



Perfil funcional de idosos institucionalizados hemiparéticos pós acidente vascular cerebral

Functional Profile of institutionalized elderly subjects with hemiparesis after stroke

Áurea Eugênia Benchimol Ferreira¹, Ana Cláudia Antônio Maranhão Sá².

¹Fisioterapeuta, Especialista em. Fisioterapia Neurológica/PUC-GO.

²Fisioterapeuta, Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie.

E-mail: aureaebf@hotmail.com

Resumo: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma síndrome clínica que pode ocasionar diversas limitações e a maior parte dos pacientes vítimas de AVC são idosos. O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil sociodemográfico e funcional dos idosos, que haviam sofrido AVC, residentes no Abrigo dos Idosos São Vicente de Paulo na cidade de Goiânia - GO. Tratou-se de um estudo descritivo transversal realizado em junho de 2010. Participaram do estudo, cinco indivíduos entre 65 e 90 anos de idade, sendo três do sexo feminino e dois do sexo masculino. Foi aplicado aos idosos um questionário de identificação e o índice de Barthel. Nos resultados, foi observado que nenhum idoso do estudo era totalmente independente e 80% não deambulavam. Concluiu-se que os sujeitos estudados foram considerados dependentes e houve predomínio de mulheres na faixa etária 65 a 89 anos.

Palavras-chaves: Idosos. Acidente Vascular Cerebral. Função. Atividades cotidianas.

Abstract: The Stroke is a clinical syndrome that can lead to several limitations, and most victims of stroke patients are elderly. The objective of this research was to identify the social and functional profile of the elderly, who had suffered stroke, living in Abrigo dos Idosos São Vicente de Paulo in Goiânia - GO. This is a cross-sectional study conducted in June 2010. Study participants were five individuals between 65 and 90 years of age, three women and and two men. Was applied to elderly, a identify questionnaire and Barthel index. In the results, it was observed that none of the elderly was completely independent and 80% of them not walking. It is concluded that the study population was considered dependent and predominantly women aged 65 to 89 years.

Keywords: Elderly. Stroke. Function. Daily activities.

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como sendo uma síndrome clínica com desenvolvimento rápido de sinais clínicos de perturbação focal da função cerebral, com mais de vinte e quatro horas de duração e com possível origem vascular¹.

Como um fenômeno clínico, o AVC apresenta alta incidência nos países industrializados, onde é apontado como uma das principais causas de incapacidade e está associado a uma alta taxa de sobrevivência, aumentando o número de pacientes que precisam de reabilitação^{1,2}.

Nos Estados Unidos, o AVC é a principal causa de incapacidade e os que sobrevivem a um AVC, muitas vezes apresentam déficits motores, sensoriais, cognitivos e distúrbios do equilíbrio que afetam negativamente a mobilidade e outras atividades da vida diária³. No Brasil, as doenças cerebrovasculares correspondem a primeira causa de óbitos^{4,5}.

O AVC pode ser dividido em dois tipos, anóxico-isquêmicos (falência vasogênica para suprir adequadamente o tecido cerebral de oxigênio e substratos) e hemorrágicos (extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central) sendo o AVC isquêmico o mais incidente^{6,7}.





A síndrome mais comumente vista após o AVC é a Síndrome do Neurônio Motor Superior, com conseqüências positivas adaptativas e negativas. A principal conseqüência positiva é a espasticidade, definida como hiperatividade do reflexo de estiramento, dependente da velocidade^{8,9}.

As conseqüências negativas são representadas por fraqueza muscular (incapacidade ou impedimento de gerar força em graus normais e desejados), perda de destreza (prejuízo da ativação muscular e do controle motor) e choque (resposta imediata à lesão caracterizada por paralisia e hiporreflexia profunda)⁸. A hemiparesia é o déficit neurológico mais frequente após AVC⁹.

Os principais fatores de risco para o AVC são: hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes *melitus*, coronariopatia, fibrilação atrial, estenose de carótidas, inatividade física, predisposição genética, etilismo e tabagismo^{5,10}. A incidência do AVC aumenta com a idade, dobrando a cada década de vida após os 55 anos, com maiores taxas de óbitos e sequelas, tendo como principal causa a aterosclerose⁵. A maior parte dos pacientes vítimas de AVC são idosos^{5,11}.

