida por ser o instrumento mais prevalente para mensurar incapacidade nas pesquisas contemporâneas sobre o AVC²². A escala consiste em seis categorias que vão de 0 a 5, sendo que 0 corresponde a ausência de sintomas e 5 corresponde a incapacidade grave²³. Para facilitar a apresentação do resultado os valores foram dicotomizado em sem incapacidade ($mRS \leq 2$) e com incapacidade ($mRS \geq 3$)²⁴.

As variáveis independentes como sexo, cor, morar com companheiro, escolaridade, idade, renda, recorrência do AVC, momento do AVC, praticar atividade física, frequência que sai de casa, sair para visitar familiares e amigos, perceber a estrutura física da rua como barreira ao sair de casa, sinalização das ruas e presença de escadas em casa foram identificadas a partir de um questionário estruturado pelo pesquisador com questões fechadas previamente testadas.

Os dados foram digitados no programa Excel. As análises estatísticas foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0 for Windows. Inicialmente foi empregada a estatística descritiva, com intuito de obter o perfil da amostra, utilizando cálculo da média e desvio padrão para as variáveis numéricas e cálculo das

freqüências para as variáveis categóricas. Na análise bivariadas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, considerando estatisticamente significativo valores de $p \leq 0,05$.

As variáveis com nível de significância $\leq 0,20$ foram selecionadas para a análise multivariada por meio da regressão de Poisson com variância robusta. Esse modelo de análise foi escolhido por ser uma alternativa viável em estudos de corte transversal com desfecho binário de alta prevalência²⁵. Os resultados foram expressos em razão de prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95%. A análise foi construída de acordo com quatro blocos de variáveis independentes: condições socioeconômicas e demográfica, condições de saúde, comportamento e percepção do ambiente.

Esta pesquisa recebeu anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Todos os participantes do estudo receberam informações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

A amostra compreendeu 230 idosos, sendo 120 do sexo masculino (52,1%) e 110 do sexo feminino (47,8%). O número de entrevistas realizadas atendeu à amostra calculada para cada um dos 22 territórios avaliados. A idade variou de 60 a 98 anos (média = 75,8 anos, $dp=9,2$). Predominou entre os entrevistados aqueles com 1 a 4 anos de estudo (44,7%), de cor branca (44,5%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (40,3%) e que residiam sem companheiro (51,1%). As variáveis sociodemográficas estão descritas na tabela 1.

Considerável proporção de idosos (53,9%) sofreram o primeiro AVC há mais de cinco anos contando da data da entrevista e 43,9% relataram ter tido mais de um episódio do AVC. Sobre internação hospitalar, 37% afirmaram ter ficado internado pelo menos uma vez no último ano. A maioria dos respondentes foram idosos acompanhados de um informante auxiliar (42,61%), e para aqueles capazes de responder foi realizada a pergunta: “De um

modo geral, como o sr(a) define a sua saúde?”, pouco mais da metade (54,5%) relatou ter saúde boa ou muito boa.

Adotando a classificação da Escala de Rankin modificada e considerando o nível 3 da escala como ponto de viragem entre capacidade funcional e incapacidade funcional, a maioria dos idosos (66%) foram classificados com incapacidade. Na tabela 2 é possível visualizar a amostra pelos níveis de classificação da mRS.

Quando questionados sobre a frequência com que saem de casa, pouco mais de um terço (39,5%) relatou não ter saído nenhum dia na última semana. Sair para visitar parentes ou familiares é rotina para apenas 31,3% dos entrevistados. Em relação à atividade física 16,7% dos idosos afirmaram ter praticado alguma atividade física no último mês.

As condições físicas da rua são consideradas barreiras para 58,8% dos entrevistados, que ainda afirmam que as calçadas são mal cuidadas (64,6%). No que se refere a sinalização das vias, como faixas ou passarelas que auxiliem na travessia, 55,2% acha insuficiente.

