

ARTIGO ORIGINAL

A funcionalidade de usuários acometidos por AVE em conformidade com a acessibilidade à reabilitação

The functionality of patients afflicted with EVA according to their access to rehabilitation

Eleazar Marinho de Freitas Lucena¹, Jairo Domingos de Moraes¹, Hermínio Rafael Lopes Batista¹, Luciana Moura Mendes¹, Kátia Suely Queiroz Ribeiro Silva², Robson da Fonseca Neves³, Geraldo Eduardo Guedes Brito³

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença crônico-degenerativa e representa um desafio tanto pelo impacto social, quanto pelas repercussões na vida das pessoas, pois, quando não letal, o AVE geralmente provoca graves repercussões para o indivíduo, a família e a sociedade. O presente estudo tem como objetivo descrever e analisar a funcionalidade dos usuários com AVE, adscritos na área de cobertura das Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa, em conformidade com o acessibilidade que tenham tido à reabilitação. Trata-se de um estudo transversal de base populacional com amostra de 140 indivíduos com idade acima de 18 anos, acometidos por AVE no período entre os anos de 2006 e 2010. As variáveis descritivas foram aquelas que identificam os sujeitos da amostra e caracterizam o AVE clinicamente. Para avaliar a funcionalidade dos sujeitos utilizou-se o domínio Atividade e Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A associação das categorias

de atividade e participação com a acessibilidade à reabilitação foi verificada por meio do teste Qui-Quadrado com nível de significância de 5%. Constatou-se maior comprometimento nas categorias Uso fino da mão, Recreação e Lazer, Deslocar-se e Fala no grupo dos participantes que tiveram acessibilidade aos serviços de reabilitação, indicando que a dificuldade nestas atividades provoca no indivíduo a necessidade de inserção nos serviços destinados a reabilitação. Este estudo demonstrou que a maioria dos pacientes pós-AVE apresenta consequências crônicas em suas funções corporais, predispondo a necessidade de inserção contínua nos serviços de reabilitação para maximizar a funcionalidade nas atividades cotidianas e facilitar a participação social.

Palavras chave: Acidente Cerebral Vascular, Acesso aos Serviços de Saúde, Reabilitação, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

ABSTRACT

An Encephalic Vascular Accident (EVA) is a chronic-degenerative disease and represents a challenge not only for its social impact, but also for its repercussions on the life of its victims and, when not lethal, the EVA usually creates serious consequences to the individual, to families, and to society. The present study seeks to describe and analyze the functionality of patients with EVA who are registered within the coverage area of the Family Health Teams in the city of João Pessoa, according to their access to rehabilitation. It is a transversal study with a sample of 140 individuals over 18 years of age, who were afflicted with EVA between the years 2006 and 2010. The descriptive variables were those that identified the sample subjects and characterized the EVA clinically. To evaluate the functionality of the subjects, the Activity and Participation domains of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) were used. The association of the activity and

participation categories with the access to rehabilitation was checked through the Chi-Squared test with a 5% level of significance. Greater impairment was evidenced in the categories Fine Hand Use, Recreation and Leisure, Mobility, and Speech in the group of participants who had access to rehabilitation services, indicating that the difficulty in these activities creates the need for the individual to be inserted into the rehabilitation services. This study showed that most post-EVA patients present chronic consequences in their bodily functions, predisposing them to need continuous insertion into the rehabilitation services to maximize their functionality in daily activities and to facilitate their social participation.

Keywords: Stroke, Access to Health Services, Rehabilitation, International Classification of Functioning, Disability, and Health

¹ Fisioterapeuta, Pesquisador do LEPASC/ Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

² Fisioterapeuta, Doutora, Professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

³ Fisioterapeuta, Mestre, Professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

* Baseado no trabalho de conclusão de curso de LUCENA EMF, apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, em 2011. Pesquisa financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ – Processo n° 005/2009).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal da Paraíba - UFPB • Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Fisioterapia
Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva - LEPASC - Campus I • Cidade Universitária - João Pessoa / PB • Cep 58059-900
E-mail: eleazar_lucena@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O quadro atual da transição epidemiológica brasileira evidencia que os altos índices de doenças infectocontagiosas do passado deram lugar às patologias de início insidioso e de longa duração, denominadas de não-transmissíveis ou crônico-degenerativas. O perfil de adoecimento gerado por essas últimas requer, sobretudo, o conhecimento acerca do que acontece com os pacientes após o diagnóstico, particularmente porque essas doenças se caracterizam pela sua evolução, com diminuição progressiva da capacidade do indivíduo de realizar as atividades na vida cotidiana e por dificuldades na participação social.¹

