

Avaliação da capacidade funcional, qualidade de vida e risco de quedas entre os idosos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), institucionalizados e não institucionalizados na cidade de Barbacena - MG.

Evaluation of the functional capacity, quality of life and risk of falls between aged with sequels of Stroke, institutionalized and not institutionalized in the city of Barbacena-MG.

Elzira D'Santiago Marciano¹; Jasiara Carla Oliveira¹, Laila Cristina Moreira Damázio²; Marcos Grissi Pissolat ³.

RESUMO

Trata-se de um estudo randomizado onde foram avaliados risco de quedas, capacidade funcional e qualidade de vida, através da escala de Berg e Dawton, escala MIF e questionário SF36, respectivamente, comparando idosos com sequela de AVE, sendo 10 idosos institucionalizados (grupo I) e 10 idosos não institucionalizados (grupo II) residentes em Barbacena-MG. Os dados recolhidos foram analisados pelo teste *t-Student* com nível de significância de 5% para amostras independentes e o teste de correlação de *Pearson* com nível de significância de 5% para comparação das variáveis em análise. Ao avaliar o equilíbrio e risco de quedas em ambos os grupos obteve-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), sendo que as médias para ambos foram favoráveis para o grupo II demonstrando que o grupo I está mais propenso a quedas. Os resultados para análise da capacidade funcional também apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), sendo que o grupo I obteve menor capacidade funcional. Já na análise da qualidade de vida, nos 8 domínios avaliados, os valores médios dos itens CF, EGS, AS, LAE e SM foram superiores para idosos não-institucionalizados, entretanto foi observada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), apenas para os domínios CF e LAE. Conclui-se que idosos com seqüela de AVE do grupo I apresentaram diminuição de equilíbrio proporcionando alto índice de quedas, quando comparados ao grupo II, além de menor capacidade funcional. No entanto, ao avaliar a qualidade de vida em ambos os grupos somente os itens capacidade funcional e aspecto emocional apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Palavras- chaves: Idosos; acidente vascular encefálico (AVE); qualidade de vida; risco de quedas e capacidade funcional.

ABSTRACT

This is a randomized study were evaluated risk of falls, functional ability and quality of life, using a scale of Berg and Dawton, MIF scale and SF36, respectively, comparing the elderly with stroke sequelae, and 10 elderly subjects (group I) and 10 non-institutionalized elderly (group II) residing in Barbacena-MG. Data collected were analyzed by Student t test with significance level of 5% for independent samples and Pearson correlation test with a significance level of 5% for comparison of variables in the analysis. In assessing the risk of falls and balance in both groups we obtained statistically significant difference ($p < 0.05$), and the averages for both was favorable for the elderly group II demonstrated that the elderly

group I are more likely to falls. In assessing the risk of falls and balance in both groups we obtained statistically significant difference ($p < 0.05$), and the averages for both was favorable for the elderly group II demonstrated that the elderly group I are more likely to falls. The results of functional capacity for analysis also showed statistically significant ($p < 0.05$), and the elderly group I had lower functional capacity. The analysis of quality of life in eight domains assessed, the mean values of the items CF, EGS, AS, SM and LAE were higher for non-institutionalized elderly, which was nevertheless statistically significant difference ($p < 0.05$), only areas for CF and LAE. We conclude that elderly patients with stroke sequelae of group I had lower balance providing high rate of falls, compared with group II, and reduced functional capacity. However, when assessing quality of life in both groups only items functional ability and emotional differences were statistically significant.

Keywords: Elderly; Stroke; quality of life; risk of falls and functional capacity.

¹ Acadêmicas do 8º período do curso de Fisioterapia da Fundação Presidente Antônio Carlos/ FUPAC-Barbacena-MG.

² Orientadora da pesquisa, professora do curso de fisioterapia em Neurologia, Neuroanatomia, Anatomia e Cinesiologia da FUPAC de Ubá MG, professora da Fundação Presidente Antônio Carlos/ FUPAC-Barbacena-MG. Especialista em Fisioterapia Neurológica pela UFMG, PSF/Mestre em Neurociências pela UFSJ e Doutoranda em Ciências Biológicas pela UFV..

³ Co-orientador, professor de matemática e estatística da FUPAC de Barbacena MG, especialista em Gestão Estratégica de Empresas pela FUPAC e mestre em Psicopedagogia pela Universidade de La Habana.

1- INTRODUÇÃO

O envelhecimento compreende como um processo normal, caracterizado pela diminuição da capacidade funcional dos diversos tecidos e órgãos. Deste modo, a velhice pode ser vista tanto do ponto de vista orgânico em suas alterações anatômicas, fisiológicas e psíquicas, quanto do ponto de vista moral e social (NAJAS, 1996; GANDOLFI; SKORA, 2001 *apud* IORIS, 2007).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2009), relata que 11,3% dos brasileiros tinham 60 anos ou mais de idade, frente a 11,1% em 2008 e 9,7% em 2004. A Organização Mundial da Saúde relata ainda em suas projeções estatísticas que entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total, o que nos colocará em termos absolutos com a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (RABELO e NERI, 2006).