O envelhecimento é um processo natural, em que ocorre decréscimo progressivo das reservas funcionais dos indivíduos com redução de massa muscular (25 a 30%), mobilidade articular, cálcio (osteoporose), elasticidade tecidual e, ainda, modificações do tecido subcutâneo e variadas alterações funcionais relacionadas aos sistemas: cardiovascular, respiratório, renal, urinário, gastrointestinal, nervoso, sensorial, endócrino e metabólico. Essas alterações decorrentes do envelhecimento predis põem os idosos a apresentarem maior debilidade e diversas patologias, como o AVC e torna o idoso mais propenso a quedas^{5,11}.

A redução da capacidade funcional (capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma) gera implicações importantes para a família, comunidade, sistema de saúde e para o próprio idoso com maior vulnerabilidade, dependência na velhice e redução da qualidade de vida¹¹.

Em decorrências das alterações que ocorrem no envelhecimento, com redução da capacidade funcional, assim como, de diversas patologias e pela falta de condições da família, tanto financeiras como psicológicas, muitos idosos são levados para instituições especializadas no cuidado de indivíduos com mais de sessenta anos¹².

A transferência do idoso de sua casa para uma instituição tem um potencial para produzir danos como: depressão, confusão, perda do contato com a realidade, despersonalização, senso de isolamento e separação da sociedade¹³.

A longevidade vem aumentando, assim como a incidência e a prevalência de doenças crônicas degenerativas e das taxas de morbidades e de incapacidades funcionais. Os indivíduos que sofrem AVC estão sobrevivendo mais, sendo o AVC uma das principais patologias ocorridas na terceira idade e com elevados índices de déficits funcionais^{14,15}.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e funcional dos idosos, que haviam sofrido AVC, residentes no Abrigo São Vicente de Paulo na cidade de Goiânia GO.

Métodos

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, realizado no mês de junho de 2010, com idosos do Abrigo dos Idosos São Vicente de Paulo localizado na cidade de Goiânia - GO, aprovado pelo Comitê de





Ética em Pesquisa do Hospital de Urgência de Goiânia
– HUGO, nº do protocolo 020/2010.

A amostra teve como critérios de inclusão: idosos de ambos os sexos, com mais de 60 anos de idade, hemiplégicos/hemiparéticos, que sofreram AVC há mais de 12 meses, que não apresentaram outras disfunções neurológicas (tumores, doenças desmielinizantes, infecciosas, lesões medulares) relatadas em prontuário e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de exclusão foram: indivíduos que não concordaram em participar da pesquisa e os que não puderam responder o questionário por qualquer motivo na hora da entrevista.

Os idosos foram selecionados de acordo com os dados apresentados nos prontuários e com auxílio do fisioterapeuta da instituição. No mês de junho de 2010, havia no Abrigo dos Idosos São Vicente de Paulo, oito idosos que haviam sofrido AVC. Desses oito pacientes, não foram incluídos no estudo três, um por ter sofrido AVC a menos de 12 meses e dois por apresentarem afasia e não conseguirem responder o questionário.

A coleta de dados foi realizada no próprio asilo em que os pacientes residiam, após autorização da presidência do Abrigo dos Idosos São Vicente de Paulo e da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos idosos ou pessoa responsável. Foram agendadas datas e horários para a coleta dos dados, sendo aplicado a cada idoso um questionário de identificação e o índice de Barthel.

O questionário de identificação continha os seguintes itens: nome, sexo, data de nascimento, estado civil, grau de escolaridade, preferência manual anterior, diagnóstico, data do AVC, quantidade de AVC's, data de admissão no abrigo, profissão, antecedentes

pessoais e familiares, medicação atual e uso de órteses e adaptações.

A funcionalidade dos idosos institucionalizados foi avaliada pelo Índice de Barthel, instrumento que compreende dez itens de mobilidade que constituem as atividades básicas da vida diária – ABVD: vestir-se, banhar-se, alimentar-se, fazer a higiene pessoal, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira (transferência), controlar bexiga e intestino, utilizar o banheiro, caminhar e subir escadas. Os itens que constituem o índice são adaptados em forma de questões para serem auto-respondidas. Os pontos de corte definidos para este índice serão: de 0 a 15 pontos – dependência total; de 20 a 35 pontos – dependência grave; de 40 a 55 pontos – dependência moderada; de 60 a 95 pontos – dependência leve e 100 pontos – independente. O Índice de Barthel tem demonstrado forte confiabilidade interexaminadores (0,95) e confiabilidade teste-reteste (0,89), bem como fortes correlações (0,74 a 0,80) com outras medidas de incapacidade física (O'Sullivan e Schmitz)¹⁶. A variável capacidade funcional foi agregada em duas categorias: ausência de incapacidade (independência) e presença de incapacidade (representada pelos indivíduos com dependência total até leve).