Dentre essas doenças, destaca-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE), que é uma doença crônico-degenerativa e refere-se a uma disfunção neurológica aguda de etiologia vascular com surgimento rápido das manifestações clínicas, as quais variam de acordo com a região afetada do cérebro.² O comprometimento da circulação sanguínea em 80% dos casos deve-se à oclusão de uma artéria, caracterizando o AVE isquêmico. Já o AVE hemorrágico ocorre devido a um sangramento anormal para o parênquima cerebral.³

O AVE, em relação à abrangência das condições crônicas de saúde, é uma das doenças mais incapacitantes e que gera um impacto em diversas funções humanas. Apresenta elevada prevalência e comumente está associado a altos índices de morbidade e incapacidade que resultam em diferentes problemas de saúde pública.^{2,4} Neste sentido, torna-se imprescindível levantar indicadores sobre as condições de saúde geradas pelo AVE. Essa tarefa é subsidiada pelo quadro de morbidade e pela repercussão que a incapacidade provoca no indivíduo.⁵

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, e retrata um modelo de funcionalidade a partir de um sistema de classificação, onde as várias dimensões de saúde são integradas por uma abordagem biopsicossocial.¹ Nessa perspectiva, o modelo da CIF que traduz o nível de saúde de uma população ganha grande relevância, pois aponta para o aspecto social e de relações ratificando que a saúde precisa ser vista por um prisma que inclua os recursos sociais, pessoais e a capacidade física.⁶

Deficiências, limitação de atividades e restrição à participação social foram definidas na CIF como componentes importantes do estado de saúde de um indivíduo e para promoção de políticas de inclusão social. Dentre os domínios

considerados pela classificação, a Atividade é definida como a execução de uma tarefa ou uma ação por um indivíduo, sendo considerada como a perspectiva individual da funcionalidade, já a Participação, tenta compreender o envolvimento de uma pessoa numa situação da vida real, cuja perspectiva representa o componente social da funcionalidade humana.^{7,8}

Os indivíduos com deficiência estão mais expostos a outros problemas de saúde associados à sua deficiência, resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental.⁹

A acessibilidade indica as características da oferta que intervêm na relação entre as características dos indivíduos e o uso dos serviços.¹⁰ No caso das pessoas com doenças cerebrovasculares, envolve demandas diferenciadas, incluindo-se a reabilitação na assistência à saúde, tendo como foco contribuir para a inserção plena do indivíduo em todas as esferas da vida social, além de prevenir agravos que determinam o aparecimento de outras doenças.¹¹ A acessibilidade à reabilitação pode exercer grande influência na funcionalidade do indivíduo com seqüela de AVE, tanto no sentido de promover avanços deletérios no quadro de incapacidade quando esta é deficitária, quanto no sentido de prover aos indivíduos a capacidade de lidar melhor com seu quadro residual com vistas a uma vida com qualidade.

OBJETIVO

O estudo tem como objetivo descrever e analisar os componentes Atividade e Participação da CIF entre os usuários com AVE, adscritos na área de cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF's) do município de João Pessoa e suas associações com o acessibilidade à reabilitação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, envolvendo indivíduos com idade acima de 18 anos e diagnóstico de AVE no município de João Pessoa. A malha amostral foi montada a partir de listas fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, totalizando 324 sujeitos de ambos os sexos, acometidos por AVE no período entre os anos de 2006 e 2010, que estão vinculados às Unidades de Saúde da Família.

O tamanho amostral foi definido a partir da fórmula: $n = Z^2 PQ/d^2$, sendo n= tamanho amostral mínimo; Z= variável reduzida; P= probabilidade de encontrar o fenômeno es-

tudado; Q= 1-P; d= precisão desejada. Adotou-se p= 50%, por se tratar de uma avaliação multidimensional, e a precisão almejada para o estudo de 10%. Com base nesse critério, a amostra mínima prevista calculada foi de 147 sujeitos. Estimando-se as perdas amostrais em 10%, definiu-se como tamanho amostral de 161 sujeitos. No entanto foram entrevistados 140 indivíduos, pelo fato de que nas listas constava uma quantidade significativa de usuários que não se adequavam aos critérios de inclusão por não ter diagnóstico de AVE, apresentar tempo de acometimento superior a cinco anos ou ter ido a óbito, correspondendo a 18,52% do número total de sujeitos.

Utilizou-se como instrumento um formulário estruturado que contempla questões relativas ao perfil socioeconômico e clínico da pessoa com AVE, além de itens acerca da acessibilidade à reabilitação. Questões relativas ao domínio Atividade e Participação segundo a CIF também foram utilizadas, com perguntas específicas para cada categoria avaliada.