A qualidade de vida na terceira idade se vê ainda mais deteriorada quando estão presentes problemas de saúde como Acidente Vascular Encefálico (AVE), que conseqüentemente aumentam a incidência de quedas, gerando incapacidades parciais ou dependência (RIBEIRO *et al.*, 2008).

A incidência de AVE aumenta significativamente a partir dos 60 anos de idade. Segundo Putella e Duarte (2002) *apud* Ioris (2007), o principal grupo de doenças do SNC entre os idosos são as doenças cerebelares. Estas são as principais causas de mortes acima de 60 anos no Brasil.

O AVE apresenta manifestações clínicas que refletem a localização e extensão da lesão vascular. Pacientes com sequelas de AVE demonstram dificuldade em controlar o início do movimento bem como o controle motor voluntário. A principal causa desta interferência é a espasticidade, fazendo com que haja acometimento da habilidade do paciente em produzir e regular o movimento. A espasticidade pode acarretar deformidades estáticas, contudo, esta pode também alterar a angulação articular durante a marcha dinâmica (SALMELA *et al.*, 2005).

Geralmente os sobreviventes de AVE têm de enfrentar incapacidades residuais, tais como paralisia de músculos, rigidez nas partes do corpo afetado, perda de mobilidades das articulações, dores difusas, problemas de memória, incapacidades sensoriais, dificuldade na comunicação oral e escrita, com estes episódios a capacidade funcional fica debilitada (RABELO e NERI, 2006).

As quedas também desencadeiam impactos na vida de um idoso, como a deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde. Em 2005, ocorreram 61.368 hospitalizações por quedas de pessoas com 60 anos idade ou mais de ambos os sexos, representando 2,8% de todas as internações de idosos no país (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Observa-se que a ocorrência de quedas em idosos que residem em instituições de longa permanência é maior que aqueles que residem na comunidade. Acredita-se que seja pelo fato desses idosos apresentarem um perfil diferenciado e grande número de sedentarismo (ORONDINO *et al.*, 2007).

A fraqueza muscular dos pacientes pós-AVE, de acordo com Teixeira-Salmela (2005) tem sido considerada como um fator limitante, pela incapacidade de produzir força muscular para as atividades da vida diária (AVD's). Esses efeitos da diminuição da capacidade funcional acabam dificultando a realização das AVD's e a manutenção de um estilo de vida saudável, gerando apatia, autodesvalorização, insegurança e conseqüentemente, leva o idoso ao isolamento social e à solidão (MATSUDO e MATSUDO, 1992).

Os resultados obtidos a partir deste estudo poderão contribuir para a prática clínica e melhorar a adequação das instituições que acomodam idosos com sequelas de AVE diminuindo prováveis complicações. Também será proveitoso para a comunidade acadêmica que busca novos conhecimentos e se interessa pelo assunto.

Desta forma, este estudo tem por objetivo geral avaliar a capacidade funcional, qualidade de vida e risco de quedas entre os idosos institucionalizados e não-institucionalizados com sequelas de AVE, assim contribuirá cientificamente para discernir o estilo de vida adquirido por estes idosos, permitindo averiguar qual grupo é mais debilitado, além de incentivar novas pesquisas a respeito do tema em questão.

2-MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo randomizado em que foram avaliados risco de quedas, capacidade funcional e qualidade de vida, através de questionários e escalas, comparando idosos que tenham sequelas de AVE institucionalizados e não institucionalizados.

Os critérios de inclusão foram indivíduos entre 60 e 80 anos, em reabilitação fisioterapêutica e diagnosticados com o mínimo de 12 meses de AVE pelo serviço médico, obtidos pela leitura dos prontuários. Os critérios de exclusão foram os indivíduos que apresentaram outras patologias neurológicas associadas, problemas cognitivos, problemas

ortopédicos que limitavam a deambulação e as funções de membros superiores, além de causar dores, problemas cardíacos e respiratórios graves.

A busca pela amostra de idosos institucionalizados foi feita nas instituições de longa permanência de Barbacena-MG, sendo participantes da pesquisa Lar Frederico Ozanan, Instituto Mauro e Alcides Ferreira e Casa do Velho Amigo. E os idosos não institucionalizados foram avaliados em suas respectivas residências.

