

Abordagem das atividades funcionais e da influência dos fatores ambientais em pacientes hemiparéticos pós-AVE antes e após o tratamento fisioterapêutico

Addressing functional activities and the influence of environmental factors in post-stroke hemiparetic patients before and after physical therapy

Geovanna Lemos Lopes¹, Luciana Castaneda², Luciane Lobato Sobral³

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a principal causa de incapacidade neurológica, sendo a hemiparesia a seqüela mais comum da doença. As limitações físico-funcionais associadas à influência de fatores ambientais afetam diretamente a funcionalidade dos indivíduos. Para a efetividade da reabilitação neurológica é indispensável que o fisioterapeuta conheça o perfil funcional do paciente a fim de traçar o plano de tratamento que atenda as reais necessidades. **Objetivo:** Analisar as atividades funcionais e a influência dos fatores ambientais em pacientes hemiparéticos pós-AVE antes e após o tratamento fisioterapêutico. **Método:** Foram avaliados 12 pacientes hemiparéticos pós-AVE antes e após 20 sessões de fisioterapia, utilizando-se o Índice de Barthel (IB) e um modelo avaliativo baseado no *core set* abreviado da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para AVE, com base no sistema de qualificadores genéricos da CIF. **Resultados:** Observou-se melhora significativa para as atividades andar (d450) ($p = 0,0033$), vestir (d540) ($p = 0,018$) e comer (d550) ($p = 0,018$), de acordo com um modelo avaliativo baseado na CIF. Por meio do IB, detectou-se melhora significativa para as atividades de alimentação ($p = 0,0341$), vestir ($p = 0,0277$), toailete ($p = 0,0117$) e subir/descer escadas ($p = 0,0077$). Os fatores ambientais família imediata (e310) e profissionais da saúde (e355) foram os que mais influenciaram positivamente na condição de saúde dos pacientes. **Conclusão:** A Fisioterapia mostrou-se eficaz para melhorar a condição de saúde dos pacientes, visto que de acordo com a percepção deles algumas atividades diárias puderam ser executadas com mais facilidade ao final do tratamento fisioterapêutico. Para atender às necessidades do paciente, é importante elaborar o plano de tratamento individual, ressaltando o contexto em que ele está inserido, visando atender as reais limitações nas atividades e restrições à participação.

Palavras-chave: acidente vascular encefálico/reabilitação, coleta de dados, questionários, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

ABSTRACT

Abstract: Stroke is the leading cause of neurological disability and hemiparesis is its most common sequelae. The physical and functional limitations combined with the influence of environmental factors directly affect an individual's functionality. For an effective neurological rehabilitation, it is essential that physiotherapists know the patient's functional profile in order to plan the treatment to meet his/her real needs. **Objective:** To analyze the functional activities and influence of environmental factors in post-stroke hemiparetic patients before and after physical therapy. **Method:** Twelve post-stroke hemiparetic patients were evaluated before and after 20 physical therapy sessions with the Barthel Index (BI) and an evaluation model based on an abbreviated core set of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for stroke, based in the generic qualifiers system of the ICF. **Results:** There was significant improvement for the activities walk (d450) ($p = 0.0033$), dress (d540) ($p = 0.018$) and eat (d550) ($p = 0.018$) for the evaluation model based on the ICF. According to the BI, significant improvement was detected for the activities of feed ($p = 0.0341$), dress ($p = 0.0277$), toilet ($p = 0.0117$), and up/down stairs ($p = 0.0077$). The environment factors immediate family and health professionals were the most positive influence on the health status of patients. **Conclusion:** Physical therapy was effective for improving the condition of patients since, according to the patients, some daily activities can be performed with more ease at the end of the physical therapy treatment. To meet their needs, it is important to develop an individual treatment plan, emphasizing the context in which he/she is inserted, in order to address the real limitations on activities and restrictions to participation.

Keywords: stroke/rehabilitation, data collection, questionnaires, International Classification of Functioning, Disability and Health

¹ Fisioterapeuta, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Estratégia Saúde da Família.

² Mestre em Saúde Coletiva, Docente do Curso de Fisioterapia do Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação - Laureate Universities.

³ Mestre em Fisioterapia, Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará - (UEPA) e Universidade da Amazônia - (UNAMA).

Endereço para correspondência:
Ambulatório de Reabilitação Neurológica da
Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional (UEAFTO) - Universidade do
Estado do Pará (UEPA)
Geovanna Lemos Lopes
Cjto. Abelardo Conduru, Quadra 6, Casa 6
CEP 67015-060
Ananindeua - PA
E-mail: naninha_to@yahoo.com.br

Recebido em 3 de Outubro de 2012.
Aceito em 19 Fevereiro de 2013.