Para tornar o uso da CIF exequível neste estudo, elegeram-se domínios tomando como referência o *Core set* de AVE, visando levantar as principais dimensões afetadas nos usuários acometidos. O termo *core set* refere-se a itens essenciais a serem levantados em uma determinada condição de saúde específica.¹² Nos casos onde os sujeitos apresentaram déficit cognitivo e/ou déficit de fala, os dados foram obtidos por meio do cuidador, ou outro informante *proxi*.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas no domicílio dos sujeitos, por 10 entrevistadores devidamente treinados. O treinamento da equipe se deu em 07 etapas, a saber: 1) leitura crítica do instrumento; 2) treinamento no uso da CIF; 3) aplicação do instrumento completo entre os entrevistadores; 4) discussão dessa aplicação; 5) aplicação piloto em usuários da Clínica Escola da UFPB; 6) avaliação da aplicação piloto; 7) elaboração do manual do pesquisador.

As variáveis dependentes analisadas foram às categorias que qualificam a limitação nas atividades e restrição na participação social dos indivíduos, juntamente com uma variável dicotômica que discrimina o acessibilidade à reabilitação. As variáveis descritivas foram aquelas que identificam os sujeitos da amostra e caracterizam o AVE clinicamente. A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre Julho de 2010 a Abril de 2011.

As informações colhidas foram sistematizadas em um banco de dados. Utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, para a análise dos dados por meio de medidas de tendência

central e dispersão para gênero, idade, variáveis socioeconômicas, aspectos clínicos do AVE e categorias da CIF. A associação das categorias de atividade e participação com a acessibilidade à reabilitação foi verificada por meio do teste Qui-Quadrado com nível de significância de 5%.

A pesquisa foi realizada de acordo com os seguintes aspectos éticos: concordância em participar do estudo, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que institui os direitos humanos nos indivíduos em experiências na área de saúde. Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), sendo aprovado com o Protocolo número 430/09.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1. A amostra é composta por 47,9% de indivíduos do sexo masculino e 52,1% do sexo feminino. Quanto às faixas etárias de pessoas com seqüelas de AVE, notou-se que a maior incidência foi nos indivíduos com mais de 60 anos. A média de idade foi de 66,3±12,8 anos.

Em relação à escolaridade, apesar de mais da metade dos indivíduos serem alfabetizados (60%), a maioria possuía baixo nível de escolaridade. No que se refere à renda, 49,3% dos sujeitos tinham renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, aqueles que a renda familiar estava acima de 3 salários mínimos correspondiam a 45,7%. Quanto ao estado civil, 64,3% da amostra referiram ser casados ou morando junto.

A Tabela 2 apresenta as características clínicas do Acidente Vascular Encefálico e os dados que envolvem o acesso à reabilitação que os sujeitos tiveram à reabilitação. Constatou-se que o AVE isquêmico era mais prevalente (40,7%), enquanto que o hemorrágico representa 12,9% dos casos; porém 46,4% dos indivíduos não sabiam por qual tipo foram acometidos. Em apenas 4,1% da amostra, ambos os lados do corpo foram afetados. Em relação ao número de acometimentos, verificou-se que 65,7% dos sujeitos sofreram apenas um AVE, e 34,3% foram acometidos duas vezes ou mais. O tempo médio decorrido desde o último episódio do AVE foi de 29,1 meses.

No que diz respeito à acessibilidade, 67,9% dos sujeitos revelaram ter realizado reabilitação após o AVE. Dentro os que tiveram acessibilidade, 42,0% realizaram o tratamen-

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra

Características	N	%	IC 95%
Sexo			
Feminino	73	52,1	43,5 – 60,7
Faixa etária			
25-44 anos	7	5,0	2,0 – 10,0
45-59 anos	30	21,4	14,9 – 29,2
60 anos e mais	103	73,6	64,7 – 80,0
Alfabetizado			
Sim	84	60,0	51,4 – 68,2
Não	55	39,3	31,1 – 47,9
Não sabia / não respondeu	1	0,7	0,0 – 3,9
Renda			
Menos de 1 salário mínimo	4	2,9	0,8 – 7,2
De 1 a 2 salários mínimos	69	49,3	40,7 – 50,9
3 ou mais salários mínimos	64	45,7	37,3 – 54,3
Não sabia / não respondeu	3	2,1	0,2 – 5,1
Estado civil			
Casado ou Morando juntos	90	64,3	55,8 – 72,2
Separado ou Desquitado	28	20,0	13,7 – 27,6
Viúvo e solteiro	22	15,7	10,1 – 22,8
Cohabitação			
De 1 a 2 pessoas	35	25,0	18,1 – 33,0
De 3 a 4 pessoas	60	42,9	34,5 – 51,5
5 ou mais pessoas	45	32,1	24,5 – 40,6

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2011.

to por até no máximo 11 meses, enquanto que 24,3% o realizaram por mais de 12 meses; 1,4% dos indivíduos não souberam informar o tempo da reabilitação. Verificou-se que apenas 21,4% estavam realizando tratamento no dia da entrevista.