A tabela 3 apresenta a análise bruta e ajustada das variáveis independentes com a incapacidade. Estiveram positivamente associadas à incapacidade ter 80 anos ou mais (RP 1,42, $p<0,01$), perceber limitações em 6 ou mais funções do corpo (RP 2,21, $p<0,001$) e perceber a estrutura física da rua como barreira ao sair de casa (RP 1,58, $p<0,001$). Já inversamente associado estão ter 12 ou mais de estudo (RP 0,42, $p<0,01$), sair de casa diariamente (RP 0,24, $p<0,001$), praticar atividade física (RP 0,26, $P< 0,0001$), sair para visitar parentes e amigos (RP 0,39, $p<0,0001$) e achar suficiente a sinalização das ruas (RP 0,87, $p< 0,05$).

DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde reconhece ser insuficiente o número de serviços destinados ao cuidado domiciliar do idoso frágil no Brasil, bem como assume a inexistência de uma Rede de Assistência à Saúde do idoso¹⁴. Dentro deste contexto, a avaliação funcional de pessoas idosas

após o AVC na ESF torna-se um tema cada vez mais relevante. As informações apresentadas neste estudo podem reforçar a importância de um sistema de saúde baseado na atenção primária, que atue de forma contínua, proativa e articulada aos outros níveis da atenção, capaz de desenvolver ações preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras¹⁵.

Ao analisar estudos que avaliaram a incapacidade em populações de idosos sem agravos específicos, nota-se que a incapacidade nessa faixa etária fica em torno de 19% a 26%^{26,27}, podendo chegar a 28% a 38%^{26,28} quando se considera a dependência em atividades instrumentais da vida diária. Atividades que requerem a participação da pessoa no seu entorno social.

A prevalência da incapacidade funcional na população pesquisada foi de 66%, resultado semelhante ao encontrado na pesquisa multicêntrica, conduzido em adultos paquistaneses²⁹, na qual 64% dos avaliados após o AVC apresentaram incapacidade funcional ($mRS \geq 3$). Chandra et al.²¹, ao compararem os resultados da incapacidade em pessoas após o AVC com 80 anos ou mais e com menos de 80, revelaram que 74% dos mais velhos estavam com incapacidade ($mRS \geq 3$).

Por outro lado, a prevalência da incapacidade funcional ($mRS \geq 3$) em torno de 40% parece ser o resultado mais comum em sobreviventes do AVC, como é possível se observar nos estudos de Carot-Artal et al.²⁴, Martins et al. (2006)³⁰, Appelros et al.³¹ e Hong et al.³². Deve-se destacar, no entanto que esses estudos foram conduzidos na população geral após o AVC, sem delimitação de faixa etária, o que possivelmente contribuiu para uma prevalência menor.

A capacidade funcional declina com o tempo, enquanto o risco para desenvolver uma condição crônica aumenta². O avançar da idade é reconhecido como um dos principais fatores de risco para o AVC^{33,34}. Fato que pode explicar a alta média de idade dos

entrevistados deste estudo quando comparado a média de estudos nacionais que avaliam a incapacidade na população idosa geral^{26,28,35}.

No que diz respeito à associação da idade com o desfecho, o resultado obtido corrobora para a afirmativa de que a prevalência da incapacidade aumenta com a idade³⁶. Estudos nacionais e internacionais ao investigarem a incapacidade em idosos, encontraram o avançar da idade associado às perdas funcionais^{26,28,35,37}. Pesquisas que avaliaram sobreviventes do AVC também associaram a idade avançada com a incapacidade^{6,24}.

Quanto à associação com a escolaridade este estudo também trás um resultado semelhante à de pesquisas nacionais^{35,38} em que a incapacidade foi associada inversamente com a escolaridade. Diversos estudo^{35,38,28,39} que avaliaram idosos fizeram associação entre ser do sexo feminino e estar incapaz, o presente estudo, entretanto, não encontrou associação significativa.