A amostra total constituiu de 42 indivíduos institucionalizados e não institucionalizados, sendo que 8 dos institucionalizados eram do sexo feminino, porém não correspondiam aos critérios de inclusão. Deste modo, a amostra feminina não institucionalizada também foi descartada para que a amostra final ficasse mais homogênea. Logo, a amostra final foi constituída por 20 indivíduos, com sequelas de AVE, do gênero masculino divididos em dois grupos, sendo que 10 indivíduos eram institucionalizados (Grupo I) e 10 não institucionalizados (Grupo II).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC de Barbacena - Minas Gerais, (Parecer protocolo n 523/09), por estar de acordo com a Resolução de número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. Os presidentes das instituições de longa permanência e os idosos da comunidade receberam termo de consentimento livre e esclarecido, para a segurança dos participantes e da pesquisa, sendo o estudo iniciado após o consentimento dos mesmos.

As escalas utilizadas no presente estudo foram aplicadas por uma única avaliadora, sendo que esta interrogava os participantes de forma clara e objetiva, afim de não induzir respostas, conseqüentemente não alterando ou favorecendo os grupos em avaliação e tornando o estudo mais fidedigno. Os artigos usados para consulta foram retirados das bases de dados Scielo, Bireme e periódicos da Capes.

Foi utilizada para avaliação do equilíbrio corporal a escada de Berg (ANEXO 1), a qual é um teste que contém 14 tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico, tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. A realização das tarefas é avaliada através de observação e pontuação de 0-4, totalizando um máximo de 56 pontos. De acordo com Shumway-Cook e Woollacott (2003), na amplitude de 56 a 54, cada ponto a menos é associado a um aumento de 3 a 4% no risco de quedas, de 54 a 36 a alteração de um ponto é associada a um aumento de 6 a 8% de chances, sendo que abaixo de 36 pontos o risco de quedas é quase de 100%.

Para a avaliação da capacidade funcional foi utilizada a escada (Medida de Independência Funcional) MIF (ANEXO 2) que possui 18 categorias pontuadas de um a sete e classificadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa. As categorias são agrupadas em seis dimensões: autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização do vaso sanitário), controle de esfínteres (controle da diurese e defecação), transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheiro, chuveiro), locomoção (marcha, cadeira de rodas, escadas), comunicação (compreensão, expressão), cognição social (interação social, resolução de problemas, memória). Cada dimensão é analisada pela soma de suas categorias referentes. Quanto menor a pontuação maior é o grau de dependência. A pontuação de cada categoria varia de um a sete (1 – 7), de acordo com o grau de dependência: 7– independência completa; 6- independência modificada; 5- supervisão; 4- ajuda mínima (indivíduo realiza $\geq 75\%$ da tarefa); 3- Ajuda moderada (indivíduo realiza $\geq 50\%$ da tarefa); 2- Ajuda máxima (indivíduo realiza $\geq 25\%$ da tarefa) e 1- Ajuda total.

Somando-se os pontos das dimensões da MIF, obtém-se um escore total mínimo de 18 e o máximo de 126 pontos, que caracterizam os níveis de dependência pelos subescores. A MIF total pode ser dividida em quatro subescores, de acordo com a pontuação total obtida sendo: 18 pontos - dependência completa (assistência total), 19 á 60 pontos - dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa), 61 á 103 pontos - dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa) e de 104 à 126 pontos - independência completa / modificada. A Escala MIF é dividida em dois domínios, o motor e o cognitivo.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizada o questionário genérico SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) que foi validado na cultura brasileira, sendo considerado um instrumento simples, com questões diretas e de fácil compreensão (CICONELLI, 1999). Segundo Ciconelli (1999), o SF-36 (ANEXO 3) é um questionário multidimensional formado por 36 itens que aborda conceitos físicos e mentais englobados em oito domínios: capacidade funcional; limitação por aspecto físico; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais e saúde mental, onde cada domínio possui um escore de 0 a 100, sendo que 100 indica a melhor qualidade de vida e 0 a pior.

O risco de quedas foi avaliado pela escala de Dawnton (ANEXO 4) que é dividida em cinco níveis, distribuídos em: 1 – quedas anteriores; 2 – medicamentos; 3 – déficit sensorial; 4 – estado mental e 5 – marcha. Os subníveis podem ser marcados com asteriscos, sendo que,

cada asterisco significa um ponto. O risco elevado de queda pela escala de Dawnton é com um escore igual ou maior que 3 pontos.

Além das escalas, foram utilizados instrumentos para avaliação do equilíbrio como fita métrica, um banco de 3 degraus e um cronômetro.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, a primeira etapa foi constituída pela busca da amostra e na segunda etapa, todos os indivíduos que haviam sido classificados foram avaliados. Estes dados foram recolhidos e processados em banco de dados eletrônico no programa Microsoft® Excel 07 (Sistema Operacional Windows 07, Microsoft Coporation, Inc.). A análise estatística foi realizada a partir do teste *t-Student* para amostras independentes com nível de significância de 5%, que tem por finalidade comparar duas médias amostrais para verificar se elas estão estatisticamente diferentes. Também foi realizado o teste de correlação de *Pearson*, com nível de significância de 5%, para as correlações das variáveis em análise.