O comprometimento no domínio Atividade e Participação da CIF é apresentado na Tabela 3. Foram excluídos os dados que refletiam o comprometimento decorrente de comorbidades ou por outros fatores que não estiveram relacionados com o AVE. Notou-se que as categorias comprometidas mais frequentes foram aquelas relacionadas com a mobilidade dos sujeitos, *deslocar-se* (85,9%), *deslocar-se por diferentes locais* (83,1%) e *andar* (82,8%).

Constatou-se que importantes componentes que envolvem as atividades básicas de vida diária (ABVD's) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) revelaram-se comprometidos pelo AVE, *dirigir* (80,0%) *utilização de transporte* (77,4%), *realização de tarefas domésticas* (76,9%),

vestir-se (72,5%), *realizar rotina diária* (67,2%), *cuidado das partes do corpo* (66,9%), *preparação de refeições* (63,6%) e *lavar-se* (62,3%).

Categorias que refletem a participação social dos indivíduos mostraram-se prevalentes em relação à presença de dificuldades neste domínio, como *conseguir, manter e sair de um emprego* (78,0%), *recreação e lazer* (70,7%) e *vida comunitária* (60,2%).

Dentre as variáveis analisadas foi constatado que algumas se apresentaram como sem repercussão incapacitante pelo AVE na maioria dos indivíduos, foram elas: *beber* (59,7%), *comer* (54,4%), *conversação* (54,4%), *ler* (53,6%) e *calcular* (51,5%).

A Tabela 4 apresenta a associação entre os componentes da CIF no que tange a Atividade e Participação e a variável acessibilidade aos serviços de reabilitação. Constatou-se que os sujeitos que apresentaram comprometimento nas categorias com maiores prevalências são aqueles que obtiveram acessibilidade à reabi-

Tabela 2 – Características do AVE e de acessibilidade à reabilitação da amostra

Características	n	%	IC 95%
Tipo de AVE			
Isquêmico	57	40,7	32,5 – 49,3
Hemorrágico	18	12,9	7,8 – 19,6
Não sabiam	65	46,4	38,0 – 55,0
Lado afetado			
Direito	63	45,0	36,6 – 53,6
Esquerdo	58	41,4	33,2 – 50,1
Ambos	6	4,3	1,6 – 9,1
Sem comprometimento motor percebido	13	9,3	5,0 – 15,4
Nº de acometimentos ao longo da vida			
Uma vez	92	65,7	57,2 – 73,5
Duas vezes ou mais	48	34,3	26,5 – 42,8
Tempo decorrido do último acometimento			
De 0 à 11 meses	35	25,0	18,1 – 33,0
De 12 à 23 meses	27	19,3	13,1 – 26,8
De 24 à 35 meses	22	15,7	10,1 – 22,8
De 36 à 47 meses	25	17,9	11,9 – 25,2
De 48 à 60 meses	29	20,7	14,3 – 28,4
Não sabiam	2	1,4	0,2 – 5,1
Teve acessibilidade ao serviço de reabilitação			
Sim	95	67,9	59,4 – 75,5
Encontrava-se em reabilitação na data da entrevista			
Sim	30	31,6	22,4 – 41,9
Não	65	68,4	58,1 – 77,6
Tempo que realizou reabilitação			
De 0 a 11 meses	59	42,2	33,9 – 50,8
De 12 meses ou mais	34	24,3	17,4 – 32,2
Não sabiam	2	1,4	0,2 – 5,1
Sem acessibilidade	45	32,1	24,5 – 40,6

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2011.

litação para o AVE. Dentre as categorias, o *uso fino da mão, recreação e lazer, deslocar-se e fala*, foram aquelas que apresentaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,005$).

DISCUSSÃO

De acordo com os dados referentes ao sexo, a amostra tendeu a ser homogênea. No município de João Pessoa, o AVE parece acometer com maior frequência a faixa etária com 60 anos ou mais, corroborando com a literatura.¹³⁻¹⁵ Este fato possivelmente demonstra um reflexo dos hábitos de vida da sociedade atual,

mostrando que há uma tendência de maior incidência e prevalência de AVE com o aumento da expectativa de vida ocorrido nos últimos anos. No que diz respeito à escolaridade dos sujeitos, o nível educacional se relaciona de forma inversa com a incidência dos principais fatores de risco do AVE,¹⁵ decorrente da carência de medidas preventivas quanto aos cuidados com a saúde.