A análise dos dados foi realizada de forma simples descritiva e estes foram relacionados entre si através do programa Excel 2003.

Resultados

A amostra foi composta de cinco indivíduos entre 65 e 90 anos, três (60%) mulheres e dois (40%) homens, quatro (80%) com escolaridade inferior a quatro anos, quatro (80%) com hemiplegia à direita, quatro (80%) tendo como meio de locomoção a cadeira de rodas e com no mínimo seis meses de





institucionalização (Tabela 1). Todos os indivíduos apresentavam alguma patologia: um idoso tinha alteração visual, dois apresentavam cardiopatia, um era tabagista atual, dois tabagistas pregressos, dois hipertensos, três apresentavam diabetes e um era etilista pregresso.

O estado funcional dos pacientes foi avaliado através do índice de Barthel, quanto maior a pontuação, mais independente é o indivíduo em suas AVD's. Dos indivíduos estudados 40% apresentou pontuação no índice de Barthel menor ou igual a 15 pontos (incapacidade total), 20% de 20 a 35 pontos (incapacidade grave), 20% de 40 a 55 pontos (incapacidade moderada) e 20% de 60 a 95 pontos (incapacidade leve), conforme apresentado na tabela 2.

Dos indivíduos incluídos no estudo, três apresentaram pontuação igual ou abaixo de 55 pontos, implicando um estado funcional e/ou de independência ruim para a prática de AVD's. A média de pontuação da população estudada foi de 36 pontos $\pm$ 30,9.

A avaliação do estado funcional através do Índice de Barthel (Tabelas 3 a 5), demonstrou que no domínio alimentação um maior número de idosos eram independentes, três (60%). Já as variáveis, subir e descer escadas, banho e higiene pessoal e continência urinária, foram as que concentraram maior número de indivíduos dependentes/incontinentes, quatro idosos (80%).

Discussão

Este estudo investigou o perfil sociodemográfico e a funcionalidade dos idosos residentes em um abrigo em Goiânia - GO, sendo verificado que a maioria dos indivíduos estudados é dependente, nenhum paciente do estudo foi

considerado totalmente independente, pois nenhum atingiu os 100 pontos do índice de Barthel.

De acordo com Araújo e Ceolim¹³, as instituições de longa permanência abrigam um grande número de idosos dependentes. Os idosos que ingressam em abrigos deixam de realizar tarefas por um mecanismo de ajuste de conduta e podem adotar uma atitude passiva, efeito gerador de dependência¹⁷, além disso, a perda da capacidade funcional é uma das principais razões na decisão de institucionalização de indivíduos idosos¹⁸.

Indicadores como idade avançada, viver sozinho e presença de patologias degenerativas com caráter invalidante, são preditores da dependência entre os idosos^{10,12}. Neste estudo foi encontrado que todos os indivíduos, além de terem sofrido AVC, apresentavam alguma patologia crônica, 60% dos idosos tinha diabetes, 40% cardiopatia e 40% hipertensão.

A hipertensão arterial é um fator de risco preditivo para o AVC¹⁹. Cordova, Cesarino e Tognola²⁰ observaram que 45,95% dos pacientes que tiveram AVC apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS), patologia de alta prevalência e que pode ser considerada diretamente responsável por, pelo menos, metade dos casos de AVC²⁰.

Doenças cardíacas são consideradas o segundo mais importante fator de risco, principalmente para quadros embólicos e aterotrombóticos. Diabetes *Mellitus* é um fator de risco independente para doenças cerebrovasculares por acelerar o processo de aterosclerose¹⁹.

A maioria dos pacientes da amostra, 80%, apresentou incontinência urinária. Após o AVC, muitos pacientes desenvolvem incontinência urinária, o que pode sinalizar para uma evolução ruim¹⁹.