3-RESULTADOS

Do total de idosos estudados a faixa etária variou de 61 a 77 anos, sendo que a média etária foi de $67,8 \pm 4,32$ para idosos institucionalizados (grupo I) e $66 \pm 4,19$ para idosos não-institucionalizados (grupo II).

Com relação ao tempo de ocorrência do AVE o grupo I apresentou uma média de 39,6 meses enquanto que o grupo II apresentou média de 40,1 meses pós AVE.

Foram avaliados equilíbrio, risco de quedas e capacidade funcional de todos os idosos pesquisados. A TAB. 1 demonstra as médias com seus respectivos desvios padrões para as escala Berg, Dawton e MIF

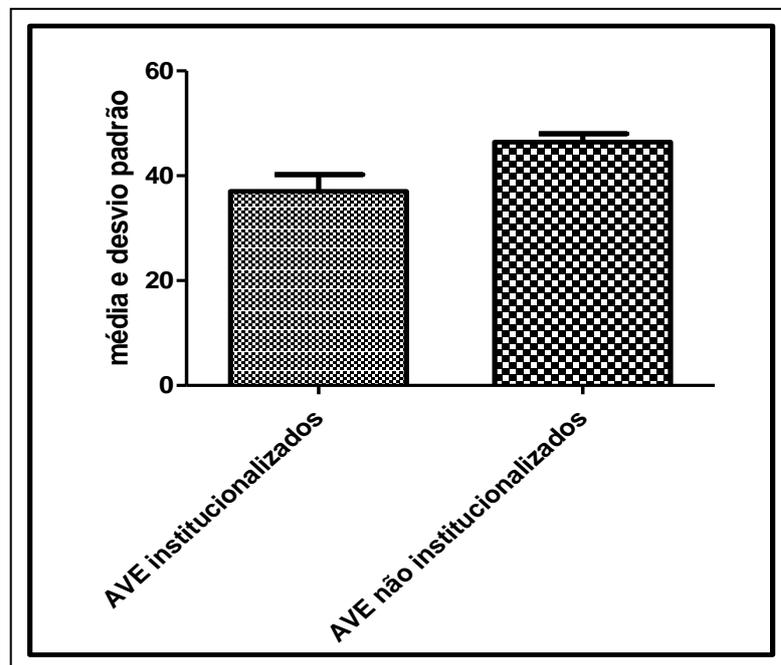
TABELA 1: Equilíbrio, risco de quedas e capacidade funcional avaliados respectivamente pelas escalas Berg, Dawton e MIF em indivíduos idosos com seqüela de AVE institucionalizados e não-institucionalizados

	Institucionalizados Média ± Desvio Padrão (DP)	Não-institucionalizados Média ± Desvio Padrão (DP)	p-valor
Berg	37.000 ± 3.2042	46.400 ± 1.6275	0,0561
Dawton	3.4000 ± 0.58119	1.2000 ± 0.20000	0,0040
MIF	106.40 ± 4.6000	118.10 ± 1.2152	0,0005

FONTE: As autoras.

Os valores médios da Escala de Berg apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), sendo que a média foi superior entre o grupo II quando comparado ao grupo I (GRAF. 1). Entretanto, de acordo com Shumway-Cook e Woollacott (2003), ambos os valores encontrados para os idosos se enquadram em um intervalo que sugere alto risco de queda devido ao déficit de equilíbrio.

GRÁFICO 1: Média e desvio padrão dos dados da Escala de Berg idosos com sequela de AVE institucionalizados e não-institucionalizados.



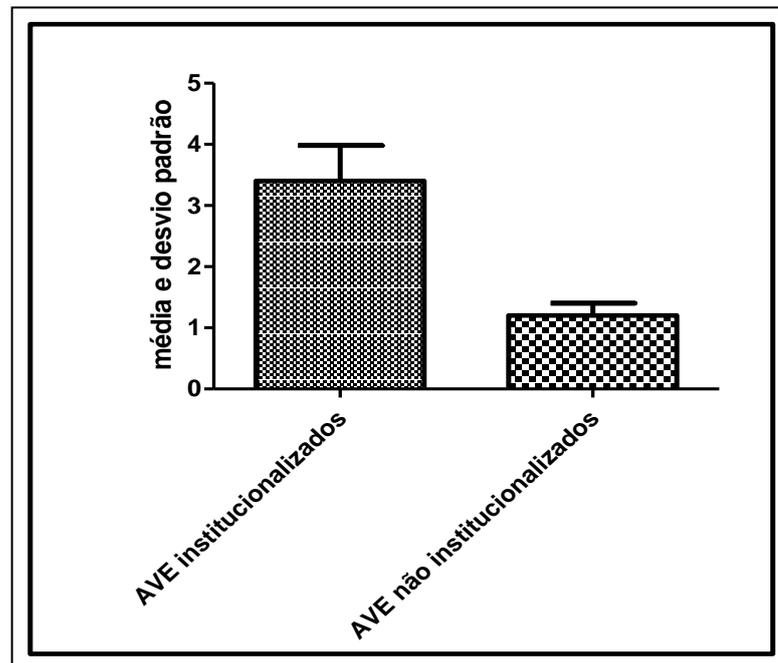
FONTE: As autoras.