Os resultados obtidos que caracterizam clinicamente o AVE estão de acordo com outros autores,^{3,13,16} os quais revelaram que o tipo isquêmico foi mais prevalente do que o hemorrágico, entretanto é relevante o fato que a maioria dos voluntários não soube informar o

tipo do acometimento, fato preocupante tendo em vista que esse tipo de informação é essencial para as intervenções clínicas, e se tratando de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos pelas ESF's pode revelar falhas importantes no sistema de referência e contra-referência no que diz respeito às informações sobre o quadro dos acometidos.

Quanto à utilização da CIF para avaliar o estado funcional de indivíduos há poucos estudos que analisam o impacto causado pelo AVE a partir desta classificação. Em contrapartida, há uma variedade de instrumentos que são usados para medir as repercussões do AVE no âmbito funcional, os quais são operacionalizados sem considerar o impacto da doença pela perspectiva biopsicossocial proposta pela OMS.^{17,18}

Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que a principal repercussão do AVE no domínio Atividade e Participação refere-se à mobilidade dos indivíduos. Tal limitação é justificada pela dificuldade dos hemiplégicos em suportar o peso no dimídio afetado, o que dificulta o controle postural e gera dificuldades na realização de movimentos do tronco e membros.¹⁹ Corrêa et al,²⁰ demonstraram que pacientes pós-AVE apresentam alterações significativas nos membros inferiores que comprometem a funcionalidade da marcha. Este aspecto pode se agravar frente às condições ambientais de moradia que dificultem estas atividades, como terrenos acidentados, córregos a céu aberto, ruas sem pavimentação, dentre outros.

Em relação às categorias *uso da mão e do braço* e *uso fino da mão*, os dados obtidos apontam que os sujeitos da amostra apresentam comprometimento na função do membro superior. A função normal do membro superior envolve a capacidade de alcance direcionado, prensão e manipulação de objetos. Essas habilidades constituem a base do desempenho motor necessária para a execução das atividades de vida diária com eficiência.²¹ No estudo de Senkiio et al,²² foi verificado que as dificuldades no desempenho funcional do membro superior dos indivíduos estiveram relacionadas com a dor localizada no ombro acometido, e que aspectos como a estabilidade na articulação do punho, prensão e melhora na coordenação motora foram fundamentais para beneficiar a realização das AVD's. Nessa perspectiva, um sistema de saúde hierarquizado e estruturado precisa contar com serviços que possibilitem a plena reabilitação física, contando com estabelecimentos públicos de excelência na reabilitação segmentar e integral, bem como com a dispensação de dispositivos auxiliares para o bom desempenho e manutenção das atividades humanas.

Analisando-se os resultados referentes às ABVD's, foi constatado que nos itens *andar, vestir-se, cuidados das partes do corpo e lavar-se*, o nível de capacidade funcional para a realização destas atividades mostrou-se comprometido na maioria dos sujeitos. Estudo realizado por Riberto et al,²³ constataram que a maioria dos pacientes com seqüelas de AVE são dependentes para a alimentação, higiene pessoal e vestir a metade inferior do corpo. Na pesquisa de Polese et al,³ verificou-se a dificuldade de pacientes pós-AVE na atividade *vestir-se*, onde 94% dos sujeitos avaliados apresentavam alguma dependência neste quesito.

Em nosso estudo as AIVD's nas quais os indivíduos apresentaram maior comprometimento foram *dirigir, utilização de transporte, realização de tarefas domésticas, realizar rotina diária e preparação de refeições*. No trabalho elaborado por Rizette & Trevisan,²⁴ ao avaliarem a capacidade de pacientes que sofreram AVE na realização de atividades instrumentais, constataram que 70% da amostra utilizava o transporte coletivo de forma independente, 60% não conseguiam planejar e servir refeições sozinhos, e apenas 20% realizavam trabalhos domésticos sem nenhum auxílio. Outro determinante que dificulta o desempenho nas atividades cotidianas é o comprometimento no equilíbrio, que reflete insegurança para o indivíduo com seqüelas do AVE.²³ Como geralmente os indivíduos apresentam dificuldade para executar tarefas simples do dia a dia, atenta-se para o papel do cuidador, o qual atua auxiliando ou suprindo a realização destas atividades.²⁵ Para além disso, é necessário repensar o papel dos profissionais ligados a reabilitação do acometido por AVE como Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Nutricionistas, Psicólogos e outros, visto que as ABVD's e as AIVD's são dependentes de abordagens multidisciplinares e que estas precisam ser garantidas no âmbito do sistema de saúde, sobretudo nos territórios cobertos pelas ESF's.