Dentre as variáveis analisadas do bloco 2 a única variável significativamente associada ao desfecho foi a autopercepção de limitações em funções do corpo. Esse resultado pode demonstrar uma aproximação da autopercepção da incapacidade com a incapacidade mensurada através de instrumentos. Quanto à recorrência do AVC, 43,9% dos entrevistados relataram ter tido mais de um episódio do AVC. O Perth Community Stroke Study⁴⁰, estudo longitudinal que acompanhou por dez anos australianos sobreviventes ao AVC, estimou o risco cumulativo para sua recorrência em 43% (IC 95%, 34 a 51). Essa e outra coorte australiana⁴¹ definiram a recorrência do AVC como um fator de risco para a incapacidade, este estudo, no entanto não encontrou associação significativa.

Sair de casa diariamente, praticar atividade física e sair para visitar parentes e amigos foram as variáveis do bloco 3 associadas inversamente a incapacidade. O estudo de rosa et al.³⁸, por meio da regressão logística, revelou que a chance do idoso estar dependente era seis vezes maior naqueles que responderam não sair de casa para visitar parentes e amigos e

quinze vezes maior nos sujeitos que não praticavam atividade física. Estudos internacionais^{42,43} estão associando a mobilidade e a capacidade funcional com a avaliação dos espaços em que os indivíduos circulam e atravessam, de uma maneira simplificada quanto mais dentro da casa está o sujeito menor a sua capacidade funcional.

A Organização Mundial da Saúde⁴⁴ considera que as características do ambiente físico de uma comunidade têm influência sobre a mobilidade pessoal, independência e qualidade de vida dos idosos. No presente estudo estavam positivamente associadas à incapacidade perceber a estrutura física das ruas como barreira para sair de casa e não achar suficiente a sinalização das vias. Dois estudos longitudinais conduzidos na população norte americana demonstraram que barreiras no ambiente, tais como condições ruins da rua e tráfego pesado aumentam o risco de perda funcional na população idosa^{45,46}.

A coleta de dados realizada em 22 territórios da Estratégia de Saúde da Família, teve como objetivo cumprir com uma seleção de amostra heterogênea, o que pode ser considerado um diferencial deste estudo quando comparado a estudos similares conduzidos em centros de reabilitação e hospitais. Em contrapartida, como não dispúnhamos de uma lista completa dos idosos com AVC de cada território foi necessário recorrer a amostragem por cotas. A seleção dos indivíduos foi realizada pelas equipes de saúde da família, tipo de seleção que está sujeita a suspeição diagnóstica e ao viés da informação. Ademais, estudos de delineamento transversal não são estratégias de investigação analítica e seus resultados não servem para estabelecer vínculos causais e são limitados quanto a identificação temporal dos fatos. Assim, são necessários estudos de caráter longitudinal, bem como ações destinadas a tornar rotina a investigação e a notificação do AVC no âmbito da atenção primária em saúde.

A despeito de suas limitações o presente estudo trás como principal resultado a elevada prevalência da incapacidade nos idosos após o AVC, que pode ser compreendido como um problema de saúde pública para esta população, indicando que é necessário adotar

medidas de monitoramento e suporte a pessoa idosa após o AVC. Segundo a OMS deve ser meta para indivíduos e governantes manter, mesmo na presença da doença ou fragilidade, a autonomia e a independência das pessoas idosas.

CONCLUSÃO

A pesquisa alerta para uma prevalência elevada da incapacidade funcional nas pessoas idosas após o AVC cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família. O modelo de regressão de Poisson permitiu conhecer alguns fatores associados positivamente a incapacidade nessa população, como idade avançada, autoperceber limitações em funções do corpo e perceber a estrutura física da rua como barreira. Já praticar atividade física, sair de casa diariamente, sair para visitar parentes, ter 12 anos ou mais de estudo e achar suficiente a sinalização das vias estão associados inversamente a incapacidade funcional.