Na Escala de Dawton o valor médio foi desfavorável ao grupo I que apresentou uma média de escore de 3,4, ou seja, maior que três pontos estando então classificado no grupo de alto risco de quedas (GRAF. 2), confirmando o resultado da escala de Berg com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Entre os itens avaliados da escala de Dawton, verificou-se o uso de medicamentos sendo estes classificados em tranquilizantes, diuréticos, hipotensores, antiparkinsonianos, antidepressivos e outros medicamentos, em que cada grupo de medicamentos somava 1 ponto. Para idosos do grupo I a média para uso por conjunto de medicamentos foi igual a 1,5 enquanto idosos do grupo II apresentaram média igual a 0,9 indicando que o grupo I faz uso de mais medicamentos. Também foi analisada a qualidade da deambulação, classificando-a

como normal, segura com ajuda (pessoa ou dispositivo), insegura mesmo com ajuda ou impossível (uso de cadeira de rodas), correspondendo a 1 ponto cada item exceto a deambulação normal. Novamente o grupo I apresentou uma maior média (0,6) quando comparado ao grupo II (0), reservando ao primeiro maior necessidade de ajuda para deambular e ficando mais exposto à quedas.

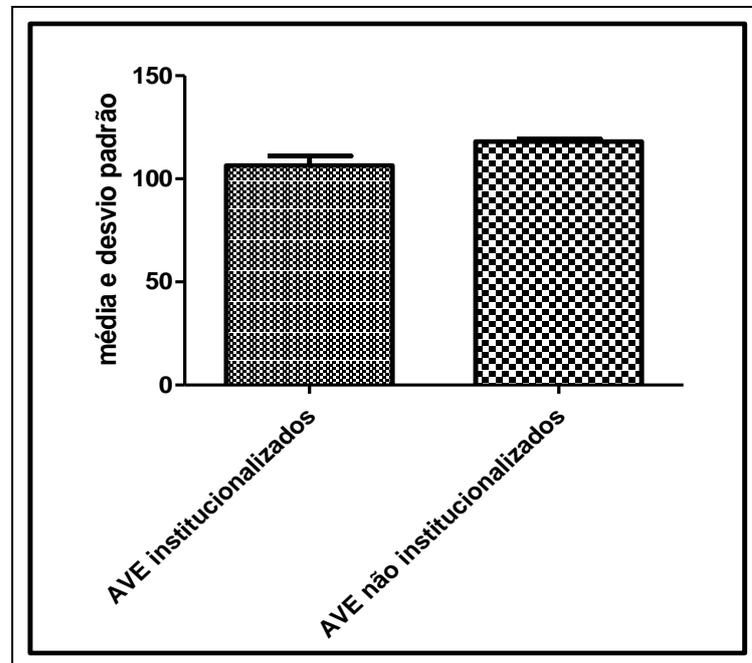
GRÁFICO 2: Média e desvio padrão da Escala de Dawton dos idosos com sequela de AVE institucionalizados e não-institucionalizados.



FONTE: As autoras.

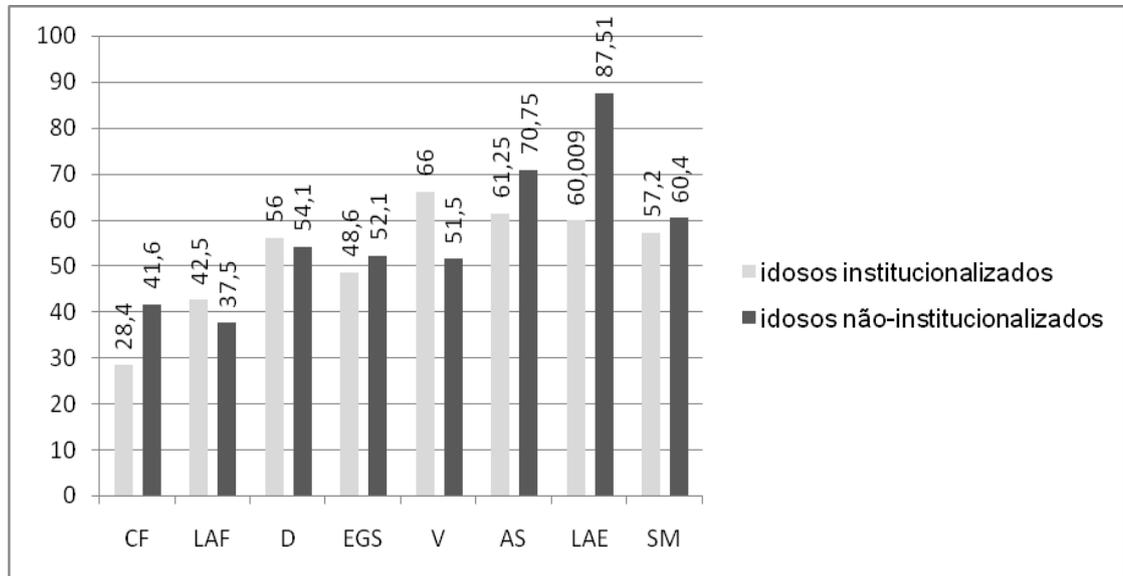
O resultado para escala de MIF, que avalia capacidade funcional também foi estatisticamente significativo ($p < 0,05$), apresentando valor médio menor para o grupo I (106,40) quando comparado ao grupo II (118,10) (GRAF. 3), contudo ambos os valores médios se enquadram em uma independência funcional completa/modificada.