Observando a participação social dos sujeitos com base nas análises feitas, percebeu-se que as categorias onde houve maior prevalência de comprometimento foram *conseguir, manter e sair de um emprego e recreação e lazer*. No tocante ao trabalho ou emprego, constatou-se que a restrição decorrente da incapacidade representa um aspecto negativo pelo qual ocorre uma redução da renda familiar,²³ além disso, reflete uma grande desvalorização pessoal para o indivíduo, o que representa uma situação de desvantagem social que em alguma medida vem sendo dirimida com as políticas de cotas nos concursos públicos e nas políticas de emprego para a pessoa com deficiência

Tabela 3 – Prevalência de comprometimento atribuídos exclusivamente ao AVE nas variáveis executadas pela amostra na dimensão atividades e participação da CIF

Atividade	Algum comprometimento			Sem comprometimento			n
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	
Deslocar-se	110	85,9	78,7 – 91,4	18	14,1	8,6 – 21,3	128
Deslocar-se por diferentes locais	108	83,1	75,5 – 89,1	22	16,9	10,9 – 24,5	130
Andar	106	82,8	74,5 – 88,3	23	17,8	11,7 – 25,5	129
Dirigir	32	80,0	64,4 – 90,9	8	20,0	9,1 – 35,6	40
Conseguir, manter e sair de um emprego	46	78,0	65,3 – 87,7	13	22,0	12,3 – 34,7	59
Utilização de transporte	103	77,4	69,4 – 84,2	30	22,6	15,8 – 30,6	133
Realização de tarefas domésticas	93	76,9	68,3 – 84,0	28	23,1	16,0 – 31,7	121
Deslocar-se utilizando algum equipamento	53	76,8	65,1 – 86,1	16	23,2	13,9 – 34,9	69
Mudar a posição básica do corpo	96	72,7	64,3 – 80,1	36	27,3	19,9 – 35,7	132
Vestir-se	100	72,5	64,2 – 79,7	38	27,5	20,3 – 35,8	138
Recreação e lazer	94	70,7	62,2 – 78,2	39	29,3	21,8 – 37,8	133
Manter a posição do corpo	92	69,7	61,1 – 77,4	40	30,3	22,6 – 38,9	132
Realizar rotina diária	90	67,2	58,5 – 75,0	44	32,8	25,0 – 41,5	134
Cuidado das partes do corpo	93	66,9	58,4 – 74,6	46	33,1	25,4 – 41,6	139
Uso fino da mão	93	64,4	58,0 – 74,2	47	33,6	25,8 – 42,0	140
Uso da mão e do braço	90	64,7	56,2 – 72,7	49	35,3	27,3 – 43,8	139
Preparação de refeições	76	63,3	54,1 – 71,9	44	36,7	28,1 – 45,9	120
Lavar-se	86	62,3	53,7 – 70,4	52	37,7	29,6 – 46,3	138
Vida comunitária	68	60,2	50,5 – 69,3	45	39,8	30,7 – 49,5	113
Fala	84	60,0	51,4 – 68,2	56	40,0	31,8 – 48,6	140
Escrever	57	57,0	46,7 – 66,9	43	43,0	33,1 – 53,3	100
Calcular	50	48,5	38,6 – 58,6	53	51,5	41,4 – 61,4	103
Ler	45	46,4	36,2 – 56,8	52	53,6	43,2 – 63,8	97
Conversação	62	44,6	36,2 – 53,3	77	55,4	46,7 – 63,8	139
Comer	62	44,6	36,2 – 53,3	77	55,4	46,7 – 63,8	139
Beber	56	40,3	32,1 – 48,9	83	59,7	51,1 – 67,9	139

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2011.

em troca de incentivos fiscais para as empresas. Isso é válido para as pessoas em idade produtiva, entretanto, no contexto do presente estudo, a maioria dos sujeitos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, não se enquadrando na condição de sofrer restrição ao trabalho ou emprego por conta da deficiência.

No que se refere ao comprometimento nas atividades de recreação e lazer, verifica-se que a restrição da participação nessas atividades pode ter efeitos negativos tanto no aspecto de saúde, quanto no papel desses sujeitos na sociedade. Isso pode resultar em perda de papéis e status e, conseqüentemente, em dependência.²⁶ Assim, pode levar ao afastamento

dos espaços de convivência grupal, sejam eles comunitários, políticos ou religiosos, levando a um isolamento social.²⁷

No que diz respeito às categorias que se mostraram sem comprometimento na maior parte da amostra encontravam-se as atividades básicas *beber e comer*, tais ações estão ligadas ao ato de deglutir, a qual tem grande repercussão sobre os fatores sociais da alimentação. Marques et al,²⁸ afirmaram que a dificuldade na deglutição pode ser encontrada em quase metade dos casos na fase aguda do AVE. *Conversação* foi outro componente que não foi predominante nas atividades comprometidas, sendo esta essencial para a interação social do

Tabela 4 – Correlação entre a dimensão atividade e participação da CIF e acessibilidade à reabilitação