DOI: 10.5935/0104-7795.20120038

INTRODUÇÃO

Anualmente, 15 (quinze) milhões de pessoas no mundo sofrem um Acidente Vascular Encefálico (AVE), sendo que a incidência aumenta drasticamente com a idade, representando a terceira causa de óbito no mundo e a primeira no Brasil.^{1,2} A patologia consiste em um déficit neurológico de rápido desenvolvimento focal causado por uma interrupção do fluxo sanguíneo em determinada área encefálica e com mais de 24 horas de duração, podendo causar variados danos neurológicos, dentre eles o mais frequente é a hemiparesia.^{3,4}

As consequências do AVE denotam uma das maiores causas de sequelas permanentes que geram incapacidades.^{5,6} Nestes casos, a intervenção fisioterapêutica é imprescindível, pois ajuda os pacientes a melhorar o desempenho funcional para realização das atividades diárias.⁷

É comum na prática fisioterapêutica a utilização de instrumentos avaliativos que auxiliam o profissional a identificar os déficits funcionais causados pela doença, para assim planejar a conduta terapêutica mais viável para recuperação ou minimização das sequelas do AVE.⁸ Assim, o Índice de Barthel (IB) é uma das ferramentas de avaliação mais utilizada por fisioterapeutas. De uso amplamente difundido para vítimas de AVE, este foi criado em 1965 com o objetivo de avaliar o nível de independência funcional para a realização de atividades diárias.⁹

Mais recentemente, em 2001, foi aprovada para uso internacional a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que pertence à “Família das Classificações Internacionais” elaboradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).¹⁰ A CIF descreve a funcionalidade e incapacidade ligadas às condições de saúde de um indivíduo, permitindo-se identificar o “que a pessoa consegue ou não realizar na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas, estruturas do corpo, bem como as limitações de atividades e as restrições de participação no ambiente onde o indivíduo está inserido.^{11,12}

A OMS afirma que se trata de uma classificação com múltiplas finalidades, podendo ser utilizada como ferramenta estatística, investigativa, pedagógica e clínica para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com ações específicas, avaliar a reabilitação e os seus resultados.¹³ No entanto, existem poucos estudos no Brasil sobre a avaliação do impacto da CIF na atenção à saúde e isso

está ligado ao fato de que a CIF é recente e complexa, apresentando dificuldades durante a operacionalização clínica.¹⁴

OBJETIVO

O estudo foi realizado com o objetivo de analisar as atividades funcionais e a influência dos fatores ambientais de acordo com a percepção de pacientes hemiparéticos pós-AVE antes e após o tratamento fisioterapêutico em uma unidade de referência em reabilitação de Belém/Pará através de um modelo avaliativo baseado no *core set* abreviado da CIF para AVE e o IB.

MÉTODO

Este foi um estudo do tipo longitudinal, de caráter descritivo e com intervenção, realizado a partir da pesquisa de campo em pacientes acometidos por AVE, no período de junho a setembro de 2011, na Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), do município de Belém, estado do Pará.

Os doze pacientes incluídos na pesquisa atenderam aos critérios de inclusão: diagnóstico clínico de AVE, em fase crônica, com o quadro de hemiparesia instalado há mais de um ano, de ambos os sexos, com faixa etária entre 50 e 70 anos de idade, que não estavam realizando tratamento fisioterapêutico, no momento do estudo, em nenhum outro local. Estes se submeteram ao tratamento terapêutico ocupacional antes da pesquisa, também na UEAFTO, 2 meses antes das sessões fisioterapêuticas. Somente os pacientes que possuíam as funções de linguagem e cognição preservadas foram estudados, estas avaliadas por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e interpretado de acordo com o nível de escolaridade do paciente.

Foram excluídos, por sua vez, pacientes que possuíam alguma alteração auditiva, indivíduos cadeirante, afásico e/ou que apresentou outra patologia associada. Contudo não se excluiu pacientes que apresentaram patologias com alguma correlação com a ocorrência de AVE.