Diante do contexto atual de transição epidemiológica e demográfica, tais achados podem contribuir com planejamento de ações direcionadas a minimizar ou postergar a incapacidade nos idosos após o AVC. A atenção primária a saúde por sua característica de desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação de forma continuada tem um papel central no cuidado da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. **Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011**. Rio de Janeiro: IPEA; 2013.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Opas; 2005.
3. Veras RP. Envelhecimento populacional do Brasil: mudanças demográficas e desafios epidemiológicos. *Rev. Saúde Pública*. 1991; 25 (6): 476-88.
4. Parahyba MI, Veras RP, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2005; 39 (3): 381-91, 2005.

5. Zivin, JA. Abordagem das doenças cerebrovasculares. In: Goldman L, Ausiello D. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p.2667-2670.
6. Kelly-hayes M, Beiser A, Kase CS, Scaramucci A, D'Agostino RB, Wolf PA. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. **J. Stroke. Cerebrovasc Dis.** 2003;12 (3):119-126.
7. Rolim CLRC, Martins M. O uso da tomografia computadorizada nas internações por Acidente Vascular Cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev Bras Epidemiol.** 2012; 15 (1): 179-87.
8. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, Billinger SA; American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and the Stroke Council. Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Stroke.** 2010; 41:2402-244.
9. Rosa TE, Benicio MH, Latorre MR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública.** 2003; 37 (1): 40-48.
10. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados a incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva.** 2014; 19 (8): 3317-3325.
11. Yuaso DR, Sguizzatto GT. Fisioterapia em Pacientes Idosos. In: Papaleo-netto M. **Gereontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 331-346.
12. Farinati PTV. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arq Geriatr Geronto.** 1997; 1:1-9.
13. Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. Coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003 p.13-32.
14. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006;19 out.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. **As redes de atenção a saúde**. Brasília: 2011.
16. Brasil. Departamento da Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministerio da Saúde, 2001.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais municipais - Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico. 2010 [acessado em jul 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/tabelaspdf/tab4.pdf.

18. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Saúde. Gerencia de Atenção a Saúde. Vitória, 2013.
19. Cruz SCS. **Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família: o caso de Resistência, Vitória/ES.** [dissertação] Vitória (ES) : Universidade Federal do Espírito Santo, 2007.
20. Pereira ABCN, Alvarenga H, Pereira JRS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25 (9): 1929-1936.
21. Chandra RV, Leslie-Mazwi TM, Oh DC, Chaudhry ZA, Mehta BP, Rost NS, Rabinov JD, Hirsch JA, González RG, Schwamm LH, Yoo AJ. Elderly Patients Are at Higher Risk for Poor Outcomes After Intra-Arterial Therapy. *Stroke.* 2012; 43(9): 2356-2361.
22. Quinn TJ, Dawson J, Walters MR, Lees KR. Reliability of the Modified Rankin Scale: A Systematic Review. *Stroke.* 2009; 40(10): 3393-3395.
23. Sulter G, Steen C, De keyser J. Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials. *Stroke.* 1999; 30 (8): 1538 -1541.
24. Carod-artal, FJ, Trizotto, DS, Coral LF, Moreira, CM. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. *J Neurol Sci.* 2009; 284 (1): 63-68.
25. Barros AJ, Hirataka VN. Alternatives for logistical regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003; 391:21.
26. Del Duca, GF, Silva, MC, Hallal, PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde. Publica.* 2009; 43(5): 796-805.
27. Lebrão ML, Duarte YAO. **SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: o projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial.** [Acessado 2013 mar 13.] Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf.
28. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados a incapacidade. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19 (8):3317-3325.
29. Khealani BA, Khan M, Tariq M, Malik A, Siddiqi AI, Awan S, Wasay M. Ischemic Strokes in Pakistan: Observations from the National Acute Ischemic Stroke Database. *J.Stroke. Cerebrovasc. Dis.* 2014; 23(6):1640-1647
30. Martins T, Ribeiro JP, Garrett C. Disability and quality of life of stroke survivors: evaluation nine months after discharge. *Rev Neurol.* 2006; 42 (11): 655-9.
31. Appelros P, Nydevik I, Terént A. Living setting and utilisation of ADL assistance one year after a stroke with special reference to gender differences. *Disabil Rehabil.* 2006; 15 (28): 43-49.