Atividade	Acessibilidade à reabilitação			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Uso fino da mão				
Com comprometimento	73	78,5	20	21,5
Sem comprometimento	22	46,8	25	53,2
Recreação e lazer				
Com comprometimento	72	76,6	22	23,4
Sem comprometimento	17	43,6	22	56,4
Deslocar-se				
Com comprometimento	82	74,5	28	25,5
Sem comprometimento	7	38,9	11	61,1
Fala				
Com comprometimento	65	77,4	19	22,6
Sem comprometimento	30	53,6	26	46,4
Uso da mão e do braço				
Com comprometimento	68	75,6	22	24,4
Sem comprometimento	26	53,1	23	46,9
Cuidado das partes do corpo				
Com comprometimento	70	75,3	23	24,7
Sem comprometimento	25	54,3	21	45,7
Lavar-se				
Com comprometimento	65	75,6	21	24,4
Sem comprometimento	29	55,8	23	44,2
Vestir-se				
Com comprometimento	74	74,0	26	26,0
Sem comprometimento	20	52,6	18	47,4
Deslocar-se utilizando algum equipamento				
Com comprometimento	40	75,5	13	24,5
Sem comprometimento	7	43,8	9	56,2
Vida comunitária				
Com comprometimento	52	76,5	16	23,5
Sem comprometimento	25	55,6	20	44,4
Beber				
Com comprometimento	44	78,6	12	21,4
Sem comprometimento	50	60,2	33	39,8

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2011.

indivíduo. Chama atenção o fato que mais da metade dos sujeitos revelaram algum comprometimento na fala, indicando que os indivíduos conseguem outros meios de se expressarem.

Em relação à correlação da funcionalidade dos indivíduos com a acessibilidade aos servi-

ços de reabilitação, constatou-se que algumas categorias se associaram significativamente. Verificou-se maior comprometimento no grupo dos participantes que tiveram acessibilidade aos serviços, todavia não se pode afirmar que a acessibilidade não representou ganhos funcionais na atividade e participação dos sujeitos, uma vez que não obtiveram os dados referentes à funcionalidade anteriormente à reabilitação.

Outro aspecto relevante para se discutir diz respeito às formas de acessibilidade. Dados quanto ao início precoce do tratamento, o setor onde foi realizada a reabilitação, os profissionais envolvidos e a duração do tratamento se apresentaram muito heterogêneos. Entretanto, faz-se necessário enfatizar que o objetivo do nosso estudo não está centrado em avaliar a qualidade da assistência na reabilitação, e sim conhecer a real demanda destes serviços, sobretudo porque a acessibilidade e a prestação de serviços na reabilitação diferem entre os usuários.

O fato das categorias *uso fino da mão, recreação e lazer, deslocar-se e fala*, apresentarem associação estatística com a acessibilidade à reabilitação, significa que a dificuldade nestas atividades provoca no indivíduo a necessidade de inserção nos serviços e ações da reabilitação por se tratarem de atividades humanas de grandes hegemonias. Depreende-se, então, que a ausência de comprometimento nestas dimensões diminui o interesse ou empenho do usuário em buscar o serviço. Nossos achados apontam, também, que os sujeitos que não apresentam comprometimento não realizam reabilitação por vontade própria ou pela falta de encaminhamento médico.

Embora não tenha apresentado associação estatística ($p > 0,005$), a prevalência de outras atividades também sugere o acima exposto. Ao se analisar a prevalência de usuários com comprometimento nas atividades *uso da mão e do braço, cuidado das partes do corpo, vestir-se, deslocar-se utilizando algum equipamento, vida comunitária e beber*, constatou-se que a maioria obteve acessibilidade aos serviços de reabilitação.

CONCLUSÃO

Nos resultados aqui obtidos, ficou evidente que as consequências do AVE provocam na maioria dos indivíduos repercussões crônicas em suas funções corporais, acarretando a necessidade de inserção contínua nos serviços de reabilitação, de forma que esta possa maximizar a funcionalidade na realização das atividades e melhorar a satisfação no contexto social.

Neste estudo pôde-se perceber que a CIF enquanto instrumento de avaliação mostrou-se bastante sensível em identificar a presença de comprometimento relacionado à funcionalidade e/ou incapacidade. As limitações abrangem desde as atividades cotidianas básicas até aspectos de ordem social que são imprescindíveis para a qualidade de vida dos indivíduos. Pela diversidade de problemas na atividade humana decorrentes das doenças cerebrovasculares, faz-se necessário que as intervenções no campo da reabilitação tenham uma abordagem multidisciplinar, de modo a garantir sua efetividade. Essa perspectiva se coaduna com a política para pessoa com deficiência, aplicada também aos usuários com AVE, para que as necessidades reais desta população possam ser atendidas de forma adequada.