Inicialmente, antes da primeira sessão fisioterapêutica, foram aplicados dois instrumentos avaliativos para a coleta de dados dos pacientes: primeiro, o IB e o segundo, um modelo avaliativo baseado no *core set* abreviado da CIF para AVE elaborado por Andrade et al.¹⁵ Este modelo avalia o desempenho funcional

dos indivíduos, visto que enfatiza as atividades executadas em ambiente real. Além disso, contempla perguntas contendo descrições de códigos específicos dos componentes de atividade e participação e fatores ambientais do *core set* abreviado da CIF para AVE. As perguntas permitem uma analogia entre a descrição de um determinado código com uma situação de vida diária do paciente. E a partir das respostas deles, pode-se codificar, inclusive com os qualificadores, relacionando a resposta “nenhuma” com o qualificador 0, a “leve” com o 1, a “moderada” com o 2, a “grave” com o 3 e a “completa” com o qualificador 4, de uma forma genérica sugerida pela OMS.¹⁶

Andrade et al.,¹⁵ ao elaborarem este instrumento, optaram por excluir os códigos de função e estruturas do corpo pela dificuldade de analogia para escolha dos qualificadores e por não terem a possibilidade de contemplar a percepção do paciente sobre os aspectos funcionais e ainda porque as informações destes componentes normalmente já são abordadas em avaliações biomédicas (Quadro 1).

Em seguida, os doze pacientes foram submetidos a vinte sessões de fisioterapia, realizadas três vezes por semana, conduzidas exclusivamente pela fisioterapeuta da unidade, sem qualquer intervenção das pesquisadoras. Cada sessão durou cerca de 40 minutos, com aplicação de protocolo de tratamento convencional elaborado pela profissional da UEAFTO. Após a vigésima sessão, os dois instrumentos supracitados foram aplicados novamente.

Para avaliação dos dados coletados através do modelo baseado no *core set* abreviado da CIF para AVE e do IB, foi utilizado um método não paramétrico, o teste de Wilcoxon. Sendo que as categorias com os qualificadores de atividade e participação e fatores ambientais do modelo baseado na CIF foram avaliadas individualmente. Para analisar a influência dos fatores ambientais foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais.

As frequências simples de cada categoria, dos dois instrumentos utilizados, foram comparadas no momento antes da intervenção fisioterapêutica e após esta, para discussão dos resultados. Além da avaliação isolada de cada atividade do IB, as informações obtidas deste instrumento também foram avaliadas, somando-se todos os valores parciais de cada atividade para obtenção de um escore final, antes e após a reabilitação.

Em toda a análise foi considerado o nível de significância estatística $p < 0,05$ com o processamento estatístico dos resultados realizados por meio do BioStat 5.3.

Quadro 1. Instrumento adaptado

	Descrição do código	Analogias para escolha do qualificador	Qualificador
d310	Comunicar e receber mensagens orais (Você apresenta dificuldade de enviar e receber mensagens orais?)	() 0 - Nenhuma () 1 - Leve () 2 - Moderada () 3 - Grave () 4 - Completa	
d450	Andar (Você apresenta dificuldade para caminhar em sua vizinhança?)	() 0 - Nenhuma () 1 - Leve () 2 - Moderada () 3 - Grave () 4 - Completa	
d510	Lavar-se (Você apresenta dificuldade para tomar banho?)	() 0 - Nenhuma () 1 - Leve () 2 - Moderada () 3 - Grave () 4 - Completa	
d530	Cuidados relacionados com os processos de excreção (Você apresenta dificuldade para ir ao banheiro e se limpar sozinho?)	() 0 - Nenhuma () 1 - Leve () 2 - Moderada () 3 - Grave () 4 - Completa	
d540	Vestir-se (Você apresenta dificuldade para se vestir?)	() 0 - Nenhuma () 1 - Leve () 2 - Moderada () 3 - Grave () 4 - Completa	
d550	Comer (Você apresenta dificuldade para se alimentar?)	() 0 - Nenhuma () 1 - Leve () 2 - Moderada () 3 - Grave () 4 - Completa	
e310	Família imediata. (O apoio de sua família facilita sua condição de saúde de maneira?)	() 0 - Nenhuma () 1 - Leve () 2 - Moderada () 3 - Considerável () 4 - Completa	
e355	Profissionais de Saúde (O apoio dos profissionais de saúde facilita sua condição de saúde de maneira?)	() 0 - Nenhuma () 1 - Leve () 2 - Moderada () 3 - Considerável () 4 - Completa	
e580	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde. (Os serviços de saúde facilitam sua condição de saúde de maneira?)	() 0 - Nenhuma () 1 - Leve () 2 - Moderada () 3 - Considerável () 4 - Completa	

Vale frisar que o estudo foi realizado segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do código de Nuremberg, atendendo as normas de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Res. CNS 196/96), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará sob o protocolo nº 21/2011.