32. Hong KS, Saver JL, Kang DW, Bae HJ, Yu KH, Koo J, Han MK, Cho YJ, Park JM, Lee BC. Years of optimum health lost due to complications after acute ischemic stroke: disability-adjusted life-years analysis. *Stroke*. 2010; 41(8): 1758-1765.
33. Rothwell PM, Coull AJ, Silver LE, Fairhead JF, Giles MF, Lovelock CE, Redgrave JN, Bull LM, Welch SJ, Cuthbertson FC, Binney LE, Gutnikov SA, Anslow P, Banning AP, Mant D, Mehta Z; Oxford Vascular Study. Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study). *Lancet*. 2005; 366 (9499):1773–1783.
34. Rodgers H, Greenaway J, Davies T, Wood R, Steen N, Thomson R. Risk factors for first-ever stroke in older people in the north east of England: a population-based study. *J Am Heart Assoc*. 2004; 35: 7–11.
35. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44 (3): 468-478.
36. Lollar DJ, Crews JE. Redefining the role of public health in disability. *Annu. Rev. Public Health*. 2003; 24:195-208.
37. Gupta P, Mani K, Rai SK, Nongkynrih B, Gupta SK. Functional disability among elderly persons in a rural area of Haryana. *Indian Journal of Public Health*. 2014; 58(1): 11-16.
38. Rosa, TE, Benicio, MH, Latorre, MR, Ramos, LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(1):40-48.
39. Petrea RE, Beiser AS, Seshadri S, Kelly-Hayes M, Kase CS, Wolf PA. Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. *Stroke*. 2009; 40, (4): 1032-1037.
40. Hardie K, Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Anderson C. Ten-year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. *Stroke*. 2004; 35 (3): 731-735.
41. Gall SL, Dewey HM, Sturm JW, Macdonell RA, Thrift AG. Handicap 5 years after stroke in the North East Melbourne Stroke Incidence Study. *Cerebrovasc Dis*. 2009; 27 (2):123-30.
42. Peel C, Sawyer Baker P, Roth DL, Brown CJ, Brodner EV, Allman RM. Assessing mobility in older adults: the UAB Study of Aging Life- Space Assessment. *Phys Ther*. 2005; 85 (10): 1008-119.
43. Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51 (11): 1610-4.

44. Organização Mundial da Saúde. Guia Global: Cidade Amiga do Idoso. [Acessado 2014 e jun 30] Disponível em: www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf .
45. Balfour JL, Kaplan GA. Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*.2002; 155 (6): 507-515.
46. Schootman M, Andresen EM, Wolinsky FD, Malmstrom TK, Miller JP, Miller DK. Neighborhood Conditions and Risk of Incident Lower-Body Functional Limitations among Middle-aged African Americans. *Am J Epidemiol*. [Acessado 2014 ago 14] Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16421245>.

TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas. Vitória, ES, 2014.

Variáveis	Categorias	Frequência Absoluta	% Válido
Sexo	Masculino	120	52,17
	Feminino	110	47,83
Idade	60-69	60	26
	70-79	85	37
	Mais de 80	85	37
Cor da pele	Branco	102	44,54
	Pardo	82	35,81
	Preto	44	19,21
	Outra	1	0,44
	Sem Informação	1	0,44
Escolaridade	Sem escolaridade	48	21,05
	1 a 4 anos	102	44,74
	5 a 8 anos	27	11,84
	9 a 11 anos	33	14,47
	mais de 12	18	7,89
	Sem Informação	2	
Renda familiar	Até 1 salário	52	23,32
	1 a 3	90	40,36
	3 a 5	49	21,97
	5 a 10	22	9,87
	10 ou mais	10	4,48
	Sem Informação	7	
Reside com companheiro	Não	117	51,09
	Sim	112	48,91
	Sem Informação	1	

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o grau de Incapacidade da Escala de Rankin modificada. Vitória, ES, 2014.