Neste trabalho, por tratar-se de um estudo transversal não foi possível verificar o efeito da acessibilidade à reabilitação na funcionalidade dos usuários acometidos pelo AVE. Destaca-se, então, a importância da realização de novos estudos utilizando a CIF no âmbito da atenção primária à saúde, com a possibilidade de acompanhamento dos pacientes acometidos por AVE para verificar o quanto a garantia da acessibilidade à reabilitação influencia na funcionalidade dos usuários, particularmente no espaço onde as ESF's atuam na prestação de serviços, permitindo, assim, conhecer a interação dos fatores ambientais com a atividade e participação destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e Incapacidade Humana. Cad. Saúde Pública. 2009;25(3):475-83.
2. Faria CDCM, Saliba VAS, Teixeira-Samela LF, Nadeau S. Comparação entre indivíduos hemiparéticos com e sem histórico de quedas com base nos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fisioter Pesqui. 2010;17(3):242-7.
3. Polese JC, Tonial A, Fung FK, Mazuco R, Oliveira SG, Shuster RC. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico. Rev Neurocienc. 2008;16(3):175-8.
4. Gomes Neto M. Aplicação da escala de qualidade de vida específica para AVE (EQVE-AVE) em hemiplégicos agudos: propriedades psicométricas e sua correlação com a Classificação Internacional de funcionalidade e Incapacidade e Saúde [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade de Minas Gerais; 2007.
5. Farias N, Buchalla CMA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(2):187-93.
6. Araújo ES. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em fisioterapia: uma revisão bibliográfica [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
7. Brasileiro IC, Moreira TMM, Jorge MSB, Queiroz MVO, Mont'álverne DGB. Atividade e participação de crianças com paralisia cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev Bras Enferm. 2009; 62(4):503-11.

8. Fenley JC, Santiago LN, Nardi SMT, Zanetta DMT. Limitação de atividades e participação social em pacientes com diabetes. *Acta Fisiatr.* 2009;16(1):14-8.
9. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saude Publica.* 2010;45(1):99-105.
10. Donabedian A. *Aspects of medical care administration.* Boston: Harvard University Press; 1973.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde.* 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
12. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, et al. ICF Core Sets for stroke. *J Rehabil Med.* 2004;(44 Suppl):135-41.
13. Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004;4(1):95-101.
14. Medina MCG, Shirassu MM, Goldefer MC. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: Karsch UMS. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores.* São Paulo: EDUC; 1998. p.199-214.
15. Perlini NMOG. *Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar [Tese].* São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
16. Rodrigues JE, Sá MS, Alouche SR. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. *Rev Neurocienc.* 2004;12(3):117-22.
17. Andrade PMO. *Avaliação da Funcionalidade em Crianças e Adolescentes com PC e AVC: um estudo exploratório [Dissertação].* Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
18. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
19. Benvegnu AB, Gomes LA, Souza CT, Cuadros TBB, Pavão LW, Ávila SN. Avaliação da Medida de Independência Funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Rev Ciênc Saúde.* 2008; 1(2):71-7.
20. Corrêa FIC, Soares F, Andrade DV, Gondo RM, Peres JA, Fernandes AO, et al. Atividade muscular durante a marcha após acidente vascular encefálico. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(3-B):847-51.
21. Cavaco NS, Alouche AS. Instrumentos de avaliação da função dos membros superiores após acidente vascular encefálico: uma revisão sistemática. *Fisioter Pesqui.* 2010;17(2):178-83.
22. Senkio CH, Souza ED, Negreti MR, Oliveira CA, Alves NPF, Souza SRS. Utilização da escala de Fugl-Meyer no estudo do desempenho funcional de membro superior no tratamento em grupo de indivíduos hemiparéticos pós AVE. *Fisioter Bras.* 2005; 6(1):13-8.
23. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Lourenço C, Battistella LR. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. *Acta Fisiatr.* 2007;14(2):87-94.
24. Rizette DA, Trevisan C M. Avaliação da capacidade funcional em pacientes portadores de sequelas de AVC. *Saúde, Santa Maria.* 2008; 34a(1-2):32-6.
25. Cesário CMM, Penasso P, Oliveira APR. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. *Rev Neurocienc.* 2006; 14(1):6-9.
26. Baptista MN, Morais PR, Rodrigues T, Silva JAC. Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Aval Psicol.* 2006; 5(1):77-85.
27. Ribeiro KSQS. A relevância das redes de apoio social no processo de reabilitação. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2009;13(2):69-78.
28. Marques CHD, André C, Rosso ALZ. Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação. *Acta Fisiatr.* 2008;15(2):106-10.