GRÁFICO 3: Média e desvio padrão para Escala MIF comparando idosos com sequela de AVE institucionalizados e não-institucionalizados.



FONTE: As autoras.

Também foi avaliada a qualidade de vida de todos os indivíduos utilizando o questionário SF36 que apresenta 8 domínios, sendo estes: capacidade funcional (CF), limitação por aspecto físico (LAF), dor (D), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (V), aspecto social (AS), limitação por aspecto emocional (LAE) e saúde mental (SM). Neste questionário os resultados mais próximos de 100 indicam melhor qualidade de vida. Logo, para os 8 domínios, os valores médios dos itens CF, EGS, AS, LAE e SM foram superiores para o grupo II, entretanto foi observada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), apenas para os domínios CF e LAE (GRAF. 4).

GRÁFICO 4: Médias para os 8 domínios do questionário SF-36.

FONTE: As autoras.

Na amostra pesquisada não se observou uma correlação significativa entre as escalas de Berg e Dawton ($Pearson r^2 = -0,71$, $p = 0,0002$). Também não foram observados resultados significativos quando se relacionou o risco de quedas com a capacidade funcional dos idosos ($Pearson r^2 = 0,63$, $p = 0,003$) e ao correlacionar equilíbrio com a capacidade funcional ($Pearson r^2 = 0,67$, $p = 0,001$).

4-DISCUSSÃO

O estudo utilizou uma média de idade entre o grupo I e II de 67 anos, isto pode ser justificado por Ricci *et al.*, (2005) que afirma que o idoso com mais de 80 anos apresenta maior chance em apresentar dependência funcional, o que prejudicaria os resultados encontrados.

A análise estatística pelo teste *t-student* demonstrou diferença estatisticamente significativa, com $p < 0,05$, entre as médias da escala de Berg, escala de Dawton e a MIF, entre os idosos com AVE institucionalizados e não-institucionalizados, sendo que, o grupo I apresentou menor média na escala de Berg e MIF, e maior média na escala de Dawton. Isto corrobora com o estudo de Diaz *et al.*, (2009) que evidenciou maior incidência de quedas nos idosos institucionalizados devido a fragilidade e fraqueza muscular. Ainda segundo Siqueira

et al. (2007) esta ocorrência é maior pelo fato desses indivíduos apresentarem um perfil com grandes períodos de sedentarismo.

Em estudo realizado por Fabrício *et al.* (2004) foram entrevistados 50 idosos da comunidade a fim de investigar causas e consequências de quedas em idosos acima de 60 anos. Verificou-se que 54% das quedas apresentaram como causa ambiente inadequado, seguidos por doenças neurológicas (14%) e doenças cardiovasculares (10%).

Dentre os fatores intrínsecos responsáveis por quedas, está o surgimento de doenças que ocasionem redução da capacidade física podendo acarretar efeitos sobre o controle postural do indivíduo e ter ação sobre o equilíbrio. Segundo Kay *et al.*, (1995) e Lipsitz (1996) *apud* Fabrício *et al.*, (2004), as principais condições patológicas que podem predispor à quedas são: as doenças neurológicas, cardiovasculares, endocrinológicas, osteomusculares, geniturinárias, psiquiátricas e sensoriais.

Segundo avaliação feita pelo presente estudo os idosos institucionalizados usam maior quantidade de medicamentos e possuem maior dificuldade para deambulação necessitando de alguma ajuda, portanto ambos esses fatores acabam expondo os idosos à possíveis quedas. Estes dados referentes ao uso de polifármacos estão em concordância com os estudos de Robbins *et al.*, (1989) *apud* Fabrício *et al.*, (2004), que relataram que o uso de quatro ou mais drogas associadas, em idosos, pode levar a maior risco de queda devido a associação entre elas e ao fato de traduzir uma condição de saúde precária. Brito *et al.* (2001) *apud* Fabrício *et al.*, (2004), relatam que medicações como diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos podem ser considerados medicamentos que propiciam quedas. Essas drogas podem diminuir funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural.