RESULTADOS

Neste estudo, foram avaliados 12 pacientes hemiparéticos pós-AVE, dos quais 8 foram do sexo feminino (66,7%) e 4 do sexo masculino (33,3%). A média de idade entre os participantes foi de 57 ± 5 anos, sendo que a mínima foi 51 anos e a máxima de 66 anos.

Através dos dados obtidos do modelo avaliativo baseado no *core set* abreviado da CIF para AVE, verificou-se que três atividades apresentaram melhora quanto à execução com diferença estatística significativa ($p < 0,05$) após a intervenção fisioterapêutica: andar (d450) ($p = 0,0033$), vestir-se (d540) ($p = 0,0180$) e comer (d550) ($p = 0,0180$).

Quanto à influência dos fatores ambientais na funcionalidade dos indivíduos hemiparéticos pós-AVE, observou-se que 75% referiram que tanto a família imediata (e310+4) como os profissionais da saúde (e355+4) facilitam de modo completo a condição de saúde deles. Todavia, para o fator ambiental serviços, sistemas e políticas relacionadas com a saúde os resultados foram menos expressivos com 25% dos pacientes relatando-o como facilitador completo (e580+4), conforme demonstrado na Tabela 1.

Ao investigar o nível de independência funcional dos pacientes vítimas de AVE, através do IB, observou-se que antes da intervenção fisioterapêutica nenhum deles apresentavam total nem grave dependência, 41,66% eram moderadamente dependentes e 58,34% levemente dependentes. Após o tratamento fisioterapêutico, 66,6% referiram leve dependência e 33,4% relataram independência para realização das atividades diárias. Ainda se observou na avaliação de independência funcional que quatro atividades apresentaram diferença estatisticamente significante

($p < 0,05$) após as sessões de fisioterapia: alimentação ($p = 0,0341$), vestir ($p = 0,0277$), toalete ($p = 0,0117$) e subir/descer escadas ($p = 0,0077$).

Tomar banho e asseio que foram queixas da maioria dos participantes do estudo não apresentaram melhora significativa. Estes resultados são demonstrados na Tabela 2.

DISCUSSÃO

O AVE tem ocorrido com mais frequência em indivíduos do sexo masculino.^{17,18} No entanto, este estudo verificou que a doença foi predominante em sujeitos do sexo feminino, assim como Reis et al.¹⁹ Embora se note alguns casos de AVE em pessoas mais jovens, é consenso dentre as pesquisas na área que a incidência da doença aumenta progressivamente à medida que a idade avança.^{7,20} A média de idade dos indivíduos acometidos pela patologia está em torno de 60 anos,^{2,21} próximo dos resultados desta pesquisa.

A abordagem da funcionalidade tem se destacado na literatura nos últimos anos, apesar de poucos estudos discutirem a questão sob a percepção do paciente.¹⁵ Segundo a CIF, a experiência do adoecimento é essencialmente individual e depende do contexto, no qual o indivíduo está inserido. Os recursos pessoais e sociais de que a pessoa dispõe são um caminho na determinação das implicações na funcionalidade e incapacidade, por isso

Tabela 1. Core set da CIF para AVE

		Core set da CIF para AVE (% de 12 pacientes)					
		Nenhuma	Leve	Moderada	Considerável	Completa	p valor
d450	Antes	0,0	0,0	83,3	16,7	0,0	0,0033*
	Depois	0,0	83,3	16,7	0,0	0,0	
d510	Antes	66,7	0,0	0,0	25,0	83,3	0,0679
	Depois	75,0	25,0	0,0	0,0	0,0	
d530	Antes	75,0	16,7	0,0	8,3	0,0	0,1088
	Depois	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
d540	Antes	16,7	25,0	25,0	25,0	8,3	0,0180*
	Depois	41,7	41,7	16,7	0,0	0,0	
d550	Antes	25,0	0,0	16,7	50,0	8,3	0,0180*
	Depois	25,0	33,3	33,3	8,3	0,0	
e310	Antes	8,3	0,0	0,0	16,7	75,0	0,3173
	Depois	8,3	0,0	0,0	8,3	83,3	
e355	Antes	0,0	8,3	8,3	8,3	75,0	0,593
	Depois	0,0	0,0	8,3	16,7	75,0	
e580	Antes	25,0	8,3	25,0	16,7	25,0	0,2336
	Depois	0,0	33,3	25,0	0,0	41,7	

d450: Andar; d510: Lavar-se; d530: Cuidados relacionados com a excreção; d540: Vestir-se; d550: Comer; e310: Família imediata; e355: Profissionais da saúde; e580: Serviços, sistemas e políticas de saúde. * Teste de Wilcoxon para amostras pareadas