Grau	Classificação Escala de Rankin	N	%
1	Nenhuma incapacidade significativa	37	16,1
2	Leve incapacidade	41	17,8
3	Incapacidade Moderada	67	29,1
4	Incapacidade moderadamente severa	36	15,7
5	Deficiência grave	49	21,3

Tabela 3 – Análise do modelo de Regressão múltipla de Poisson bruta e ajustada para incapacidade dos idosos após AVC cadastrados pela ESF do Município de Vitória-ES, 2013/2014.

Variáveis	%	RP bruta (IC 95%)	P	RP ajustada (IC 95%)	P
Bloco 1: Variáveis socioeconômico e demográficas					
Sexo					
Feminino		1	0,68	1	0,33
Masculino		1,18 (0,98-1,42)		1,17 (0,96-1,41)	
Cor					
Não branca		1	0,63	1	0,69
Branca		1,04 (0,87-1,26)		1,03 (0,85-1,25)	
Faixa etária					
60-69 anos	26,1	1	<0,001	1	0,002
70-79 anos	37	1,03 (0,78-1,37)		1,04 (0,77-1,39)	
80 anos ou mais	26,1	1,42 (1,10-1,80)		1,42 (1,10-1,82)	
Renda familiar					
Até 01 salário	23,3	1	0,051	1	0,50
1-3 salários	40,4	0,45 (0,17-1,20)		1,06 (0,83-1,35)	
3-5 salários	22	0,93 (0,67-1,41)		1,30 (0,78-1,36)	
5-10 salários	9,9	1,03 (0,78-1,36)		0,94 (0,64-1,39)	
Mais de 10 salários	4,5	1,07 (0,84-1,36)		0,45 (0,17-1,20)	
Escolaridade					
Sem escolaridade	21,1	1	0,008	1	0,01
1 a 4 anos	44,4	0,77 (0,64-0,94)		0,79 (0,65-0,92)	
5 a 8 anos	11,8	0,71 (0,50-0,99)		0,71 (0,51-1,08)	
9 a 11 anos	14,8	0,76 (0,57-1,01)		0,71 (0,57-1,02)	
Mais de 12 anos	7,9	0,46 (0,25-0,84)		0,42 (0,22-0,82)	
Cônjuge					
Não	51,3	1	0,05	1	0,06
Sim	48,7	0,83 (0,68-1,00)		0,83 (0,68-1,01)	

Continuação tabela 3					
Variável	%	RP bruta (IC 95%)	P	RP ajustada (IC 95%)	P
Bloco comportamento					
Atividade Física					
Não	95,5	1		1	
Sim	4,6	0,26(0,13-0,50)	0,000	0,26(0,13-0,50)	0,0001
Sair de casa na última semana					
Nenhuma vez	54,6	1		1	
1 a 2 vezes	27,6	0,74 (0,61- 0,89)	0,001	0,74 (0,61-0,89)	0,001
3 vezes na semana	11,8	0,53 (0,38-0,74)	<0,001	0,53 (0,38-0,74)	0,001
Todos os dias	5,9	0,24 (0,13-0,44)	<0,001	0,24 (0,13-0,44)	0,001
Saiu para visitar familiares e amigos					
Não	84,2	1		1	
Sim	15,8	0,39(0,28-0,55)	0,0001	0,39(0,28 a 0,55)	0,0001
Participa de Grupo de convivência					
Não	92,1	1	0,06	1	0,06
Sim	7,9	0,67(0,43-1,02)		0,67 (0,43-1,02)	
Bloco Percepção do ambiente					
Condições físicas da rua dificultam sair					
Não	41,7	1	< 0,001	1	
Sim	58,3	1,55 (1,24-1,93)		1,58 (1,26-1,98)	<0,001
Sinalização é suficiente					
Não	55	1		1	
Sim	45	0,87 (0,66-0,98)	0,03	0,80 (0,66-0,98)	0,03
Presença de Escada					
Não	44,8	1		1	
Sim	55,2	1,02 (0,85-1,24)	0,76	1,03 (0,85-1,24)	0,75