Menezes e Bachion (2008) relatam que a senescência propicia desordens dos receptores sensoriais do equilíbrio, do controle postural, do processamento cognitivo central e da resposta motora o que torna o indivíduo mais dependente. Cumiming *et al.* (2000) *apud* Perracini e Ramos (2002), fazem ainda uma correlação entre quedas e capacidade funcional relatando que o prejuízo da última tem papel importante na interação multicausal de quedas.

No presente estudo ao avaliar capacidade funcional de ambos os grupos de idosos foi observado que se enquadram em um nível de independência funcional completa/modificada, todavia os idosos do grupo I apresentaram menor escore na escala MIF, o que foi suficiente para proporcionar diferença estatística significativa entre os grupos. Nesta pesquisa o escore encontrado para o grupo de idosos com AVE de instituições foi de 106,40 classificando-os com dependência completa-modificada. Em estudo realizado por Viana *et al.*, (2008), foi

avaliada capacidade funcional, através da escala MIF, de 14 idosos com seqüela de AVE residentes em instituições de Goiânia. O escore total encontrado foi de 60 (dependência modificada com assistência de 50%). O fato de o idoso possuir AVE, somado a ser institucionalizado pode justificar menor escore encontrado no presente estudo. Silva (2004 *apud* Viana *et al.*, (2008) relata que o risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional aumenta quando o indivíduo com seqüela de AVE é idoso e institucionalizado.

O fato dos idosos incluídos neste estudo apresentarem independência completa/modificada pode se justificar pelo fato de todos possuírem acompanhamento em serviços de reabilitação como fisioterapia e terem acima de 1 ano de seqüela de AVE, sugerindo que os idosos se adaptam com as incapacidades provocadas pelo AVE. Em estudo feito por Cruz e Diogo (2009) em que avaliaram a capacidade funcional de idosos com seqüela de AVE através da MIF em grupos com e sem acesso a serviços de saúde, o grupo que possuía acesso a saúde obteve maior escore.

Segundo Cruz (2004) *apud* Viana *et al.*, (2008), indivíduos com seqüela de AVE que apresentam idade igual ou superior a 55 anos apresentam dificuldade de autonomia e de independência, redução na capacidade funcional e estes fatores quando associados repercutem no agravo da qualidade de vida.

No presente estudo foram identificados valores médios superiores nos itens CF, EGS, AS, LAE e SM, da escala SF-36 (escala de qualidade de vida), para o grupo II, mas só existiu diferença estatisticamente significativa com $p < 0,05$, nos domínios CF e LAE. Os domínios capacidade funcional e limitação por aspecto físico foram os itens que obtiveram menores escores tanto entre idosos institucionalizados quanto idosos não-institucionalizados. Estes resultados são compatíveis com estudo realizado por Cruz e Diogo (2008), que avaliaram qualidade de vida por meio do SF36 em idosos, com e sem assistência à saúde, que vivem na comunidade. Observaram que os domínios, aspecto físico, capacidade funcional e aspecto emocional foram os que obtiveram menor escore. Estes mesmos autores afirmam que tais dados confirmam que a presença de seqüelas, como o AVE, prejudica a funcionalidade dos idosos e mostra que os sujeitos com acesso à saúde apresentam escore superior na dimensão capacidade funcional, quando comparados aos sem acesso.

Ainda segundo Cruz e Diogo (2008), as sequelas motoras, cognitivas, emocionais e sociais do AVE, causam prejuízo no desempenho funcional e conseqüentemente na qualidade de vida dos idosos. Portanto, destacam que a reabilitação é uma das principais formas de tratamento após um episódio de AVE proporcionando melhora e recuperação total ou parcial das funções comprometidas pela doença.

5-CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados pode-se concluir que idosos com sequelas de AVE institucionalizados (grupo I) apresentaram, nesta pesquisa, diminuição de equilíbrio proporcionando conseqüentemente alto risco de quedas. Também apresentaram menor capacidade funcional quando comparados com os idosos com sequelas de AVE não-institucionalizados (grupo II) de Barbacena. No entanto, a qualidade de vida tanto no grupo I quanto no grupo II não apresentou diferenças significativas.

O envelhecimento fisiológico *per si* acarreta perdas significativas na funcionalidade dos idosos prejudicando as AVD's, portanto torna-se relevante considerar as perdas funcionais nos idosos com seqüelas de AVE.

Pesquisas que abordem avaliação do risco de quedas, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos com seqüela de AVE comparando os que vivem na comunidade com os de instituições de longa permanência são escassas na literatura brasileira.

Portanto, este estudo poderá contribuir para a prática clínica, melhorar a adequação das instituições de longa permanência de idosos com sequelas de AVE, além de obter programas de manejo, promoção, prevenção e reabilitação específicas, para que o idoso tenha maior autonomia em realizar suas AVD's, conseqüentemente gerando uma melhor qualidade de vida evitando agravamento e até mesmo óbito.