Tabela 2. Distribuição (%) das AVD's antes e após a intervenção fisioterapêutica de (n = 12) pacientes hemiparéticos pós AVE, de acordo com o IB

Atividades do Índice de Barthel (% de 12 pacientes)										
	Alimentação	Banho	Vestir	Asseio	Evacuação	Micção	Toalete	Transferências	Mobilidade	Escadas
Antes										
Dependente	16,7	33,3	16,7	25,0	0,0	0,0	8,3	8,3	0,0	16,7
Nec. Ajuda	58,3	66,7	58,3	75,0	16,7	41,7	66,7	8,3	0,0	75,0
Independente	25,0	0,0	25,0	0,0	83,3	58,3	25,0	83,3	100,0	8,3
Depois										
Dependente	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nec. Ajuda	50,0	100,0	41,7	100,0	0,0	8,3	16,7	8,3	0,0	33,3
Independente	50,0	0,0	58,3	0,0	100,0	91,7	83,3	91,7	100,0	66,7
p-valor	0,0341*	0,0679	0,0277*	0,1088	0,1797	0,0679	0,0117*	0,1797	0,9998	0,0077*

torna-se relevante não somente avaliar o declínio funcional, mas buscar informações de como tais limitações são vivenciadas por cada um e, ainda, como o ambiente influencia tal estado.^{22,23}

Os resultados encontrados neste estudo, seja através do modelo avaliativo baseado na CIF ou do IB, corroboram com outros, como Costa²⁴ que revela também os benefícios da Fisioterapia para minimizar o impacto das sequelas motoras nas vítimas de AVE. Kakiyama & Neves²⁵ obtiveram resultados semelhantes ao submeter um grupo de vítimas de AVE apenas ao tratamento fisioterapêutico convencional com Cinesioterapia, observando melhora para as atividades de transferências, subir/descer escadas e banho, estas avaliadas também por meio do IB.

Sendo assim, André²⁶ salienta a importância da atuação da Fisioterapia com estes pacientes. Ele declara que 80% dos sobreviventes de AVE permanecem com o déficit neurológico maior ou menor e por isso necessitam de reabilitação para melhorar seu nível de independência funcional. Ou seja, apesar das características inerentes à doença e fatores que podem funcionar como barreiras à melhora do paciente em questão, espera-se que a fisioterapia seja um dos facilitadores na condição de saúde dele.

No entanto, houve melhora na execução de apenas algumas atividades, enquanto que outras não, fato que pode se justificar pela cronicidade da doença, característica que a torna tão incapacitante. Souza et al.,⁸ observaram que a maior recuperação motora se dá nos três primeiros meses após a lesão encefálica, passado este período, a evolução clínica é mais lenta. Nestes casos os objetivos da reabilitação devem aproximar o paciente de um nível funcional compatível, ao máximo, com que a condição de saúde permita e que seja satisfatória, na medida do possível, para o paciente.

Ambos os instrumentos avaliativos utilizados neste estudo envolvem aspectos relacionados à funcionalidade humana. As ferramentas de avaliação de pacientes que sofreram AVE, em geral, apresentam em comum itens de avaliação que abrangem "mobilidade", "cuidados pessoais" e "atividades ligadas à vida doméstica",²² itens observados, por exemplo, no IB e no modelo do *core set* da CIF utilizados nesta pesquisa.

No entanto, cada um destes instrumentos apresentam suas particularidades, seja em relação aos seus propósitos, aos itens que compõe o instrumento de avaliação ou à maneira como os resultados são qualificados e/ou quantificados.

O IB, definido como uma medida genérica e confiável gradua o nível de independência do paciente para a execução de atividades de vida diária (AVD's), mediante as quais pode se obter diferentes resultados (independente, necessita de ajuda e dependente).²¹ Vários estudos realizados em vítimas de AVE com o uso do IB são apresentados na literatura.^{2,9,19}

Wellwood²⁷ afirma que através do IB há a possibilidade de se coletar informações globais e também parciais para cada atividade, o que ajuda a conhecer as diferenças específicas de cada pessoa e facilita a avaliação de sua evolução temporal. No entanto, não há comprovação psicométrica que considere válido a avaliação das atividades do IB separadamente, por esse motivo aponta-se uma possível limitação do estudo discutido, já que este avaliou as atividades do índice isoladamente.