ANEXO A – INDEX DE BARTHEL**ATIVIDADE****PONTUAÇÃO****ALIMENTAÇÃO**

0 = incapacitado

5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc,ou dieta modificada

10 = independente

BANHO

0 = dependente

5 = independente(ou no chuveiro)

ATIVIDADES ROTINEIRAS

0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal

5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear

VESTIR-SE

0 = dependente

5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho

10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)

INTESTINO

0 = incontinente(necessidade de enemas)

5 = acidente ocasional

10 = continente

SISTEMA URINÁRIO

0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo

5 = acidente ocasional

10 = continente

USO DO TOILET

0 = dependente

5 = precisa de alguma ajuda parcial

10 = independente(pentear-se, limpar-se)

TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)

0 = incapacitado sem equilíbrio para ficar sentado

5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar

10 = pouca ajuda (verbal ou física)

15 = independente

MOBILIDADE (EM SUPERFICIES PLANAS)

0 = imóvel ou < 50 metros

5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas,> 50 metros

10 = caminha com a ajuda de uma pessoa

(verbal ou física) > 50 metros

15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda;como exemplo, bengala) > 50 metros

ESCADAS

0= incapacitado

5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado)

10=independente

ANEXO B - ESCALA DE RANKIN MODIFICADA (mRS)

GRAU	DESCRIÇÃO
0	Sem sintomas
1	Nenhuma incapacidade significativa , a despeito dos sintomas; capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve incapacidade ; incapaz de realizar todas as atividades prévias, porém é independente para os cuidados pessoais
3	Incapacidade moderada ; requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Incapacidade moderadamente severa ; incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave ; confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem

ANEXO C – ESCALA DE LAWTON

- 1. Consegue usar o telefone:** (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue
- 2. Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais:** (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue
- 3. Consegue fazer compras:** (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue
- 4. Consegue preparar suas próprias refeições:** (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue
- 5. Consegue arrumar a casa:** (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue
- 6. Consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos:** (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue
- 7. Consegue lavar e passar sua roupa:** (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue
- 8. Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos:** (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue
- 9. Consegue cuidar de suas finanças:** (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: **“CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE E AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM IDOSOS QUE DESENVOLVERAM UMA DEFICIÊNCIA FÍSICA COMO CONSEQUENCIA DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E ESTÃO COBERTOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES”** de autoria de Julia Fabres do Carmo. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS – Vitória, de carta de apresentação do pesquisador ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 03 de janeiro de 2013.

Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA.

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE E AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM IDOSOS QUE DESENVOLVERAM UMA DEFICIÊNCIA FÍSICA COMO CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E ESTÃO COBERTOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES.

Pesquisador: Renato Lirio Morelato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14435213.6.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 289.023

Data da Relatoria: 28/05/2013


Apresentação do Projeto:

O estudo terá como proposta avaliar a condição geral de saúde, a capacidade funcional e o acesso aos serviços de reabilitação pelos idosos que desenvolveram uma deficiência física por consequência do Acidente Vascular Encefálico (AVE). A pesquisa pretende ser realizada nos territórios do município de Vitória-ES cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). O delineamento será observacional, descritivo, seccional, com abordagem quantitativa e realizada através de coleta de dados. Os instrumentos utilizados serão o formulário de avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária, KATZ e Lawton, já validados e bastante utilizado no Brasil e dois questionários estruturados desenvolvidos pelos pesquisadores que abordarão dados demográficos, clínicos e a respeito do acesso a serviços de reabilitação e percepção do ambiente construído.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar a Capacidade Funcional em Idosos Cobertos Pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) que Sofreram Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Apresentam como Sequela uma Deficiência Física.