6-AGRADECIMENTOS

Muitas vezes pensamos em desistir, ficamos enlouquecidas com tantos livros... Choramos sozinhas achando que não daríamos conta e que não chegaríamos ao fim dessa jornada. Porém, neste momento se há uma palavra que nos define é: vencedoras, afinal vencemos o tempo, vencemos o sono, vencemos o desânimo e o medo de não conseguirmos. Chegamos até aqui, e não há limites para nós, pois vencer é pouco, queremos ir além dos limites, romper as barreiras e dizer para o mundo: não esqueçais nossos nomes...vocês ainda ouvirão muito eles...

Por isso agradecemos primeiramente a Deus pela grande vitória conquistada, aos nossos pais pelo amor incondicional, apoio e paciência por tanta ausência nesses quatro anos, aos nossos irmãos pelo grande carinho e amizade, a nossa orientadora pelo profissionalismo, ética e sabedoria, sem ela não poderíamos conseguir este sonho, ao nosso co-orientador pela

atenção, paciência e carinho, às instituições que com respeito depositaram em nós confiança para prosseguir o estudo. E aos idosos que comporam nossa amostra, com seus olhares de esperança nos dando forças para seguir em frente. E aos anjos do céu e da terra que contribuíram para a nossa conquista o nosso muitíssimo obrigada!

Agradecimentos pessoais (Jasiara Oliveira): Agradeço em especial ao meu namorado André por todo apoio e à minha amiga e companheira de pesquisa, Elzira, por dividir os momentos de ansiedade, sufoco e vitória. (Elzira D'Santiago): Agradeço em especial a amiga e companheira, Jasiara, por tantas horas de aprendizado para que hoje dizermos: somos fisioterapeutas com orgulho.

7-REFERÊNCIAS

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

CRUZ, K. C. T. DIOGO, M. J. E. Avaliação da capacidade funcional em idosos com Acidente Vascular Encefálico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, vol 7, n 1 2008.

CRUZ, K. C. T. DIOGO, M. J. E. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta paul. enferm.** vol.22 no.5. São Paulo Sept./Oct. 2009.

FABRÍCIO, S. C. C. RODRIGUES, R. A. P. JUNIOR, M. L. C. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública** v.38 n.1 São Paulo fev. 2004.

GUEDES, D. V. SILVA, K. C. A. BANHATO, E. F. C. MOTA, M. M. P. E. Fatores associados à capacidade funcional de idosos da comunidade. **Rev, Juiz de Fora**, v.33, n.4, p.105-111, out./dez. 2007.

Indicadores sociodemográficos no Brasil, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2009. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acessado em: 14/out./2010.

IORIS M.N. Fisioterapia no abrigo Bezerra de Menezes: Uma abordagem da fisioterapia na terceira idade, 2007.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.R. Prescrição de exercícios e benefícios da atividade física na terceira idade. **Rev. Brasileira de Ciências e Movimento**, v.5, n. 4, p.19-30, 1992.

MENEZES, R.L, BACHION, R.L. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciências & Saúde Coletiva** nº 13 p. 1209-1216, 2008.

OLIVEIRA, D.L.C, GORETTI, L.C, PEREIRA, L.S.M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Revista Brasileira Fisioterapia**. vol.10, nº 1 p. 91-96, 2006.

ORONDINO, J.A.S.; ARAÚJO,C.R.M.; OLIVEIRA, E.A.T.; AGUIAR, J.L.N. Incidência e causa de quedas em idosos institucionalizados. **Revista Científica da FAMINAS**, Muriaé; v3, n1,sup.1, p.163, jan.abr. 2007.

PERRACINI, M. R. RAMOS,L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública** vol.36 no.6 São Paulo Dec. 2002.

RABELO, D.F.; NÉRI, A.L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de Psicologia**, v.11, n. 2, p.169-177, 2006.

RICCI N.A., KUBOTA M.T., CORDEIRO R.C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev Saúde Pública**; 39(54): 655-62, 2005.

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

RIBEIRO, P.A.; SOUZA, E.R. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, 2008, p.1-9.

TEXEIRA-SALMELA, L.F., FARIA, C. D.C.M., GUIMARÃES, C.Q., GOULART, F. PARREIRA, V. F., INÁCIO, E. P. E ALCÂNTARA, T.O. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. **Rev. bras. fisioter.** Vol. 9, No. 3, 2005.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n. 5, 2007.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F., LIMA, R.C.M., LIMA, L.A.O., *et al.* Assimetria e desempenho funcional em hemiplégicos crônicos antes e após programa de treinamento em academia. **Rev. Bras.fisioter.** v.9, n.2, p.227-233, 2005.

VIANA, F. P. LORENZO, A. P. C. OLIVEIRA, E. F. REZENDE, S. M. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com seqüelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.11 n.1 Rio de Janeiro 2008.