Diferente e mais abrangente que o IB, a CIF aborda a funcionalidade e incapacidade de um modo peculiar, visto que é o único instrumento a considerar a influência dos fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais - estes não codificados pela classificação) sobre os aspectos funcionais do indivíduo.²⁸ Ainda ressalta-se que por ser mais recente,

abrangente, de uso complexo e pouco familiarizada por parte dos profissionais da saúde, a utilização prática da CIF tem encontrado grandes desafios.²⁹

Desse modo, para aumentar a aplicabilidade da classificação, foram criados os *core sets* que se referem ao conjunto de categorias da CIF que descreve a funcionalidade dos indivíduos com determinado estado de saúde.⁶ Um *core set* abreviado para uma condição específica inclui o menor número possível de categorias para ser prático, viabilizado para o uso clínico ou epidemiológico.¹⁵

Embora este estudo preconize a utilização do *core set* da CIF para AVE na prática clínica como forma para analisar os aspectos funcionais após a reabilitação sob a óptica do próprio paciente, há escassez de trabalhos com a mesma abordagem na literatura, o que limita a discussão do estudo.

Ressalta-se a pesquisa de Castaneda et al.,³⁰ que utilizaram o mesmo modelo avaliativo da CIF que o estudo discutido e obtiveram resultados semelhantes ao aplicar as categorias de atividade e participação e fatores ambientais do *core set* abreviado para AVE em pacientes hemiparéticos crônicos. Porém, como não condizia com os objetivos do estudo, Castaneda et al.,³⁰ não reavaliaram os pacientes após o tratamento fisioterapêutico.

É importante considerar que os *core set* da CIF são sugestões em construção e com propostas para validação, sob processo de investigação de meios mais apropriados para o uso. A validação vem sendo realizada de modo empírico para diversas condições de saúde, de acordo com a visão de profissionais ou mesmo dos pacientes.²⁸

Recentemente, Riberto et al.,³¹ propuseram em um estudo a validação empírica do *core set* abrangente da CIF para AVE, de acordo com a realidade de pacientes com a doença em três centros de reabilitação diferentes no

Brasil. Eles concluíram que o *core set* abrangente para AVE pode ser usado por uma equipe multiprofissional para classificar as experiências diárias destes pacientes, contudo são necessários esforços maiores para operacionalizá-lo e aumentar sua reprodutibilidade a fim de garantir seu confiável uso.

Castaneda et al.,³⁰ ao analisar os fatores ambientais, utilizando o mesmo modelo avaliativo baseado no *core set* abreviado para AVE, observaram que 25% dos sujeitos da pesquisa consideraram o apoio da família imediata (e310) e dos profissionais da saúde (e355) como facilitadores completos e 50% da amostra como facilitador considerável, resultados aquém dos encontrados neste estudo. Desse modo, pode-se evidenciar que os fatores ambientais - família imediata e profissionais da saúde - auxiliaram mais os pacientes do estudo em questão que os de Castaneda et al.³⁰

Machado et al.,³² também apontam a família como um papel importante na determinação da recuperação da vítima de AVE, já que o suporte social proporcionado pela família minimiza o impacto da doença e permite a realização de um maior número de atividades, além de viabilizar a participação do indivíduo.

Este estudo também corrobora com Felício et al.,³³ pois afirmam que a atuação do fisioterapeuta permite recuperação mais efetiva dos pacientes com as repercussões clínicas da doença e leva a menor dependência destes em relação aos seus cuidadores.

Em relação ao apoio dos serviços, sistemas e políticas de saúde (e580), os resultados de Castaneda et al.,³⁰ e Lima et al.,²³ foram mais promissores, visto que os usuários por eles pesquisados perceberam os serviços de saúde como facilitadores considerável e completo em sua maioria, diferente dos achados da pesquisa discutida. Os resultados deste estudo talvez se justifiquem pela alta procura por serviços de saúde na região metropolitana de Belém (Pará) contrapondo-se aos recursos materiais e humanos restritos que viabilize serviços melhores.

As pesquisas discutidas acima foram realizadas em regiões geográficas diferentes no Brasil e muitos estudos comprovam que há diferença no acesso e no uso de serviços de saúde entre alguns estados do país. Travassos et al.,³⁴ constataram que as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste do Brasil apresentaram mais chances de uso dos serviços e políticas de saúde do que os residentes nas demais regiões, ainda se observaram que os nortistas tiveram 45% menos chances.

Embora o instrumento avaliativo baseado no *core set* abreviado para AVE direcione as

respostas dos pacientes apenas aos fatores ambientais com qualificadores “facilitadores” e não com “barreiras”, alguns achados encontrados apontam que os fatores ambientais família imediata e serviços, sistemas e políticas de saúde que se apresentaram como “nenhuma facilidade” para 8,3% e 25% dos pacientes, respectivamente, não são facilitadores.