Tabela 1 - Descrição dos sujeitos da pesquisa

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	03	60
Masculino	02	40
Idade (anos)		
60-69	02	40
70-79	01	20
acima 80	02	40
Estado Civil		
Solteiro	01	20
Casado	01	20
Viúvo	01	20
Divorciado	02	40
Escolaridade		
Maior que 4 anos	01	20
Menor que 4 anos	04	80
Hemiplegia		
Esquerda	01	20
Direita	04	80
Preferência manual anterior		
Direita	05	100
Esquerda	0	0
Órteses e adaptações		
Cadeira de rodas	04	80
Deambulação sem auxílio	01	20
Admissão no abrigo		
Menor que 1 ano	01	20
De um ano a 2 anos	02	40
Maior que 2 anos	02	40
Total	05	100

Tabela 2 – Estado funcional (incapacidade)

Incapacidade funcional	n	%
Total	02	40
Grave	01	20
Moderada	01	20
Leve	01	20
Total	05	100



**Tabela 3** – Quantificação dos idosos por atividade com pontuação 0-10 do Índice de Barthel

Variáveis	Alimentação n %	Vestuário n %	Continência fecal n %	Micção n %	Uso do vaso sanitário n %	Subir e descer escadas n %
Independente/ Continente	03 (60%)	01 (20%)	02 (40%)	01 (20%)	01 (20%)	-
Ajuda/Incontinente ocasional	01 (20%)	02 (40%)	01 (20%)	-	01 (20%)	01 (20%)
Dependente/ Incontinente	01 (20%)	02 (40%)	02 (40%)	04 (80%)	03 (60%)	04 (80%)
Total	05 (100%)	05 (100%)	05 (100%)	05 (100%)	05 (100%)	05 (100%)

Tabela 4 – Quantificação dos idosos por atividade com pontuação 0-5 do Índice de Barthel

Variáveis	Banho n %	Higiene pessoal n %
Independente	01 (20%)	01 (20%)
Dependente	04 (80%)	04 (80%)
Total	05 (100%)	05 (100%)

Tabela 5 – Quantificação dos idosos por atividade com pontuação 0-15 do Índice de Barthel

Variáveis	Transferência n %	Deambulação n %
Independente	02 (40%)	01 (20%)
Ajuda mínima/ Ajuda	-	-
Grande ajuda/ independente em cadeira de rodas	01 (20%)	01 (20%)
Dependente	02 (40%)	03 (60%)
Total	05 (100%)	05 (100%)





Dos cinco pacientes avaliados, quatro (80%) não deambulavam. Segundo Port, Kwakkel e Lindeman¹⁰, a perda da deambulação independente, especialmente fora de casa, é um dos aspectos mais incapacitantes para os pacientes após o AVC, somente cerca de 30 a 66% dos indivíduos que sofrem AVC voltam a ter marcha comunitária novamente.

Dos pacientes do estudo 80% apresentavam hemiplegia à direita (lesão encefálica esquerda). Ugur, Gücüyener, Uzuner, Özkan e Özdemir²¹ encontraram incidência de queda duas vezes maior em pacientes com lesão hemisférica direita e sugeriram que os indivíduos caídores têm menores capacidades funcionais.

A mobilidade é um componente da função física extremamente importante, constituindo um pré-requisito para a execução das atividades de vida diária (AVDs) e a manutenção da independência²².

Um estudo na cidade de Taubaté¹³ verificou que somente 37% dos idosos institucionalizados eram considerados totalmente independentes para a realização das AVD's.

Com relação ao estado civil, a categoria casada pode ser um fator de proteção com menores chances dos idosos se tornarem dependentes comparados aos solteiros. Sabe-se que o estado de viuvez pode influenciar negativamente a capacidade funcional do idoso²³. Neste estudo 20% dos idosos eram casados, 20% solteiros, 20% viúvos e 40% divorciados.

O Acidente Vascular Encefálico tem sido apontado como sendo predominante no gênero masculino^{19,24}, achado não encontrado neste trabalho em que 60% dos entrevistados eram mulheres.

Este estudo apresentou algumas limitações, foram selecionados pacientes em apenas uma

instituição, onde existiam poucos pacientes que haviam sofrido AVC, gerando uma amostra pequena.