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -**



Continuação do Parecer: 289.023

Objetivo Secundário: Estimar a Prevalência das Principais Complicações Secundárias e Agravos em Idosos com Sequela do AVE e descrever sobre o acesso que os Idosos com seqüela de AVE cobertos pela ESF tem aos serviços de reabilitação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo não oferece nenhum risco ao sujeito da pesquisa.

Benefício: Contribuir para o delineamento e planos de ações locais direcionados ao idoso que vive com uma incapacidade em uma capital do

Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A população alvo do estudo será constituída por todos os idosos (acima de 60 anos) que tenham pelo menos 1 ano de seqüela do Acidente Vascular Encefálico e que residam nesses territórios. Os casos serão definidos através da história de Acidente Vascular Encefálico (AVE) seguida de deficiência física relatados no prontuário da ESF. Para cálculo da população foi utilizado o universo de 39.470 idosos residentes em Vitória (IBGE, 2010) e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Município de 75% (dados SEMUS, 2012)

chegando a estimativa de 29.602 idosos cobertos pela Estratégia de Saúde da Família em Vitória. Então, para o cálculo da amostra considerar a prevalência de 2,9 %, encontrada no estudo realizado na ESF em Vassouras-RJ (PEREIRA, 2009), valor que corrobora com outras pesquisas nacionais (MINELLI et al., 2007; SAPONISKI; DEL BRUTTO, 2003). A amostra foi estimada em 266 indivíduos, considerando o intervalo de confiança de 95% e margem de erro amostral de 5%.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado o TCLE e a autorização da instituição.

Recomendações:

Sugiro avaliar a possibilidade de um título menor do que foi apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer do relator aprovado pelo colegiado.

VITÓRIA, 29 de Maio de 2013

**Assinador por:
Paulo Augusto Sessa
(Coordenador)**

ANEXO F - CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR EMITIDA PELA ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

 PREFEITURA DE VITÓRIA		CARTA DE APRESENTAÇÃO	
Origem SEMUS/ETSUS	Destino SEMUS/ SANTA MARTHA, ANDORINHAS, MARUÍPE, BONFIM,BAIRRO DA PENHA,CONSOLAÇÃO E SÃO CRISTOVÃO	Data 16/09/2013	Emitida por REGINA DINIZ
Resumo do Assunto <p style="text-align: center;">ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR</p>			
<p>Senhor (a) Diretor (a)</p> <p>O projeto de pesquisa de mestrado, da Universidade Federal do Espírito Santo, intitulado “CONDIÇÃO GERAL DE SAÚDE E AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM IDOSOS QUE DESENVOLVERAM UMA DEFICIÊNCIA FÍSICA COMO CONSEQUENCIA DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E ESTÃO COBERTOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITORIA-ES” de autoria de Julia Fabres, com orientação do Prof. Dr. Renato Lirio Morelato foi aprovado para sua realização.</p> <p>Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo traçar o perfil da capacidade funcional em idosos que, sobreviveram ao AVE, desenvolveram por essa causa uma deficiência física e estão cobertos pela ESF no município de Vitória-ES.</p> <p>Trata-se de um estudo observacional, descritivo, seccional, com abordagem quantitativa que será realizado através da coleta de dados nos territórios cobertos pela ESF no município de Vitória-ES. A primeira coleta de dados já ocorreu no Centro de Referência de Atendimento ao Idoso – CRAI e na etapa atual será estendida as demais UBS da SEMUS de forma gradativa. Os dados serão coletados nos prontuários para identificação do público alvo e posterior visita domiciliar aos que forem incluídos na amostra.</p> <p>Ressaltamos que a pesquisadora foi orientada que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria (SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es).</p> <p>Solicitamos que a pesquisadora seja recepcionada, que a pesquisa seja viabilizada por este setor e que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por um ano. Ao término deste período o pesquisador deverá retornar a ETSUS-Vitória para avaliação da continuidade da pesquisa na Rede de Serviços da SEMUS.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">  Josenan de Alcântara Almeida Costa Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde ETSUS-Vitória </p>			