A OMS¹³ afirma que se deve considerar um fator ambiental como uma barreira tanto pela sua presença como pela sua ausência. Desse modo, os fatores ambientais indicados por parte dos pacientes como “nenhuma facilidade” podem sugerir “barreira” por não serem “facilitadores”, mas são aspectos que precisam de melhor investigação para conclusões fidedignas.

Ainda que os resultados do estudo apontem melhora funcional de acordo com a visão dos pacientes e que os instrumentos avaliativos utilizados perceberam tais mudanças, o estudo apresenta algumas possíveis limitações como o não conhecimento do tempo médio decorrido desde a instalação da hemiparesia dentre os participantes da pesquisa e o fato de que os pacientes foram submetidos a outros procedimentos de reabilitação previamente à coleta de dados, tornando-se em possíveis vieses na interpretação dos resultados.

Além disso, a melhora funcional dos pacientes submetidos à reabilitação, pode ter sido influenciada por outros fatores não passíveis de mensuração neste estudo, tais como: controle de complicações como a espasticidade, inclusão de outros fatores ambientais ou até mesmo tratamento anterior ineficiente, que obviamente escapam as possibilidades de análise nesta pesquisa.

Outro aspecto de relevância para a explanação dos resultados fundamentam-se no fato de que os instrumentos avaliativos utilizados avaliam a funcionalidade, porém em dimensões diferentes, visto que níveis de “(in) dependência funcional” são distintos de níveis de “dificuldades” para execução das AVD’s, o que retrata uma possível limitação do estudo.

Embora o estudo demonstre algumas limitações que requerem abordagens mais direcionadas em trabalhos futuros com esta temática, há de se considerar a relevância dele, visto que existem poucas pesquisas publicadas com o mesmo propósito e, além disso, este buscou aproximar a CIF da prática clínica, um dos grandes desafios para utilização da classificação atualmente. A utilização da CIF como ferramenta clínica para investigar os aspectos funcionais e incapacitantes e as influências ambientais sobre os pacientes hemiparéticos pós-AVE representa um

instrumento importante para se investigar o perfil funcional dos pacientes, observar as necessidades deles, apreciar os resultados do tratamento fisioterapêutico e ajudar os devidos profissionais na elaboração do plano de tratamento que atenda às necessidades individuais dos pacientes.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo confirmou-se o quanto o AVE causa impactos negativos para o desempenho funcional da vítima. Contudo, os resultados da pesquisa demonstraram que a intervenção fisioterapêutica perante estes pacientes foi importante para a minimização de algumas limitações funcionais e assim, contribuiu mesmo que parcialmente para a recuperação deles, o qual pode ser resultado do controle das complicações secundárias que se desenvolvem no paciente com sequelas de AVE.

O IB e a CIF são opções para identificar a intensidade do comprometimento funcional da vítima da doença, instrumentos que podem ser importantes para o fisioterapeuta, pois a partir dos achados há possibilidade de se elaborar o plano de tratamento centrado no paciente, visando atender as reais necessidades dele.

Ainda que o modelo utilizado no estudo se baseasse em todos os códigos referentes aos fatores ambientais do *core set* abreviado para AVE da CIF, considera-se que existem vários outros fatores do ambiente que influenciam na funcionalidade e que não foram abordados no estudo, limitando-o. Neste caso, pondera-se que outros fatores ambientais poderiam ser acrescentados.

Embora este estudo seja considerável, há necessidade de se realizar futuras pesquisas para conclusão dos achados, visto que este apresentou limitações que envolvem também o número reduzido da amostra.

REFERÊNCIAS

1. Grysiewicz RA, Thomas K, Pandey DK. Epidemiology of ischemic and hemorrhagic stroke: incidence, prevalence, mortality, and risk factors. *Neurol Clin.* 2008;26(4):871-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2008.07.003>
2. Polese JC, Toniall A, Fung FK, Mazuco R, Oliveira SG, Schuster RC. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev Neurociências.* 2008;16(3):175-8.
3. Carr J, Shepherd R. Reabilitação neurológica: otimizando o desempenho motor. Barueri: Manole; 2008.