Conclusão

Por meio dos resultados, foi verificado que a população do estudo foi considerada dependente com predomínio de mulheres (60%) com idades de 65, 76 e 89 anos.

É importante que se desenvolva mais estudos, com uma amostra maior, sobre a dependência de idosos institucionalizados com AVC, para que seja verificado a possibilidade de reabilitação desses idosos, assim como, identificar e prevenir os principais fatores de risco para o AVC na população acima de 60 anos.

Referências

1. Teixeira-Salmela LF, Lima RCM, Lima LAO, Morais SG, Goulart F. Assimetria e Desempenho Funcional em Hemiplégicos Crônicos Antes e Após Programa de Treinamento em Academia. Rev. bras. fisioter. 2005;9(2):227-33.
2. Whittall J, Waller SMC, Silver KHC, Macko RF. Repetitive Bilateral Arm Training With Rhythmic Auditory Cueing Improves Motor Function in Chronic Hemiparetic Stroke. Stroke. 2000;2390-2395.
3. Schmid AA, Rittman M. Consequences of Post stroke Falls: Activity Limitation, Increased Dependence, and the Development of Fear of Falling. Am. j. occup. ther. 2009;63(3):313-16.
4. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Primeiro Consenso Brasileiro do Tratamento a Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral. Arq Neuropsiquiatr. 2001;59(4):972-80.
5. Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das Frequências dos Principais Fatores de Risco para Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em Idosos. Arq Neuropsiquiatr. 2004;62(3-B):844-51.





6. Márcia LFC, Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Rev Bras Hipertens.* 2000;4:372-82.
7. Oliveira CB. Avaliação do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após acidente vascular encefálico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2008.
8. Junqueira RT, Ribeiro AMB, Scianni AA. Efeitos do Fortalecimento Muscular e Sua Relação com a Atividade Funcional e a Espasticidade em Indivíduos Hemiparéticos. *Rev. bras. fisioter.* 2004;8(3):247-52.
9. Oliveira CB, Medeiros IRT, Frota NAF, Greters ME, Conforto AB. Balance control in hemiparetic stroke patients: Main tools for evaluation. *J. rehabil. R & D.* 2008;45(8):1215-26.
10. Nývák EM, Zétola VHF, Muzzio JA, Puppi M, Júnior HC, Werneck LC. Conhecimento Leigo Sobre Doença Vascular Encefálica. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3-B):772-776.
11. Schiaveto FA. Avaliação do Risco de Quedas em Idosos na Comunidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.
12. Mincato PC; Freitas CR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. *Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum.* 2007;4(1):127-38.
13. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. esc. enferm. USP.* 2007;41(3):378-85.
14. Freire MTF. Características Associadas à Restrição de Atividades por Medo de Cair em Idosos Comunitários [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 2009.
15. Gomes AC. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Direito e Suas Repercussões em Idosos [Dissertação]. São Paulo: Pontifica Universidade Católica; 2005.
16. O'Sullivan SB, Schmitz TJ (editores). *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento.* 4 ed. São Paulo: Manole; 2004.
17. Rojas OMJ, Toronjo GA, Rodríguez PC., Rodríguez RJB. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos (Madr., Ed. impr.).* 2006;17(1): 08-23.
18. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev. Port. Sau. Pub.* 2007;25:59-66.
19. Polese JC, Tonial A, Jung FK, Mazuco R, Oliveira SG, Schuster RC. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. *Rev Neurocienc.* 2008;16(3):175-178.
20. Cordova RAM, Cesarino CB, Tognola WA. Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós – primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores. *Arq Ciênc Saúde.* 2007 abr-jun;14(2):71-5.
21. Ugur C, Gücüyener D, Uzuner N, Özkan S, Özdemir G. Characteristics of falling in patients with stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2000;69:649-51.
22. Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev. bras. fisioter.* 2006;10(1): 91-6.
23. Silva ACS, Belderrain MCN. Identificação e Avaliação da Prevalência da Capacidade Funcional dos Idosos Via Análise de Regressão Logística. *Simpósio de Pesquisa Operacional e Logística da Marinha.* 2007 nov:1-11.
24. Benvegnu AB, Gomes LA, Souza CT, Cuadros TBB, Pavão LW, Ávila SN. Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Rev Cienc Saude.* 2008 jul./dez;1(2):71-7.