4. Faria CDCM, Saliba VA, Teixeira-Salmela 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 Pesquisa*. 2010;17(3):242-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502010000300010>
5. Brainin M, Norrving B, Sunnerhagen KS, Goldstein LB, Cramer SC, Donnan GA, et al. Poststroke chronic disease management: towards improved identification and interventions for poststroke spasticity-related complications. *Int J Stroke*. 2011;6(1):42-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2010.00539.x>
6. Lemberg I, Kirchberger I, Stucki G, Cieza A. The ICF Core Set for stroke from the perspective of physicians: a worldwide validation study using the Delphi technique. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010;46(3):377-88.
7. Umphred DA. *Reabilitação neurológica*. 5 ed. São Paulo: Manole; 2009.
8. Souza AR, Lanza LTA, Bertolini SMMG. Avaliação do grau de funcionalidade em vítimas de acidente vascular encefálico através do índice de Barthel em diferentes períodos após a instalação da lesão. *Rev Saúde Pesq*. 2008;1(3):271-5.
9. Soriano FF, Baraldi K. Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. *ConScientiae Saúde*. 2010;9(3):521-30. <http://dx.doi.org/10.5585/conssaude.v9i3.2227>
10. Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
11. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):187-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
12. Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. Developing "Human Functioning and Rehabilitation Research" from the comprehensive perspective. *J Rehabil Med*. 2007;39(9):665-71. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0136>
13. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
14. Andrade PMO, Ferreira FO, HAASE VG. O uso da CIF através do trabalho interdisciplinar no AVC pediátrico: relato de caso. *Contextos clínicos*. 2009;2(1):27-39. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2009.21.04>
15. Andrade FG, Castaneda L, Martins JV. Modelo de avaliação para indivíduos hemiparéticos baseado no core set abreviado da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para acidente vascular encefálico. *Rev Ter Manual*. 2009;7(32):278-82.
16. Organização Mundial da Saúde. Rumo a uma linguagem comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
17. Scalzo PL, Souza ES, Moreira AGO, Vieira DAF. Qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral: clínica de Fisioterapia PUC Minas Betim. *Rev Neurociências*. 2010;18(2):139-44.
18. Mazzola D, Polese JN, Schuster RC, Olivera SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de Fisioterapia Neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2007;20(1):22-7. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2007.p22>
19. Reis LA, Mascarenhas CHM, Marinho Filho LEN, Borges PS, Argolo SM, Torres GV. Prevalência e padrão de distribuição do acidente vascular encefálico em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico no município de Jequié, BA. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2008;11(3):369-78.
20. Moraes EN. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
21. Trindade APNT, Barboza MA, Oliveira FB, Borges APO. Influência da simetria e transferência de peso nos aspectos motores após acidente vascular encefálico. *Rev Neurociências*. 2011;19(1):61-7.
22. Geyh S, Cieza A, Kollerits B, Grimby G, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life measures used in stroke based on the international classification of functioning, disability and health (ICF): a systematic review. *Qual Life Res*. 2007;16(5):833-51. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-007-9174-8>
23. Lima A, Viegas CS, Paula MEM, Silva FCM, Sampaio RF. Uma abordagem qualitativa das interações entre os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Acta Fisiatr*. 2010;17(3):94-102.
24. Costa FA. *Evolução cognitiva e funcional de pacientes pós-acidente vascular cerebral*. [Tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.
25. Kakiyama CT, Neves CG. Avaliação do grau de funcionalidade de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico antes e após a intervenção fisioterapêutica no solo e na hidroterapia. *Fisio Brasil*. 2005;6(5):332-38.
26. André C. *Manual de AVC*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
27. Wellwood I, Dennis MS, Warlow CP. A comparison of the Barthel Index and the OPCS disability instrument used to measure outcome after acute stroke. *Age Ageing*. 1995;24(1):54-7. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/24.1.54>
28. Riberto M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras de Enfermagem*. 2011;64(5):938-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>
29. Cieza A, Ewert T, Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med*. 2004;(44 Suppl):9-11.
30. Castaneda L, Silveira H, Andrade FG, Martins JV. Abordagem da Funcionalidade de pacientes hemiparéticos crônicos através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Fisioter Brasil*. 2011;12(5):330-5.
31. Riberto M, Lopes KA, Chiappetta LM, Lourenção MI, Battistella LR. The use of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health core set for stroke for chronic outpatients in three Brazilian rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2013;35(5):367-74. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.694573>
32. Machado ALG, Jorge MSB, Freitas CHA. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. *Rev Bras Enf*. 2009;62(2) 246-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200012>
33. Felício DNL, Franco ALV, Torquato MEA, Abdon APV. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob o ponto de vista do cuidador. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2005;18(2):64-9. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2005.p64>
34. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):975-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>